



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO MATERNO PERINATAL ASOCIADOS A
MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
IQUITOS 2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
AMOS TANGOA MAPUCHI**

**ASESORES:
Lic. Enf. NANCY ANDREA VILLACIS FAJARDO, Dra.
Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.**

IQUITOS, PERÚ

2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N.º 017-CGT-FE-UNAP-2023

En Iquitos, a los 21 días del mes de setiembre del 2023, a horas 10:00 am., se dió inicio a la sustentación pública de la tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO MATERNO PERINATAL ASOCIADOS A MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS 2022", aprobado con Resolución Decanal N° 292-2023-FE-UNAP, presentada por el Bachiller: **AMOS TANGO MAPUCHI**, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 159-2023-FE-UNAP, está integrado por:

Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra.	-	Presidenta
Lic. Enf. Juana Emperatriz GUTIERREZ CHAVEZ, Dra.	-	Miembro
Lic. Enf. Juana NOVOA GONGORA, Dra.	-	Miembro

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: *en su mayoría*

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sustentación pública y la Tesis han sido *Aprobada* con la calificación *Buena*

Estando el Bachiller apto para obtener el Título Profesional de **Licenciado en Enfermería**.

Siendo las *12.35 hrs* se dio por terminado el acto *en felicitaciones* al sustentante.

Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra.
Presidenta

Lic. Enf. Juana Emperatriz GUTIERREZ CHAVEZ, Dra.
Miembro

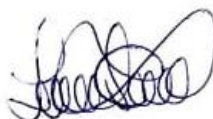
Lic. Enf. Juana NOVOA GONGORA, Dra.
Miembro

Lic. Enf. Nancy Andrea VILLACIS FAJARDO, Dra.
Asesora

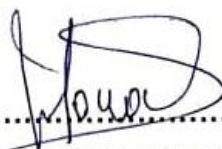
Ing. Ind. Saul FLORES NUNTA, Dr.
Asesor

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL DÍA 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, EN EL AUDITORIO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS - PERÚ.

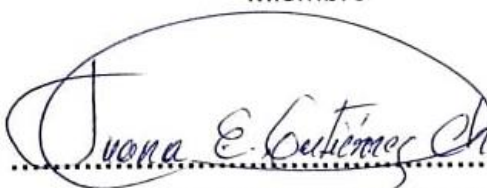
JURADOS:



.....
Lic. Enf. ZORAIDA ROSARIO SILVA ACOSTA, Dra.
Presidenta

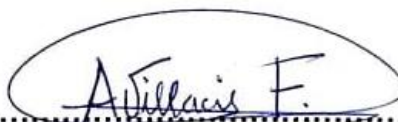


.....
Lic. Enf. JUANA NOVOA GONGORA, Dra.
Miembro

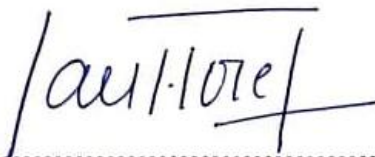


.....
Lic. Enf. JUANA EMPERATRIZ GUTIÉRREZ CHÁVEZ, Dra.
Miembro

ASESORES:



.....
Lic. Enf. NANCY ANDREA VILLACIS FAJARDO, Dra.



.....
Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.

NOMBRE DEL TRABAJO

FE_TESIS_TANGO MAPUCHI.pdf

AUTOR

AMOS TANGO MAPUCHI

RECuento DE PALABRAS

10258 Words

RECuento DE CARACTERES

51701 Characters

RECuento DE PÁGINAS

46 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

342.6KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 28, 2023 12:29 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 28, 2023 12:29 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 18% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr
- 15% Base de datos de trabajos entregados

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

A Dios, a mis padres Joaquín y Sabina, mis hermanos, por ser mi guía y soporte durante mi formación profesional, a los Docentes de Beca 18 por sus ayudas y consejos.

AMOS TANGO

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a las siguientes personas:

A la Lic. Enf. Ruth Vílchez Ramírez, Dra. Decana de la Facultad de Enfermería y a la Lic. Enf. Luz Cubas de Pacheco, Dra. presidenta del Comité de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, por realizar trámites académicas y administrativas de la misma.

A los miembros del jurado, Lic. Enf. Zoraida Rosario Silva Acosta, Dra. (Presidenta), Lic. Enf. Juana Novoa Gongora, Dra. (Miembro), y Lic. Enf. Juana Emperatriz Gutiérrez Chávez, Dra. (Miembro), por las sugerencias y aportes en la tesis.

A la Lic. Enf. Nancy Andrea Villacis Fajardo, Dra. y al Ing. Ind. Saul Flores Nunta, Dr. por la asesoría y apoyo durante el proceso de la elaboración de la tesis.

A mi amigo Gino Arley Pérez Mori, por ser guía y apoyo durante toda la ejecución de la tesis.

