



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN LICENCIATURA DE  
ENFERMERÍA

**TEMA:** Causas de muerte neonatal en Recién Nacidos en el Hospital Delfina Torres  
de Concha 2016

**AUTORA:**

Joselyn Nataly Pozo Becerra

**DIRECTORA DE TESIS:**

Msc. Tatiana Vásquez

IBARRA, ECUADOR

2017

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

Yo Msc. Vásquez Figueroa Tatiana Isabel, en calidad de director de tesis titulada: “CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016”, de autoría de Joselyn Nataly Pozo Becerra una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2017.

**Lo certifico:**



**DIRECTORA DE TESIS**

Msc. Tatiana Vásquez

C.C: 1002120432



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>Cédula de identidad:</b>	1003826979
<b>Apellidos y nombres:</b>	Pozo Becerra Joselyn Nataly
<b>Dirección:</b>	Yacucalle. Bartolomé García 5-37 y José Miguel Leoro
<b>Email:</b>	<a href="mailto:natypoza1994@gmail.com">natypoza1994@gmail.com</a>
<b>Teléfono fijo:</b>	5003309
<b>Teléfono móvil:</b>	0989044848
<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>Título:</b>	“CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016”
<b>Autor:</b>	Pozo Becerra Joselyn Nataly
<b>Fecha:</b>	2017/11/30
<b>Solo para trabajos de grado</b>	
<b>Programa:</b>	Pregrado <input checked="" type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>
<b>Título por el que opta:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>Director:</b>	Msc. Tatiana Vásquez

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo Joselyn Nataly Pozo Becerra, con cédula de ciudadanía N° 1003826979 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital de la biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## **3. CONSTANCIAS**

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de los terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2017.

### **LA AUTORA:**

  
.....

Joselyn Nataly Pozo Becerra

CC. 1003826979

### **ACEPTACIÓN:**

**FACULTADO POR RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO**  
**DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, **Joselyn Nataly Pozo Becerra**, con cédula de ciudadanía N° 1003826979 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador , artículos 4,5 y 6 en calidad del autor de la obra o trabajo de grado denominado **“CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En consecuencia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2017.

**LA AUTORA:**

.....

Joselyn Nataly Pozo Becerra

CC: 1003826979

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

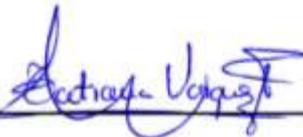
Fecha: Ibarra, 21 de diciembre de 2017

**Joselyn Nataly Pozo Becerra** “CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016”, / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 30 de noviembre de 2017.

**DIRECTOR:** Msc. Vásquez Figueroa Tatiana Isabel

El principal objetivo de la presente investigación es establecer las causas de mortalidad neonatal en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016. Caracterizar socio demográficamente a las madres del grupo de los RN fallecidos. Establecer el número de recién nacidos que fallecieron en el área de neonatología. Identificar las causas de muerte neonatal en RN ingresados al servicio de neonatología. Socializar los resultados con el personal que laboran el área de Neonatología del Hospital Esmeraldas Sur - Delfina Torres de Concha.

Fecha: Ibarra, 21 de diciembre de 2017



Msc. Vásquez Figueroa Tatiana Isabel

Directora de Tesis



Joselyn Nataly Pozo Becerra

Autora

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre por darme la vida y las fuerzas para continuar y llegar en el lugar en el que hoy estoy y estaré, reitero a mi madre por ser mi gran apoyo en todo momento y lugar.

A mis tíos ya que ellos desde que inicie la Universidad me apoyo en lo que pudieron y siempre me dieron ánimos para continuar y nunca rendirme.

A mis maestras que nunca desistieron por enseñarme, aunque sin importar que muchas veces no ponía atención en clases llamándome la atención y hacer que no me desfallezca, a ellos que continuaron depositando sus esperanzas en mí. Sacándome lágrimas de tristeza, así como de felicidad.

A mis tutoras de tesis quienes estuvieron corrigiendo y exigiendo para poder presentarla ya que gracias a ellas puedo estar en esta grandiosa Universidad y pude aportar con mis conocimientos.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

A aquellos que nunca esperaban que lograra terminar mi carrera llegar a ser una Enfermera, aquellos que supusieron que no lo lograría, a todos ellos dedico mi tesis.

*Joselyn Nataly Pozo Becerra*

## AGRADECIMIENTO

El actual trabajo de tesis quiero agradecer primeramente a Dios por bendecirme y darme la salud y la vida para poder llegar hasta donde he llegado, por hacer que este sueño sea logrado.

Agradezco a mis padres que han dado todo el esfuerzo para que yo este culminando esta etapa de mi vida, más a mi madre por estar día a día junto a mí; agradeciéndole por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como mi felicidad la tristeza; por regañarme en los momentos que me portaba mal, pero siempre ha estado junto a mí y gracias a ella y su esfuerzo soy lo que soy ahora y por ella y por mi puedo ser una profesional y ser el gran orgullo.

A la Universidad Técnica del Norte a Facultad Ciencias de la Salud a la Carrera de Enfermería por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

Para mis distinguidos maestros, mis licenciadas, los doctores ya que en las aulas he recibido sus conocimientos que me han impartido y gratas enseñanzas que perduran en mi vida que nunca olvidaré.

De igual manera a mis dos licenciadas de investigación y de Tesis de Grado.

Y por último a mis amigos quienes me apoyaron a desarrollar la presente investigación.

*Nataly Pozo Becerra*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO .....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY .....	xiv
TEMA .....	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación .....	1
1.1. Planteamiento del Problema .....	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específico .....	5
1.5. Preguntas de la Investigación .....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico .....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.....	7
2.1.2. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil .....	7
2.1.3. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino.....	8

2.1.4. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. ....	9
2.1.5. Mortalidad neonatal: análisis causa raíz. ....	9
2.1.6. Etiología de la mortalidad perinatal .....	10
2.1.7. El recién nacido prematuro .....	11
2.2. Marco Contextual .....	11
2.2.1. Localización de la Provincia de Esmeraldas .....	11
2.2.2. Ubicación del Hospital Delfina Torres de Concha .....	11
2.2.3. Historia del HDTC .....	12
2.2.4. Misión y Visión del HDTC .....	12
2.2.5. Descripción del HDTC.....	13
2.2.6. Descripción del Área de Neonatología .....	14
2.3. Marco Conceptual.....	14
2.3.1. Recién Nacido .....	14
2.3.2. Recién Nacido Prematuro .....	14
2.3.3. Recién Nacido A término .....	15
2.3.4. Recién Nacido Postérmino .....	15
2.3.5. Apgar.....	15
2.3.6. Patologías Neonatales .....	15
2.3.6.1. Sepsis Neonatal .....	15
2.3.6.2. Distrés Respiratorio Neonatal .....	16
2.3.6.3. Neumotórax.....	16
2.3.6.4. Asfixia Neonatal.....	16
2.3.6.5. Enfermedades Congénitas .....	17
2.3.6.6. Hidrocefalia Congénita .....	17
2.3.6.7. Trastornos Metabólicos .....	17
2.3.6.8. Incompatibilidad Rh En El Embarazo.....	17
2.3.6.9. Sífilis Congénita.....	18
2.3.6.10. Rotura Del Hematoma Subcapsular Hepático.....	18
2.3.6.11. Shock Neonatal .....	18
2.3.7. Embarazo de Alto Riesgo .....	19
2.3.8. Embarazo Adolescente.....	19

2.3.9. Madres Añosas .....	19
2.3.10. Complicaciones Obstétricas .....	20
2.3.10.1. Hipertensión Gestacional .....	20
2.3.10.2. Preeclampsia .....	20
2.3.10.3. Eclampsia .....	20
2.3.10.4. Infecciones de Transmisión Sexual.....	21
2.3.10.5. Ruptura Prematura de Membranas.....	21
2.4. Marco Legal .....	21
2.4.1. La Constitución de la Asamblea Nacional del Ecuador.....	21
2.4.2. Salud en la nueva Constitución.....	22
2.4.3. Código de la Niñez y Adolescencia .....	22
2.5. Marco Ético.....	23
2.5.1. Código de Ética FEDE.....	23
CAPÍTULO III.....	25
3. Metodología de la Investigación .....	25
3.1. Diseño de la Investigación.....	25
3.2. Tipo de Investigación.....	25
3.2. Localización y ubicación del estudio.....	26
3.3. Población .....	26
3.3.1. Universo y muestra .....	26
3.3.2. Criterio de Inclusión.....	26
3.4. Operacionalización de Variables .....	27
3.5. Métodos de Recolección de Información .....	31
3.6. Análisis de Datos .....	31
CAPÍTULO IV.....	33
4.1. Resultados de la Investigación.....	33
CAPÍTULO V .....	45
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	45
5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones .....	47
BIBLIOGRAFÍA .....	48
ANEXOS .....	54

Anexo 1. Ficha de registro de datos .....	54
Anexo 2. Ficha de registro de datos .....	55
Anexo 3. Oficio de autorización para socializar resultados .....	56
Anexo 4. Firmas del personal de salud.....	57
Anexo 5. Galería fotográfica .....	58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de las madres según el Estado Civil .....	33
Gráfico 2. Grado de Instrucción según auto identificación.....	34
Gráfico 3. Controles Prenatales .....	35
Gráfico 4. Tiempo de vida del Recién Nacido en relación al Sexo .....	36
Gráfico 5. Edad Gestacional Recién Nacidos .....	37
Gráfico 6. Pesos Recién Nacidos al nacer.....	38
Gráfico 7. Apgar de los Recién Nacidos según el Tipo de Parto.....	39
Gráfico 8. Motivo de Ingreso y Egreso a Neonatología.....	40
Gráfico 9. Patologías Maternas en el Embarazo .....	42
Gráfico 10. Recién Nacidos muertos por mes en el año 2016 .....	43

“Causas de muerte neonatal en recién nacidos en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016”

## **RESUMEN**

Se efectuó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal con el propósito de establecer las causas de mortalidad neonatal en el Hospital Delfina Torres de Concha durante el año 2016. El universo de estudio estuvo conformado por los 49 recién nacidos que fallecieron en el período expresado en dicha área de salud. Se encontraron las características sociodemográficas de la madre y del neonato; en cuanto a la historia materna se evidencia un déficit de controles óptimos prenatales, durante el embarazo adquirieron patologías de tipo infecciosas. Se descubrió que la mortalidad neonatal temprana fue la que más mortalidad aportó, fallecieron más del sexo masculino y que las principales causas de muerte de los neonatos fueron las patologías de tipo respiratorias y la prematurez, los pesos al nacer fueron menor a 2500 gramos a pesar de tener un adecuado apgar. Se logró presentar ante el personal que labora en el área de neonatología la importancia de tener una adecuada atención del recién nacido; encaminado a disminuir la mortalidad neonatal.

**Palabras Clave:** Mortalidad neonatal, causas de muerte, historia materna y neonatal.

## SUMMARY

A quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional study was carried out with the purpose of establishing the causes of neonatal mortality in the Hospital Delfina Torres de Concha during 2016. The universe of study consisted of the 49 newborns who died in the period expressed in said health area. The sociodemographic characteristics of the mother and neonate were found; In terms of maternal history, a deficit of optimal prenatal controls was evidenced, during pregnancy they acquired infectious diseases. It was discovered that early neonatal mortality was the one with the highest mortality, more males died, and the main causes of death of neonates were respiratory diseases and prematurity, birth weights were less than 2500 grams despite to have an adequate apgar. It was possible to present before the personnel that works in the area of neonatology the importance of having an adequate care of the newborn; aimed at reducing neonatal mortality.

**Keywords:** Neonatal mortality, causes of death, maternal and neonatal history.

## **TEMA**

Causas de muerte neonatal en recién nacidos en el Hospital Delfina Torres de Concha  
2016.

