



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

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**TEMA:** Morbilidad de recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto - Orellana 2016.

**AUTORA:**

Toa Catalina Camargo Martínez

**DIRECTORA DE TESIS:**

MSC. Viviana Espinel Jara

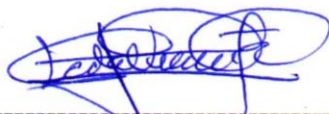
Ibarra, 2016

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

Yo, Mgs. Viviana Espinel Jara en calidad de directora de la tesis titulada: **“MORBILIDAD DE RECIÉN NACIDO ATENDIDO POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CENTRO DE SALUD LORETO - ORELLANA 2016”**, de autoría de Toa Catalina Camargo Martínez, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Ibarra, a los 20 días del mes de octubre de 2016.

Atentamente.



-----  
MSc. Viviana Espinel Jara

C.C: 1001927951

**DIRECTORA DE TESIS.**



## 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>	100273668-2
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	CAMARGO MARTÍNEZ TOA CATALINA
<b>DIRECCIÓN:</b>	SAN LORENZO 11-16 Y ALFONSO GÓMEZ JURADO (BARRIO SANTO DOMINGO)
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:toacatalina@hotmail.com">toacatalina@hotmail.com</a>
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	06-2-642-433
<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0967173545

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	<b>DENOMINADO “MORBILIDAD DE RECIÉN NACIDO ATENDIDO POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CENTRO DE SALUD LORETO - ORELLANA 2016”</b>
<b>AUTORA:</b>	TOA CATALINA CAMARGO MARTÍNEZ
<b>FECHA:</b>	OCTUBRE 20/10/2016
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
<b>DIRECTORA DE TESIS:</b>	MSc. VIVIANA ESPINEL JARA

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

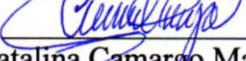
Yo, CAMARGO MARTÍNEZ TOA CATALINA con cédula Nro. 100273668-2, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en 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**

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de octubre de 2016.

### **LA AUTORA:**

Firma   
Toa Catalina Camargo Martínez  
C.C: 100273668-2

**Facultado por resolución de Consejo Universitario**



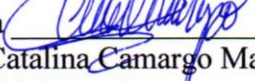
## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, CAMARGO MARTÍNEZ TOA CATALINA con cédula Nro. 100273668-2, expresé mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado **DENOMINADO “MORBILIDAD DE RECIÉN NACIDO ATENDIDO POR PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CENTRO DE SALUD LORETO - ORELLANA 2016”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciadas en Nutrición y Salud Comunitaria**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 20 días del mes de octubre de 2016.

#### **LA AUTORA:**

Firma   
Toa Catalina Camargo Martínez  
C.C: 100273668-2

## **DEDICATORIA**

A mis padres por su apoyo constante,  
gracias por guiar mis pasos y estar siempre conmigo,  
a mis hermanas por compartir momentos juntas.

Toa

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica del Norte  
por acogerme para mi formación profesional,  
a todos y cada uno de mis maestros  
por dejar la huella del saber en mí.

A la MSc. Viviana Espinel por su paciencia  
y dedicación en el proceso del trabajo de investigación.

Toa

# ÍNDICE GENERAL

## Contenido

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN .....	III
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	IV
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	V
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XI
ÍNDICE DE TABLAS .....	XII
ANEXOS .....	XIII
RESUMEN.....	XIV
SUMMARY .....	XV
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos .....	6
1.4.1. Objetivo general .....	6
1.4.2. Objetivos específicos .....	6
1.5. Preguntas de investigación.....	7
CAPÍTULO II.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.1.1. Morbilidad en recién nacidos de atérmino en relación a su edad gestacional.....	9



2.1.2.	Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal	10
2.1.3.	Hiperbilirrubinemia neonatal agravada.....	11
2.1.4.	Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal precoz: En la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Ginecoobstétrico de Matanzas.	11
2.2.	Marco Contextual.....	12
2.2.1.	Descripción .....	12
2.2.2.	Población.....	12
2.2.3.	Escolaridad.....	13
2.2.4.	Deserción escolar .....	13
2.2.5.	Alfabetización .....	13
2.2.6.	Clima.....	13
2.2.7.	División política.....	14
2.3.	Marco Conceptual .....	15
2.3.1.	Atención del parto culturalmente adecuado para el recién nacido.....	15
2.3.2.	Atención inmediata del recién nacido .....	16
2.3.3.	Morbilidad neonatal .....	18
	La morbilidad es un indicador epidemiológico que sirve para determinar la frecuencia de enfermar con una patología suscitada en una población limitada. Llamada morbilidad neonatal a todo nacido vivo que dentro tiene una afección desde su nacimiento hasta los primeros 28 días de nacimiento desarrollaron algún tipo de enfermedad en un lugar determinado (24)..	18
2.3.4.	Clasificación de las enfermedades del recién nacido.....	19
2.4.	Marco legal.....	22
2.4.1.	Ley Orgánica de Salud en el Ecuador .....	22
2.4.2.	El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en el Manual del Modelo de Atención integral de Salud (MAIS); en el marco del cumplimiento de los objetivos del Milenio Nacional de Salud.....	27
2.4.3.	Capítulo Segundo de la ley de la Constitución.-Derechos del Buen Vivir Sección Séptima; Salud .....	27
2.4.4.	Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 2008	29

2.5.	Marco Ético .....	30
2.5.1.	Análisis del Código de Ética de la F.E.D.E .....	30
2.5.2.	Disposición General Juramento de la Enfermera y el Enfermero.....	32
CAPÍTULO III .....		33
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1.	Diseño de la investigación .....	33
3.2.	Tipo de la investigación .....	33
3.3.	Localización y ubicación del estudio .....	34
3.4.	Población.....	34
3.5.	Universo .....	34
3.5.1.	Muestra.....	34
3.5.2.	Criterios de inclusión .....	34
3.5.3.	Criterios de exclusión.....	35
3.6.	Operacionalización de variables .....	35
3.7.	Métodos de recolección de información .....	37
3.8.	Análisis de datos .....	38
CAPÍTULO IV .....		39
4.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	39
4.1.	Características perinatales.....	39
4.2.	Categorizar las patologías presentadas en los neonatos nacidos por PCA en el Área de estudio. ....	44
4.3.	Factores de riesgo que inciden en la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado .....	47
CAPÍTULO V .....		57
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
5.1.	Conclusiones .....	57
5.2.	Recomendaciones.....	58
BIBLIOGRAFÍA .....		59
ANEXO.....		66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Distribución de los RNs según el género y la etnia.....	39
Gráfico 2.- Distribución de los recién nacidos según la edad gestacional con el peso de RNs atendido CS Loreto.....	41
Gráfico 3.-Distribución del RNs del CS Loreto según la talla.....	42
Gráfico 4.-Distribución del rn según el Apgar al primer y quinto minuto.....	43
Gráfico 5.- Tiempo y Enfermedad del RNs atendidos en el CS Loreto.....	44
Gráfico 6.- Distribución del género de RNs con la morbilidad .....	47
Gráfico 7.-Distribución de la edad gestacional con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	48
Gráfico 8.-Distribución de la complicación de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	49
Gráfico 9.-Distribución de la edad de la madre con la morbilidad del RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	50
Gráfico 10.-Distribución de la escolaridad con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	51
Gráfico 11.-Distribución de la paridad con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	52
Gráfico 12.-Distribución del control prenatal con la morbilidad del recién nacido de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	53
Gráfico 13.-Distribución de la complicación de la madre con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto .....	54
Gráfico 14.-Distribución de la posición al dar a luz con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto.....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Test de Apgar .....	17
Tabla 2: Operacionalización de variables .....	35
Tabla 3: Distribución de las enfermedades presentadas en los RNs del CS Loreto atendidos por parto culturalmente adecuado.....	45

## ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

**Anexo 2:** Historia Clínica Perinatal

**Anexo 3:** Guía informativa en relación al parto inmediato

**Anexo 4:** Archivo Fotográfico

**Anexo 5:** Obstetra responsable de la atención del parto culturalmente adecuado en el CS Loreto- Orellana

**Anexo 6:** Exteriores dónde se realiza el parto culturalmente adecuado

**Anexo 7:** Lugar dónde se realiza el parto en posición vertical

**Anexo 8:** Recepción de la madre en posición horizontal

**Anexo 9:** Área de recepción del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado

**Anexo 10:** Instalaciones interiores del lugar donde se realiza la atención de parto culturalmente adecuado

## RESUMEN

Determinar la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto - Orellana 2016

Toa Catalina Camargo Martínez

[toacatalina@hotmail.com](mailto:toacatalina@hotmail.com)

La salud de los recién nacidos se ve comprometida con la morbilidad de la enfermedad al nacer incluso en días posteriores a su nacimiento, el personal de salud debe ser capacitado y permitir brindar un cuidado de calidad y calidez encaminado a la atención inmediata del neonato para evitar posibles complicaciones durante el labor de parto. El objetivo general pretende determinar la morbilidad de recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto, para la investigación se utilizó un diseño cuali-cuantitativo y no experimental de documental observacional, comparativo, retrospectivo y transversal, que recoge en una ficha documental, la información de los 50 casos de partos atendidos con la normativa de interculturalidad durante el tiempo de estudio. el cumplimiento de los indicadores de calidad según la normas de Ministerio de Salud Pública de la atención materna y neonatal fue satisfactoria, sin embargo existen falencias relacionado a la atención inmediata del recién nacido; se recomienda coordinar con el personal de salud para el manejo óptimo del labor de parto y llenado completo de la Historia Clínica Perinatal, que permitirá obtener información veraz de la realidad de esta localidad, el gobierno actualmente ha dispuesto los saberes tradicionales ancestrales en las nuevas estrategias de parto culturalmente adecuado haciendo un llamado a la inclusión, valoración y reconocimiento de la sabiduría ancestral, en los procesos del cuidado de la salud

**Palabras clave:** Loreto, morbilidad, recién nacido, parto culturalmente adecuado. Historia clínica perinatal, interculturalidad

## SUMMARY

Determine the morbidity of newborn served by culturally appropriate birth Health Center Loreto - Orellana 2016

Toa Catalina Camargo Martínez

[toacatalina@hotmail.com](mailto:toacatalina@hotmail.com)

The health of newborns is compromised with the morbidity of the disease at birth included. In later days of their birth, health personnel should be trained and allow providing to Care Quality and warmth aimed at the immediate care of the newborn for avoid possible complications during labor. The objective general aims to limited. The morbidity of newborn served by culturally appropriate birth in the health center of Loreto, Research used a qualitative and quantitative and non-experimental observational, comparative, retrospective and transversal documentary, collecting on a documentary record, information 50 Cases of births attended with the rules of intercultural during study time. So they concluded that overall compliance with the standards and quality indicators according to the standards of the Ministry of Public Health of maternal and neonatal care was effective as satisfactory only in certain months for which it is recommended to coordinate with the health personnel for the proper handling and filling Perinatal Clinical History, which will produce accurate information on the reality of this town and that is why today the government has prepared traditional ancestral knowledge on new strategies in labor culturally appropriate calling to inclusion, assessment and recognition of ancestral wisdom, in the processes of healthcare seeking to sensitize Ecuadorians to be conceptually open to traditional knowledge, the search for intercultural dialogue respectful of cultural and ethnic diversity.

**Keywords:** Loreto, morbidity, newborn, culturally appropriate birth. perinatal clinical history, intercultural

**TEMA:**

Morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto - Orellana 2016



# CAPÍTULO I

## 1. El problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La morbilidad neonatal representa el 41% de la mortalidad infantil en niños menores de 5 años que data como resultado de riesgo ponderante en las cuatro primeras semanas de vida del neonato y las causas de morbilidad son; “*partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%)*” Las condiciones de asepsia durante el alumbramiento y expulsión del feto son importantes para prevenir las infecciones, pero también es necesario detección, prevención y tratamiento de las infecciones de origen materno durante el embarazo. (1).

El lugar de nacimiento de los recién nacidos influye de manera circunstancial en las probabilidades de sobrevivir en las primeras semanas de vida ya que el 99 % de defunciones se registran en países en vías de desarrollo como es India Nigeria, China, África, donde se concentra gran tamaño de población en donde se aumenta el número total de nacimientos y el riesgo de mortalidad ha disminuido en cifras mínimas siendo África el país donde más las madres sufren la pérdida del niño antes de los cinco años con una probabilidad de 14 veces con relación a niños de países de ingresos altos (2).

Se estima según la ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) Y LAC (Alianza en Latino América y el Caribe) que son propuestas de la Unicef, afirman que existe alrededor de un millón de madres gestantes que no tienen acceso a la atención adecuada durante el parto, por parte de personal capacitado y que aproximadamente existe “*744 mil mujeres no tienen ningún control del embarazo. Por esta situación más de 20000 mujeres mueren durante el embarazo y el parto y más de 200.000 recién nacidos muertos en los 28 días seguidos a su nacimiento*” (3)

En México se realizó un estudio sobre la mortalidad materna los cuales afirman que los factores predisponentes para suscitar morbilidad en recién nacido están ligados con el nacimiento pretermino, peso al nacer, edad gestacional que se encuentran manipulados tempranamente a factores patogénicos de origen multifactorial como es la salud física y mental de la madre que se encuentra íntimamente ligada al bienestar del neonato antes de nacer y después del nacimiento, edad de la gestante, y condiciones sociodemográficas , económicas y culturales de la madre (4).

En Chile las autoridades pertinentes en salud han resuelto que los factores predisponentes en la mortalidad en recién nacidos referentes con la gestante se debe a la edad de la madre considerándose un rango de 20 a 29 años de tener menos riesgo de mortalidad materna fetal, neonatal e infantil y las mujeres que se encuentran en la edad avanzada llamadas también madres añosas, aquellas de 40 años respectivamente presentan mayor riesgo de mortalidad materna fetal infantil (5).

En América latina según el centro latinoamericano de perinatología (CLAP) se encuentran tasas de morbimortalidad de 15 a 95 mil nacimientos en Sur América, siendo Cuba y Chile los países con menos porcentaje de morbimortalidad neonatal y las más altas se refieren a Haití y Bolivia, considerando que se debe trabajar fuertemente en la atención del neonato haciendo énfasis en la accesibilidad, disponibilidad, calidad, bioseguridad, asepsia y antisepsia de los parámetros de salud para evitar potenciales complicaciones maternas fetales que atentan con la vida (6).

En Perú los factores predisponentes para que ocurra la muerte neonatal son “elevados niveles de pobreza, ruralidad, analfabetismo y limitado acceso a los servicios de salud” Algunos de los factores descritos que conducen a mortalidad neonatal son: la falta de un control adecuado del embarazo y parto; la dificultad para reconocer signos de alarma en recién nacidos para búsqueda oportuna de ayuda profesional, la morbilidad se inclina a enfermedades como, crisis inmediatas neonatales, asfixia durante el parto y los problemas derivados con la edad gestacional (7).

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Censos y Estadísticas del Ecuador, INEC 2010, la morbimortalidad infantil se ve afectada en la región costa con un porcentaje de 11, 65 % seguida de la región oriente con 11,93 % por cada mil nacidos vivos siendo la provincia de Orellana con 8, 20 % de defunciones de mortalidad infantil (8).

Según INEC en el año 2014, el género con más índice de mortalidad en una población de 62981, los niños son los más afectados con un total de 34778, frente a una cantidad de niñas de 28203 defunciones en este año, los neonatos mueren en las primeras 12 horas y en el primer mes al nacer de vida son más susceptibles a la defunción según estas investigaciones (9).