Al personal de la oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional de Loreto, por brindarme la facilidad con las historias clínicas para la recolección de datos.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADO Y ASESOR (ES)	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Bases teóricas	8
1.3. Definición de términos básicos	16
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
2.1. Formulación de hipótesis	17
2.2. Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo y diseño	20
3.2. Diseño muestral	21
3.3. Procedimiento de recolección de datos	22
3.4. Procesamiento y análisis de datos	23
3.5. Aspectos éticos	24
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	25
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	41
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	42
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	43
ANEXOS	
1. Matriz de Consistencia	
2. Ficha de registro sobre factores de riesgo materno perinatal	

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Factores de riesgo materno en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	25
Tabla 2	Factores de riesgo perinatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	26
Tabla 3	Distribución de casos y controles de neonatos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	27
Tabla 4	Edad materna y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	28
Tabla 5	Grado de instrucción y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	29
Tabla 6	Tipo de parto y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	30
Tabla 7	Paridad y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	31
Tabla 8	Control prenatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	32
Tabla 9	Sexo neonatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	33
Tabla 10	Edad gestacional y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	34
Tabla 11	Peso al nacer y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	35
Tabla 12	APGAR y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	36
Tabla 13	Patologías y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.	37

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022. El tipo de estudio fue epidemiológico, observacional, retrospectivo; el diseño de estudio fue casos y controles, la muestra estuvo conformada por 180 neonatos nacidos. Se utilizó una ficha de registro para la recopilación de los datos. Para contrastar la hipótesis se utilizó el Odds Ratio (OR) con nivel de confianza 95% (0.95) y nivel de significancia 5% (0.05). Los resultados obtenidos sobre los factores de riesgos maternos, fueron los siguientes: el 81,7% (84), tenían mayor edad, el 92,2% (119), tenían menor grado de instrucción, el 50,6% (91), tuvieron parto eutócico, el 66,1% (119), fueron multigestas, el 58,3% (105), presentaron control prenatal no controlado; los factores de riesgos perinatales fueron los siguientes; el 53,9% (97), fueron de sexo masculino, 55,6% (100), presentaron edad gestacional inadecuado, el 53,9% (97), tuvieron peso al nacer inadecuado, 62,8% (113), presentaron puntuación APGAR normal, el 89,4% (161), presentaron patologías; encontrándose asociación entre: edad gestacional (OR= 5,231), peso al nacer (OR=4,445), puntaje APGAR (OR=2,776), presencia de patologías (OR=4,786), con la mortalidad neonatal. Concluyendo que solo existe asociación con los factores de riesgo perinatal en el Hospital Regional de Loreto.

Palabras claves: mortalidad , factores de riesgo, neonato.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the association between maternal perinatal risk factors and neonatal mortality in the Regional Hospital of Loreto, Iquitos 2022. The type of study was epidemiological, observational, retrospective; the study design was case-control, the sample consisted of 180 neonates born. A registry card was used for data collection. The Odds Ratio (OR) with 95% confidence level (0.95) and 5% significance level (0.05) was used to contrast the hypothesis. The results obtained on maternal risk factors were as follows: 81.7% (84), were older, 92.2% (119), were less educated, 50.6% (91), had euthyroid delivery, 66.1% (119), were multigestational, 58.3% (105), had uncontrolled prenatal control; perinatal risk factors were as follows; 53.9% (97) were male, 55.6% (100) had inadequate gestational age, 53.9% (97) had inadequate birth weight, 62.8% (113) had normal APGAR score, 89.4% (161) had pathologies: gestational age (OR= 5.231), birth weight (OR=4.445), APGAR score (OR=2.776), presence of pathologies (OR=4.786), with neonatal mortality. The results of the study concluded that there was only an association with perinatal risk factors at the Regional Hospital of Loreto.

Keywords: mortality, risk factors, newborn.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad neonatal es definida como las muertes que se producen durante los primeros 28 días de vida, representando cerca de la mitad de muertes en menores de 5 años como problema mundial. Según UNICEF, el 99% de las muertes se registraron en países en vías de desarrollo.¹ Se estima que para el 2030 las muertes neonatales se incrementen a 30 millones.²

En el 2019, aproximadamente 2,4 millones de neonatos fallecieron a causa de muchos problemas evitables, de los cuales son 6700 registros diarios siendo los neonatos con bajo peso al nacer la mayor proporción de casos. Las principales causas fueron las enfermedades asociadas a la deficiencia en la atención de salud, partos prematuros e infecciones.³ Los neonatos que fallecen dentro de los 28 días de vida se atribuyen a la sepsis, síndrome de dificultad respiratoria y asfixia. Además, los factores de riesgos que se asocian significativamente son el bajo peso al nacer, puntaje de Apgar menor a 6 y malformaciones congénitas.⁴

En Latinoamérica, en 2020 se estima que de cada 1000 nacidos vivos, fallecen 7 antes del primer mes de vida.⁵ En el 2018, se identificaron 100.000 neonatos fallecidos,⁶ sin embargo, para el 2019 hubo un aumento de 110.000 muertes, más del 3% con respecto a los países de América del Norte.⁷ Los países con los más altos registros de muertes neonatales son Haití, República Dominicana y Aruba. Las principales causas son complicaciones durante el parto, defectos congénitos, infecciones, asfixia, entre otros.⁸

En dicho contexto, la mortalidad neonatal es un problema de salud muy crítico en el mundo, nuestro país como el resto de América Latina presenta altas tasas de mortalidad. Las causas de este problema se deben principalmente a una inadecuada atención de calidad en países en vías de desarrollo. En el territorio nacional dichas tasas referidas han ido disminuyendo, sin embargo, sigue siendo un verdadero problema de salud pública que ocupa un lugar predominante en el sistema de salud.