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de la Investigación

### 1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido datos y cifras en el periodo de enero del 2016, en el cual ha sido mencionado que casi el 46% de los niños menores de cinco años presentaron una defunción en el periodo neonatal, mismos que fallecen durante la primera semana de vida. De todos los recién nacidos que transcurrieron la primera semana murieron 3 de cada 4 RN y de esta manera se ha tomado en cuenta que los países en desarrollo, aproximadamente la mitad de las madres y recién nacidos no están recibiendo cuidados de parte de los profesionales durante el parto y posparto; pero ante este problema de salud suscitado se ha tratado de tomar las medidas sanitarias preventivas que se conocen y así sean eficaces para las madres en el periodo de parto. También en el lapso de la primera semana de vida, se podrían impedir hasta aproximadamente el 75% de la mortalidad de los recién nacidos.

La suma de los fallecimientos de neonatos es el 75%, estos se originan entre la primera semana de vida y el 50% se dan en las primeras 24 horas. Entre las principales causas de mortalidad neonatal se menciona a los RN pretérmino, bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. Con respecto a los recién nacidos con mayor riesgo son los niños con bajo peso al nacer, recién nacidos enfermos y neonatos de mujeres infectadas con el VIH (1).

La Organización Panamericana de la Salud indicó que cada año, fallecen aproximadamente un 48% en los primeros 28 días; de estos un 70% por causas prevenibles. La mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos en aquellos que representan el 60% de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de

menores de 5 años en América Latina y el Caribe, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo. Las tendencias en la reducción de las muertes en el período neonatal indican que los avances son lentos, que permanecen las desigualdades en el acceso a la atención de salud; especialmente en el primer nivel de referencia con ayuda de la salud materna edificante, se podría contribuir significativamente a la disminución del riesgo de mortalidad del recién nacido. En las siguientes ciudades América Latina y el Caribe cada año se producen casi 12.000.000 de nuevos nacimientos y así se calcula que, de ellos, unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 lo hacen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida.

Entre los factores que promueven a una mortalidad neonatal suprema; está el acceso a parteras calificadas que puedan sobrellevar el parto y la atención primaria de salud; aunque la salud materna permanece constantemente deficiente se ha extendido de manera considerable el riesgo de mortalidad neonatal. Las principales causas de la mortalidad neonatal en la América Latina y el Caribe se producen en su mayoría por causas como lo son la asfixia al nacer y la prematuridad (2).

La información estadística de Salud actual presenta que en la provincia de Esmeraldas las defunciones fetales sucedieron en un 53%. Siendo así que casi la mitad de la población de neonatos fallecidos fuesen generados por factores socioeconómicos de la madre, acceso limitado de la atención haciendo referencia aquellas que viven lejos del lugar donde se encuentra la unidad operativa de salud (3).

El Ministerio de Salud Pública, el Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario de Gobernanza de la Salud Pública; en cuanto a los fallecimientos de neonatos registrados en Esmeraldas en el presente año mencionó, que ninguno es por causa infecciosa o por mala práctica médica. Pues el mayor porcentaje de defunciones se da por el nacimiento de recién nacidos prematuros, problemas respiratorios, bajo peso y otras complicaciones a las que antecede una serie de circunstancias que vienen especialmente de la falta de cuidado durante el embarazo y en las madres por preclampsia o eclampsia; que pueden ser prevenidas mejorando las condiciones

sociales y culturales de cuidado de la salud en base a esto las unidades de salud de primer nivel como los centros de salud tipo C deberían tener una mejora continua, por ejemplo realizando visitas domiciliarias en gestantes de alto riesgo.

“Estamos empeñados en enfrentar la muerte de madres y neonatos, es un compromiso serio, para el cual no hay un presupuesto limitado, ya que es prioridad nacional” fue lo que menciona el Dr. Francisco Vallejo, fue él quien explicó que en Esmeraldas, además de que se está repotenciando el Hospital Delfina Torres de Concha, se está atendiendo ginecología y neonatología en un hospital móvil y se está trabajando en derivación de casos a la red pública y complementaria con el Hospital Naval y el Vicariato (4).

En cuanto a los datos según el INEC la muerte neonatal constituye el 57% de los casos de muerte infantil los cuales son menores de 1 año, 41.7% mortalidad neonatal precoz es decir hasta los primeros 7 días siendo esta la más representativa y 15.3 % mortalidad neonatal tardía desde el 8vo hasta los 28 días de nacido. Con base a los datos registrado durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue de 20.1 %, dato por encima de las metas previstas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) incrementando este porcentaje para el año 2015 (5).

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuáles son las causas de muerte neonatal en Recién Nacidos del Hospital Delfina Torres de Concha 2016?

### **1.3. Justificación**

En la actualidad no se ha hecho un estudio en el Hospital Delfina Torres de Concha que demuestre los motivos por los cuales los neonatos que ingresaron al servicio de neonatología hayan fallecido. De esta perspectiva es importante realizar este trabajo ya que ningún recién nacido debería morir en sus primeros 28 días de vida, recalando que en el hospital hubo un incremento excesivo de mortalidad materna y por consecuencia también la defunción los neonatos, como lo mencionan datos estadísticos de dicho hospital público.

Los beneficiarios directos de dicha investigación es área de Neonatología, por las mencionadas muertes maternas; además el personal de salud del actual Hospital Esmeraldas- Sur, tendrán conocimiento acerca de estas causas y poderlas prevenir las por medio de charlas educativas, hay que mencionar además a los estudiantes de las prácticas pre-profesionales, para que conozcan datos relevantes y precisos que se dieron el Hospital Delfina Torres de Concha ya que estos son de gran apoyo para el funcionamiento del establecimiento de salud, mismos que van a trabajar en el área que allí es donde ingresan los recién nacidos deprimidos debido a las causas que vamos a investigar.

Como los beneficiarios indirectos que son las madres y los familiares de los recién nacidos siendo ellos los que no tienen el conocimiento básico sobre esta problemática que se está dando en la casa de salud. Así como la Universidad Técnica del Norte ya que tendrá medios investigativos a la biblioteca virtual para los estudiantes de la Carrera de Enfermería.

La investigación que se realizó es con el fin de obtener datos relevantes de las causas que provocan la muerte de los recién nacidos y así poder dar a conocer al personal de salud los resultados de la investigación mejorando la atención y evitando que se sumen más muertes. Y así logrando una prevención ante el personal de salud además para que conozcan los médicos ginecólogos que atienden a las madres en el parto o cesáreas como los médicos pediatras y neonatólogos; mejoren la atención a los recién nacidos.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Establecer las causas de mortalidad neonatal en el Hospital Delfina Torres de Concha 2016.

### **1.4.2. Objetivos Específico**

- Caracterizar socio demográficamente a las madres del grupo de los RN fallecidos.
- Establecer el número de recién nacidos que fallecieron en el área de neonatología en el año 2016.
- Identificar diagnósticos de defunción de los RN del Hospital Delfina Torres de Concha en el 2016.
- Socializar los resultados con el personal que laboran el área de Neonatología del Hospital Esmeraldas Sur - Delfina Torres de Concha.

### **1.5. Preguntas de la Investigación**

- ¿Cuáles son las características socio demográficamente a las madres del grupo de los RN fallecidos?
- ¿Cuál es el número de recién nacidos que fallecieron en el área de neonatología en el año 2016?
- ¿Cuáles son los diagnósticos de defunción de los RN del Hospital Delfina Torres de Concha en el 2016?
- ¿Cuáles son los resultados con el personal que laboran el área de Neonatología del Hospital Esmeraldas Sur - Delfina Torres de Concha?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.**

Se realizó un estudio en el cual la edad de las madres gestantes osciló entre 20 a 29, estas presentan menor riesgo de tener alguna complicación. Las gestantes de 25 a 34 y las menores de 30 años, se demostró que hubo una considerable disminución de muerte fetal. Mientras que las mujeres de 45 a 49 años tienen mayor probabilidad de muerte materna y neonatal; cabe recalcar que las mujeres de años de 40 a 44 años duplican la mortalidad dando como resultado muerte del binomio madre-hijo.

Los embarazos antes de los 20 y después de los 35 años, se relacionan a un mayor riesgo materno y perinatal, ya que las adolescentes son las de mayor riesgo porque su cuerpo no está preparado para traer a un nuevo ser. En cuanto las mujeres de 35 años o más son las más propensas a presentar patologías que aparecen propiamente en la gestación poniendo en peligro el bienestar materno-fetal (6).

##### **2.1.2. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil**

Esta investigación fue realizada y basada con los datos del Ministerio de Salud de Brasil, en relación a la mortalidad del recién nacido señalando que las madres adolescentes corren más peligro en sufrir complicaciones en el embarazo, así como las madres añosas; sufren patologías asociadas a la gestación. Asimismo, las gestantes de instrucción bajo tienen menos conocimientos como por ejemplo los métodos anticonceptivos si los recién nacidos son pretérmino, a término o pos término.

En el periodo que se realizó este estudio, hubo muchas muertes neonatales entre ellas se menciona los óbitos fetales; los cuales se produjeron por una inadecuada atención que recibió la madre la cual hubiese sido de mejor calidad con la ayuda del primer nivel de atención y con los controles perinatales óptimos. Es la razón por la cual se han sumado las causas ya que veces en las salas de partos no se cuenta con un pediatra o a veces por la disminución de camas disponibles en el área de salud; esto también sucede en el área de Cuidados Intensivos Neonatales (7).

### **2.1.3. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino.**

La Organización Mundial de la Salud destaca que el 40% de los partos son consecuencias de recién nacidos pre términos, estos ocurrieron por rupturas prematuras de membranas las cuales varían entre 28 a 32,6 semanas de gestación. Se demostraron resultados que el 48,9 % pesó menos de 1500 gramos; todos estos fallecieron de los mismo el 22,0 % de estos se presentó síndrome de distrés respiratorio y enfermedad de la membrana hialina, sumados no solo la prematurez de los recién nacidos y la ruptura prematura de membradas (RPM). Estos presentaron complicaciones más frecuentes que las de otros recién nacidos ingresaron a Neonatología, que cumplieron con el tratamiento antimicrobiano ya que estuvieron expuestos a la sepsis.

Otros condicionantes para contribuir a la mortalidad neonatal, es el hacinamiento de las madres gestantes ya que este es muy variable, el cual depende en gran parte de la situación socioeconómica de las madres y la familia dado que se asocia a la menor probabilidad de recibir cuidados médicos prenatales adecuados, por otro lado estos controles deben ser mensuales y tener al menos 5 ecos realizados (8).

#### **2.1.4. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales.**

Se realizó un estudio de investigación en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” en la ciudad de Santiago de Cuba, la cual analizaron a todos los nacimientos pretérmino y concluyeron en cuanto a las causas que abarcan la mortalidad en los niños son la prematuridad de los recién nacidos divididos en determinadas edades gestacionales. Habría que decir también de cómo fue la evolución y dónde estuvo hospitalizada la madre tomando en cuenta la Historia Clínica para poder así saber las causas y las complicaciones que pudieron estar presentes. En esta investigación predomina la hipertensión Arterial como causa principal en relación con esta patología en una gestante se denomina Preclampsia, siendo así es como ocurre más la mortalidad, por otra parte, se añade el síndrome de respuesta inflamatoria fetal. De esta manera es como la prematuridad de los recién nacidos y las patologías de las madres lleva a serios problemas de salud y para el personal que labora en este (9).