Las causas más comunes de morbilidad infantil según el INEC en el año 2014 fueron, la dificultad respiratoria del recién nacido seguido por trastornos relacionado con el tiempo de gestación y bajo peso al nacer, neumonía, sepsis bacteriana neonatal, malformaciones congénitas del corazón, asfixia al nacimiento y malformaciones congénitas del recién nacido afectados (10).

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de salud Loreto Orellana 2016?

### **1.3. Justificación**

La morbimortalidad infantil continúa siendo un problema a nivel mundial. Existen aún tasas elevadas principalmente en países en vía de desarrollo y Ecuador es uno de ellos. Es por esto que el gobierno ha planteado políticas con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales, se han creado programas en el Ministerio de Salud Pública para lograr una disminución paulatina y evidente de ésta problemática.

La morbilidad con relación a los recién nacidos es un problema de salud pública que necesita urgentemente una guía informativa referente a la atención inmediata del recién nacido dirigida al personal de salud, para evitar morbilidad en RNs y así contribuir a disminuir casos de neonatos que adquieren enfermedades en el momento de la atención prenatal natal y posnatal.

En relación al parto culturalmente adecuado, el gobierno creó la normativa de parto para lograr disminuir las posibles complicaciones maternas y neonatales. Es por ello que con el objetivo de determinar morbilidad en el recién nacido producto de parto culturalmente adecuado se realizó la presente investigación, ya que se logró evidenciar los principales factores de riesgo del recién nacido y su relación con el parto.

En el parto culturalmente adecuado involucra la atención personalizada de la madre y recién nacido incorporando en su práctica de atención, la libre posición de labor de parto, además que tiene un conjunto de acciones dirigidas a incrementar acceso a los miembros de las comunidades, nacionalidades a la atención intercultural del parto sin perder el espíritu de precisa relación entre hombre naturaleza y cosmos.

La mujer que opta por el parto culturalmente adecuado puede optar libremente por la posición vertical apoyado de cualquier cimiento, sin contextualizarla como una práctica netamente ancestral, tratamos de que el parto culturalmente adecuado vaya definiéndose como cotidiano para que las mujeres tengan una opción más favorable al parto y además el recién nacido nazca por un proceso fisiológico afectivo y conlleve a la calidad de salud del infante.

Es importante conocer los factores que influyen en la aparición de morbilidad y mortalidad del neonato producto de parto humanizado pues se podrá influir de forma positiva en los mismos y así disminuir la aparición de posibles complicaciones. El estudio es de gran impacto ya que en el oriente ecuatoriano se practica de forma regular el PCA y en esta región también están los índices de mayor morbilidad materna neonatal por lo que se pudo caracterizar al recién nacido producto del parto en libre posición.

Los beneficiarios directos fueron la madre como ente interactivo de cosmovisión y el recién nacido, la familia y la comunidad del cantón Loreto provincia de Orellana, mientras que los beneficiarios indirectos fueron el personal de salud ya que contribuyó a identificar signos de alarma y salvar la vida del neonato oportunamente y así contribuiríamos a una población de recién nacidos saludables.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto - Orellana 2016

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características perinatales al momento del parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto
- Categorizar las patologías presentadas en los neonatos nacidos por PCA en el Área de estudio.
- Identificar los factores de riesgo que inciden en la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado.
- Elaborar una guía informativa sobre la atención inmediata al recién nacido de parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto-Orellana.

### **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características perinatales al momento del parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto Orellana?
- ¿Cómo categorizar las patologías presentadas en los neonatos nacidos por PCA en el Área de estudio?
- ¿Qué factores de riesgo inciden en la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado?
- ¿Cómo elaborar una guía informativa sobre la atención inmediata del recién nacido de parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto Orellana?





## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

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

La salud de los recién nacidos se ve comprometida con la morbilidad de enfermedades que pueden suscitarse al momento de nacer incluso en días posteriores a su nacimiento, el personal de salud debe ser capacitado y permitir brindar un cuidado de calidad y calidez encaminado a la atención inmediata del neonato para evitar posibles complicaciones durante el alumbramiento.

##### **2.1.1. Morbilidad en recién nacidos de a término en relación a su edad gestacional**

En el Hospital de Niños Pedro de Elizalde en la ciudad de Buenos Aires Argentina. En el Instituto de diagnóstico y tratamiento del mismo lugar, se ha diseñado un estudio donde incluye a todos los neonatos con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas que se refiere a RNs a término y también neonatos nacidos hasta las 42 semanas, los macrosómicos, de los cuales se realizó un seguimiento durante seis meses por medio de las historias perinatales, de una muestra total de investigados de 1829 nacidos, los cuales el 45% de la muestra se refiere a niños de edad gestacional término temprano entre 37 y 38 semanas y el 55% restante se refiere a neonatos nacidos hasta la 42 semanas de vida.

Aproximadamente 1400 partos anuales y su servicio de terapia intensiva neonatal cuenta con 10 plaza los cuales fueron eliminados de las muestras aquellas recién nacidos producto de una gesta múltiple, que presentaran malformaciones congénitas,

la morbilidad según edad gestacional fue en su mayoría en el grupo de 37-38 semanas o sea en los niños términos tempranos y la prevalencia de morbilidad se presentó en toda la muestra dificultad respiratoria, 15,85% presentó ictericia, 2,18% requirió uso de antibióticos y 7,27% uso de fluidos intravenosos sin registrar defunciones (11).

### **2.1.2. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal**

En el Hospital San José de Buga en el departamento de Tuluá en Colombia, se realizó una investigación donde se relaciona la morbimortalidad neonatal con grupo de mujeres gestantes de edad adolescente y mujeres gestantes en edad adulta. Durante el 2005 al 2011 con una muestra de 1307 nacimientos los cuales 1,5% son neonatos de madres adolescentes y 39 % madres con adolescentes frente al 71% de mujeres adultas de 20 a 34 años respectivamente.

Como resultado en el grupo de madres adolescentes hubo mayor número de madres solteras 25,6%, menor instrucción escolar y seguridad social en salud 25,9% mayores casos de pre eclampsia 26,3% y trabajo de parto prematuro 10,5%. Entre madres adolescentes el 30,9% de neonatos con prematuridad, los neonatos presentaron más problemas cardiacos, infecciones bacterianas, sífilis, labio y paladar hendido, comparado con los neonatos de madres que no son adolescentes.

Para llevar a cabo un embarazo sano se debe llevar controles atenciones prenatales, la cual reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer; también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas en el embarazo (12).

### **2.1.3. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada**

En el Hospital Docente Gineco-obstétrico de Guanabacoa en los años 2007 a 2009 se realizó un estudio sobre el comportamiento de la hiperbilirrubinemia en recién nacidos con diagnóstico de hiperbilirrubinemia agravada, siendo las causas de contraer esta enfermedad la inmadurez hepática, hiperbilirrubinemia neonatal causando que el niño se mantenga de color amarillo en la piel y mucosas.

La investigación fue de incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal agravada en una muestra de 173 neonatos vivos, encontrando esta afección a 3,67 % del total de neonatos y prevaleció en aquellos recién nacidos con antecedentes de ictericia de 56,65 % y como predominante el tiempo de aparición fue de 48 a 72 h con un 76,87 % de la muestra de los recién nacido de los cuales se evidenció los factores de riesgo como características poblacionales, el nacimiento pretérmino y el bajo peso al nacer siendo tratados los neonatos en un 90,17 % con luminoterapia como tratamiento.

En conclusión, la hiperbilirrubinemia agravada es una enfermedad que constituye un problema de salud en los recién nacidos, siendo los factores de riesgo predisponentes en neonatos prematuros y con antecedentes de bajo peso al nacer y como tratamiento eficaz contra la hiperbilirrubinemia es la exposición del neonato a la luminoterapia la cual ayudara a mejorar los problemas de salud. (13).

### **2.1.4. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal precoz: En la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Gineco-obstétrico de Matanzas**

Se realizó un estudio descriptivo sobre el comportamiento de neonatos vivos con diagnóstico de sepsis de aparición precoz constituida por 1363 recién nacidos en el año 2003 hasta el 2007. En la investigación se tomó en cuenta variables como la edad gestacional, el género, peso, Apgar, tipo de parto, trabajo de parto prolongado, antecedentes perinatales y maternos, formas clínicas de presentación,

complementarios para el diagnóstico y tratamientos, facilitando los datos para calcular la tasa de incidencia de morbimortalidad por cada año.

La tasa de incidencia de morbilidad por sepsis neonatal fue de 1,8 por cada 1000 nacidos vivos en el año 2003, 2004 un descenso de 1,7 en el 2005 y en el 2006 una tasa de 1,3 y un ascenso de 1,9 en el 2007 de nacidos que fueron víctimas de esta afección haciendo que la mayor tasa de incidencia de morbilidad sea en el área de cuidados intensivos por enfermedades. En cuanto a las características de la población se observó que los neonatas víctimas de esta enfermedad fueron los del género masculino con un 63,8% y la edad gestacional predominante fueron los pretérmino con 67,3% con relación al peso el 67,3 % fueron de bajo peso al nacer, y la asfixia en el momento del nacimiento se presentó en el 10,4 % de los casos (14).

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. Descripción**

El cantón Loreto se encuentra ubicado en la provincia de Orellana nororiente del Ecuador a cumbres del volcán Sumaco. La superficie de Loreto es 2.146,35 km<sup>2</sup>, en su mayor parte de superficie corresponde al sector rural siendo la parroquia San José de Payamino la más extendida.

### **2.2.2. Población**

La población de 22933 habitantes en el 2014, viviendo la mayoría en el sector rural 84,6% respectivamente y en el sector urbano corresponde a 15,4%, la etnia más consolidada en el sector la nacionalidad Kichwa, mujeres con un 47% y un 52,8% de hombres, Dahuano es el sector con más población con el 24% total, Loreto que es la

cabecera cantonal se encuentra con un 20% y San Vicente de Huaticocha con el 5 % respectivamente. (15).

### **2.2.3. Escolaridad**

La tasa de asistencia al nivel educativo básico en el sector urbano del Cantón Loreto es el 91.46%; asistencia al nivel básico, mientras que en el nivel secundario asisten al colegio el 44,64%, mientras que en el nivel educativo superior es de 9,33% respectivamente (15).

### **2.2.4. Deserción escolar**

En el año 2012 y 2013 en el sector urbano de Loreto aproximadamente el 4.69% de la población mientras que en el sector rural es del 5.68%, con un promedio cantonal de deserción escolar del 10,39% aproximadamente.

### **2.2.5. Alfabetización**

El analfabetismo se encuentra presente con el 11,6% de mujeres analfabetas, el 6 % de hombres no saben leer tampoco escribir, con un total de la población de 17.6% respectivamente.

### **2.2.6. Clima**

Loreto se encuentra a 3000 y 4800 mm sobre el nivel del mar, el clima que prevalece es tropical húmedo propio de la zona oriental del Ecuador y se representa un promedio de 85% a 95% de humedad, entre los meses de julio es la temporada lluviosa y llegan temperaturas desde 25 °C a 42 °C.

### 2.2.7. División política

- ✓ Límites:
- ✓ Norte: Cantón El Chaco y Francisco Orellana,
- ✓ Sur: Cantón Tena, Provincia del Napo,
- ✓ Este: con el Cantón Francisco de Orellana,
- ✓ Oeste: Los cantones Quijos, Tena y Archidona

#### Parroquias urbanas

- ✓ Loreto (Zona urbana)
- ✓ Zona suburbana
- ✓ Barrios: San Antonio, Shiquita, Chonta cocha, Cascabel II, Suyuno, Reserva Altamira, Altamira, Cooperativa Nuestra Señora de Loreto o progreso

#### Parroquias rurales

- ✓ San José de Payamino (19comunidades)
- ✓ José de Dahuano (42 comunidades)
- ✓ Ávila Huiruno (32 comunidades)
- ✓ Puerto Murialdo (15 comunidades)
- ✓ San Vicente de Huaticocha (6 comunidades)

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Atención del parto culturalmente adecuado para el recién nacido**

El parto culturalmente adecuado involucra tanto a la madre como al recién nacido de forma inmediata, incorporando en su práctica la atención de carácter oportuno, para los dos personajes, para la gestante resalta la posición más agradable a libre posición adoptada por la madre y para el recién nacido se enfoca en los cuidados inmediatos al momento de nacer enfocados a las primeras horas de vida y el manejo y cuidado del recién nacido dentro de los domicilios que son situaciones comunes en los sectores rurales y suburbanos del país.

Es una realidad que las mujeres gestantes deseen involucrar las costumbres arraigadas por tradición, cultura, etnia, las diferentes tradiciones en un proceso natural y único como es el parto, evitando el proceso de dar a luz postraumático en un centro de salud habitual. Es por eso y otras razones que las madres optan por el parto culturalmente adecuado en centros de salud o en sus domicilios originándose índices altos de morbilidad y mortalidad por conocimiento empírico de ayudantes o comadronas que realizan los papeles de obstetras sin desmerecer la gran ayuda que ofrecen a las mujeres y por ende a los recién nacidos que optan por el parto culturalmente adecuado.

Actualmente el gobierno ha dispuesto los saberes tradicionales ancestrales en las nuevas estrategias de parto culturalmente adecuado haciendo un llamado a la inclusión, valoración y reconocimiento de la sabiduría ancestral, en los procesos del cuidado de la salud buscando sensibilizar a los ecuatorianos para estar abiertos conceptualmente a los saberes tradicionales, a la búsqueda de un diálogo intercultural respetuoso de la diversidad cultural y étnica. (18).

Existen problemas de morbimortalidad en los diferentes hospitales y centros de salud habitual dónde la asistencia especializada en caso de la aparición de situaciones inesperadas pueden poner en riesgo la vida del neonato y la madre de seguro que existe

índices de morbimortalidad en lugares donde la atención del parto se realiza de forma empírica, sin asistencia de personal capacitado mayormente los factores de riesgo de morbimortalidad se activan cuando ha comenzado el labor de parto y se hace posible este procedimiento dentro de los domicilios poniendo en riesgo la vida de la gestante y el neonato en caso de producirse algún inconveniente que puede comprometer la vida de seres humanos.

### 2.3.2. Atención inmediata del recién nacido

El personal de salud monitorea las prácticas culturales de la gestante inmerso en la familia y comunidad con respecto al neonato sin hacer el procedimiento cultural como inofensivas o nocivos para la salud materno neonatal, interactuando con los familiares de la gestante, parteras o acompañantes sobre ella, dirigiendo sutilmente las prácticas que podrían poner en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. (16).

- **Edad gestacional.** - Es considerado recién nacido pretérmino los niños nacidos de 28 semanas a menos de 36 semanas de gestación, y el recién nacido a término es el producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, mientras que el recién nacido postérmino es el producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación (17).
- **Valoración de Apgar.**- La prueba de Apgar es un examen de relevancia para la salud pública infantil ya que gracias a la valoración de cinco parámetros como son: el tono muscular, frecuencia cardíaca, reflejo, coloración de la piel, esfuerzo espiratorio se ha podido reducir las tasas de morbimortalidad neonatal. Cada parámetro es asignado el puntaje de 0 a 2, sumando el total se debe obtener una puntuación de 10 máximo, si el neonato tiene una puntuación de 7-10 puntos su condición fisiología está desarrollándose adecuadamente, si la puntuación es de 4 a 6 quiere decir que el neonato no responde adecuadamente a su condición fisiológica, Si el puntaje es igual o menor a 3, necesita atención de emergencia como medicación intravenosa y respiración



asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte.