En Perú, la tasa de letalidad neonatal en el año 2018 fue de 10 por cada 1000 nacidos vivos, la prevalencia más alta fue en neonatos a término, con buen peso y sin malformaciones congénitas.⁹ Una mayor frecuencia de los casos se produce en las regiones de la Sierra y Selva debido a una inadecuada atención de salud por la situación de pobreza.¹⁰ Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades se registraron 2565 muertes neonatales en el 2021 debido a bajo peso al nacer, partos pretérminos y falta de controles prenatales.¹¹

En Loreto, la tasa de incidencia de defunciones de menores de un año de edad llegó hasta 27/1000 en el 2014.¹² En 2021, hubo registros de 171 muertes en neonatos en el territorio regional, ocupando el sexto lugar a comparación con los demás departamentos del país, estas defunciones se deben a la insuficiencia respiratoria, al neonato afectado por la ruptura prematura de membrana, aspiración de meconio, entre otros. En el primer trimestre del 2022 en Iquitos se registraron 12 muertes neonatales.¹¹

El objetivo general del estudio fue determinar la asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022. Los objetivos específicos fueron identificar los factores de riesgo materno: edad materna, grado de instrucción, tipo de parto, paridad y controles prenatales; Identificar los factores de riesgo perinatal: sexo, edad gestacional, peso al nacer, puntaje APGAR y patologías; establecer la asociación de los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

El presente estudio determinó los factores de riesgo materno y perinatal asociados a este problema quienes a su vez son prevenibles por el equipo multidisciplinario de la salud.

La presente investigación y sus resultados permiten a los establecimientos de salud obtener información actualizada sobre la mortalidad neonatal de modo que logren implementar estrategias para fortalecer los cuidados en recién nacidos y en la madre a partir de la información obtenida de los principales

factores de riesgo, de modo que se logre intervenir a tiempo preservando la salud del neonato como de la madre contribuyendo el desarrollo de nuestra región. Los beneficiarios del presente estudio son las mujeres atendidas en el nosocomio porque se identificaron aquellos factores que incrementan el riesgo de muerte en neonatos.

La tesis tuvo la siguiente estructura: Introducción; Capítulo I: Marco teórico (antecedentes, bases teóricas, definición de términos básicos); Capítulo II: Hipótesis y variables (formulación de hipótesis, variables y su operacionalización); Capítulo III: Metodología (tipo y diseño, diseño muestral, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, aspectos éticos); Capítulo IV: Resultados; Capítulo V: Discusión; Capítulo VI: Conclusiones; Capítulo VII: Recomendaciones; Capítulo VIII: Fuentes de Información; Anexos (matriz de consistencia, ficha de registro).

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el 2023, se desarrolló un estudio de tipo retrospectivo, casos y controles que incluyó como población de estudio a 330 neonatos de 4 hospitales públicos de la Franja de Gaza, 2022 (Gaza – Israel). La investigación se hizo para determinar los factores de riesgo de las muertes neonatales prematuras en la Franja de Gaza y los resultados fueron: edad media fue 26,8 años, grado de instrucción bajo 63,5%, primigestas 92,2%; los factores perinatales fueron inadecuada edad gestacional 67,35%, bajo peso al nacer 68,9%, tipo de parto distócico 45,5% y prematuridad 40,7%. En el análisis bivariado, se evidencia que existe una asociación negativa entre la muerte neonatal y los factores de riesgo (OR <1); y el trabajo concluyó que no existe asociación entre las variables de estudio.¹³

En el 2022, se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo, casos y controles que incluyó como población de estudio a 167 neonatos fallecidos en el Hospital Dora Nginza 2022 (Gqeberha - Sudáfrica). La investigación se hizo para determinar las causas de las muertes neonatales y determinar los factores evitables o modificables asociados y los resultados fueron: los factores maternos fueron edad menor de 34 años 81,6%, tipo de parto eutócico 53,1%, primigestas 93,7%, controles prenatales adecuados 81,6%, los factores perinatales más frecuentes fueron bajo peso al nacer 76,9%, edad gestacional inadecuada 67,2% y test de Apgar normal 53,1%. En el análisis bivariado, se evidencia que existe asociación significativa entre los factores de riesgo ($p < 0,01$); y el trabajo concluyó que existe asociación entre las variables de estudio con la mortalidad neonatal.¹⁴

En el 2022, se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo, casos y controles que incluyó como población de estudio a 2840

neonatos del Hospital San José del Callao 2022 (Callao – Perú). La investigación se hizo para describir la relación entre los factores asociados y la mortalidad neonatal temprana y los resultados fueron: los factores maternos más prevalentes constituyeron la edad 16 a 34 años 62,3%, grado instrucción primaria 50,3%, controles prenatales adecuados 75,9%, parto distócico 95,2%; los factores de riesgo perinatales fueron puntaje Apgar normal 88,8%, bajo peso al nacer 97,1%, edad gestacional inadecuada 89,9% y sepsis 11,4%. En el análisis bivariado, se evidencia que la inadecuada edad gestacional (OR=1,31) presentó correlación significativa; y el trabajo concluyó que los factores de riesgos se asocian con la mortalidad neonatal.¹⁵