#### **2.1.5. Mortalidad neonatal: análisis causa raíz.**

En el presente estudio nos indica que han investigado sobre cinco principales causas con las que se produce la muerte neonatal y así poder analizar la raíz de la misma, dicha investigación revisó el peso que tienen al nacer entre los 1838 más menos 999 y un peso medio de 1635, también la edad gestacional que varía entre 35 más menos 5 semanas. Añaden otro factor a la edad materna que oscila entre 25 más menos 7 años y demuestra que solo el 20% no tuvo ninguno de los controles prenatales en los centros de salud. Pero sumando a esto los investigadores dicen que hay causas de internación fue la dificultad respiratoria en un mayor porcentaje, también consiguiente las mal formaciones, y otras causas que se dan al momento del parto como son las infecciones que pueden ser despreocupaciones de las madres como son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y como último con respecto a este subgrupo la asfixia perinatal. También en un 65% presentó alguna complicación sumada a la evolución, las infecciones intrahospitalarias también se suman ya que recordamos que un recién nacido abarca desde que nace hasta los 28 primeros días de vida. Estas muertes pueden

ser prevenibles si al equipo de salud que atiende a este grupo vulnerable tuvieran estrategias y capacitaran al mismo fortaleciendo donde más se está fallando (10).

#### **2.1.6. Etiología de la mortalidad perinatal**

Se realizó un análisis de los recién nacidos fallecidos en el Hospital de segundo nivel, algunos ocurrieron durante de dos etapas, que incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) que se estaría hablando de partos prematuros o de cesáreas, el segundo periodo comprende la muerte neonatal temprana la cual abarca desde menos de siete días después del nacimiento y por último la muerte neonatal tardía que comprende desde el séptimo día hasta el 28 día de vida del recién nacido posterior al nacimiento. Después de esta clasificación se acuerda que entre los periodos tardíos y el neonatal precoz son los que más hay la probabilidad de índice de mortalidad en comparación al otro intervalo de edades. Las causas de mortalidad perinatal son: alteraciones de la placenta, cordón y membranas, y el síndrome de distress respiratorio, así es como se presenta y las más frecuentes son las patologías respiratorias agrupadas a la Prematurez y algunos prematuros extremos, mal formaciones congénitas e hipoxia. Así como también relacionan factores de médicos, socioeconómicos, ambientales y demográficos.

Se realizó una recolección de datos revisando los certificados de defunción con los siguientes resultados: Número de muertes por etapas y periodos. Datos del producto: edad gestacional, sexo, peso del producto y causas probables de la muerte. Datos maternos: edad, escolaridad, estado civil, asistencia a control prenatal, antecedente de muerte perinatal previa y evolución del embarazo. Con las variables de las madres oscilaban en edades de entre 22 y 32 años de edad, suscitándose un mayor porcentaje de casadas y la gran mayoría era primigestas, así como un gran porcentaje tenía estudios de primaria (11).

### **2.1.7. El recién nacido prematuro**

Según la medicina Perinatal la mayor muerte de los neonatos es de los prematuros dando así un alto riesgo de padecer deficiencia y discapacidad en el niño. Así mismo se suma ser prematuro; este va a tener bajo peso al nacimiento teniendo menos de 2500 gramos y si son prematuros extremos van a pesar menos de 1500 gramos y en algunos casos extremos inferior a 1000 gramos. Refieren que la mayor parte de partos pretérmino no espontáneo o nacido tras amniorrhexis prematura, así como de una infección clínica o subclínica, vaginosis materna, la situación socioeconómica negativa de la madres y tabaquismo materno.

También la gestación múltiple espontánea o inducida también incrementa las tasas de prematuridad, la incidencia de los gemelos y tripletes dan la totalidad de recién nacidos pretérminos. Y es así como de deriva el binomio inmadurez-hipoxia ya sea por tener menos semanas de edad gestacional y la ineficacia de la adaptación extrauterina por la suspensión de la oxigenación transplacentaria; y es frecuente que estos recién nacidos obtengan que el teste de Apgar sea bajo como menos de 6 al minuto y a los cinco minutos y que necesiten reanimación neonatal como también un peso menos a 1500 gramos (12).

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. Localización de la Provincia de Esmeraldas**

Está localizada en la frontera norte del país, hacia el Océano Pacífico. Limita por el norte con el Departamento de Nariño (Colombia); por el sur con las provincias de Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha e Imbabura; por el este con las provincias de Imbabura y Carchi; y al oeste con el Océano Pacífico (13).

### **2.2.2. Ubicación del Hospital Delfina Torres de Concha**

Dirección: Av. Libertad y Manabí, Esmeraldas, Esmeraldas, Ecuador

Teléfono: 062999500.

### **2.2.3. Historia del HDTC**

El 23 de marzo de 1936 comenzó a ofrecer sus servicios el Hospital “Delfina Torres de Concha” en los terrenos donde se levanta actualmente su edificación. En ese sitio estaba un establo que fue acondicionado por la actual junta de asistencia pública encargada de los servicios de salud en ese período para que se acondicionaran las instalaciones para la atención, 4 años más tarde se reestructuro para dar lugar a dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños.

En 1950 el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de fuentes no garantizadas y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia y su construcción era mixta.

Desde 1963 a 1966 el Hospital fue dirigido por la junta militar del gobierno contaba con 5 médicos, una enfermera y dos auxiliares de enfermería y una administradora, en 1970 este local fue reducido a escombros por un incendio provocado por un enfermo mental, la atención por ese tiempo se brindaba en las instalaciones del Hospital Franklin Tello, construido por esa época, más tarde 12 años después, se reinauguró en 1982 por el Dr. Francisco Huerta Ministro de Salud de esa época, y en los años 90 a través del proyecto MODERSA se interviene para su remodelación.

### **2.2.4. Misión y Visión del HDTC**

#### *Misión*

*Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a*

*las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.*

### **Visión**

*Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.*

#### **2.2.5. Descripción del HDTC**

Actualmente es un hospital general de referencia provincial con una dotación normal de 125 camas que hoy tiene una disponibilidad como producto de la creciente demanda de 155 camas. Brindamos atención en las cuatro especialidades básicas como son gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna; pero como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se han debido implementar nuevas especialidades como: cardiología, oftalmología, traumatología, nefrología, gastroenterología y medicina crítica–uci, servicios complementarios de odontología, fisioterapia, terapia respiratoria y audiología, auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología (rayos x, ecografía, mamografía, tomografía y endoscopia), programas como la clínica del VIH/SIDA, DOTS, NAR, discapacidades y enfermedades catastróficas, y nuevo servicio en implementación, unidad de cuidados intensivos, servicios de tomografía, mamografía y colposcopia, actualmente el hospital está en proceso de remodelación en segunda etapa, está previsto la creación del hospital del día, unidad de hemodiálisis, servicios complementarios de diagnóstico y terapéutico como es medicina transfusional, anatomía patológica entre otras, también se ha comenzado con el proceso de acreditación Canadá quienes están apoyando al hospital junto con otros 43 hospitales que serán acreditados docentes en el país (14).

### **2.2.6. Descripción del Área de Neonatología**

El área de neonatología cuenta con 17 puestos diferenciados por niveles de cuidados (9 puestos para cuidados intensivos, 4 puestos para cuidados intermedios, 3 para aislamiento y un área de procedimientos). Mientras que el centro obstétrico dispone de 6 puestos de labor, 2 salas de partos y 5 puestos de recuperación. Adicionalmente el centro quirúrgico tiene 6 puestos de recuperación y 5 quirófanos, uno de ellos destinado para procedimientos sépticos (15).

Dispone del siguiente personal de salud; 12 enfermeras, 2 médicos tratantes, 5 médicos residentes (uno por cada guardia) y una auxiliar de enfermería.

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Recién Nacido**

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (16).

### **2.3.2. Recién Nacido Prematuro**

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy prematuros (28 a <32 semanas)
- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas (17).

### **2.3.3. Recién Nacido A término**

Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más (18).

### **2.3.4. Recién Nacido Postérmino**

La definición de gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP). Esta definición está avalada por Organizaciones Internacionales como (OMS, FIGO, ACOG). Los RN postmaduros pueden ser de peso Adecuado, Pequeño o Grande para la EG, según el percentil de peso al nacer en las tablas de crecimiento fetal (19).

### **2.3.5. Apgar**

La valoración de Apgar es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido y es útil para obtener información acerca del estado general y de la reacción a la reanimación.

La valoración de Apgar por lo común se asigna al minuto de vida y nuevamente a los cinco minutos de vida. Cuando la valoración de Apgar es menor de 7, se debe asignar una valoración adicional cada 5 minutos hasta por 20 minutos (20).

### **2.3.6. Patologías Neonatales**

#### **2.3.6.1. Sepsis Neonatal**

Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus 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 recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) (21).

### **2.3.6.2. Distrés Respiratorio Neonatal**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados (22).

### **2.3.6.3. Neumotórax**

El neumotórax es una causa que debe tenerse presente dentro de la etiología del SDR del recién nacido; con una incidencia estimada en alrededor del 0.5% 1. Se ha insistido que la introducción de procedimientos de ventilación asistida ha aumentado el riesgo y la incidencia de neumotórax en los Servicios de Recién Nacidos (23)

### **2.3.6.4. Asfixia Neonatal**

La Asfixia neonatal es un incidente grave en los neonatos por la hipoxia e isquemia generalizada que ocasiona cambios bioquímicos y funcionales de carácter sistémico, particularmente en el sistema nervioso central.

(SNC). La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es un síndrome neurológico ocasionado por la falla en el suministro de oxígeno y de la perfusión cerebral. Por otra parte, la parálisis cerebral infantil (PCI) es un síndrome motor causado por alteraciones en el desarrollo temprano del cerebro, entre éstas las ocasionadas por la EHI. La

gravedad de esta encefalopatía ocasiona una elevada letalidad que llega a ser de 50% en el primer mes de vida (24).

#### **2.3.6.5. Enfermedades Congénitas**

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida (25).

#### **2.3.6.6. Hidrocefalia Congénita**

La hidrocefalia se define como un incremento del volumen total de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal, lo que conlleva un aumento del tamaño de los espacios que lo contienen (ventrículos, espacios subaracnoideos y cisternas de la base) (26).

#### **2.3.6.7. Trastornos Metabólicos**

Son trastornos producidos por una variación en la secuencia codificadora del AND (Herencia). La alteración del metabolismo produce consecuencias (fenotipos) desadaptativos para el individuo (presentación neonatal aguda, retardo mental, destrucción, daño neurológico, muerte) (Clínica) Causa: deficiencia o ausencia de una enzima (27).

#### **2.3.6.8. Incompatibilidad Rh En El Embarazo**

La enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido es una afección inmunológica autoinmune, en la cual la supervivencia del hematíe fetal y del recién nacido está acortada debido a la acción de anticuerpos maternos que pasan a través de la placenta y que son

específicos contra antígenos de origen paterno presentes en las células rojas fetales y del recién nacido (28).

#### **2.3.6.9. Sífilis Congénita**

Las infecciones congénitas son aquellas transmitidas por la madre a su hijo antes del nacimiento.

La infección por *Treponema pallidum* puede producirse en el feto de cualquier madre infectada y no tratada, pero es más probable durante el primer año después de haber adquirido la enfermedad (85-90% de los casos de sífilis congénita), si existe una situación inmunológica deficitaria de base y después de las 16-20 semanas de embarazo. También es posible la infección durante el parto por contacto directo del RN con lesiones contagiosas (29).

#### **2.3.6.10. Rotura Del Hematoma Subcapsular Hepático**

La presencia de un hematoma hepático subcapsular es una entidad clínica poco frecuente en el recién nacido, cuyo pronóstico es infausto si se produce su rotura. En la mayoría de los casos se ha diagnosticado post mortem en autopsias realizadas en fetos y recién nacidos. Se han asociado, entre otros, los siguientes factores predisponentes: antecedente de traumatismo en el momento del parto (después de la maniobra de reanimación cardiopulmonar), prematuridad, coagulopatías o laparotomía (30).

#### **2.3.6.11. Shock Neonatal**

El concepto de shock es fisiológico y se basa en una serie compleja de acontecimientos clínicos que tienen lugar cuando hay un inadecuado o insuficiente transporte de oxígeno (O<sub>2</sub>) a las células para mantener su consumo de O<sub>2</sub>. Como consecuencia se desarrolla disfunción y muerte celular (31).