**Tabla 1: Test de Apgar**

Test del Apgar						
Puntuación	Frecuencia cardíaca	Esfuerzo respiratorio	Color de la piel	Tono muscular	Irritabilidad o respuesta estímulos	
2	Superior a 100 por minuto	Llanto fuerte	Completamente rosada	Movimientos activos, buena flexión	Tos, estornudo, llanto. Reacciona defendiéndose	
1	Inferior a 100 por minuto	Llanto débil, respira mal	Pies o manos cianóticas	Algo de flexión de extremidades	Mueca, succión, algo de movimiento	
0	Ausente	Ausente	Cianosis o pálido	flácido	Nula	
El puntaje final del Apgar se obtiene de la suma de los valores (0,1,2)						
Interpretación						
Valor de Apgar al 1'			Estado del recién nacido			
De 0 a 3			Severamente deprimido (asfixia severa)			
De 4 a 6			Moderadamente deprimida			
De 7 a 10			No deprimido normal			

(18).

- **Prevención oftálmica y vitamina K.-** Realizar profilaxis ocular con ungüento o colirio oftálmico que contenga antibiótico exclusivamente. Debe aplicarse máximo una hora después del nacimiento para que sea eficaz (19). La profilaxis de vitamina K se administra a todos los recién nacidos por vía intramuscular con una dosis única de 0.5-1 mg, según el peso sea menor o mayor de 1500 g (19).

- **Pinzamiento del cordón umbilical.** - El pinzamiento del cordón umbilical se realiza una vez que deja de latir, al menos dos y tres minutos después de la expulsión del neonato, esto ayuda a mejorar los niveles de hierro del recién nacido y no incrementa el riesgo de hemorragia en la madre. El pinzamiento cuando se lo realiza temprano, disminuye la ictericia neonatal (20).

- **Contacto piel a piel.** - Una vez después del nacimiento se entrega al neonato para mantener el calor corporal y disminuir el llanto del recién nacido formando vínculos afectivos de la madre y el hijo sin restricciones, a menos que el neonato tenga alguna complicación post natal.
- **Lactancia materna.** - Después del nacimiento dentro de la primera hora de vida del neonato se inicia la lactancia materna y el presenta comportamientos espontáneos de alimentación como la succión y la búsqueda del pezón. *“el contacto temprano piel con piel junto con succión se asocia a una mayor duración de la lactancia materna”* para hacer posible un contacto inmediato emocional entre la madre y los recién nacidos ya que fomenta a los vínculos afectivos de la familia (21).

### 2.3.3. Morbilidad neonatal

La morbilidad es un indicador epidemiológico que sirve para determinar la frecuencia de enfermar con una patología suscitada en una población limitada. Llamada morbilidad neonatal a todo nacido vivo que dentro tiene una afección desde su nacimiento hasta los primeros 28 días de nacimiento desarrollaron algún tipo de enfermedad en un lugar determinado (22).

- **Factores de riesgo que inciden en la morbilidad neonatal.**

En los factores de riesgo relacionados al embarazo los más importantes son antecedentes socioeconómicos de la madre , la edad materna comprendida entre menores de 18 años consideradas madres adolescentes y aquellas mujeres mayor de 35 años llamadas también madres añosas, antecedentes médicos y obstétricos del embarazo, deficiente control prenatal, la multiparidad, presencia de sangrado vaginal, presencia de enfermedades en el embarazo como son anemia, infecciones vaginales, urinarias, enfermedades venéreas congénitas, circulatorias, son factores determinantes que pueden producir enfermedades en la mujer y el RNs (23).

Los factores de riesgo natales que repercuten en el recién nacido son las enfermedades de origen congénito presentándose como malformaciones hereditarias presentes ya en el ADN del Recién nacido, el bajo peso al nacer, peso macrosómico, edad gestacional presencia de complicaciones durante la labor de parto como aspiración de líquido amniótico, Apgar bajo al primer minuto, asfixia, y síntomas anormales relacionados al estado fisiológico del recién nacido. (24).

#### **2.3.4. Clasificación de las enfermedades del recién nacido**

- **Enfermedades respiratorias neonatales**

Son patologías derivadas de la infección de los pulmones producida por la acumulación de líquido en los alveolos que resulta la disminución de los niveles normales de oxígeno. (25). Se especifican patologías de origen respiratorio como enfermedad respiratoria crónica relacionada con el periodo perinatal, la hipoxia intrauterina al inicio y durante la labor de parto que deriva a enfermedades de mayor complejidad como la asfixia neonatal, neumonía, entre otras. (26)

La neumonía es una enfermedad común en los niños que se presenta como inflamación e infección de los pulmones que lleva a la hipoxia de los alveolos aquellos que son encargados de llevar la oxigenación a los pulmones. Los síntomas en neonatos afectados por esta enfermedad son inespecíficos y debe realizarse un diagnóstico diferencial de diferentes enfermedades respiratorias para llegar a la neumonía. Las causas de factor de riesgo se suscitan como presencia de infecciones al momento de dar a luz además que el neonato es proclive a sufrir de asfixia intrauterina debido a la etapa de adaptación extrauterina. Los factores de riesgo son infección de vías urinarias, infecciones vaginales antes de los 15 días del parto. (27).

- **Enfermedades infecciosas del recién nacido**

Entre las enfermedades de origen infeccioso se puede encontrar las infecciones por proliferación de bacterias que se encuentran como principales y más comunes la sepsis, meningitis, candidiasis, conjuntivitis, entre otras, presentándose cuadros clínicos que exponen la vida del neonato y se requiere una inmediata indagación de la enfermedad para comenzar con un tratamiento precoz para evitar la morbilidad y mortalidad. Las infecciones connatales son aquellas que refieren a las infecciones que se adquieren por transmisión materna y se presentan en los primeros días de vida y las infecciones nosocomiales son aquellas infecciones que se adquieren en los hospitales durante su estadía en el lugar, donde los portadores son los pacientes del establecimiento. (28).

Entre las enfermedades más comunes de origen infecciosos y presente en los recién nacidos se encuentra la onfalitis es una infección aguda presente en los neonatos a nivel del cordón umbilical y se presenta con frecuencia en el periodo natal, esta enfermedad puede causar infecciones bacterianas de mayor complejidad sino se da el tratamiento adecuado, y se evidencia la presencia de eritema umbilical, edematización del lugar de afección y secreción de aspecto purulento. Puede causar complicaciones como tétanos neonatal, erisipela que pueden constituir complicaciones en el recién nacido. (29).

La gastroenteritis neonatal es una inflamación de la mucosa que recubre los intestinos causando un cuadro clínico de deposiciones líquidas, melenas, que suelen acompañarse de fiebre, vómito y dolor abdominal, generalmente esta enfermedad es una de las causas de morbimortalidad pediátrica a nivel mundial presente en niños recién nacidos hasta los 5 años. Las causas que lo provocan puede ser de origen vírico, bacterias y parásitos, esta enfermedad es de origen endémico ya que predominan en determinadas épocas del año y afecta generalmente a niños mayores (30)

La dermatitis es una enfermedad de origen cutánea que afecta la superficie de la piel causando inflamación crónica frecuente en los niños, principalmente neonatos. La dermatitis tiene periodos de remisiones y recaídas. Los factores que desencadenan esta

enfermedad pueden ser genéticos, ambientales, sociales, entre otras. La vestimenta es un factor predominante en el desarrollo de la dermatitis ya que el efecto irritativo de las fibras con el contacto de la piel.

La contaminación ambiental producto de la industrialización y urbanización de las zonas rurales del país es un determinante de la prevalencia de la dermatitis como también la inhalación de metales pesados parte de los contaminantes del aire conocidos como irritantes de las vías respiratorias, cutáneas y son potentes agentes proinflamatorios. (31).

- **Enfermedades hematológicas del recién nacido**

Se encuentran las enfermedades que implican la alteración de los valores de sangre en los neonatos que puede darse por diferentes factores de riesgo como pueden ser; por ruptura del cordón umbilical, llamada hemorragia umbilical masiva del neonato, hemorragias interventricular, intracraneal, rectal, cutánea, vaginal del recién nacido, melenas, policitemia, entre otras (26).

La policitemia neonatal es el aumento de glóbulos rojos en sangre debido a la obstrucción del flujo sanguíneo. El factor del hematocrito se denomina al número de glóbulos rojos en la sangre, cuando este se encuentra por encima del setenta por ciento quiere decir positivo a ciertos factores de riesgo como el retardo tardío en la ligadura del cordón umbilical, placenta previa infecciones virales, contracciones intensas antes de la ligadura del cordón, sujetar al neonato debajo de la madre luego del parto, recién nacidos grandes o pequeños para la edad gestacional, postérmino entre otras. (32).

La hiperbilirrubinemia neonatal es el incremento de niveles de bilirrubinemia superiores a 12-15 mg/dl ocasionado por un desequilibrio temporal entre la producción de bilirrubina y su eliminación, manifestándose con la presencia de coloración amarillo de la piel y mucosas. En el nacimiento la placenta se encarga de eliminar bilirrubina para que pueda ser procesada por el hígado de la madre, una vez se nace, el hígado del

neonato comienza hacer el trabajo, aunque esto se tarda un tiempo lo que puede justificar los niveles de bilirrubina se encuentren más altos al nacer. (33).

- **Enfermedades congénitas**

Llamadas también malformaciones congénitas y se trata de alteraciones estructurales congénitas que afecta a la anatomía humana en el funcionamiento normal del organismo y repercute en el desarrollo social, psicomotor e intelectual del recién nacido. Los factores de riesgo desencadenantes de las enfermedades congénitas son de causa genética, ambiental, nutricional. (34)

La onfalocele es una enfermedad presente en neonatos causantes de la malformación de la pared abdominal y ubicada a nivel de la línea media del abdomen junto al cordón umbilical caracterizada por la presencia de una hernia de contenido abdominal recubierto por un saco de peritoneo, la incidencia de la onfalocele es aproximadamente de 1 a 3 por 1000 nacidos vivos y tiene una incidencia alta de mortalidad. Se puede evidenciar esta enfermedad a partir de las 12 semanas de embarazo mediante el seguimiento de la ecografía y un control prenatal adecuado (35)

## **2.4. Marco legal**

### **2.4.1. Ley Orgánica de Salud en el Ecuador**

- **Capítulo Primero de la Ley. - Del derecho a la salud y su protección**

En el capítulo primero, se define el concepto de salud como una ley universal, que ampara el estado físico, psicológico, social, desde las entidades públicas responsables de regular las diferentes acciones del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador para con el individuo y la comunidad. (36).

**Art 1.-** “La presente ley tiene como finalidad regular las acciones que permiten efectivizar el derecho universal a la salud consagrada en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoques de derechos, interculturalidad, de género, generacional y bioético.”

**Art 3.-** “La salud es el complemento estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e transigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes entornos y estilos de vida saludable”

**Art 5.-** “La autoridad sanitaria nacional crearlos mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población”

**Art 6.-** “Es la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

1.- Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;

2.-Ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud;

*3.-Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante las etapas de la vida y de acuerdo a sus condiciones particulares;*

*4.-Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención y atención integral y rehabilitación de enfermedades, transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades trasmisibles de notificación obligatoria garantizando la confidencialidad de la información...”*

- **Capítulo Tercero de la Ley. - Derechos y deberes de las personas y del estado con relación con la salud**

En capítulo tercero de la ley con respecto a la salud, recuerda que, así como el país cumple con el amparo y protección de la vida de las personas también la sociedad ecuatoriana debe cumplir con obligaciones hacia su país y respetar la autonomía e independencia de las personas y respetar el territorio del Ecuador. (36).

*Art 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud los siguientes derechos*

*e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con la salud, así como usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría personal capacitada antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de pueblos indígenas, tal sea el caso, serán informados en su lengua materna.*

*h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones con respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública*



*k) Participar de manera individual o colectivas en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones de salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida*

**Art 8.-** *Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:*

*a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de la salud;*

*c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;*

*d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario;*

*e) Establecer a través de la autoridad sanitaria de salud nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujetos de derechos, el acceso permanente e interrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones de servicios de salud y calidad;*

*g) Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas*

*i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a la atención integral y eficiente, de calidad oportuna para responder adecuadamente a las necesidades comunitarias.*

**Art. 9.-** *Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:*

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional;*
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población;*
- c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos;*
- d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente*
- e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad.*

- **Libro Primero de las Acciones de Salud; Título 1, Capítulo 1; Disposiciones comunes**

En la Constitución de la ley, las disposiciones comunes, existe un preámbulo que se orienta a las normas de atención integral de la salud, lo cual se inclina a cumplir las normas de promoción, prevención, tratamiento de los cuidados de atención de enfermería para la salud de individuo y la comunidad. (36).

**Art 10.-** *“Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicaran las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud*

*individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo I de la ley...”*

#### **2.4.2. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en el Manual del Modelo de Atención integral de Salud (MAIS); en el marco del cumplimiento de los objetivos del Milenio Nacional de Salud.**

En el manual del MAIS se encuentra como misión, la reducción de la tasa de mortalidad materna por lo tanto tiene que ver también con los factores de riesgo de la morbimortalidad neonatal y promueve programas de prevención para evitar en mayor porcentaje los riesgos de muerte neonatal y materna. (37).

***Objetivo 4.-** Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para el 2015 y derechos sexuales y reproductivos y en el cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de la salud de la población, proporciona al personal de salud un instrumento técnico y normativo que pudiera mejorar la atención del parto y postparto a las parturientas y resolver los riesgos y patologías que podrían manifestar durante la gestación, respetando sus costumbres y culturas reduciendo la muerte materna neonatal.*

#### **2.4.3. Capítulo Segundo de la ley de la Constitución. -Derechos del Buen Vivir Sección Séptima; Salud**

En el Capítulo Segundo sección Salud, El Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (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...”*

- **Capítulo Tercero de la Ley de la Constitución. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, sección quinta; Niñas, niños y adolescentes**

La ley de la Constitución de la República del Ecuador sobre los derechos de las personas ampara y protege a los niños y niñas, jóvenes y adultos desde la concepción hasta su vida adulta y vejez, mejorando la calidad de vida, asistiendo sus necesidades básicas y optimizando primordialmente la salud y bienestar físico, mental, psicológico de los niños. (38)

*Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción....*

*Art 46.- “.... Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas...”*

- **Capítulo Cuarto de la Ley de la Constitución. Derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades**

Hace referencia a las comunidades andinas el derecho colectivo al respeto de la identidad, pluriculturalidad para asegurar el desarrollo humano de carácter integral con el objetivo de preservar las diferentes culturas ancestrales apoyando la circunscripción territorial, reconociéndolas, así como un ente importante para la conservación y preservación de las diversas culturas enraizadas en nuestro país. (38).

*Art. 56.- Las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afro ecuatorianos, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible.*

*Art 57.-.....”Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora”*

#### **2.4.4. Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 2008**

El reglamento ampara la atención especializada, integra y gratuita a grupos vulnerables de riesgo como son; la madre, el recién nacido, niños y niñas menores de cinco años sobretodo protege a los recién nacidos y niños que son víctimas de enfermedades que pueden suscitar al momento de nacer o prevalece en su salud. (39).

*Art 1.- “.... De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños, niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.*

*Art 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones: a)*

*b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.*

## **2.5. Marco Ético**

### **2.5.1. Análisis del Código de Ética de la F.E.D.E**

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Las fuentes de la ética profesional son las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicio a la sociedad, teniendo como base las más elementales normas sociales (40).