En el 2020, se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico, casos y controles que incluyó como población de estudio a 7807 neonatos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Lima – Perú). La investigación se hizo para determinar los factores asociados a mortalidad neonatal en el Servicio de Neonatología y los resultados fueron: los factores maternos más prevalentes constituyeron el 86,3% control prenatal inadecuado, 67,4% tuvo edad materna >18 años; los factores de riesgo perinatales fueron la edad gestacional <37 semanas con 76,8%, peso al nacer <2500 g con 71,6%, sexo masculino con 63,2%, APGAR <7 puntos con 69,5%, parto por cesárea con 52,6%, malformaciones congénitas con 60%; En el análisis bivariado, se evidencia que el control prenatal, edad materna, edad gestacional, peso al nacer, APGAR <7 puntos y malformación congénita tienen relación estadísticamente significativa (<0,05), y el trabajo concluyó que los neonatos con factores de riesgos se asociaron a la mortalidad neonatal.¹⁶

En el 2019, se desarrolló un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y de diseño no experimental que incluyó como población de estudio a 32 neonatos fallecidos en los hospitales de Santa Bárbara e Intibucá (Santa Bárbara – Honduras). La investigación se hizo para identificar los factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en pacientes atendidos de marzo 2017 a febrero 2018 y los resultados

fueron: la edad media de la madre fue 21 años, el 53% tenían entre 12 a 19 años, el 43,75% de madres no tenían instrucción, el 84,3% era de zona rural, el 56% no accedió a control prenatal, el 100% presentó malformaciones congénitas, además 93,7% presento infecciones, bajo peso al nacer 53%; y el trabajo concluyó que existe asociación ($<0,05$) entre mortalidad neonatal y los factores de riesgo grado de instrucción bajo, nivel económico bajo, área rural, nulo control prenatal, presencia de infecciones y bajo peso.¹⁷

En el 2018, se desarrolló un estudio de tipo cohorte que incluyó como población de estudio a 9366 recién nacidos en el Hospital Civil de Guadalajara (Jalisco – México). La investigación se hizo para cuantificar la mortalidad neonatal y los factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales y los resultados fueron: los neonatos con <37 semanas de gestación fueron 83,3%, el 75% fallecieron durante los primeros 7 días, el 57,3% tenían bajo peso al nacer, el síndrome de dificultad respiratoria fue la causa básica de muerte con 20,9%, el 24,9% por infecciones y el 28,2% por malformaciones genéticas. Al analizar las variables se encontró que los factores asociados ($<0,05$) fueron edad gestacional <37 semanas, bajo peso al nacer, dificultad respiratoria, Apgar < 7 puntos, malformaciones congénitas y el inadecuado control prenatal, y el trabajo concluyó que los factores de riesgo se asociaron con la mortalidad neonatal.¹⁸

En el 2018, se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo que incluyó como población de estudio a 24 neonatos del Hospital Regional JAMO II-2 (Tumbes – Perú). La investigación se hizo para determinar los factores asociados a la mortalidad neonatal del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 y los resultados fueron: el 85.7% tuvieron un peso < 1000 gramos, el 57.1% tenían menos <28 semanas gestación, el 50% por malformaciones congénitas, el 54.2% tuvieron de 0 a 3 puntos APGAR, el 54.2 % fueron de sexo masculino, el 45.8 % de las madres tenían entre 26 a 35 años, el 54.2 % tuvieron estudios secundarios, el 70.8% de

madres tuvo multiparidad, el 62.5 % tenían de 0 a 4 controles, el 50% de madres tuvo partos por cesárea; y el trabajo concluyó que la mayor frecuencia de factores asociados a la mortalidad neonatal fueron el bajo peso, el puntaje APGAR menor y la presencia de patologías.¹⁹

En el 2018, se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo analítico, y de diseño casos y controles, que incluyó como población de estudio a 138 neonatos del Hospital María Auxiliadora (Lima- Perú). La investigación se hizo para determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en el servicio de Neonatología y los resultados fueron: el 66,7% fueron de sexo femenino, el 95,7% fueron madres sin instrucción, el 50,7% asistieron 6 veces a sus controles prenatales, el 68,8% presentan multiparidad, el 55,8% tuvieron peso adecuado, el 63% de 37-41 semanas gestación, el 71% sin infección. Los factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal ($<0,05$) fueron los controles prenatales (OR=4.27), edad gestacional (OR=15,58), peso al nacer (OR=13,88), y sepsis neonatal (OR= 9,76); y el trabajo concluyó que los factores de riesgo de mortalidad neonatal fueron el número de controles prenatales, edad gestacional, peso al nacer y la sepsis neonatal.²⁰

En el 2018, se desarrolló un estudio de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo, que incluyó como población de estudio a 333 expedientes clínicos de neonatos fallecidos en el Hospital de la mujer Zacatecana (Zacatecas – México). La investigación se hizo para identificar los factores de riesgo de mortalidad neonatal durante un periodo de 4 años y los resultados fueron: el 56% fueron masculinos, el 70% fueron de 36.6 semanas gestacionales, el 71.1% tenían un peso de <2500 g, el 66% de las madres tienen edades entre 18 a 34 años, el 40.1% educación secundaria, el 61.3% son casadas, el 31% eran primigestas, el 70.1 % asistieron a sus controles prenatales, el estudio concluyó que hay una relación estadísticamente significativa ($<0,05$) entre la edad gestacional y el peso al nacer con un mayor riesgo de mortalidad.²¹