### **2.3.7. Embarazo de Alto Riesgo**

Aquel que cursa con criterios de riesgo como son; Si TA mayor a 140 la tensión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica, considere trastorno hipertensivo gestacional. Se debe considerar sobrepeso, preeclampsia, embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. Así como error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal. Tallas menores a 1.40 m hacen sospechar la probabilidad de desproporción céfalo pélvica. (32).

### **2.3.8. Embarazo Adolescente**

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más.

Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años (33).

### **2.3.9. Madres Añosas**

Hace tan solo 2 décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 años, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la "avanzada edad", actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añosas a partir de 35 e incluso de 38 años. En Cuba se considera una mujer añosa y por tanto de alto

riesgo su embarazo a partir de los 35 años. La maternidad tardía se asocia generalmente a complicaciones de patologías preexistentes que inevitablemente se incrementan con la edad y a la asociación con patologías dependientes del embarazo. Entre las complicaciones más frecuentes están la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el consiguiente daño para el feto, la Pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, que en algunos casos puede ser agravada con riesgo, en este caso para la vida de la mujer, la Diabetes Gestacional, el crecimiento intrauterino retardado (CIUR), los problemas tromboembólicos con las complicaciones propias de esta patología hasta llegar al tromboembolismo pulmonar, el parto pretérmino y el aborto (34).

### **2.3.10. Complicaciones Obstétricas**

#### **2.3.10.1. Hipertensión Gestacional**

TAS  $\geq$  140 mmHg y/o TAD  $\geq$  90 mmHg\*, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria. Y se da en cualquier momento del embarazo.

#### **2.3.10.2. Preeclampsia**

TAS  $\geq$  140 y/o TAD  $\geq$  90 mmHg\* y uno de los siguientes: - Plaquetas menores de 100.000 /uL. - Enzimas hepáticas (transaminasas) elevadas al doble de lo normal. - Desarrollo de insuficiencia renal aguda caracterizada por concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL o el doble de concentración de creatinina sérica en ausencia de otras enfermedades renales. - Edema agudo de pulmón. - Aparición de síntomas neurológicos o visuales.

#### **2.3.10.3. Eclampsia**

Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas (35).

#### **2.3.10.4. Infecciones de Transmisión Sexual**

Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH)– son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad (36).

#### **2.3.10.5. Ruptura Prematura de Membranas**

La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de los 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM) (37).

### **2.4. Marco Legal**

#### **2.4.1. La Constitución de la Asamblea Nacional del Ecuador**

En los consecuentes artículos se hace énfasis del reciente trabajo de investigación tomando en cuenta a La Constitución de la Asamblea Nacional del Ecuador (38):

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

*El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción*

*y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*

#### **2.4.2. Salud en la nueva Constitución**

Las siguientes enumeraciones hacen énfasis a la Salud en la nueva Constitución (39):

*Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.*

*Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."*

#### **2.4.3. Código de la Niñez y Adolescencia**

En los siguientes artículos enfatiza al Código de la Niñez y Adolescencia (40):

*Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.*

*Art. 23.- Protección prenatal.- Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.*

*Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.*

*Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.*

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

*Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.*

## **2.5. Marco Ético**

### **2.5.1. Código de Ética FEDE**

En los consecutivos artículos se exponen la ética de las Enfermeras y enfermeros del Ecuador, del presente trabajo en el Código Nacional De Enfermeras dice (41):

*Capítulo I: Disposiciones Generales*

**Artículo primero.-** *El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.*

## **CAPÍTULO II. De Los Deberes de las Enfermeras para con las personas**

**Artículo segundo.-** *Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.*

**Artículo cuarto.-** *Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.*

**Artículo quinto.-** *Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.*

**Artículo sexto.-** *Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.*

**Artículo séptimo.-** *Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.*

**Artículo octavo.-** *Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.*

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la Investigación**

#### **3.1. Diseño de la Investigación**

- Es cuantitativa porque tiene como objetivo la cuantificación de datos usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas con los hechos recogidos de un fenómeno que se va a investigar, con el propósito de realizar los análisis estadísticos de los problemas obtenidos en el servicio de neonatología.
- Es no experimental porque en este estudio no existió ningún tipo de manipulación por parte del investigador, este se limita a ver los fenómenos tal cual suceden.

#### **3.2. Tipo de Investigación**

- Es descriptivo porque por medio de estos estudios se puede realizar un análisis de cómo es y de qué manera se manifiesta algún fenómeno y los elementos que lo componen. Los estudios de este tipo ayudan a detallar el fenómeno por medio de mediciones de sus atributos. Los estudios descriptivos presentan una mayor profundidad que los exploratorios y su objetivo es delimitar los hechos que forman parte del problema a investigar.
- Transversal porque implican la recolección de datos en un solo corte en el tiempo y por una sola vez.
- Observacional porque fue de carácter estadístico, siendo así se observó los datos de la estadística en el Hospital Delfina Torres de Concha.

### **3.2. Localización y ubicación del estudio**

El presente estudio se realizó en el Hospital Delfina Torres de Concha, con las historias clínicas de los recién nacidos que estuvieron en el servicio de Neonatología.

### **3.3. Población**

#### **3.3.1. Universo y muestra**

El universo y muestra estuvieron constituidos por todos los RN que fallecieron durante su hospitalización servicio de neonatología del Hospital Delfina Torres de Concha, en el año 2016.

#### **3.3.2. Criterio de Inclusión**

Se incluyeron en el estudio a los RN que fallecieron en este servicio de los cuales se pueda obtener los datos en las historias clínicas respectivas.

### 3.4. Operacionalización de Variables

**Objetivo, Caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio, de las madres de los RN fallecidos.**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Personas adultas o maternidades en límites de edad o por inseminación o adopción, también madres en plenitud de edad fértil y algunas adolescentes (42).	Características socio demográficas	% Años cumplidos	Menor de 15 Entre 20-34 Mayor de 35
Estado civil	O estado conyugal es la población de 12 años y más como son: Casado/a, Unido/a, divorciado/a, viudo/a (43).		Establecido por el registro civil	Soltero Casado Divorciado Unión Libre
Etnia	El término étnico proviene del griego etnos, pueblo, que en inglés se utilizó para referirse a los 'bárbaros' o 'paganos' hasta el siglo XIX; luego se utilizaría como sinónimo de racial (44).		Auto identificación	Afroecuatoriano Mestizo Blanco
Instrucción	Es el referente de una educación tan desfasada como autoritaria, y cuyos planteamientos son incongruentes con las nuevas teorías del aprendizaje (45).		Años aprobados	Primaria Bachillerato Universidad

**Objetivo, Establecer el número de recién nacidos que fallecieron en el área de neonatología en el año 2016.**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad de muerte	Aquel recién nacido que muere menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño (46).	Mortalidad neonatal inmediata, temprana y tardía	Días contados a partir del nacimiento	24 horas 1 a 7 días 8 a 28 días
Sexo	Se habla de las mujeres y los hombres como género femenino y género masculino (47).	Características Sexuales	% de sexos	Hombre Mujer
Edad Gestacional intrauterina	La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal (48).	Semanas de Vida intrauterina	# de RN pretérmino (RNP), término (RNT) y post término (RN Post término)	Menos de 37 SG. 38 a 40 SG. Más de 40 SG.
Peso	Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del Nacimiento (48).	Gramos al nacer	% de RN con peso	Menos de 2500 2500 a 2999 Más de 4000 gramos

Motivo de ingreso al área de Neonatología	Son las causas principales que motivaron la admisión hospitalaria de los pacientes (49).	Patologías	% de Patologías	Trastornos Metabólicos Enfermedades Respiratorias Enfermedades de Trasmisión Enfermedades Congénitas
Apgar	Es un método objetivo de cuantificar la condición del recién nacido y es útil para obtener información acerca del estado general y de la reacción a la reanimación. (20)	Puntuación al minuto y a los cinco minutos	% de la puntuación Apgar	Depresión severa 0-3 Depresión Moderada 4-6 Normal 7 a 10 puntos
Control Prenatal	Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) (50)	Citas médicas	# de controles	1-2 3-4 5 o más
Patologías en el Embarazo	Es decir los embarazos sin complicaciones o aquellos que se presentan acompañados de trastornos o	Patologías	% de Patologías	Hipertensivas Metabólicas Infecciosas Ninguna

	enfermedades leves (51).			
Tipo de Parto	Hasta ahora hemos descrito el discurrir de un parto “espontáneo” o “normal”, pero no todos los partos son así. Tales como: parto provocado o inducido, cesárea e instrumental (51).	Nacimiento del RN	% del tipo de parto	Cesárea Podálico Cefálico

**Objetivo, Identificar diagnósticos de defunción de los RN del Hospital Delfina Torres de Concha en el 2016.**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Diagnósticos	Las causas de defunción que se deben registrar en el certificado médico de causa de defunción son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones (48).	Diagnósticos de egreso	% de Diagnóstico de egreso	Transtornos Metabólicos Enfermedades Respiratorias Enfermedades Congénitas

### **3.5. Métodos de Recolección de Información**

Se recogieron la información obtenida en las historias clínicas y como instrumento la Ficha de registro.

### **3.6. Análisis de Datos**

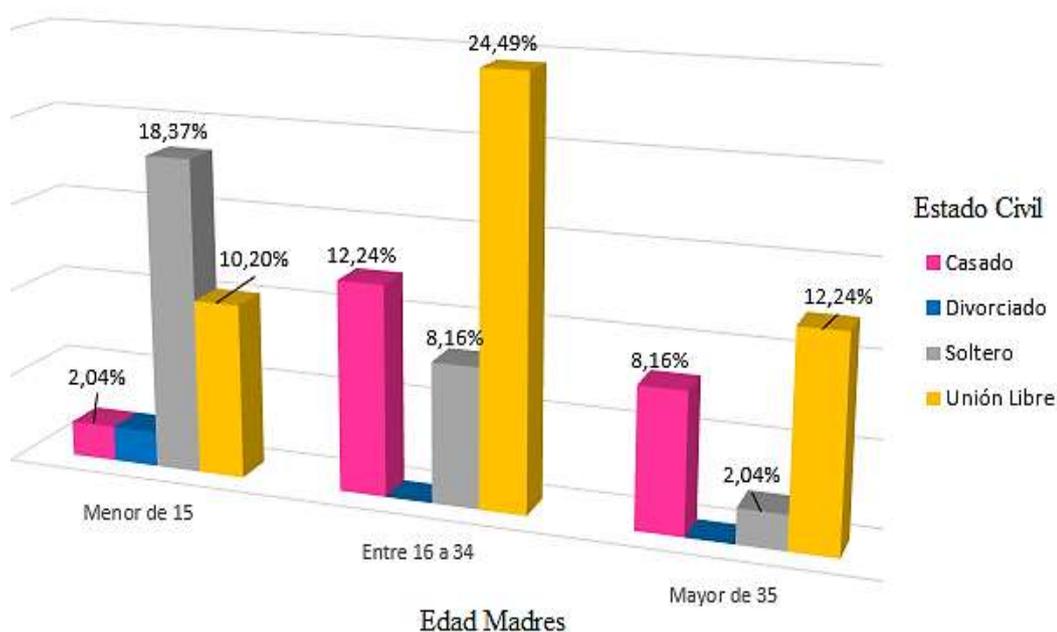
Los análisis de datos fueron elaborados mediante una base de datos en Microsoft Excel.