*“El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:*

*Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.*

*Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables”.*

*“La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia”.*

*“La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad.*

*El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables”*

### **2.5.2. Disposición General Juramento de la Enfermera y el Enfermero**

Antes de la obtención del título el personal de enfermería debería realizarse una promesa personal de conducta y atención de calidad al paciente, con valores y principios. Donde la atención al paciente no sea una obligación sino un deleite al brindar una mano al que más necesita. Para colaborar con esto la F.E.D.E. elabora un juramento, donde dice:

*“Practicar honesta y dignamente mi profesión, respetando los derechos fundamentales del ser humano y su diversidad cultural.*

*Trabajar proactivamente para elevar el nivel de mi profesión, actuando con principios éticos, científicos, técnicos y brindando un servicio humano seguro, continuo y oportuno*

*Trabajar con el equipo de salud y colectivos humanos, dedicando mi lucha, conocimientos y principios a la resolución de los problemas de salud que aquejan al ser humano y a la comunidad.*

*Participar en el fortalecimiento de la Federación de enfermeras y enfermeros, contribuyendo a la unidad, respeto y comprensión entre colegas y trabajando responsablemente en los mandatos de la organización.*



## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1. Diseño de la investigación**

Se trata de una investigación cuali-cuantitativa y no experimental. Es cualitativa debido a que la recolección de la información se realizó por medio de la utilización de una ficha técnica que pueda facilitar unir todos los datos relevantes de la historia clínica del recién nacido; es cuantitativa debido a que se utiliza predominantemente información numérica y estadística que permite recoger, procesar y analizar los datos de la investigación como son las características del grupo de estudio. El tipo de la investigación ha sido no experimental; ya que los resultados no han sido manipulados, sino se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural para posteriormente analizarlos.

#### **3.2. Tipo de la investigación**

La investigación se fundamenta en una investigación documental ya que la interpretación de los resultados se los obtiene anticipadamente por medio de la recolección de información con la ayuda de fichas técnicas donde se presenta toda la evidencia científica de la historia clínica perinatal e información sobre el tema de estudio; la investigación es también tipo descriptiva correlacional, porque permite la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables, Transversal porque la toma y la recolección de los datos se realiza en un determinado tiempo, de forma anónima por parte del investigador y no es necesario el control continuo en la presente investigación realizada y correlacional debido a que todos los datos de los pacientes son relacionados entre sí para llegar a determinar factores de

riesgo de morbilidad en recién nacidos; y retrospectivo ya que se registran la información de la investigación sobre los hechos ocurridos con anterioridad.

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

El estudio de la investigación se realizó en la Amazonía del Ecuador, Provincia de Orellana Cantón Loreto, en el Subcentro Loreto-Orellana en el periodo de enero a julio del año 2016.

### **3.4. Población**

### **3.5. Universo**

El universo estuvo constituido por todos neonatos vivos, que nacieron en el Centro de Salud Loreto-Orellana de enero a julio del año 2016.

#### **3.5.1. Muestra**

La muestra estuvo constituida por todos los neonatos que nacieron por parto culturalmente adecuado en el Centro de Salud Loreto-Orellana de enero a julio del año 2016 y presentaron alguna enfermedad en este periodo.

#### **3.5.2. Criterios de inclusión**

Dentro de criterios de inclusión se mencionan:

A todos los recién nacidos vivos que presentan enfermedades, atendidos por parto culturalmente adecuado que nacieron en el Centro Salud Loreto desde enero hasta julio del año 2016.

### 3.5.3. Criterios de exclusión

Dentro de los criterios de exclusión se mencionan:

Recién nacido vivos, que no presentan enfermedades atendidos por parto culturalmente adecuado que nacieron en el Centro de Salud Loreto Orellana desde enero hasta julio del año 2016

Todos los recién nacidos que no coinciden con la historia clínica de la madre de parto culturalmente adecuado o que sus datos no estén completos al momento de la recolección de los mismos, y neonatos que nacieron en otra institución de salud diferente al Centro de Salud Loreto.

### 3.6. Operacionalización de variables

**Tabla 2:** Operacionalización de variables

Identificar las características perinatales al momento del parto culturalmente adecuado en el centro de salud Loreto Orellana 2016				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala De Medición
Características perinatales	Es el conjunto de todas las características del recién nacido al momento del parto que son posibilidades de	Género	Características externa e internas que diferencian al varón de la mujer	Masculino Femenino
		Etnia	Auto identificación	Mestiza Indígena

	supervivencia de un recién nacido en sus primeras horas de vida (41)	Peso al nacer	Macrosómico Peso adecuado Bajo peso	4000gr 2500-3999gr 4000gr
		Edad gestacional	Rn Pretermino Rn A término Rn Postérmino	35-36 37-41 +42
		Talla	Es la estatura expresada en centímetros	43-46 47-51 51-54
		Apgar	Menor a 6 puntos	Al 1er minuto de nacer 1 al 10  Al 5to minuto de nacer 1 al 10

Categorizar las patologías presentadas en los neonatos nacidos por PCA en el Área de estudio.				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala medición
Patologías neonatales	Son enfermedades que se presentan al momento de nacer	Enfermedades respiratorias	Tipo de enfermedad	Rinofaringitis Influenza Faringitis
		Enfermedades infecciosas	Según tipo y lugar de infección	Onfalitis Candidiasis Gastroenteritis Dermatitis Piodermitis
		Enfermedades hematológicas	Concentración de glóbulos rojos	Policitemia Hiperbilirrunemia
		Enfermedades congénitas	Evidencia al nacer	Onfalocele
		Más de una enfermedad	Respiratoria/infecciosa	Dermatitis/influenza Dermatitis/rinofaringitis Faringitis/onfalitis Influenza/faringitis Onfalitis/faringitis Piodermitis/influenza

Identificar los factores de riesgo que inciden en la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala De Medición
Factores de riesgo de la madre	Es cualquier rasgo o exposición de una persona que aumente su probabilidad de enfermar (42)	Edad de la madre	Años cumplidos	-18 19-29 30-39
		Nivel de instrucción materna	Años de escolaridad aprobados	Primaria Básica Secundaria
		Paridad	Un solo parto Más de un parto	Primípara Múltipara
		Posición labor de parto	Posicionamiento en expulsivo	Horizontal Vertical
		Controles prenatales	Inadecuado adecuado	0 a 3 4-10
		Complicación de la madre	Dificultad durante el parto	Si No Cual
Factores de riesgo del recién nacido	Probabilidad de enfermedad mayor de lo habitual en el neonato	Edad gestacional	Rn Pretermino Rn A término Rn Postérmino	35-36 37-41 +42
		Género	Diferencias entre hombre y mujer	Masculino Femenino
		Complicaciones en el RN	Complicaciones al nacimiento	Si No Cual

### 3.7. Métodos de recolección de información

El instrumento de investigación que se aplicó para la recolección de datos ha sido el estudio de casos mediante la observación de historias clínicas de los recién nacidos por parto culturalmente adecuado en el SC Loreto mediante la recopilación de datos que constan en la Historia Clínica manejadas dentro de la oficina de estadística del SC-Loreto en la provincia de Orellana.

El libro de registros de partos culturalmente adecuados del servicio del SC Loreto Orellana dónde se describe los nombres de las madres, edad, número de historia clínica, etnia, género del producto vivo, peso, edad gestacional, talla, tipo de parto, si

estuvo o no acompañada la paciente, reclamo de placenta. Todos estos datos fueron trasladados a una ficha de recolección general.

### **3.8. Análisis de datos**

Los datos obtenidos se procesaron en el programa de Microsoft Excel que ayuda a la recopilación de datos matemáticos mediante la inducción de pequeñas fórmulas de fácil utilización incluyendo también tablas de recopilación estadística mediante gráficos mejorados para visualizar las diferentes variables estadísticas de la investigación. Para una mayor comprensión de los datos, los mismos, se crearon tablas estadísticas.

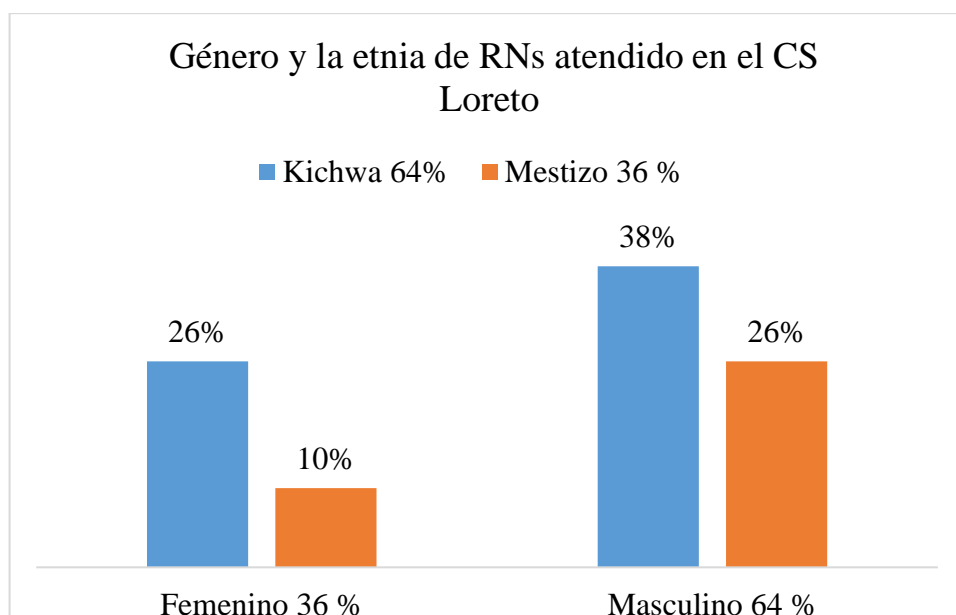
## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados y Análisis de la investigación

Una vez que se aplicó el instrumento de investigación se procede a tabular los datos obtenidos en una base de datos en Microsoft Excel, y se obtienen los datos que se detallan a continuación:

#### 4.1. Características perinatales

**Gráfico 1.-**Distribución de los RNs según el género y la etnia

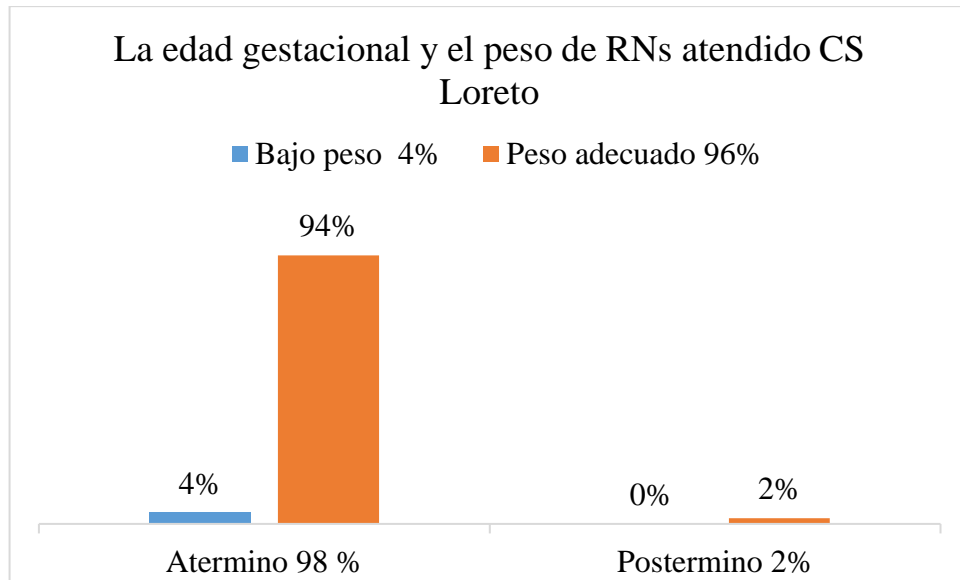


**Análisis.** - En el Centro de Salud de Loreto, en cuanto a etnia el 64% de las madres se autodefinen como indígenas de la Nacionalidad Kichwa, en relación a género el mismo porcentaje de 64% de la muestra de recién nacidos son del género masculino. Según las estadísticas del INEC en la provincia de Orellana, en el año 2013 el porcentaje de RNs de género masculino es de 50,3%; además confirma que la etnia indígena que se

asienta en este cantón es la Kichwa (43), (44). El cantón Loreto se caracteriza por tener una población mayormente Kichwa, creada legítimamente como organización indígena debido a sus colonizaciones hasta la actualidad (45). Los datos obtenidos en el presente estudio difieren de lo publicado en la bibliografía citada, al registrarse más nacimientos de hombres en el lugar y tiempo de investigación. En relación a la etnia el estudio coincide con lo referido por el INEC.

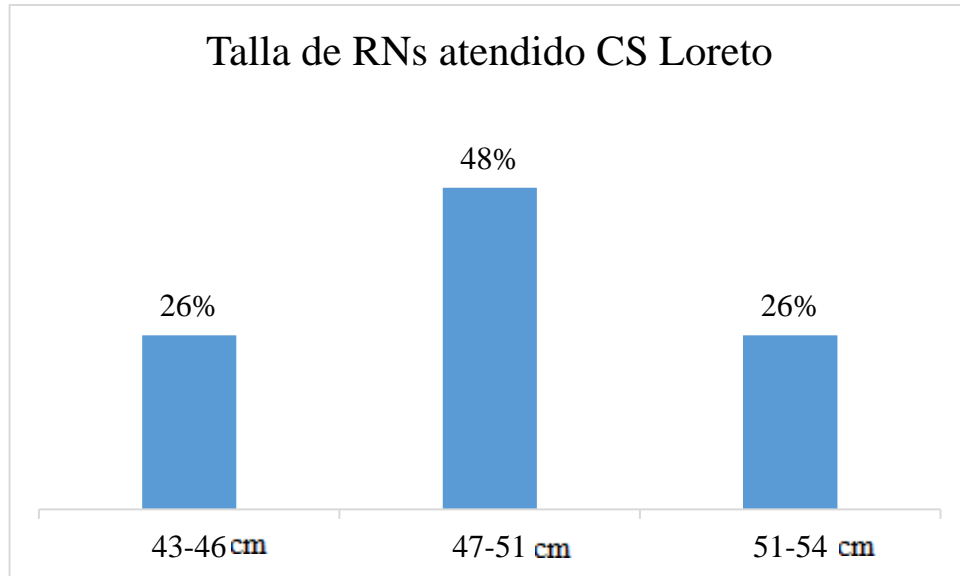


**Gráfico 2.-** Distribución de los recién nacidos según la edad gestacional con el peso de RNs atendido CS Loreto



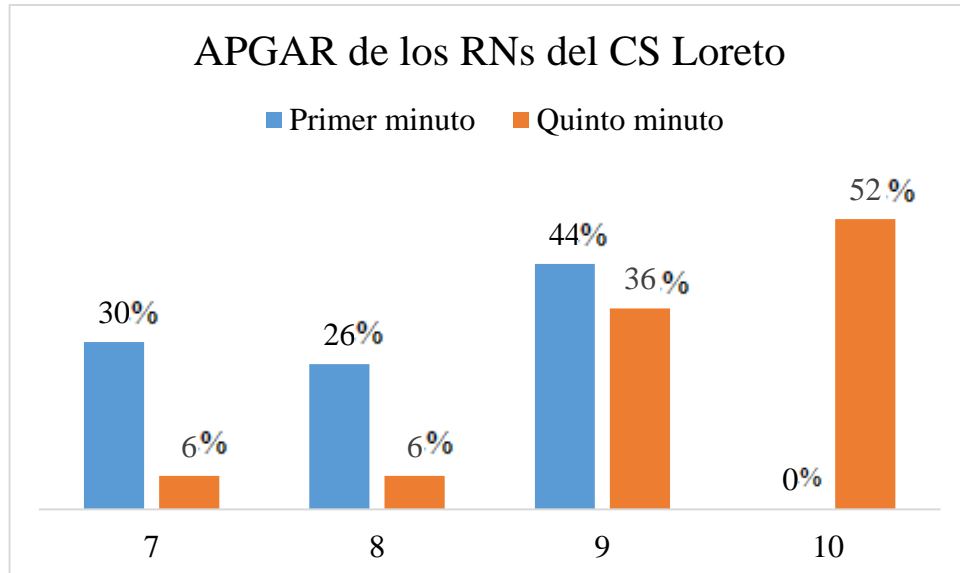
**Análisis.** - Según el gráfico y los datos obtenidos como la edad gestacional y el peso de RNs de la población de estudio, el 98% se encuentran en una edad a término de los cuales 96%, el 2% restante referente a la edad gestacional son neonatos posttérmino. En cuanto a peso apenas el 4% son niños tuvieron bajo peso al nacer. En cuanto a la distribución del peso en recién nacidos, existen un estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra, de la ciudad del Tena, donde el 21% de recién nacidos a término corresponde a neonatos de bajo peso al nacer (46). Existe estudios que manifiestan que el peso del recién nacido es muy importante para la supervivencia del niño en el primer año de vida, y que el bajo peso contribuye a la morbilidad infantil y muchos niños pueden estar en una edad gestacional a término y sufrir de bajo peso por lo tanto es candidato a desarrollar complicaciones durante el periodo perinatal y natal del neonato (47). En esta investigación no se evidencia RNs de edad gestacional pre término tampoco RNs macrosómico, pero si se puede afirmar que el porcentaje de neonatos con bajo peso al nacer, es mínimo.