1.2. Bases teóricas

Teorista del cuidado materno

Ramona Mercer, fue la primera teorista quien estudio las variables materno – infantil, y la teoría se titula “MODELO DE LA ADOPCIÓN MATERNA DE MERCER”, en cual define que es proceso interactivo de desarrollo y transición que se produce a lo largo del tiempo, en el que la madre crea un vínculo con el hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa placer y gratificación con el mismo. Por lo cual, el convertirse en madre, no se identifica como una característica innata de la mujer, sino que esta depende de la confluencia de diferentes aspectos personales, familiares, sociales, económicos e inclusive político para su desarrollo.²²

Factores de riesgo materno

Son características que pueden incrementar la probabilidad de presentar o padecer un daño a la mujer durante el embarazo.²¹

Edad materna

Adolescente (11 – 19 años)

Las madres adolescentes no planifican su embarazo, pueden aparecer múltiples riesgos para el recién nacido como para la madre, tienen más probabilidad de presentar hipertensión arterial.²³ Periodo donde el ser humano adquiere cambios psicológicos y anatomofisiológico, es la etapa transitoria de niñez a la adultez, es así que el embarazo puede repercutir mucho en el desarrollo, debido a la inmadurez biopsicosocial y la falta de comunicación.²⁴

Joven (20 – 30 años)

Periodo en el que aparato femenino está dispuesto a concebir el embarazo, asumir el incremento metabólico y cardiovascular propio de la gestación²⁵

Adultas (Mayor de 35 años)

Mujeres mayores de 35 años pueden llevar una gestación tranquila, estudios mencionan que estas mujeres tienen más probabilidad de:

- Alumbramiento distócico.
- Trabajo prolongado de parto (que dura más de 20 horas)
- Un trabajo de parto que no avanza
- Un bebé con un trastorno genético, como el síndrome de Down.²⁶

Grado de instrucción

El nivel educativo de una persona, últimamente se ha evidenciado que hay una relación con la mortalidad neonatal.²⁷

Menor grado

La mortalidad infantil en menores de un año cuyas madres tienen un nivel bajo de educación llega a ser hasta siete veces mayor en países en desarrollo. Las mujeres con poco o ningún grado de escolaridad tienen más alta la tasa de mortalidad, debido al bajo entendimiento del proceso de embarazo y la atención adecuada que tiene que recibir el neonato, incluyendo los signos de alarma, en comparación con aquellas que llevan un nivel de educación óptimo.¹⁸

Mayor grado

Estudios explican que las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto previniendo complicaciones.¹⁸

Tipo de parto

El parto se define como el proceso fisiológico de una mujer y esto culmina con la expulsión de uno (o más) fetos maduros y la placenta desde el útero al exterior y existen dos tipos.²⁸

- a) Parto vaginal natural (eutócico): es el parto producido de espontáneamente y sin presentarse complicaciones en algunos casos, culminando con la salida del recién nacido a término o en ocasiones prematuros y la placenta.
- b) Parto por cesárea (distócico): se define como la práctica de la incisión abdominal y del útero, permite la salida del neonato.²⁹ OSCCO, dice tiene asociación estadísticamente significativa, que una gestante presente preeclampsia, tiene una probabilidad de 5,312 veces de que el neonato fallezca.¹⁶

Paridad

Se define como la cantidad de veces que una mujer gestante tuvo un parto (incluye recién nacidos vivos y abortos). Las multigestas presentan un mayor riesgo de que sus recién nacidos sufran complicaciones y de modo que se produzcan muertes neonatales.³⁰ Se clasifica en:

- a) Nulípara: es aquella mujer que nunca ha llevado a término un embarazo, nunca parido tenido una gestación, además se les considera a aquellas con abortos espontáneos e inducidos menor a 20 semanas.³¹
- b) Multípara: es aquella gestante que tuvo más de 1 vez partos. Las multigestas presentan un mayor riesgo de que sus recién nacidos sufran complicaciones y de modo que se produzcan muertes neonatales. La multiparidad produce que el útero vaya perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractibilidad, por lo que el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de partes blandas y sangrados postpartos por atonía uterina.³²

Controles prenatales

Conjunto de atenciones realizadas para llegar un embarazo saludable. Estas atenciones o controles regulares facilitan a identificar a las gestantes con alto riesgo obstétrico o perinatal promoviendo conductas saludables durante la gestación.³³ Un estudio encontró que las gestantes que no asisten a los controles prenatales se asocian a un riesgo de mortalidad neonatal²¹

Se clasifican:

Controladas: son aquellas madres que recibieron más de 6 controles prenatales. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo y después para la atención oportuna del neonato.³³

No controladas: son aquellas madres que tienen menor de 5 controles prenatales, no tienen identificados los factores de riesgo que padecen y las consecuencias que les podrían traer en el proceso del embarazo, y también al momento del alumbramiento, poniendo en riesgo la vida del neonato como de ellas.³³