## CAPÍTULO IV

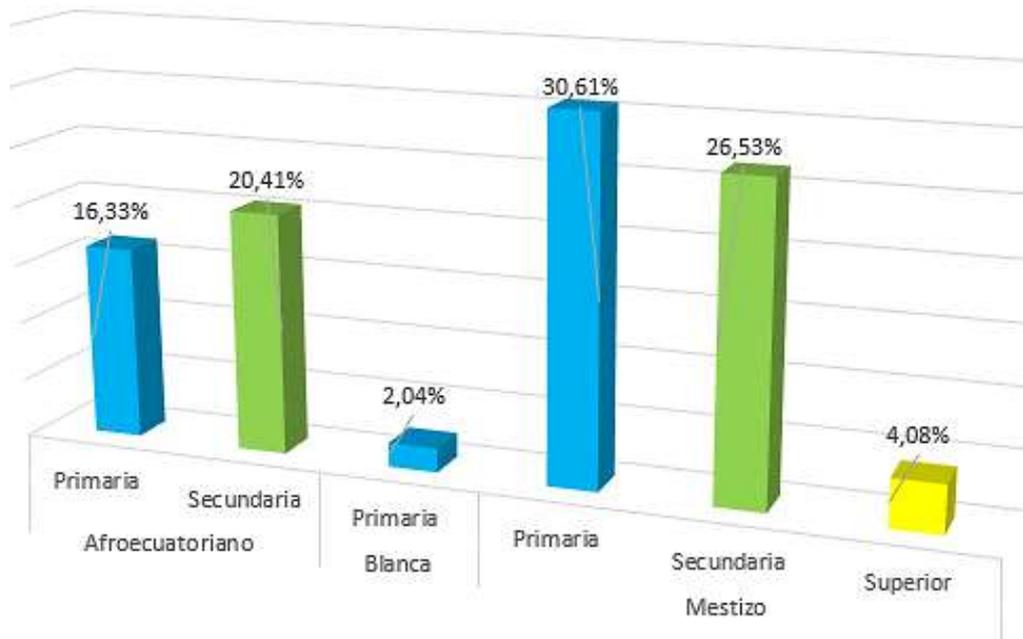
### 4.1. Resultados de la Investigación

Gráfico 1. Edad de las madres según el Estado Civil



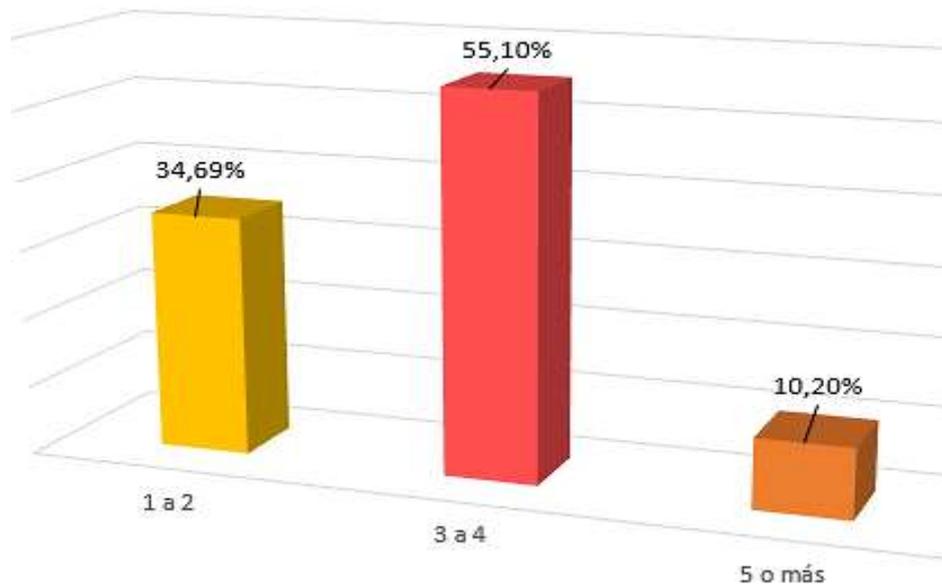
En el presente gráfico podemos destacar que el estado civil de las madres de los neonatos fallecidos fue la unión libre. La edad que predominó fue la de las madres 16 a 34 años. Como se menciona en un artículo realizado por Enrique Donoso sobre la edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna fetal e infantil, indica que las mujeres entre 25-34 es el grupo de menor riesgo de mortalidad neonatal (52). Lo que no concuerdan con nuestro estudio donde se evidencia que el grupo donde hubo mayor muerte neonatal fueron en las madres cuya edad fue entre 16 a 34 años, que según el MSP es la edad que menor riesgo tiene la mujer para concebir. En este estudio el estado civil de casadas y unión libre son los más representativos destacando aquí, que las madres tienen el acompañamiento de su pareja y que emocionalmente podrían estar en ventaja sobre aquellas que son divorciadas y solteras, no encontramos significancia en este aspecto que contribuya a disminuir la muerte neonatal.

**Gráfico 2. Grado de Instrucción según auto identificación**



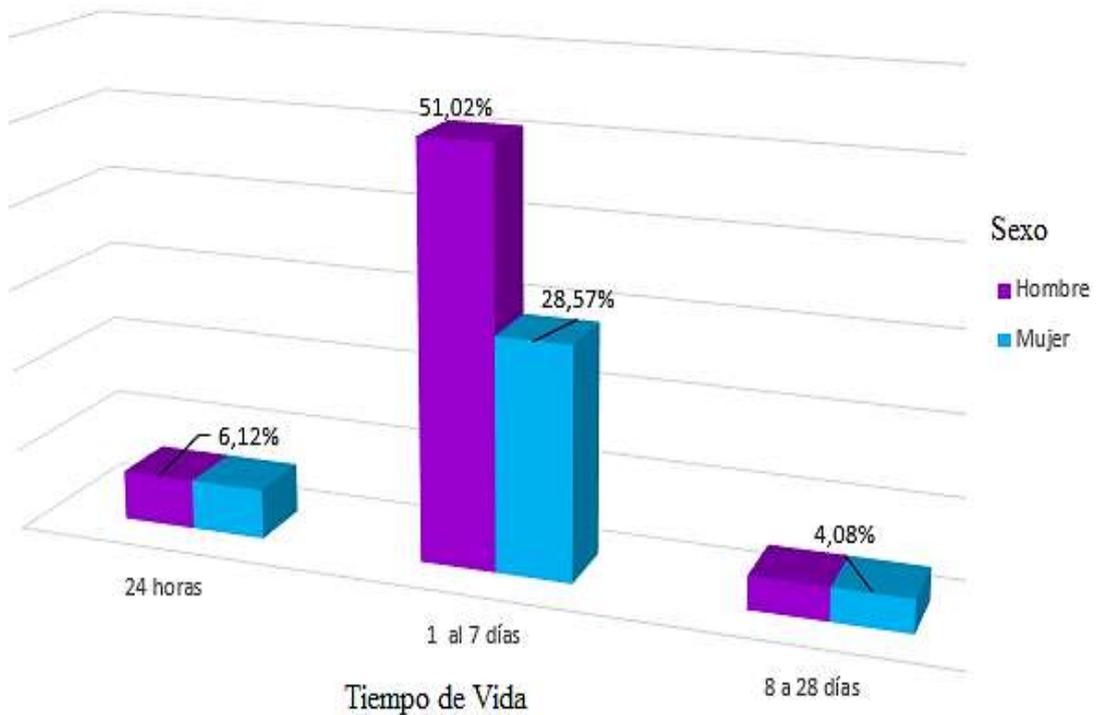
El grupo más grande dentro del auto identificación de las madres; fue la mestiza de las cuales mantuvieron un nivel de instrucción entre primaria y secundaria mientras una mínima cantidad el nivel superior. Seguido los afroecuatorianos y la etnia blanca. Concordando según los resultados del INEC en la provincia de Esmeraldas; el mestizo 44,7%, afroecuatoriano 43,9%, blanco 5,9%, indígena 2,8%, montubio 2,4% y otros 0,3% (53). Observamos que a pesar de pertenecer a la región costa y tener un clima cálido; acoge a muchas personas por tanto de esta manera existe una mezcla entre ellas, razón por la cual las personas se auto identifican como mestizas. En cuanto al nivel de instrucción de las madres evidenciamos que en nuestro estudio tiene relevancia, en la importancia de los controles prenatales para evitar morbilidad en los neonatos.

**Gráfico 3. Controles Prenatales**



En cuanto a los controles prenatales más de la mitad de madres de los RN fallecidos se realizó entre 3 a 4 controles durante su embarazo, situación que no está acorde a los estándares ya que según el Ministerio de Salud Pública menciona que un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) (50). Demostramos en nuestro estudio que realizarse los controles prenatales es de vital importancia para el bienestar del binomio madre-hijo; de esta manera se puede vigilar la evolución del embarazo para poder diagnosticar problemas a tiempo en el neonato y así evitar consecuencias.

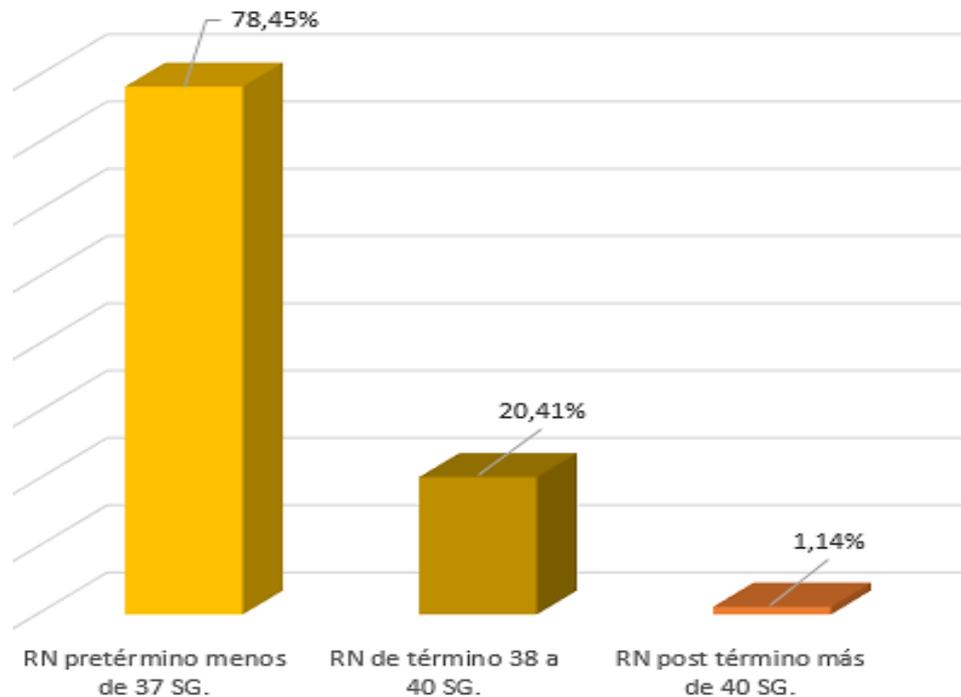
**Gráfico 4. Tiempo de vida del Recién Nacido en relación al Sexo**



La defunción de los neonatos tuvo un predominio de la mortalidad temprana, es decir de 1 a 7 días, se destaca que el sexo masculino fue el género que mayor muerte registró frente al femenino. Relacionando a un estudio realizado por José Enrique Velásquez Hurtado en Perú nos menciona que más del 85% de las muertes en los hospitales neonatales fueron registradas en el periodo neonatal temprano de igual manera lo señala la Organización Mundial de la Salud (75%) (54).