**Gráfico 3.-**Distribución del RNs del CS Loreto según la talla



**Análisis.** - Con relación a la talla del neonato en su mayoría nacieron en un intervalo de 47-51cm con un porcentaje del 48% respectivamente, refiriéndose a una talla normal de RNs. En el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco en la ciudad del Cusco en Perú se realiza el control natal de 250 participantes, lo cual coincide con la talla de 49,4 cm considerada como una longitud normal en recién nacidos a término (48). La talla de los niños que nacieron en el SC Loreto es considerada como adecuada.

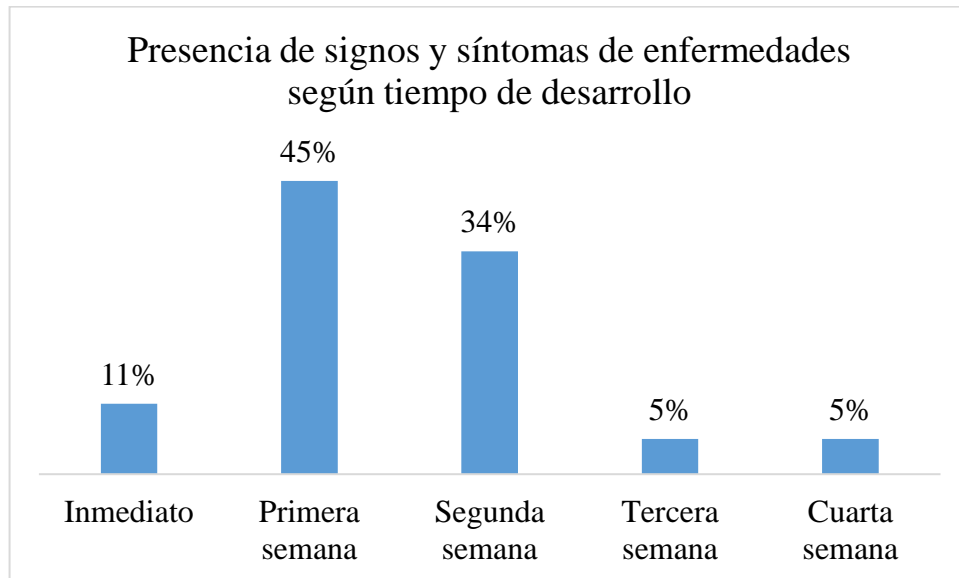
**Gráfico 4.-**Distribución del recién nacido según el Apgar al primer y quinto minuto



**Análisis.** - Según el gráfico se puede observar que en la prueba del APGAR, reflejan que en el primer minuto y quinto minuto el resultado carece de puntaje menor a 7 que se refiere a neonatos deprimidos lo cual no se puede identificar a RNs que tuvieron dificultad al nacer, se debe tener en cuenta la muestra sujeta a investigación son RNs que presentan morbilidad. El puntaje de APGAR cuando es bajo menor a 7, hace referencia a que constituye un factor de riesgo para la asistencia de prácticas hospitalarias cuando el neonato tiene dificultades respiratorias, y se deduce que el Apgar solo transcribe el estado del recién nacido al momento del nacimiento (49). Otros estudios discuten si el puntaje Apgar es confiable o no para la evaluación del neonato al momento de nacer, ya que suele vincularse con los parámetros del desarrollo neonatal y los resultados finales son de gran discusión ya que depende del criterio médico y este es variable (50). Ninguno de los neonatos investigados tuvieron puntajes de APGAR menores a 7, por tanto, no existieron factores de riesgo en estos niños, se hace referencia a que los partos atendidos en esta unidad asistencial son únicamente de mujeres sin riesgo, si al momento del parto se evidencia algún signo de alarma en las gestantes, son trasladadas inmediatamente al Hospital Provincial de Francisco de Orellana (Coca) para su atención.

**4.2. Categorizar las patologías presentadas en los neonatos nacidos por PCA en el Área de estudio.**

**Gráfico 5.-** Tiempo y Enfermedad del RNs atendidos en el CS Loreto



**Análisis.** - Según el gráfico se desarrolló en base a la presencia de signos y síntomas de las enfermedades según el tiempo en que se desarrolló la enfermedad. Los resultados de la investigación afirman que los signos y síntomas de las enfermedades están presentes en la primera semana con el 45 % y la segunda semana con 34%, mientras que el 12 % de neonatos corresponde enfermedades de atención inmediata como son de origen circulatorio, congénito e infeccioso refiriéndose a patologías que se evidenciaron en ese momento como son la policitemia, hiperbilirrubinemia, onfalocele, candidiasis, las cuales son factores de morbilidad en la vida del neonato Según las investigaciones que existen sobre la morbilidad infantil realizada por la Organización Mundial de Salud afirma que, el 75% de neonatos fallecidos ocurren en los 28 días posteriores a su nacimiento, los cuales tres de cada cuatro RNs fallecen en la primera semana de vida (51). Los estudios realizados afirman que los primeros días durante y posteriores al nacimiento son los más críticos para la supervivencia de los recién nacidos.

**Tabla 3:** Distribución de las enfermedades presentadas en los RNs del CS Loreto atendidos por parto culturalmente adecuado.

Enfermedades presentadas en RNs atendidos en el CS Loreto	Porcentajes	
Enfermedades respiratorias 44%	Faringitis	2%
	Influenza	24%
	Rinofaringitis	18%
Enfermedades congénitas 2%	Onfalocele	2%
Enfermedades Hematológicas 8%	Policitemia	6%
	Hiperbilirrunemia	2%
Enfermedades infecciosas 30%	Conjuntivitis	2%
	Dermatitis	16%
	Gastroenteritis	2%
	Onfalitis	8%
	Candidiasis	2%
Más de 1 enfermedad 16%	Dermatitis/influenza	2%
	Dermatitis/rinofaringitis	2%
	Faringitis/onfalitis	2%
	Influenza/faringitis	2%
	Influenza/conjuntivitis	4%
	Onfalitis/faringitis	2%
	Piodermatitis/influenza	2%

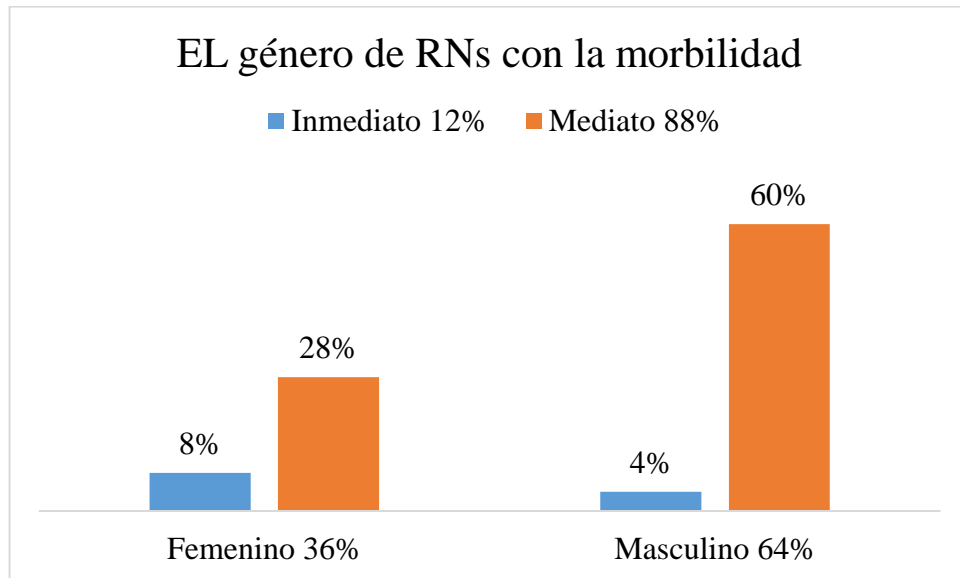
**Análisis.** - Según el gráfico se evidencia que la incidencia de las enfermedades son de origen respiratorio con un 44% total de todas las enfermedades presentadas en RNs atendidos en CS Loreto, siendo la influenza y la rinofaringitis enfermedades mas frecuentes en los recién nacidos seguidas de enfermedades de origen infeccioso con un 30 % siendo la dermatitis la enfermedad que ocupa el tercer lugar en los recién nacidos. De acuerdo a un estudio realizado sobre los motivos de consulta en pacientes de 0 a 1 mes de nacido se encuentra que las enfermedades de origen respiratorio son el motivo de consulta más común en el centro hospitalario de la Universidad Particular de Loja. (52). Además, que la morbilidad pulmonar se evidencia con más frecuencia en neonatos de edad gestacional a término (53). Según la INEC las principales causas de muerte infantil son de origen respiratorio del 8,35% las enfermedades congénitas con un 4,27% y las infecciosas con el 0,82% (54). Con respecto a la dermatitis, los estudios afirman que la dermatitis es una enfermedad de la piel de características

inflamatorias de origen infeccioso, pruriginoso, de causa desconocida que se puede implicar factores genéticos, alérgicos, ambientales frecuentes en niños menores de 5 años. (31). La dermatitis es una enfermedad de carácter cutáneo benigna transitoria que aparecen entre el primero y tercer día de nacido incluso a las tres semanas de edad, aparecen en un 40% de nacidos de edad gestacional a término (55)

Con respecto a las enfermedades de origen inmediato que corresponde a un 12 % total que fueron atendidas en el CS Loreto fueron las patologías de origen congénito, como la onfalocele, las de origen hematológico, la policitemia e hiperbilirrubinemia y de origen infeccioso la candidiasis. En un estudio sobre la revisión de la situación actual de la hiperbilirrubinemia en el Hospital General Universitario de Elche en España, El 60% de los recién nacidos a término y el 80% recién nacidos pre término presentan hiperbilirrubinemia durante la primera semana de vida (56). En cuanto a la policitemia aproximadamente entre el 2 a 4% de recién nacidos en edad gestacional a término presentan policitemia y la incidencia general de esta enfermedad es de 1 al 5 % de neonatos y no se presenta de forma frecuente en RNs menores de 34 semanas o pre término (57). Los resultados del estudio concuerdan con las investigaciones ya que estarán presentes las diferentes enfermedades de los recién nacidos del grupo de estudio.

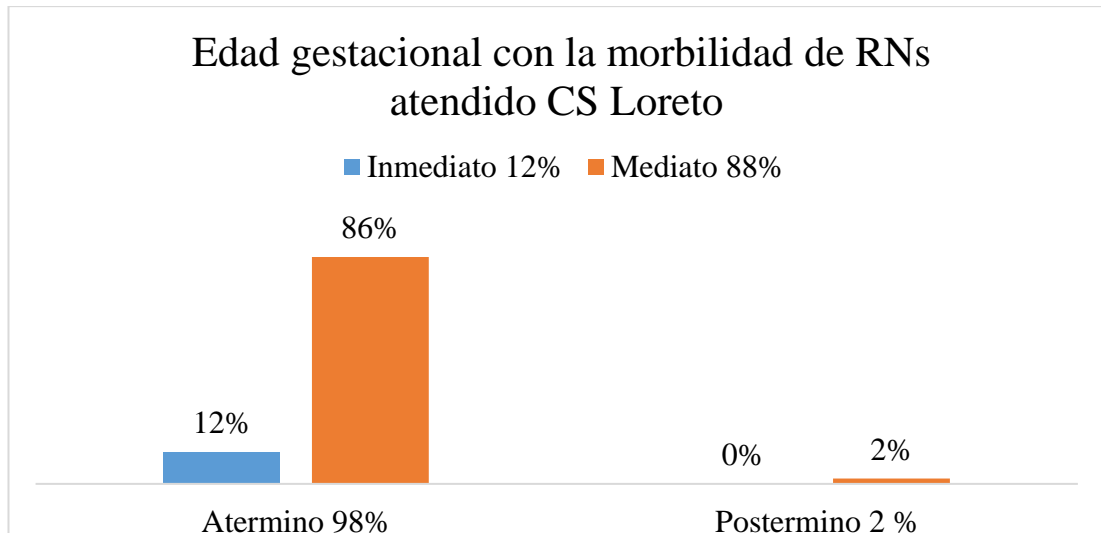
#### 4.3. Factores de riesgo que inciden en la morbilidad del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado

Gráfico 6.- Distribución del género de RNs con la morbilidad



**Análisis.** - Según el gráfico referente a la relación del género del RNs con la morbilidad indica que la población de nacidos de género masculino son el 64% de total de la población los cuales el 60 % son enfermedades de origen mediato refiriéndose a patologías que se desarrollaron después de nacer, y el 4 % son enfermedades de origen inmediato. Con respecto al género femenino el 36 % se refiere al total de la población los cuales el 28 % se refiere a enfermedades de origen mediato y el 8% son enfermedades de origen inmediato. Estudios confirman que el neonato de género masculino es más dispuesto a presentar afecciones de dificultad respiratoria con apneas, aleteo nasal retracción subcostal que necesitan de hospitalización comparado con los recién nacidos de género femenino la cual se debe al potencial reproductivo femenino para garantizar la perpetuación de la especie. (58). En otro estudio referente a la morbimortalidad del recién nacido el género masculino tienen más riesgo de fallecer que los neonatos pertenecientes al género femenino (59). Los recién nacidos de género masculino son más proclives a contraer enfermedades.