Factores de riesgos perinatal

Son características que elevan la probabilidad a que el feto que comprende desde el segundo trimestre del embarazo (22 semanas, en este periodo, latidos del corazón se empieza sentir, el feto ya ha desarrollado el sentido del tacto y otros órganos más siguen proceso de desarrollo) y neonato padezca o sufra un daño.³⁰

Sexo

El sexo masculino es mayor en mortalidad o defunción infantil constituyendo fundamentalmente el componente de mortalidad neonatal

temprana. Los estudios reportan que existe un riesgo de 1.5 veces superior en el sexo masculino que del femenino.²⁰ Cabe señalar, que los fallecidos dentro de la etapa neonatal son en su mayoría del género masculino similar a lo detallado por la Organización Mundial de la Salud que durante el 2019 estableció 2.4 millones de recién nacidos fallecidos durante el primer mes de vida fueron varones.¹⁹

Edad gestacional

Representa la cantidad de semanas que transcurren desde el primer día de gestación y el parto, hace referencia al desarrollo del feto. Un neonato prematuro presenta problemas respiratorios; debido a que sus pulmones que no están completamente desarrollados y esto puede conllevar a que el recién nacido logra padecer dificultad para aspirar el aire requerido, en algunos casos tienen un trastorno pulmonar menos común llamado displasia broncopulmonar, problemas cardiovasculares, dificultad para controlar la temperatura corporal, esto sucede porque no tienen lo suficientemente la grasa corporal almacenada, y el otro problema es la hiperbilirrubinemia, debido a que el hígado es inmaduro no puede procesar fácilmente la bilirrubina.³⁴ En la actualidad, se registra que la edad gestacional menor a 28 semanas se asocia con mayor frecuencia a mortalidad neonatal antes de las primeras 12 horas de vida.³⁵ La edad gestacional menor de 37 semanas representa un factor importante de mortalidad en neonatos debido a que estos recién nacidos presentan enfermedades como sepsis y malformaciones siendo hospitalizados por un periodo largo de tiempo en comparación con los que tienen una edad gestacional adecuada quienes presentan un desarrollo normal.³⁶ Se clasifica en:

- a) Prematuros extremos: recién nacidos menor de 28 semanas.
- b) Muy prematuros: recién nacidos entre 28 a 32 semanas.
- c) Prematuros moderados/tardíos: entre 32 a 37 semanas.
- d) A término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, el feto ya está apto para el nacimiento.

- e) Postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.³⁴

Peso al nacer

Es la masa o la cantidad de peso de un recién nacido, es uno de los principales factores que se asocian a la mortalidad neonatal y además se relaciona con las altas cifras de morbilidad.³⁷ El bajo peso al nacer del neonato es considerado un principal factor de riesgo asociado a mortalidad debido a que conlleva la presencia de múltiples complicaciones en la salud del niño. Aquellos neonatos que presentan un peso menor de 1,500 gramos presentan un 60% de mortalidad neonatal debido que se asocia con más de 5 millones de decesos en el mundo.³⁸ Se clasifica en:

- a) Extremadamente bajo peso al nacer: < 1000 gramos
- b) muy bajo peso al nacer: 1000 a 1499 gramos.
- c) Bajo peso al nacer: de 1500 a 2499 gramos.
- d) Normal: 2500 a 4000 gramos
- e) Macrosómico: > 4000 gramos.³⁹

Test de APGAR

Constituye un método que permite la evaluación de la vitalidad y la adaptación del neonato por medio de cinco criterios que determinan el grado de madurez y el buen funcionamiento fisiológico.⁴⁰ Este procedimiento se realiza al minuto y dentro de los cinco minutos de vida, se puntúan 5 parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo para respirar, tono muscular, irritabilidad y la coloración de piel.⁴¹ Se menciona que el puntaje de APGAR con menos de entre 4 – 7 puntos al minuto representa un factor de riesgo para mortalidad con OR= 4.⁴² Según la puntuación se clasifican en:

- a) Depresión Severa: 0 – 3 puntos; RCP neonatal avanzada, medicación, monitoreo en UCI:

- b) Depresión moderada: 4 – 6 puntos; requiere a veces maniobras de RCP neonatal y el monitoreo posterior a ello.
- c) Normal: 7 – 10 puntos; recién nacido en buenas condiciones.⁴⁰

Patologías

Conjunto de enfermedades que van a alterar el funcionamiento normal del neonato como asfixia neonatal, malformaciones congénitas, infecciones, entre otros.³⁵ Las patologías son las principales causas de muerte neonatal que incluyen trastornos como infección, anoxia, deformaciones hereditarias. Las infecciones, el bajo peso al nacer, las dificultades durante el embarazo y el parto precoz se relacionan con un mayor riesgo de muertes debido a que los neonatos presentan inmadurez de órganos y sistemas, por lo que no están preparados para afrontar la vida extrauterina. Cabe destacar, que la inmadurez pulmonar es un desafío a la que se encuentra el recién nacido por su predisposición al síndrome de dificultad respiratoria.⁴³

Mortalidad neonatal

Es la defunción del neonato que se produce entre la etapa del nacimiento y los 28 primeros días de vida.⁹ Es un indicador de salud pública básico para valorar la atención con calidad de la etapa prenatal y postnatal en un determinado establecimiento hospitalario o en un área geográfica.⁴³

Clasificación de mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal se clasifica en:

- a) Mortalidad neonatal precoz (MNP): Se considera a la muerte que se produce desde el nacimiento hasta los 6 primeros días de vida relacionado con asfixia, malformaciones e infecciones.
- b) Mortalidad neonatal tardía (MNT): Se considera a la muerte que se produce entre los 7 y 27 días de vida relacionado a la atención infantil y las condiciones ambientales o sociales.⁴⁴

Causas principales de mortalidad neonatal

Las principales causas de mortalidad neonatal que se relacionan a este problema de salud pública son las malformaciones congénitas, las infecciones, la asfixia y/o evento hipóxico severo y la prematuridad.⁴⁵

Prematuridad

Constituye el nacimiento del neonato menor de 37 semanas o antes de 259 días de haberse empezado la gestación, tomando del último periodo menstrual el primer día.⁴⁶

Asfixia neonatal

Es la agresión que se produce al feto o al neonato al momento del parto, debido a un aporte de oxígeno inadecuado y/o perfusión inadecuada de los tejidos. Después del evento se observa las agresiones, provocando hipercapnia y acidosis.⁴⁷

Malformaciones congénitas

Representan los trastornos o defectos que se producen debido a anomalías funcionales o estructurales en la vida intrauterina, detectables en la gestación, parto o después del parto. Cada año 303.000 neonatos fallecen antes de las 4 semanas de vida por estas anomalías.⁴⁸

Sepsis neonatal

Definida como la infección sistémica causada por microorganismos de tipo bacteriano, viral, parasitaria o fúngica, que se asocia a la disfunción multiorgánica que supone un serio peligro para la vida de los neonatos.⁴⁹

1.3. Definición de términos básicos

Factores de riesgo. Son situaciones, conductas o estilos de vida que exponen a una mayor probabilidad de padecer, desarrollar una enfermedad o morir.³⁰

Mortalidad Neonatal. Defunción producida entre el nacimiento y los 28 días de vida.⁸

Neonato. Es un recién nacido que tiene de 0 a 28 días de vida.⁹

Factores de riesgo materno. Son características que pueden incrementar la probabilidad de presentar o padecer un daño a la mujer durante el embarazo.²¹

Factores de riesgo perinatal. Son características que elevan la probabilidad a que un feto que comprende desde el segundo trimestre del embarazo (22 semanas, en este periodo, latidos del corazón se empieza sentir, el feto ya ha desarrollado el sentido del tacto y otros órganos más siguen proceso de desarrollo) y neonato padezca o sufra un daño.³⁰

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de hipótesis

Existe asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

2.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de verificación
Factores de riesgo materno	Son características que pueden incrementar la probabilidad de presentar o padecer un daño a la mujer durante el embarazo. ²¹	Independiente	Edad	Intervalo	Menor edad(Adolescente) Mayor edad(Joven, adulto)	Adolescente(11–19años) (1) Joven(20–29años) (2) Adulto(>35años) (3)	Ficha de registro de factores de riesgo
			Grado de instrucción	Ordinal	Menor grado (Sin estudios, estudios primarios y secundarios) Mayor grado (Estudios superiores)	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)	
			Tipo de parto	Nominal	Distócico Eutócico	Cesárea (1) Vaginal (2)	
			Paridad	De razón	Primigesta Multigesta	Primera gestación (1) Varias gestaciones (2)	
			Controles prenatales	Nominal	Controlado No controlado	>6 controles (1) 0-5 controles (2)	
Factores de riesgo perinatal	Son características que eleva la probabilidad de que un feto que comprende desde la semana 22 y al neonato	Independiente	Sexo	Nominal	Masculino Femenino	Masculino (1) Femenino (2)	
			Edad gestacional	Intervalo	Inadecuado (Prematuros extremos, Muy prematuros, Prematuros moderados/tardíos, Post término) Adecuado (A término)	Prematuros extremos (28 semanas) (1) Muy prematuros(28 a 31 semanas) (2) Prematuros moderados/Tardíos (32 a 36 semanas) (3)	

	padezcan o sufran un daño. ³⁰					A término (37 a 41 semanas) (4) Post término (>42 semanas) (5)	
			Peso al nacer	De razón	Inadecuado (Extremadamente bajo, Muy bajo peso, Bajo peso, macrosómico) Adecuado (Normal)	Extremadamente bajo (<1000 gr.) (1) Muy bajo peso (1000–1499 gr.) (2) Bajo peso(1500-2499 gramos) (3) Normal (2500–3999 gr.) (4) Macrosómico (>4000 gr.) (5)	
			Puntaje APGAR	Intervalo	Depresión (severa, moderada) Normal	Severa (0-3 puntos) (1) Moderado (4-6 puntos) (2) Normal (7-10 puntos) (3)	
			Patologías	Nominal	Con patologías Sin patologías	Con presencia de enfermedades (1) Sin presencia de enfermedades (2)	
Mortalidad neonatal	Es la muerte del neonato que se produce entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. ⁸	Dependiente	Caso o control	Nominal	Caso Control	Fallecido (1) No fallecido (2)	Historia Clínica del Neonato