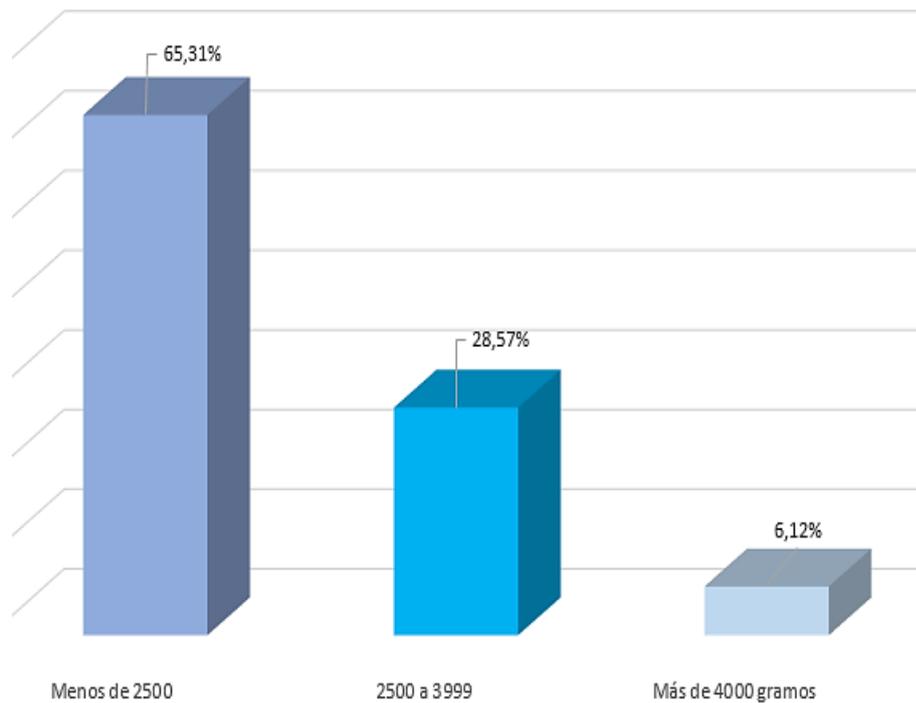
Se toma también en cuenta el artículo de investigación por Rosalinda Pérez Zamudio en el Hospital de México de los pacientes que ingresaron tuvieron un predominio del sexo masculino (57.2%) sobre el femenino (42.7%) (55). Estos estudios concuerdan con los resultados obtenidos en el área de Neonatología del HDTC, donde el sexo femenino tiene mayor capacidad de sobrevivencia sobre el los recién nacidos de sexo masculino.

**Gráfico 5. Edad Gestacional Recién Nacidos**



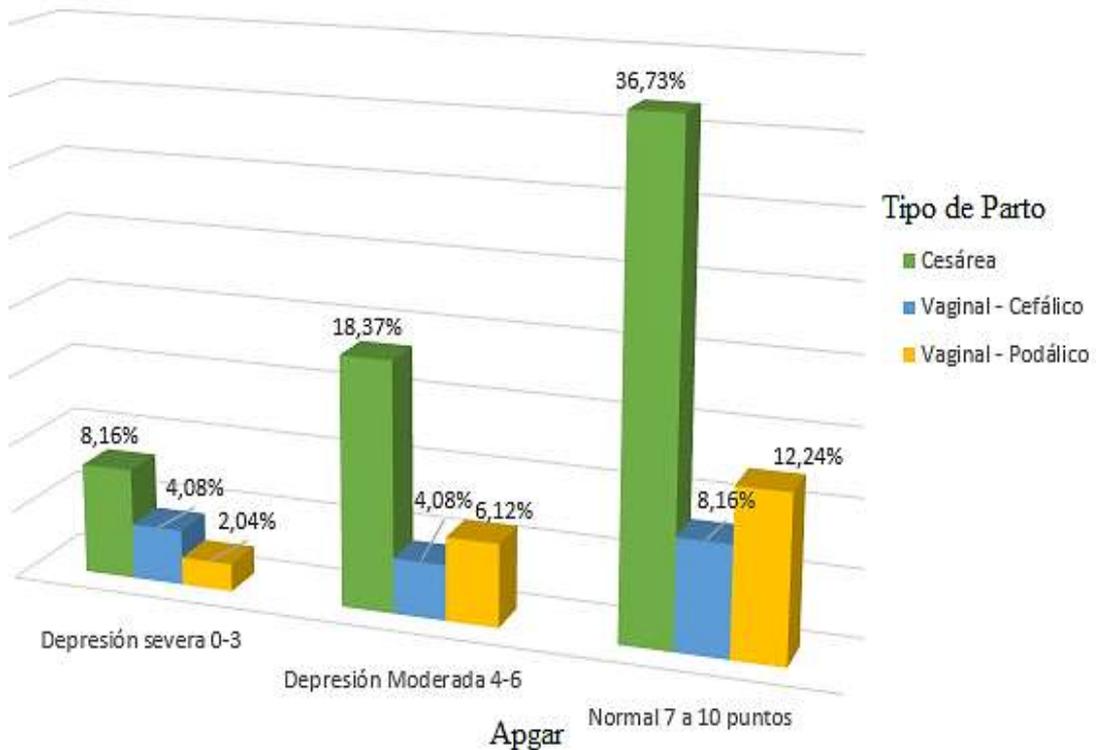
En razón del gráfico muestra que los neonatos que fallecieron en su mayoría fueron los pretérminos en otras palabras, con edad gestacional menor a 37 semanas. Relacionando al artículo de investigación sobre la morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de México por Rosalinda Pérez Zamudio en la que del grupo de prematuros que fallecieron comprendía la edad gestacional de 32 a 35 semanas un 65% (55). Mostrando que los datos obtenidos del estudio concuerdan; ya que una elevada cantidad de madres tuvieron a los recién nacidos antes de las 37 semanas de embarazo, demostrando así que la edad gestacional es un parámetro fundamental para la sobrevivencia del neonato ya que los órganos internos no están lo suficientes maduros empezando por la suministración de oxígeno.

**Gráfico 6. Pesos Recién Nacidos al nacer**



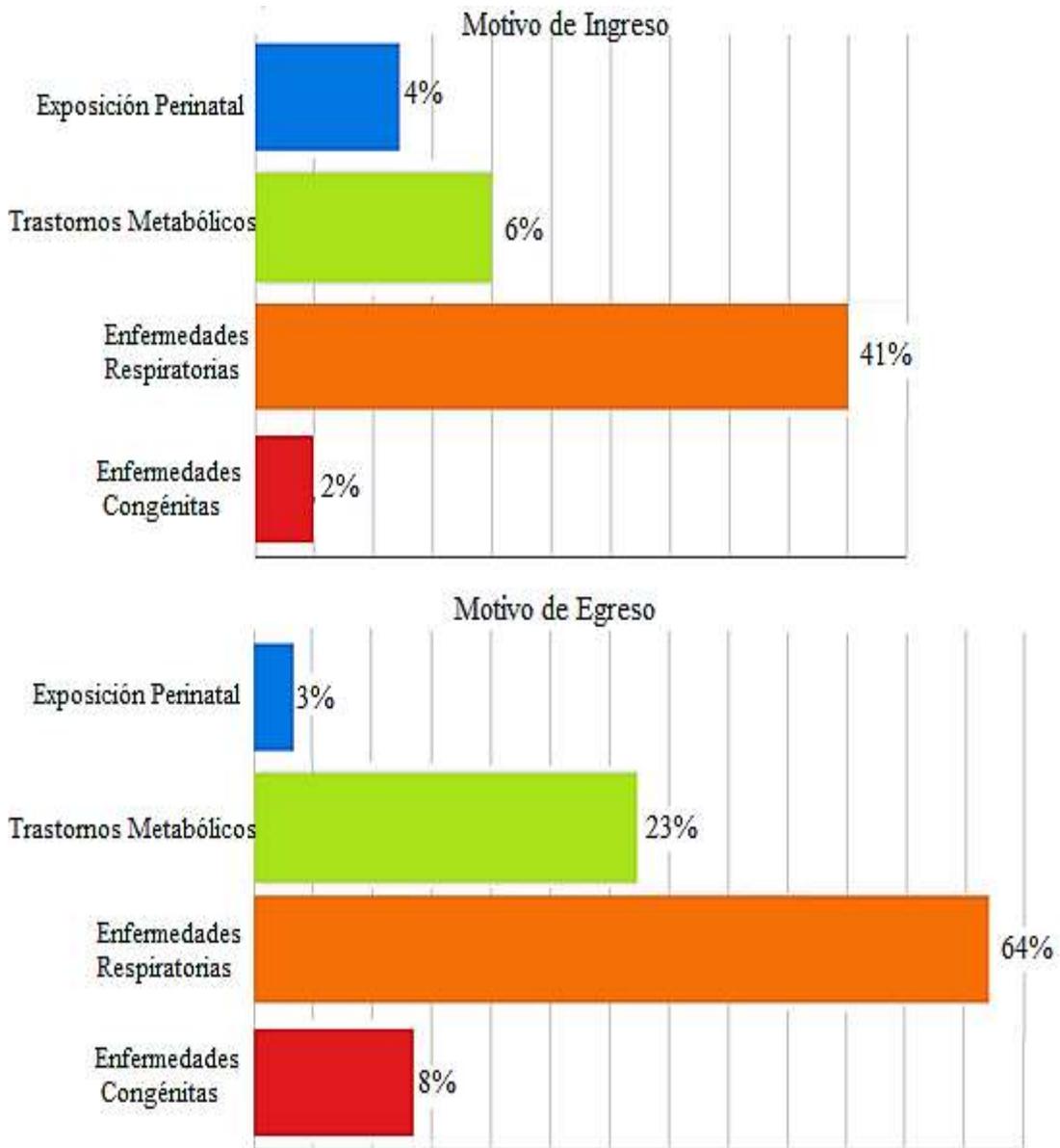
En nuestro estudio se presenta que el 65% de los prematuros tuvieron un peso menor a 2500 gramos. Con respecto al artículo científico titulado Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer realizado por el Dr. Luis Gustavo García Baños en Cuba y menciona que el bajo peso al nacer del recién nacido con cifras inferiores a 2500 g de peso, es una de las causas más importante de mortalidad perinatal (56). Datos que se ajustan con mi estudio en el que la mayoría de los neonatos fallecieron por tener un bajo peso, por consecuencia los órganos internos no estaban lo suficientes maduros para sobrevivir fuera de la cavidad intrauterina.

**Gráfico 7. Apgar de los Recién Nacidos según el Tipo de Parto**



En relación al tipo de parto y la valoración Apgar en los neonatos fallecidos, hubo un predominio de las cesáreas; las cuales obtuvieron una puntuación normal al minuto y a los 5 minutos (7 a 10 puntos); seguidas por parto vaginal-podálico y el vaginal-cefálico. Relacionando al artículo científico realizado por Armando León Pérez de una revista cubana sobre los factores relacionados con el Apgar bajo al nacer, menciona que los recién nacidos con Apgar bajo, resultaron ser el 66,93 % que no estaban en período expulsivo y fueron sometidas a la operación cesárea, en el 11,81 % (57). Lo cual no concuerda con mi estudio ya que las cesáreas fueron las que más se realizaron, ejecutadas por alguna patología obstétrica o antecedentes de cesárea anterior. Se añade que el test de Apgar nos ayuda a dar una primera valoración al recién nacido y ver su estado general después del parto, pero llama la atención que en este estudio los recién nacidos que tuvieron un mejor apgar están en el grupo de fallecidos.