**Gráfico 7.-**Distribución de la edad gestacional con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto

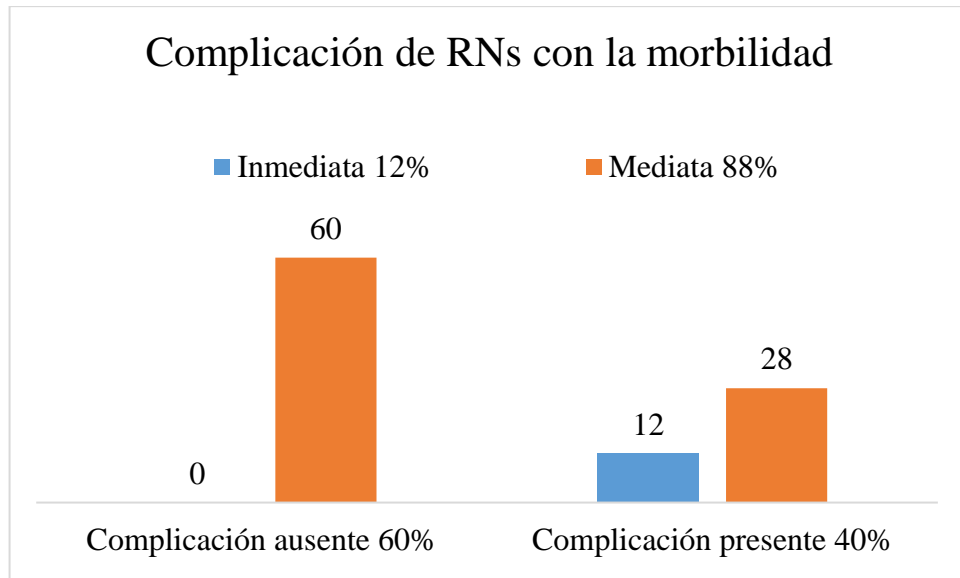


**Análisis.** - Según el gráfico la morbilidad con respecto a la edad gestacional está comprendido en neonatos a término y enfermedades de origen mediano o transición con el 98 % y el 2% restante se refiere a enfermedades de carácter mediano en edad posttérmino. Con respecto a las enfermedades de carácter inmediato el 12% total son enfermedades que se han suscitado en RNs a término. Existe un estudio donde se compara la enfermedad con la edad gestacional afirman que la morbilidad se encuentra en nacidos vivos entre las 37 y 38 semanas consideradas de término (53). Se concluye que los recién nacidos de 37 y 38 semanas presentan el doble de morbilidad con relación a las otras edades gestacionales y las enfermedades más comunes en neonatos nacidos a término son las afecciones de origen respiratorio, hiperbilirrubinemia, ictericia que por lo tanto necesitan ingreso a hospitales (60). La edad gestacional es un factor predisponente para contraer enfermedades teniendo en cuenta que el total de la población estudiada se encuentra en la edad gestacional a término para su nacimiento, pero siempre la edad gestacional será un factor de riesgo de morbilidad se encuentre en a término, posttérmino o pre término.

Asociación relación distribución

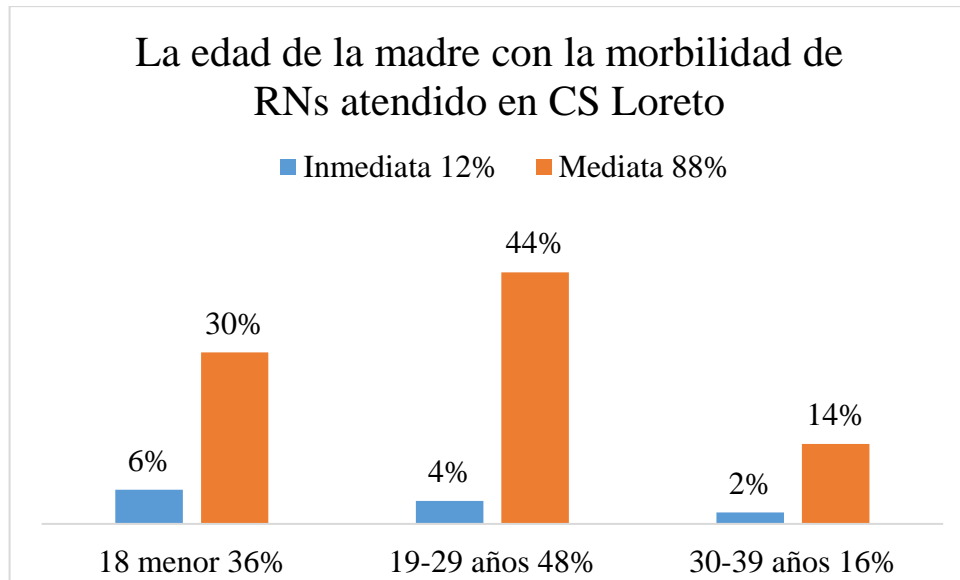


**Gráfico 8.-**Distribución de la complicación de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



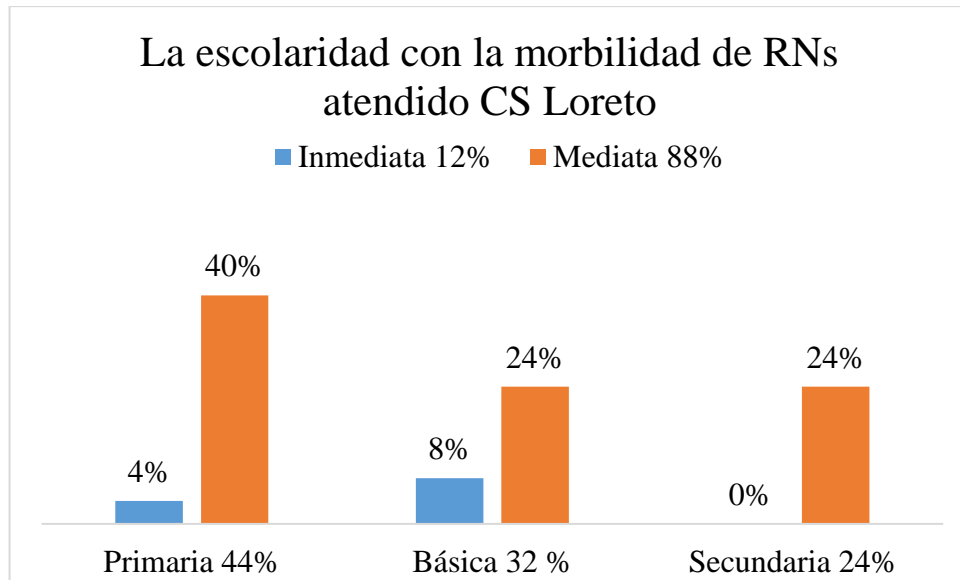
**Análisis.** - Según el gráfico sobre la relación de la complicación de RNs con la morbilidad afirma que la complicación en RNs se encuentra ausente en el 60 % del total de la población mientras que la complicación presente se refiere al 40 % de los cuales el 28 % son enfermedades de origen mediato y en su totalidad del 12 % en enfermedades de origen inmediato presentaron complicaciones al momento de nacer. Existen estudios que argumentan que la complicación del RNs son los trastornos respiratorios, malformaciones congénitas y las infecciones perinatales son factores de riesgo de morbimortalidad en el neonato (61). Los resultados del estudio concuerdan con la investigación ya que estarán presentes complicaciones en RNs enfermos.

**Gráfico 9.-**Distribución de la edad de la madre con la morbilidad del RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



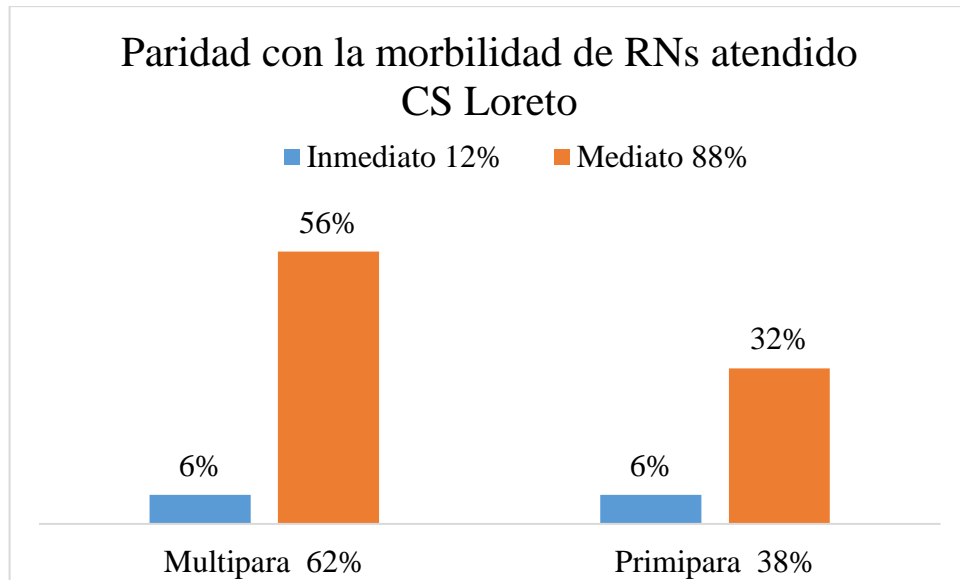
**Análisis.-** Según el gráfico sobre la relación de la edad de la madre con la morbilidad de RNs atendido en CS Loreto la edad prominente de las madres que tuvieron hijos enfermos que se originaron después del nacimiento son las mujeres comprendidas de 19 a 29 años con el 48% del total de la población de las cuales el 44% son enfermedades de origen mediato y el 4% son enfermedades inmediatas, seguida de las madres adolescentes con un 36% del total de la población las cuales el 30% son enfermedades de carácter mediato y el 6% son neonatos que se enfermaron inmediatamente al nacimiento. En un estudio inclinado a los factores maternos perinatales influyentes en la morbilidad neonatal que se realizó en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Fundación Hospital San José de Buga en Colombia prevalece que la edad materna es un factor importante que incrementa la probabilidad de enfermar de los neonatos, como son las madres adolescentes describiendo mayor cantidad de enfermedades como infecciones bacterianas, sepsis, neumonía al ser comparadas con madres de edad adulta. (62). Las cuales no coinciden con el grupo de estudio

**Gráfico 10.-**Distribución de la escolaridad con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



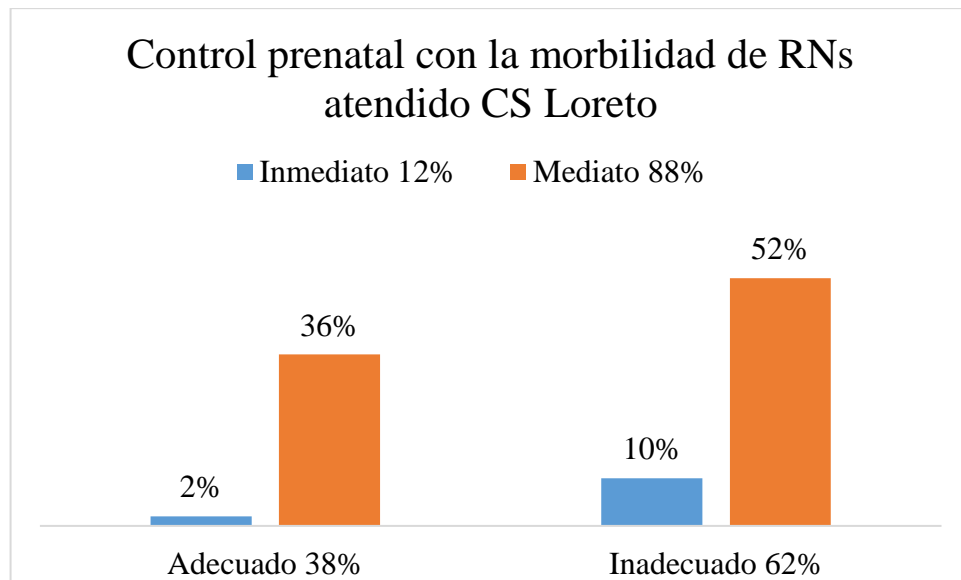
**Análisis.** - Según el gráfico las madres de los RNs de origen mediato se encuentran en una instrucción académica primaria con el 40 % y el 4 % son madres de niños que enfermaron inmediatamente al nacimiento, seguidas de madres de escolaridad básica con un total de 32% del total de la población de los cuales el 24 % se refiere a enfermedades mediatas y el 8 % a madres de niños de origen inmediato. Según el estudio realizado en el Centro Materno Infantil Saquisilí. Afirma que la escolaridad es un predisponente importante para la influencia de morbilidad en el RNs y por ende la madre (63). Se afirma que es un factor de riesgo de morbilidad la instrucción académica de la madre.

**Gráfico 11.-**Distribución de la paridad con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



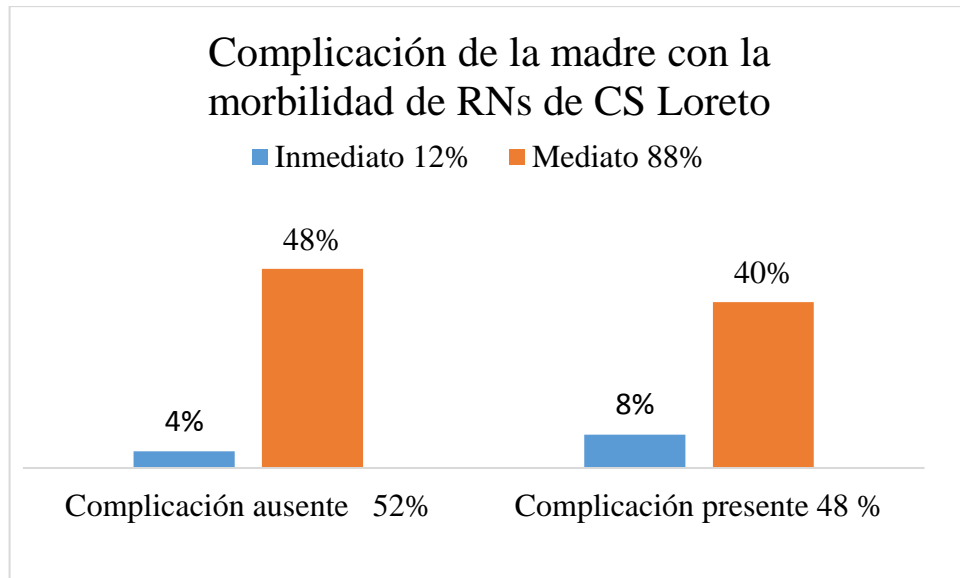
**Análisis.** - Según el gráfico sobre la relación de la paridad con la morbilidad de RNs atendido CS Loreto la multiparidad está presente en el 62% del total de la población de los cuales el 56 % se refiere a enfermedades de origen mediato y el 6% se refiere a multiparas de enfermedades de origen inmediato. La primiparidad está presente en un 38 % de los cuales el 32% se refiere a enfermedades de origen mediato y el 6 % a enfermedades de origen inmediato. Existen estudios que afirman que la presencia de la multiparidad en la madre es un factor de riesgo de morbilidad para el RNs y la gestante. (63). La multiparidad es un factor predisponente para suscitar morbilidad de enfermedades de origen mediato.

**Gráfico 12.-**Distribución del control prenatal con la morbilidad del recién nacido de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



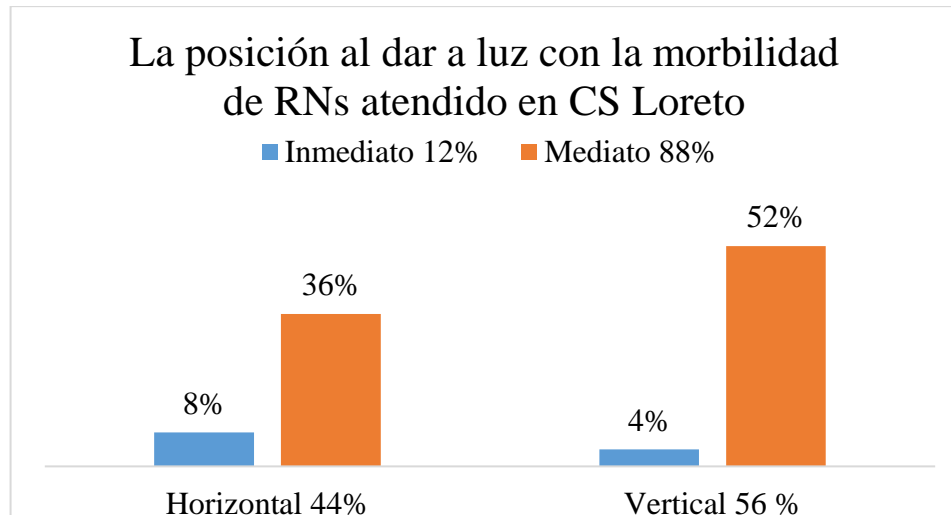
**Análisis.** - Según el gráfico sobre la relación del control prenatal con la morbilidad de RNs, el 62% se refiere a control prenatal inadecuado de 0 a 3 controles respectivamente, de los cuales el 52% son enfermedades de origen mediato y el 10% se refiere a enfermedades de origen inmediato, mientras que las mujeres que tuvieron controles adecuados entre 4 y 10 citas prenatales el 36% se refiere a enfermedades de origen mediato y el 2% de enfermedades al momento del nacer. Existen estudios que afirman que la atención prenatal es un factor predisponente para la reducción de morbimortalidad tanto para la madre como el hijo (64). La cual concuerda con los datos de la investigación ya que mediante el control prenatal se puede identificar factores de riesgo y se puede establecer acciones de prevención oportunas en el embarazo.

**Gráfico 13.-**Distribución de la complicación de la madre con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



**Análisis.** - Según el gráfico las madres en un 52% no presentaron complicaciones durante su gestación de las cuales el 48 % se refiere a complicaciones ausentes con relación a las enfermedades mediatas y 4% se refiere a mujeres que dieron a luz sin complicaciones, pero tuvieron hijos enfermos inmediatamente al nacimiento. Las complicaciones estuvieron presentes en un 48 % de la población estudiada de los cuales el 40 % son complicaciones de origen mediato de enfermedades que suscitaron después del nacimiento y el 8 % se refiere a complicaciones que tuvo la madre y los RNs presentaron enfermedades de origen inmediato. Existe un estudio realizado en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara Girón en la ciudad de Cuenca donde se afirma que los factores maternos que influyen en la morbimortalidad neonatal en el Ecuador son; la edad de la madre de 20 a 34 años, la multiparidad, presencia de hemorragias, complicaciones durante el labor de parto, infecciones maternas, un bajo nivel educativo, recursos limitados y un acceso inadecuado a los servicios de salud, una atención deficiente durante el trabajo de parto y posparto, entre otras (61). La cual coincide con los resultados de la investigación.

**Gráfico 14.-**Distribución de la posición al dar a luz con la morbilidad de RNs atendido por parto culturalmente adecuado en el CS Loreto



**Análisis.-** Según el gráfico sobre la relación de la posición al dar a luz con la morbilidad de RNs atendido en el SC Loreto la posición vertical está representada por el 56% del total de la población de las cuales el 52% son enfermedades de origen mediato y el 4% corresponden a enfermedades que suscitaron al momento de nacer, mientras que el 44% de la población dio a luz en posición horizontal de las cuales el 36% se refieren a enfermedades de origen mediato y el 8% son enfermedades inmediatas. Existe un estudio realizado en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en Cayambe donde estudia la incidencia de la posición optada por la madre al momento de dar a luz con las enfermedades donde la posición vertical no ofreció ventaja o desventaja con respecto a la posición horizontal, pero se evidenció en su mayoría las mujeres eligieron la posición vertical (65). Según la guía de parto culturalmente adecuado asegura que reduce la sensación del dolor, desciende la matriz uterina con rapidez gracias a la fuerza de gravedad descendente, disminuye la dilatación y expulsión del feto además que reduce el sufrimiento fetal. (66) No se evidencia ningún tipo de enfermedad por la posición. La cual se demuestra que esta posición al dar a luz causa menos dolor que la posición horizontal, el descenso a la etapa expulsiva es más rápido y es más cómoda para la madre ya que ellas eligen como dar a luz siempre que sea posible y las condiciones del alumbramiento lo permitan.





## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- ✓ Luego de la investigación, se encontraron que el 64% de las madres de los RNs nacidos mediante PCA en el CS Loreto, se autodefinen como indígenas de la Nacionalidad Kichwa. Los neonatos son mayoritariamente masculinos, el 98% tienen edades gestacionales a término y apenas el 2% son posttermino; el 96% tienen peso adecuado y solo el 4% tienen bajo peso al nacer; la talla varía entre 43 a 54 cms; en ningún caso se observó APGAR menor a 7 puntos.
- ✓ Las patologías presentadas en el grupo de estudio se las categorizó según el tiempo en que se presentaron siendo las de origen inmediato las menos representativas con apenas el 12%, demostrando que los RNs se contaminaron de los distintos tipos de enfermedades luego de salir de la unidad operativa. Según el tipo de enfermedades las respiratorias son las más frecuentes, seguidas por las infecciosas.
- ✓ los factores de riesgo de RNs son el género masculino y la edad gestacional, Los factores de riesgo evidenciados con la madre es la edad 19 a 29 años, escolaridad, controles prenatales inadecuados ,multiparidad; con respecto a la complicación materna no se evidenció como un factor de riesgo ya que si se detecta algún riesgo al nacimiento que comprometa la vida del niño o de la madre en el SC Loreto son referidas inmediatamente al Hospital de Orellana en el Coca, y con respecto a la posición vertical al dar a luz tiene ventajas sobre la posición horizontal ya que mejora la comodidad de la gestante al momento del parto pero no es un factor predisponente para desarrollar enfermedades en recién nacidos.

## 5.2. Recomendaciones

- ✓ La atención especializada enfocada al respeto de interculturalidad del paciente manteniendo un enfoque clínico de riesgo, y cumplir con el examen físico y fisiológico de forma integral e individual al recién nacido y a la madre tomando en cuenta los diferentes enfoques del personal de salud que atiende al paciente.
  
- ✓ Realizar una vigilancia clínica de parte del personal de salud enfocada las diferentes patologías, que pueden suscitarse en la labor de parto hacia la madre y el recién nacido para así identificar posibles factores de riesgo de manera oportuna. Tomando en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud con relación a la normativa de parto culturalmente adecuado para lograr disminuir las posibles complicaciones maternas y neonatales
  
- ✓ Realizar la guía informativa sobre la atención inmediata al recién nacido para identificar los posibles factores de riesgo que pueden presentarse al momento del parto y así evitar posibles complicaciones que arrebaten la vida del recién nacido y de la madre, ya que es muy difícil hacer un seguimiento a las madres embarazadas por la situación geográfica del lugar donde se realizó la investigación.

## Bibliografía

1. Al Abdullah de Jordania, Rania, y otros. *Estado Mundial de la Infancia*. Salud Materna y neonatal., Fondos de Naciones Unidas,;Unicef. Nueva York. : s.n., 2009. págs. 1-168., Documento. ISBN: 978-92-806-4320-6..
2. *El lugar de nacimiento de los bebés influye en sus probabilidades de supervivencia*. Mathers, C y Oestergaard, M. 2, Agosto de 2011., Organización Mundial de Salud.
3. Fondo de Naciones Unidas; UNICEF. *Estrategia Unicef en América Latina y El Caribe para contribuir a la reducción de morbilidad materna neonatal infantil*. [En línea] 2011-2015. [Citado el: 10. de 07. de 2016.] <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>.
4. *Mortalidad neonatal y factores asociados, Mascupana, Tabasco, México*. Cruz, C., Robles, V. y Hernandez, J. 1., Julio. de 2009., Revista Cubana de Salud Pública., Vol. 35.
5. *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal, infantil*. Donoso, E, y otros. 173-174., Agosto. de 2013., Revista Médica de Chile., Vol. 142.
6. *Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú, factores de riesgo*. Ticora, M y Huanco, D. 5., julio. de 2005., Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología., Vol. 70.
7. *Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas del año 2011 neonatales en Huánuco y Ucayali, Perú*. Velasquez, J, y otros. 2., Abril. de 2014., Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública., Vol. 31.
8. Dirección Nacional de Registro Civil. Ministerio de Salud Pública; Nacional. Sistema Estadístico. *Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones*. Estadística., Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito. : s.n., 2011. págs. 506-754., Censo.
9. Usiña, J, Cespedes, D y Junga, D. *Número de defunciones por edades simples, sexo, horas, días*. Dirección de Estadísticas Sociodemográficas, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito : s.n., 2014. págs. 37, 38, Censo.

10. Ushiña, J. y Carrera, S. Principales causas de morbilidad. *Instituto Nacional de estadísticas y censo*. [En línea] 2014. [Citado el: 07 de Julio de 2016.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>.
11. *Morbilidad en recién nacidos de término en relación a su edad gestacional*. Armandas, R, y otros. (5)402-408, Octubre de 2010, Revista Chilena de pediatría, Vol. 81.
12. *Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal*. Mendoza, L y Arias, M. 77 (375-382)., Agosto. de 2012., Revista Chilena obstétrica., Vol. 55.
13. *Hiperbilirrubinemia neonatal agravada*. Campo, A, y otros. 3., Julio-septiembre. de 2010., Revista Cubana de Pediatría., Vol. 82.
14. *Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal precoz*. Fernandez, N, DuqueJ y Diaz, F. 2., Abril-junio. de 2010., Revista Cubana de Pediatría., Vol. 82.
15. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loreto. *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial*. [En línea] 2015. [Citado el: 11. de Julio. de 2016.] [http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/documentoFinal/1560001830001\\_001\\_19-04-2015\\_19-50-21.pdf](http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/documentoFinal/1560001830001_001_19-04-2015_19-50-21.pdf).
16. Gonzalez, D. *El enfoque intercultural en las normas de salud materna*. [ed.] Cristina Puig Borrás. Family Care International. Quito. : s.n., 1994-2009.
17. *Clasificación del recién nacido*. Gomés, M, Danglot, C y Aceves, M. (1)32-39, Enero-febrero de 2012, Revista Mexicana de pediatría, Vol. 79.
18. Palacios J, y otros. *Valoración Apgar*. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud., MSP. Quito. : s.n., 2011. págs. 6-126., Normatización Técnica Salud de la Niñez.
19. Palacios, J, Acosta, M y Torres, W. *Normas de atención integral a la niñez*. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud., Ministerio de Salud Pública. Quito. : s.n., 2011. págs. 10-126., Normatización Técnica Salud de la Niñez.
20. Yepez, E, y otros. *Atención del trabajo del parto, parto y postparto inmediata*. Dirección Nacional de Normatización., Ministerio de Salud Pública. Quito. : La Caracola Editores, 2016. págs. 128-64., Guía de Práctica Clínica. ISBN-978-9942-07-873-5..

21. Yopez, E, y otros. *Lactancia Materna*. Dirección Nacional de Normatización., Ministerio de Salud Pública. Quito. : s.n., 2015. págs. 29-64., Guía de Práctica Clínica. ISBN-978-9942-07-873-5..
22. *Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos*. Valdés, E, Sepúlveda, A, Catalán, J y Reyes, A. 77., Enero. de 2012., Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología., Vol. 3.
23. *Factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en la sala de recién nacidos del Hospital Escuela*. Saucedo, María, Buchanan, Juana y Vásquez, Myrna. 43-45, Junio de 2008, Revista de la Facultad de ciencias médicas, Vol. 22.
24. *Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal*. Ozorno, L, y otros. 76(8-730)., 2008., Ginecología y Obstericia Mexicana., Vol. 12.
25. Guardoño, M. Enfermedades pulmonares. [aut. libro] Guardoño M. *Neonatología*. España. : IC Editorial., 2013., págs. 223-325.
26. Medciclopedia. Clasificación de las enfermedades del feto y el recién nacido. [aut. libro] Instituto Químico Biológico. [ed.] Hon Code. *Clasificación internacional de las enfermedades*. Barcelona-España : WMC, 2014, págs. P20-90.
27. *Neumonía principal causa de morbilidad*. Gonzales, M. 7-21., Abril. de 2013., Revista Conyutural Analisis del Instituto Nacional de estadísticas y censos., Vol. 8.
28. Díaz, J, Reeve, M y Stagno, S. *Infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo*. Infecciones perinatales., Centro Latinoamericano de Perinatología(CLAP),;Salud de la Mujer y Reproductiva(SMR),;Organización Mundial de Salud(OMS),;Organización Panamericana de Salud(OPS). Uruguay. : s.n., 2008. págs. 6-59., Manual educativo para personal de salud. ISBN: 978-92-75-32942-9.
29. *Caracterización clínico-epidemiológica de la onfalitis en un servicio de Neonatología*. Perez, M y Berasategui, K. 3., Julio-septiembre. de 2015., Medicentro., Vol. 19.
30. Mosqueda, R y Rojo, P. *Gastroenteritis aguda*. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas, Asociación Española de Pediatría. Madrid : s.n., 2013. págs. 97-102, documento.
31. *Dermatitis atópica en niños: estudio comparativo en dos grupos etarios*. Deis-Cas, P, Acuña, M y Deis-Cas, I. 5, Octubre de 2011, Revista Chilena Pediatría, Vol. 82.

32. *Policitemia neonatal e hiperviscosidad*. Pantoja, M. 1., Enero. de 2006., Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría., Vol. 45.
33. Asociación Española de Pediatría. *Ictericia neonatal*. [En línea] 2008. [Citado el: 29 de 09 de 2016.] <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>.
34. *Defectos congénitos*. Mazzi, E. 3, Julio de 2015, Revista de la sociedad Bolivariana, Vol. 54.
35. *Diagnóstico prenatal de onfalocele mediante ultrasonografía*. Del Rio, L, Blanco, N y Rodriguez, Z. 2, Abril-junio de 2014, Revista Cuabana de Pediatría , Vol. 40.
36. Asamblea Constituyente. *Ley Orgánica de Salud*. [En línea] 2012. [Citado el: 24 de Julio de 2016.] <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>.
37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Subsecretaría Nacional de Gobernanza en Salud Pública; Pública., Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red. *Objetivos del desarrollo del milenio*. Ministerio de Salud Pública., Modelo de atención integral de salud. Quito. : s.n., 2012. págs. 34-210., Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitarios.
38. Asamblea, Constituyente. *Constitución del Ecuador*. [En línea] 2011. [Citado el: 24. de Julio. de 2016.] [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2\\_ABR\\_DIJU\\_Constitucion.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2_ABR_DIJU_Constitucion.pdf).
39. Congreso Nacional. *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, codificación, reglamento, prestaciones y medicamentos*. [ed.] Conamu. 2da. Quito. : MSP., 2008.
40. Cantos, M. ENFERMERIA Y BIOÉTICA. *Sociedad Ecuatorana de Bioética respeta la vida*. [En línea] 2011. [Citado el: 01. de Julio. de 2016.] [http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo\\_enferm\\_bioetica.htm](http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm).
41. *Factores perinatales asociados a morbimortalidad neonatal*. Pardo E, Arandía R. 1, Marzo-abril de 2008, Gaceta Médica Bolivariana, Vol. 31.
42. Organización Mundial de la Salud. *Factores de riesgo*. [En línea] 2016. [Citado el: 25 de 09 de 2016.] [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).