**Gráfico 8. Motivo de Ingreso y Egreso a Neonatología**

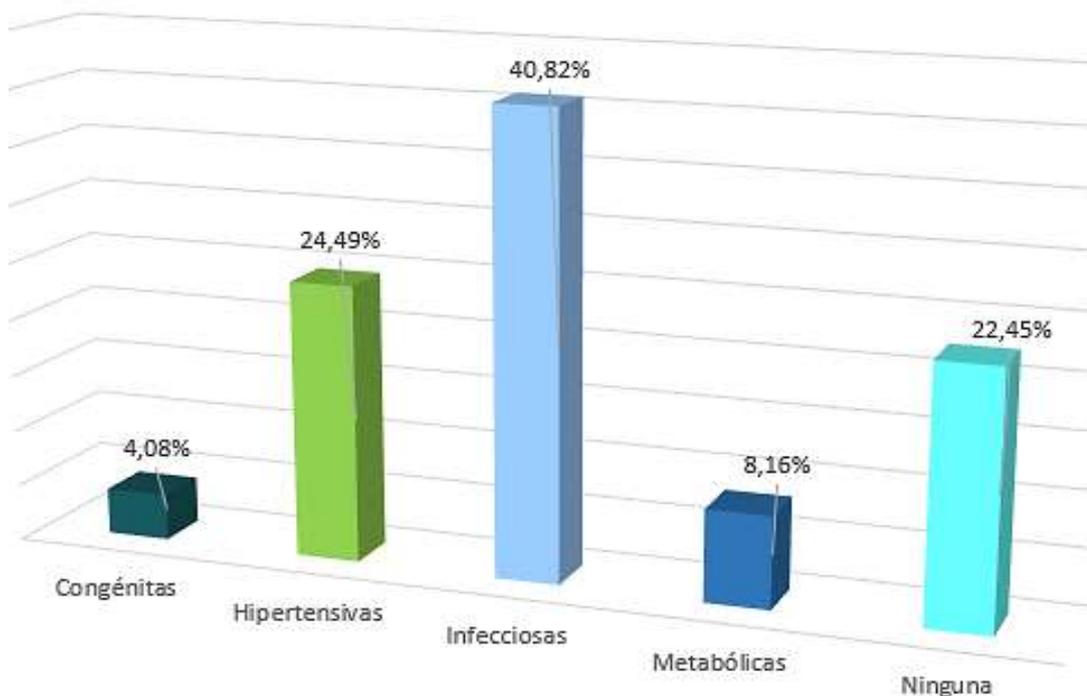


En razón al motivo de ingreso al área de neonatología, se muestra que la mayoría fueron por enfermedades respiratorias seguidas de las patologías de tipo metabólicas. Haciendo relación al artículo científico titulado morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro realizado por Rosalinda Pérez Zamudio en el Hospital General de México, indica que estos neonatos fallecieron en un 64% y que una de las causas principales de ingreso de los prematuros fue la enfermedad de membrana hialina 53%, seguida de sepsis 18% (55). Concordando así con nuestro estudio en mayor cantidad

se registraron ingresos de los prematuros los cuales se caracterizaban de tener patologías de tipo respiratorias como son la asfixia, Síndrome de Distrés Respiratorio, Enfermedad de la Membrana Hialina MH, neumotórax entre otros.

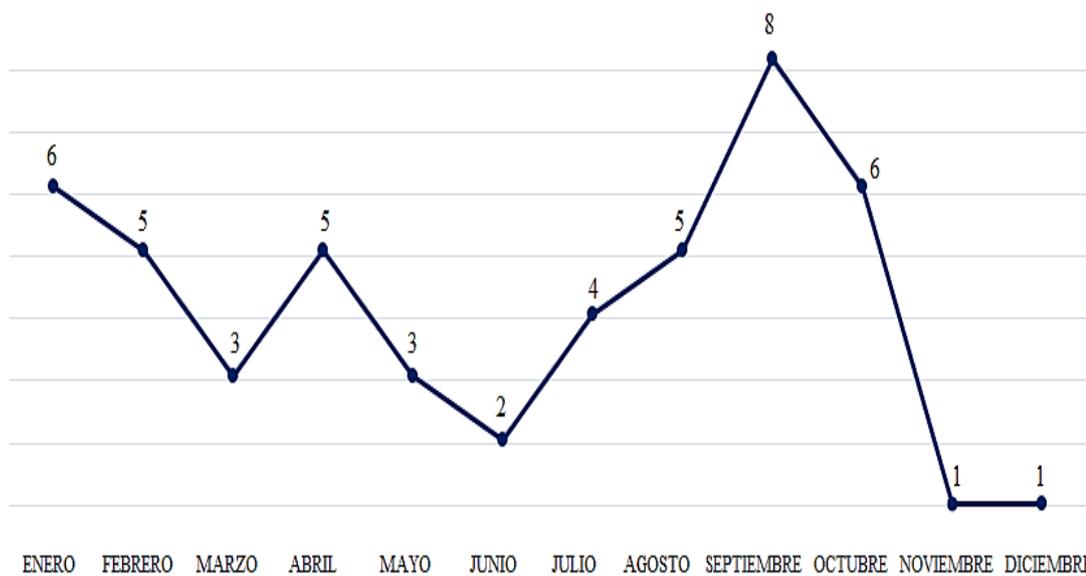
En cuanto a las patologías de egreso la mayoría fueron con patologías de tipo respiratorias seguidas de trastornos metabólicos. Haciendo relación con el artículo científico sobre la morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino indica que las complicaciones respiratorias fueron más frecuentes con una incidencia de 66% de SDR (8). Concluyendo que los datos obtenidos concuerdan con nuestro estudio, en el cual los neonatos tuvieron complicaciones en los días de internación en el área de Neonatología y fallecieron un porcentaje más alto en relación al que ingresaron.

**Gráfico 9. Patologías Maternas en el Embarazo**



En cuanto las patologías en el embarazo, se observa que la mayoría de mujeres tuvieron patologías infecciosas, seguidamente las hipertensivas. Como menciona el artículo científico realizado por Damila Nápoles García en Santiago sobre el estado de salud periodontal en embarazadas en Cuba señala que las mujeres durante la etapa del embarazo presentaron anemia (36,1%) y la hipertensión arterial crónica (22,7%) (58). Lo cual no concuerda con nuestro estudio en la que las más representativas de nuestra población fueron las patologías de tipo infecciosas tales como: Infecciones de Transmisión Sexual y la Ruptura Prematura de Membranas. De acuerdo a los estudios realizados se puede concluir que un significativo porcentaje de mujeres adquirieron enfermedades dentro del embarazo, lo cual predispone a que el neonato tenga mayores problemas al momento del parto.

**Gráfico 10. Recién Nacidos muertos por mes en el año 2016**



En el gráfico que antecede podemos observar que hubo un incremento de mortalidad neonatal en el mes de septiembre, mientras que en el mes de octubre disminuye moderadamente y en los meses de noviembre-diciembre decae de manera considerable.

Cabe recalcar que en el área de neonatología en los meses que hubo un incremento de mortalidad, existieron bacterias que estaban contaminando el área antes mencionada; según dijo la líder del servicio, de esta manera se procedió a desinfectar el lugar logrando la disminución en los últimos meses de la muerte en recién nacidos.



## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- La edad de las madres de los neonatos que fallecieron osciló entre los 14 y 35 años, de los cuales la mayoría mantienen un estado civil de unión libre, el nivel de instrucción fue entre primaria y secundaria, predomina la etnia mestiza, mientras que el número de controles prenatales en este grupo fueron insuficientes, un porcentaje muy bajo alcanzó el número óptimo de los mismos, es decir aquellos que son de 5 o más, en el tipo de parto predominó las cesáreas y dentro de las patologías más relevantes de las gestantes estuvieron las de tipo infecciosas.
- En el Hospital Delfina Torres de Concha ingresaron al área de Neonatología 728 neonatos, de los cuales fallecieron 49 lo cual significa el 7%. Según los registros estadísticos de la institución.
- El motivo de defunción por la cual fallecieron los neonatos fue por las enfermedades respiratorias seguidas de las metabólicas, de estos tuvieron peso menor a 2500 gramos, con edad gestacional menor a 37 semanas. No hay diferencia significativa a la valoración del apgar ya que la mayoría presentó una calificación entre 7 a 10 puntos, existió un predominio de la mortalidad temprana es decir aquella en que el tiempo de sobrevivencia del neonato fue de 2 a 7 días, sobre la mortalidad inmediata y la tardía.
- Una vez socializados los resultados de investigación con el personal que labora en el área de Neonatología, se logró llegar ante ellos con el fin de contribuir a la mejora de la atención del recién nacido hospitalizado y así se disminuya la

mortalidad neonatal. Aunque la doctora líder del servicio manifestó que los recién nacidos siguen ingresando por patologías de tipo respiratorias.

- No se pudo obtener la suficiente información de los datos, ya que los registros son inadecuadamente llenados en las historias clínicas de los neonatos fallecidos, las mismas que son realizadas por el personal que laboraba en el hospital; ya sea por falta de tiempo o a demanda de pacientes que existía en la unidad.

## 5.2. Recomendaciones

- Es necesario que el personal de salud que labora en el servicio de neonatología tenga un mayor acercamiento con las madres que acuden al lactario de dicho servicio, ofreciendo charlas sobre un adecuado control prenatal, para poder tratar precozmente las enfermedades que se efectúan durante la gestación y el parto.
- Con la intervención de los profesionales del primer nivel de atención en salud y con ayuda de los internos rotativos de enfermería; cuando se dirijan a la comunidad en las visitas domiciliarias, ofrezcan una adecuada consejería prenatal, llevando adecuados controles para evitar complicaciones en el momento del parto.
- Realizar capacitaciones en consulta externa, principalmente a las mujeres embarazadas sobre los factores de alto riesgo, difundiendo y promocionando la importancia de los controles prenatales; impidiendo que sumen las complicaciones de manera oportuna, de esta manera se incentiva a la disminución de muertes neonatales.
- Previa educación al personal de enfermería, el trabajo ya expuesto sea tomando en cuenta en el área de labor, observando las falencias y así se pueda aplicar un plan de mejoras para el cuidado y atención del recién nacido.
- El Hospital actualmente llamado Esmeraldas-Sur Delfina Torres de Concha, debería ofrecer inducciones al personal que labora en el área, en relación a las hojas de registro de la historia clínica única, para que no exista problemas en la búsqueda de información de los neonatos ingresados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. [Online].; 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción - Síntesis de situación y enfoque estratégico. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2015;; p. 7-9.
3. MOCHA. Tecnologías de la Información y Comunicación en la formación de los profesionales de la Salud. Información Estadística de Salud Actualizada. Cuenca: Universidad de Cuenca, Contexto demográfico y socioeconómico del país; 2012.
4. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud lleva a cabo plan de reducción de muerte materna y neonatal. MSP. 2014.
5. instituto nacional de estadísticas y censos. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. INEC. 2013.
6. Vera C, Donoso E, Carvajal JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile. 2014 Enero 16;; p. 1.
7. Marcia Sueli Del Castanhel , Ingrid Laura Cavalcanti Schaefer Bittencourt , Maria de Lourdes de Souza , Lúcio José Botelh , Jean Carlos Bonissoni da Silva. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Revista Cubana de Enfermería. 2013 Marzo 3;; p. 1.
8. MSc. Niobys Sánchez Ramírez , MSc. Alfredo Nodarse Rodríguez , MSc. Ana Mary Sanabria Arias , MSc. Ada Octúzar Chirino , MSc. Martha Patricia Couret , MSc. Dayamí Díaz Garrido. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013;; p. 1.
9. Dra. Dayana Couto Núñez , Dr. C. Danilo Nápoles Méndez , Dr. Pedro Montes de Oca Santiago. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014 Junio 18;; p. 1.

10. Dra. Fariña , Dra. Rodríguez , Dra. Vaihinger M, Dra. Salva V, Dr. Porto R, Dra. Ganduglia , et al. MORTALIDAD NEONATAL: ANÁLISIS CAUSA RAÍZ. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS FACTORES VINCULADOS A LA MUERTE DE RECIÉN NACIDOS INTERNADOS EN MATERNIDADES SELECCIONADAS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2012;; p. 177-124.
11. VALDEZ GONZÁLEZ , MEZA VALDÉS , NÚÑEZ CRUZ AO, OCAMPO GOMEZ AM. Etiología de la mortalidad perinatal. medigraphic. 2009 ENERO - MARZO; 23(1).
12. S. Rellan Rodríguez , C. Garcia de Ribera , M. Paz Aragón Garcia. El recién nacido prematuro - Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008.
13. Prefecta de la Provincia de Esmeraldas. PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL 2012-2020. GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS GADPE. 2012;; p. 9-10.
14. Ministerio de Salud Pública. Ecuador ama la vida. [Online]. [cited 2016 Diciembre 29. Available from: <http://www.htdc.gob.ec/htdc1/index.php/8-el-hospital>.
15. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Online]. [cited 2017 Febrero 4. Available from: <http://www.salud.gob.ec/hospital-delfina-torres-de-concha-cuenta-con-nuevos-servicios/>.
16. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 20. Available from: [http://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/).
17. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 18. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
18. Gómez Gómez , Danglot Banck , Aceves Gómez. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría. 2012 Enero-Febrero; 79(1).