43. INEC. *Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y Defunciones 2013* . Dirección de Estadísticas Sociodemográficas, INEC. Quito : s.n., 2013. pág. 527, Anual. 2000.
44. Almeida, V. Resultados Censo de Población. *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*. [En línea] 2010. [Citado el: 26. de mayo. de 2016.] [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x8Xm-TL2iOsJ:www.inec.gob.ec/tabulados\\_CPV/28\\_Promedio%2520de%2520Personas%2520por%2520Hogar.xls+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x8Xm-TL2iOsJ:www.inec.gob.ec/tabulados_CPV/28_Promedio%2520de%2520Personas%2520por%2520Hogar.xls+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec).
45. *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial municipal de Francisco de Orellana* . [En línea] 2014-2019. [Citado el: 22 de agosto de 2016.] [http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/sigadplusdiagnostico/1560000780001\\_1560000780001diagnosticoconversion3GADMFO\\_15-02-2015\\_23-55-04.pdf](http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/sigadplusdiagnostico/1560000780001_1560000780001diagnosticoconversion3GADMFO_15-02-2015_23-55-04.pdf).
46. Segura, J. *Prevalencia de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital José María Velasco Ibarra del Tena*. Medicina, Universidad Politécnica del Chimborazo. Riobamba : s.n., 2010. págs. 67-96, Tesis. 123456789/3435/1/94T00098.
47. *Factores asociados al bajo peso al nacer en neonatos en el Hospital Vicente Corral*. Granda R, Granda L. 1, Marzo de 2013, Revista Médica HJCA, Vol. 8.
48. *Factores de los padres condicionantes del peso al nacer en recién nacidos a término a 3 400 msnm*. Villamonte W, Malaver J, Salinas R, Quispe E, Laurent A, Jerí M, Molina G, Nuñez V. 3, Junio de 2011, Revista Peruana de ginecología, Vol. 57.
49. *Morbilidad y mortalidad en neonatos sometidos a ventilación mecánica*. Soto N, Sarmiento Y, Crespo A, Suárez N. 6, Noviembre-diciembre de 2013, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Vol. 17.
50. *Variaciones en el puntaje de Apgar asignado a neonatos con muy bajo peso al nacer en diferentes unidades de cuidados intensivos neonatales*. Rüdiger, Mario, y otros. 29, Julio de 2010, Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Vol. 1.
51. OMS. *Reducción de la mortalidad de recién nacidos*. Centro de prensa, Organización Mundial de Salud . EEUU : s.n., 2016. págs. 1-5, Documento. Nota descriptiva N°333.

52. Correa, P. *Principales motivos de consulta en pacientes pediátricos atendidos por consulta externa atendidos en el Hospital Universidad Técnica Particular de Loja*. Biología, Universidad Particular de Loja. Loja : s.n., 2007-2012. págs. 43-82, tesis Doctoral. 123456789/10629/1.
53. *Increased neonatal morbidity despite pulmonary maturity for deliveries occurring before 39 weeks*. Fang M, Guirguis P, Borgida A, Feldman D, Ingardia C, Herson V. (1)79-82, Octubre de 2012, US National Library of Medicine electronics, Vol. 26.
54. Ushiña J, Céspedes D, Yunga J. *Principales causas de mortalidad infantil*. Instituto de Estadística y Censos, INEC. Quito : s.n., 2014. págs. 79, 472-586, Anuario. 2014.
55. Bautista R, Llop M. *Recién nacido: lesiones cutáneas benignas transitorias*. [En línea] 2016. [Citado el: 22. de Agosto. de 2016.] [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rn\\_benignastransitorias\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rn_benignastransitorias_0.pdf).
56. *Hiperbilirrunemia neonatal ; Revisión de la situación actual*. Castaño M, Sánchez M. 2, Mayo de 2011, Revista Científica de Enfermería , Vol. 32.
57. *Policitemia en recién nacidos*. Alsina M, Ancel A. 3, Mayo-junio de 2012, Anales de Pediatría Continuada, Vol. 10.
58. Áviles T, Cabrera P. *Factores relacionados a sepsis neonatal*. Facultad de Salud, Universidad del Azuay. Cuenca : s.n., 2013. págs. 9-18, Tesis.
59. Gradi C, Gonzáles A, Zubizarreta J, NEOCOSUR. *Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso* . [En línea] 2016. [Citado el: 16 de 09 de 24.] <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n5a10.pdf>.
60. *Morbilidad en recién nacidos de término en relación a su edad gestacional*. Armandas R, Ossorio M, Pedicones C, Durán P, Ferrero F. (5)402-408, Octubre de 2010, Revista Chilena de pediatría, Vol. 81.
61. González G, Granda D. *Morbilidad y mortalidad materno neonatal y calidad de la atención en el Hospital Aida de León Rodríguez Lara Girón*. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. Cuenca : s.n., 2010. págs. 17-85, Tesis. S0034-75312010000300002.
62. *Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal*. Mendoza L, Aria M y L., Mendoza. (5) 375-382., Julio. de 2012., Revista Chilena de obstetricia y ginecología., Vol. 77.



63. Yupangui, E. *Riesgo de mortalidad materna en embarazadas del Cantón Saquisilí*. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil : s.n., 2012. págs. 1-79, tesis . 1018/1.
64. *Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal*. Sanchez H, Pérez N, Toga P, Rodríguez F Vasquez N. 5, Septiembre de 2010, Revista Medica de IMSS, Vol. 43.
65. Buitrón A, Del Pozo M. *Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador*. Salud, Universidad Católica del Ecuador. Quito : s.n., 2013. págs. 1-121, tesis.
66. Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud, Subproceso de Salud Intercultural. *Parto Culturalmente adecuado*. Área de Salud Nro12, Hospital Raúl Maldonado Mejía. Cayambe : s.n., 2011. págs. 1-12, Guía informativa. 2014/03.
67. Organización de Naciones Unidas y UNICEF. *Estrategia de la UNICEF y América Latina y El Caribe para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna neonatal infantil*. *Estrategia de la UNICEF y América Latina y El Caribe para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna neonatal infantil*. [En línea] 2011-2015. [Citado el: 10. de Julio. de 2016.] [http://www.unicef.org/lac/Estrategia\\_Mortalidad\\_Materna\\_Neonatal.pdf](http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf).
68. Báez, C. *Secretaría Nacional de Desarrollo (2013-2017). Plan Nacional Del Buen Vivir*. [ed.] Ana María Larrea, Pabel Muñoz, Édison Cárate, Carolina Báez. Fander Falconí. 1 ed. Quito. : Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades, 2013., 2013.
69. Asociación médica mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. [En línea] 2015. [Citado el: 08 de julio de 2016.] <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
70. Lissauer T, Fanaroff A. *Asfixia*. [ed.] 2da edición. *Neonatología*. España. : Médica panamericana., 2014., págs. 74-432.

## ANEXO

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS PERINATALES							
GENERO	Masculino		ETNIA	Mestiza		TALLA	43-46
	femenino			indígena			47-51
							52-57
PESO AL NACER	<2499gr		EDAD GESTACIONAL	35-36		APGAR	Al 1er min de nacer 1 al 10
	2500-3999gr			37-42			Al 5to min de nacer del 1 al 10
	4000gr			+42			

ENFERMEDADES PRESENTADAS EN RECIÉN NACIDO							
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Onfalitis		MÁS DE UNA ENFERMEDAD	Dermatitis/Influenza			
	Candidiasis			Dermatitis/ Rinofaringitis			
	Gastroenteritis			Faringitis/Onfalitis			
	dermatitis			Influenza/Faringitis			
	conjuntivitis			Influenza/Conjuntivitis			
				Onfalitis/Faringitis			
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS				Piodermitis/Influenza			
		Rinofaringitis					
		Influenza					
		Faringitis					
ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS		Policitemia					
		Hiperbilirrubinemia					
ENFERMEDADES CONGÉNITAS		Onfalocele					
		Otras					

FACTORES DE RIESGO							
EDAD DE LA MADRE	-18 años		NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria			
	19 a 29			Básica			
	30 a 39			Secundaria			
COMPLICACIÓN DE LA MADRE	Si		COMPLICACIÓN RECIÉN NACIDO	Si			
	No			No			
	cual			Cual			
PARIDAD	Primipara		CONTROL PRENATAL	0 al 3			
	multipara			4 al 10			
			POSICIÓN AL DAR ALUZ	Horizontal			
				Vertical			

## Anexo 2: Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLINICA MATERNO-PERINATAL - CLAP - OPS/OMS												IDENTIFICACION PERSONAL							
NOMBRE		DIRECCION		LOCALIDAD		TELEFONO		FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ESTADO CIVIL		CONTROL RENOVADO					
														<input type="checkbox"/> ANTES <input type="checkbox"/> DESPUES <input type="checkbox"/> EN EL MOMENTO					
ANTECEDENTES PERSONALES		ANTECEDENTES GINECOLOGICOS		ANTECEDENTES OBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES		ANTECEDENTES PATOLOGICOS		ANTECEDENTES QUIRURGICOS		ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS		EMBARAZO ACTUAL					
														ED COMENZAL: <input type="checkbox"/> PUNO: <input type="checkbox"/> ESCAZO: <input type="checkbox"/>					
GESTACION ACTUAL		PESO ANTERIOR		TALLA ANTERIOR		PESO ACTUAL		TALLA ACTUAL		PUNO		ESCASA		ED COMENZAL: <input type="checkbox"/> PUNO: <input type="checkbox"/> ESCAZO: <input type="checkbox"/>					
GRUPO SANGUINEO		SISTEMA RH		VOLUTEMIA		VOLUTEMIA		PUNO		ESCASA		ANTICIPADA		ANTICIPADA: <input type="checkbox"/> ANTICIPADA: <input type="checkbox"/> EX NORMAL: <input type="checkbox"/>					
														ANTICIPADA: <input type="checkbox"/> ANTICIPADA: <input type="checkbox"/> EX NORMAL: <input type="checkbox"/>					
PARTO		ABORTO		HOSPITALIZADO		CONVICIONES ANTENATALES		TIPO DE PARTO		SITUACION DE MEMBRANAS ANTERIORES		MOMENTO DEL PARTO		TIPO DE PARTO		PRESENCIA DE		ACOMPAÑANTE	
NOTAS		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES		ENFERMEDADES	
RECEN NACIDO		PESO AL NACER		TALLA AL NACER		PUNO		ESCASA		ANTICIPADA		ANTICIPADA		ANTICIPADA		ANTICIPADA		ANTICIPADA	
EGRESO RN		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO		EGRESO MATERNO	
NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL		NOMBRE DEL PROFESIONAL	

**Anexo 3:** Guía informativa en relación al parto inmediato



**Anexo 4:** Archivo Fotográfico



**Anexo 5:** Obstetra responsable de la atención del parto culturalmente adecuado en el CS Loreto- Orellana

**Anexo 6:** Exteriores dónde se realiza el parto culturalmente adecuado



**Anexo 7:** Lugar dónde se realiza el parto en posición vertical



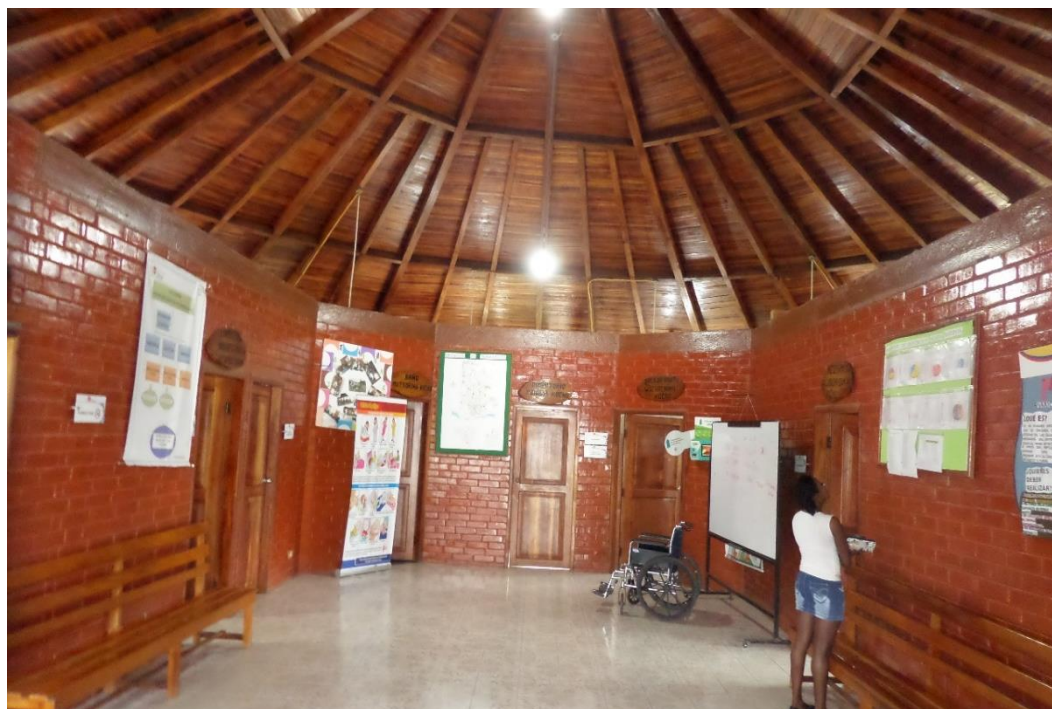
**Anexo 8:** Recepción de la madre en posición horizontal



**Anexo 9:** Área de recepción del recién nacido atendido por parto culturalmente adecuado



**Anexo 10:** Instalaciones interiores del lugar donde se realiza la atención de parto culturalmente adecuado



Loreto, 13 de octubre de 2016

Doctor  
Darwin Barragán  
**DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LORETO**  
Presente.-

### CERTIFICADO

La señorita **Camargo Martínez Toa Catalina**, portador de la cedula **1002736682** en calidad de estudiante de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE de la ciudad de Ibarra, hace la entrega formal de la socialización de los resultados de la investigación de tesis "MORBILIDAD DE RECIÉN NACIDO DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO EN EL CENTRO DE SALUD LORETO ORELLANA 2016" y la entrega de LA GUÍA INFORMATIVA, "ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO".

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.



Atentamente,

  
DIRECCION DISTRITAL 22 D02  
ORELLANA LORETO - SALUD  
MD. ESP. CARLOS SANTO PRAGAN GOMEZ  
2200054480  
MEDICO FAMILIAR

Dr. Darwin Barragán  
**DIRECTOR DEL SUBCENTRO DE SALUD DE LORETO**



## SUMMARY

The health of newborns is even committed with the morbidity at the moment of birth, including days later of their birth, health personnel should be trained and they should provide quality and warmth aimed to immediate newborn's care to avoid possible complications during labor. The general objective was intended to determine the morbidity of newborn by Culturally Appropriate Birth in the Health Center from Loreto. It was used a qualitative-quantitative, non-experimental, observational, comparative, retrospective, cross-sectional and documentary research, it was collected on a documentary form, the information of 50 births attended with the rules of interculturalism during the period of study. So, the overall compliance with the standards and quality indicators according to the standards of the Ministry of Public Health for maternal and neonatal care was effective, although it was satisfactory only in certain months and it was recommended to coordinate with the health staff for the proper handling and filling of Perinatal Clinical History, which will produce accurate information about the reality of this town and that is why the government has prepared traditional ancestral knowledge as strategies for Culturally Appropriate Labor, it has been called inclusion, assessment and recognition of ancestral wisdom in the processes of healthcare, sensitizing Ecuadorians to be conceptually open to traditional knowledge for intercultural dialogue.

**Keywords:** Loreto, morbidity, newborn, culturally appropriate birth. perinatal clinical history, intercultural