19. J. M<sup>a</sup> Guzmán Cabañas , S. Carrasco Rico , E. Gómez Guzmán , E. Gómez Guzmán , I. Tofé Valera. Embarazo prolongado. RN postmaduro. Asociación Española de Pediatría. 2008;; p. 1.
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). MANUAL DE ATENCIÓN NEONATAL. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia. 2011.
21. B. Fernández Colomer , J. López Sastre , G. D. Coto Cotallo , A. Ramos Aparicio , A. Ibáñez Fernández. Sepsis del recién nacido. © Asociación Española de Pediatría. 2008.
22. J. López de Heredia Goya , A. Valls i Soler. Síndrome de dificultad respiratoria. © Asociación Española de Pediatría. 2008.
23. Dr. Francisco Barrera Q , Dr. Rodolfo Burdach W , Dr. Eduardo Ferreiro A , Dr. Eugenio Saavedra G , Dr. Franciscfj Oda C. Neumotorax en el Recien Nacido. SicELo. .
24. Cullen Benítez PJ, Salgado Ruiz E. Conceptos básicos para el manejo de la asfisia perinatal y la encefalopatía hipóxico-isquémica en el neonato. Revista Mexicana de Pediatría. 2009 Agosto; Vol. 76(Núm. 4): p. 174-180.
25. OMS. Organizació Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Abril 30].
26. Puche Mira A. Hidrocefalias – Síndrome de colapso ventricular. © Asociación Española de Pediatría. 2008.
27. Dra. Raimann B. E. ENFERMEDADES METABÓLICAS en el RECIÉN NACIDO. In ; 2007; Chile. p. 1.
28. Adrián Arévalo MJ, Bellazzi MV, Zanazzi DD, Arévalo DJC. INCOMPATIBILIDAD RH EN EL EMBARAZO. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2009 Octubre;; p. 17.
29. Salvia, MD, Jordi Bosch , Bosch. Infecciones congénitas. Asociación Española de Pediatría. 2008;; p. 183.

30. M.C. Tamames Redondo , E. González García , J.L. Fernández Trisac , M. Gallego Pastoriza. Rotura del hematoma subcapsular hepático en un recién nacido prematuro. ACTA PEDRÁTRICA. 2014;; p. 141-146.
31. Manuel Sánchez L, Franco ML. Shock Neonatal. Asociación Española de Pediatría. 2008.
32. MSP. IESS. [Online]. [cited 2017 Marzo 18. Available from: <https://www.ies.gov.ec/documents/guest/SeguroSaludPDF/A67.PDF>.
33. Blázquez Morales MSL. EMBARAZO ADOLESCENTE. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2012 Julio; Vol. 3(Nº. 1).
34. Valls Hernández , Safora EnriquezI O, Rodríguez Izquierdo , Lopez RivasI J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. SciELO. 2009;; p. 3.
35. Ecuador Md. Trastornos Hipertensivos en el Embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición (Actualización 2016).. Dirección Nacional de Normatización. 2016;; p. 19.
36. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2016 [cited 2017 Abril 30. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.
37. VIGIL-DE GRACIA , SAVRANSKY , PÉREZ WUFF JA, DELGADO GUTIERRE J, NUNEZ de MORAIS. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2011;(1).
38. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador Montecristi, Manabí; 2008.
39. Ministerio de Salud Pública. La Salud en la Nueva Constitución. Gobierno Nacional de la República del Ecuador. 2008;; p. 3, 6.
40. EDUCACIÓN DE CALUDAD. CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. MSP. 2012.
41. Dr. Héctor Lerma Jasso. CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS. conamed. 9-10.

42. Valdivia Sánchez C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF. 2008; 1: p. 15-22.
43. Censos INdEy. MUJERES Y HOMBRES del Ecuador en Cifras III serie de información estratégica. In. Ecuador: Editorial Ecuador; 2010. p. 22.
44. Lamus Canavate. Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder. bdigital. 2012 Junio.
45. La Dinámica de la Instrucción en el proceso educativo. sisbib.unmsm.edu. 2009 Enero - Julio; 13(23).
46. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 3. Available from: [http://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/](http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/).
47. Lamas. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2007 Enero-Abril; 7(18).
48. Asamblea Nacional de Salud. Definiciones. OMS. 2012; 1(03).
49. Espinosa Brito AD, Figueiras Ramos B, Rivero Berovides JD, del Sol Padrón LG, Santos Peña MA, Rocha Quintana. Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátrica e infecciosos. Revista Cubana de Medicina. 2010; 49(2): p. 138-156.
50. MSP. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización ed. Quito; 2015.
51. Programa de Educación Maternal. In 1. El Embarzazo & 2. Parto.; 2009.
52. Enrique Donoso , Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chilena. 2014 Enero;(142).
53. INEC. FASCÍCULO PROVINCIAL ESMERALDAS. In censos indey. FASCÍCULO PROVINCIAL ESMERALDAS. Quito; 2010.
54. Velásquez Hurtado JE, Kusunoki Fuero , Paredes Quiliche , Hurtado La Rosa R, Rosas Aguirre ÁM, Vigo Valdez WE. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali,

- Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2014 Abril; 31(2).
55. Pérez Zamudio , López Terrones CR, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. SciELO - Scientific Electronic Library Online. 2013 jul./ago; 70(4).
56. García Baños DLG. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Scielo//Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 2(28).
57. León Pérez , Ysidrón Yglesias. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 Enero - Marzo; 36(1): p. 517-522.
58. Nápoles García , Nápoles Méndez , Moráguez Perelló , Cano García VM, Montes de Oca García. Estado de salud periodontal en embarazadas. SciELO. 2012 Marzo; 16(3).
59. Ministerio de Salud Pública. Ruptura prematura de membranas pretérmino, diagnóstico y tratamiento. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2015; 1ª Edición.

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de registro de datos

Edad	Mortalidad neonatal inmediata	
	Mortalidad neonatal temprana	
	Mortalidad neonatal tardía	
Sexo	Hombre	
	Mujer	
Edad Gestacional	RN pretérmino menos de 37 SG.	
	RN de término 38 a 40 SG.	
	RN post término más de 40 SG.	
Peso	Menos de 2500 gramos	
	2500 a 3999 gramos	
	Más de 4000 gramos	
Causa del ingreso al área de Neonatología	Trastornos Metabólicos	
	Enfermedades Respiratorias	
	Enfermedades Congénitas	
	Ruptura Prematura de Membranas	
	RN Prematuro	
	Sífilis Congénita	
Apgar	Depresión severa 0-3	
	Depresión Moderada 4-6	
	Normal 7 a 10 puntos	
Causas de egreso	Trastornos Metabólicos	
	Enfermedades Respiratorias	
	Enfermedades Congénitas	
	Ruptura Prematura de Membranas	
	Enfermedades de Transmisión	

## Anexo 2. Ficha de registro de datos

Edad	Menor de 15	
	Entre 19 a 35	
	Mayor de 35	
Control Prenatal	1 a 2	
	3 a 4	
	5 o más	
Estado Civil	Soltero	
	Casado	
	Divorciado	
	Viudo	
	Unión Libre	
Etnia	Mestizo	
	Blanco	
	Afroecuatoriano	
Instrucción	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
Patologías en el Embarazo	Hipertensivas	
	Metabólicas	
	Infecciosas	
	Congénitas	
	Ninguna	
Parto	Edad Gestacional	
Tipo De Parto	Vaginal - Cefálico	
	Vaginal - podálico	
	Cesárea	

### Anexo 3. Oficio de autorización para socializar resultados



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 07 de diciembre del 2017

Licenciada.  
Maribel Yascaribay  
**LIDER DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**

Saludos Cordiales

Por medio de la presente me dirijo a usted muy comedidamente, autorice la socialización de los resultados del trabajo de tesis con el tema: "CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016", al personal que labora en el Hospital Esmeralda Sur Delfina Torres de Concha del Servicio de Neonatología

Sin más por el momento, agradezco la atención prestada a este escrito y anticipo mis agradecimientos, esperando su ayuda y colaboración.

Atentamente,



**Joselyn Nataly Pozo Becerra**  
CI. 1003826979



**Maribel Yascaribay Parraño**  
C.I. 1206772  
ENFERMERA

Misión Institucional  
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio El Olivo  
Teléfono: (06) 2 963-461 Castillo 199  
(06) 2 609-420 2 640-811 Fax: Ext: 101  
E-mail: utn@utn.edu.ec  
www.utn.edu.ec

Anexo 4. Firmas del personal de salud

Ministerio de Salud Pública

EXPOSICION DE RESULTADOS DE TESIS - CAUSAS DE MUERTE NEONATAL EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2016

NRO	NOMBRE	DEPARTAMENTO	FIRMA
1	Juan J. Tzawi	Neonatólogo	
2	Juan L. CARRIES	Neonatólogo	
3	Guerra Bernadot	Neonatóloga	
4	Adriana Serrano	Neonatóloga	
5	Daniela Romero	Neonatóloga	
6	Karine Garcia Guada	Neonatóloga	
7	FENEL JOSEPH	neonatóloga	
8	Dorinda Muñoz F.S.	Neonatóloga	
9	DARDO TORRES	NEONATOLOGIA	
10	Liliana Valdez M.	Neonatóloga	
11	Marisol Louw	Neonatóloga	
12	Hector Carrasco Dorra	Neonatóloga	
13	Cristi Elizabeth Pita Acuña	Neonatóloga	
14	Janeth Jacqueline Zambrano	Neonatóloga	
15	Maribel Yacoubian	Neonatóloga	
16	Felipe Cuyubun	Neonatóloga	
17	Daivy ofew R	Neonatóloga	
18	Doris Lafore Bone	Neonatóloga	
19	Elisana Elstupinan	Neonatóloga	
20	Jessonia Carrasco	Neonatóloga	
21	Josana Saeto	Neonatóloga	

## Anexo 5. Galería fotográfica



"Causes of Neonatal death in newborns in the Delfina Torres De Concha Hospital in  
2016"

**SUMMARY**

A quantitative, non-experimental, descriptive and cross-sectional study was carried out with the purpose of establishing the causes of neonatal mortality in the "Delfina Torres de Concha" Hospital during 2016. The universe of study consisted of the 49 newborns who died in the expressed period. The sociodemographic characteristics of the mother and neonate were found; In terms of maternal history, a deficit of optimal prenatal controls was evidenced, during pregnancy they acquired infectious diseases. It was discovered that early neonatal mortality was the one with the highest mortality, higher percentage of male death, and the main causes of death of neonates were respiratory diseases and prematurity, birth weights were less than 2500 grams despite having an adequate Apgar score. It was possible to present before the personnel that works in the area of neonatology the importance of having an adequate care of the newborn; aimed at reducing neonatal mortality.

**Keywords:** Neonatal mortality, causes of death, maternal and neonatal history.



Victor Rodriguez

*[Handwritten signature]*

1715496129

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS FINAL.docx (D34329389)  
**Submitted:** 1/4/2018 2:19:00 AM  
**Submitted By:** natypo1994@gmail.com  
**Significance:** 2 %

### Sources included in the report:

UNIVERSIDAD\_TÉCNICA\_DEL\_NORTE ante.docx (D25838137)  
UNIVERSIDAD\_TÉCNICA\_DEL\_NORTE ante.docx (D25641326)

### Instances where selected sources appear:

5