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño

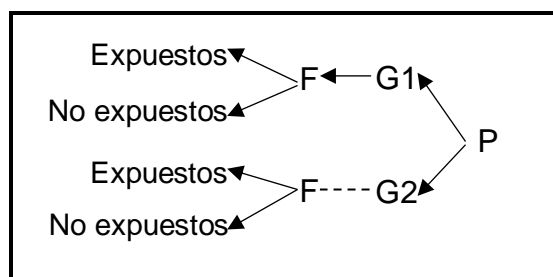
Tipo de estudio

El tipo de estudio fue epidemiológico, observacional y retrospectivo. Epidemiológico, porque se investigó los factores de riesgo relacionados al comportamiento de un evento de salud (mortalidad neonatal). Observacional, porque se describió la información obtenida de las variables tal y cómo se presentan. Retrospectivo, porque se obtuvo datos ya acontecidos de las historias clínicas de los recién nacidos.⁵⁰

Diseño de estudio

El diseño de estudio empleado fue casos y controles, porque las observaciones fueron en un grupo de expuestos (casos de muertes neonatales) y un grupo de no expuestos (controles de recién nacidos vivos), a quienes se comparó según los factores de riesgo materno y perinatal con la finalidad de conocer si existe o no asociación con la mortalidad neonatal.⁵¹

El diagrama de diseño es:



Especificaciones:

P: población.

G1: grupo casos.

G2: grupo control.

F: factor de riesgo.

3.2. Diseño muestral

Población

La población estuvo conformada por los neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2022, que hacen un total 180 neonatos.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra del presente estudios estuvo conformado por el 100% de la población de estudio, quienes fueron agrupados en un grupo de 60 neonatos fallecidos que conformaron el grupo de expuestos (casos) y otro grupo de 120 neonatos vivos que conformaron el grupo de no expuestos (controles) en el Hospital Regional de Loreto en el 2022.

Muestreo o selección de la muestra

El tipo de muestreo que se empleó fue el no probabilístico por conveniencia, es decir participaron todos los sujetos de estudio, para lo cual se utilizó las historias clínicas de los neonatos atendidos en el Hospital Regional de Loreto que hicieron un total de 180 durante el 2022.

Criterios de selección

La población de estudio, fue delimitado mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Neonatos nacidos en el Hospital Regional de Loreto durante el 2022.
- Neonatos que tengan historias clínicas legibles.

Criterios de exclusión

- Neonatos nacidos en otro hospital de Iquitos durante el 2022.
- Neonatos que no tengan historias clínicas legibles.

3.3. Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Hospital Regional de Loreto (HRL), a través de la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para la recolección de los datos.
- Luego de la autorización para la recolección de datos se procedió a recabar información de la oficina de estadística e informática.
- Para esto se elaboró un cronograma para la aplicación de los instrumentos en un periodo de 31 días calendarios para la recogida de la información necesarias en el presente estudio.
- El estudio estuvo a cargo y bajo la responsabilidad del investigador que se presentó al HRL de lunes a viernes de 8 am a 12 pm, vistiendo el uniforme clínico y el respectivo equipo de protección personal.
- Se contó con los materiales suficientes para llevar a cabo la recolección de los datos tomando en cuenta los horarios del personal que brindaron las historias clínicas, de modo que se evitaron interrupciones o imprevistos.
- Se procedió a revisar y seleccionar las historias clínicas de los neonatos que conformaron la muestra de estudio divididos en el grupo de casos y el grupo de control; los casos lo conformaron 60 neonatos fallecidos y los controles 120 neonatos vivos.
- Se recolectó los datos haciendo uso del instrumento elaborado por el Tesista, ficha de registro de datos que tuvo una duración 20 minutos.
- Finalmente se procedió a realizar el procesamiento de la información recolectada.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó la siguiente técnica:

- Revisión documental: es una técnica que consiste en la exploración y recolección de la información a partir de documentos escritos sobre un tema en particular.⁵² El presente estudio se realizó a partir de historias clínicas de los recién nacidos.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó el siguiente instrumento:

- Ficha de registro de factores de riesgo materno perinatal: que es un instrumento que permitió la recopilación de los datos a partir de fuentes secundarias como las historias clínicas.⁵³ En el presente estudio la ficha de recolección estuvo elaborado por el propio investigador para recoger la información sobre los factores de riesgo materno y perinatal constituido 5 ítems . El mismo que constó de los siguientes rubros: Título, Código, I. Instrucción; II. Datos Generales; III. Datos Específicos; Observaciones y Firma del investigador.

Validez y confiabilidad del instrumento

La ficha de registro de factores de riesgo materno perinatal es una matriz de registro que tiene como objetivo en la presente investigación de recolectar datos reales en un tiempo determinado a partir de las fuentes secundarias (historias clínicas) y por lo tanto no se realizó medición alguna, por lo que el instrumento no necesitó ser sometido a prueba de validez y confiabilidad pero se constató que la información sea fehaciente a los criterios establecidos para la recogida de los datos.⁵³

3.4. Procesamiento y análisis de datos

En el procesamiento de los datos para el presente estudio se utilizó el programa estadístico de SPSS versión 27.0 para Windows 11 en español

junto al programa de Microsoft Office Excel 2022 para la tabulación de los datos previa codificación de los instrumentos de recolección.

Análisis descriptivo

En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva para recoger, ordenar, almacenar, calcular y resumir la información sobre el conjunto de datos a obtener de forma que serán más sencillas y presentables utilizando en tablas unidimensionales.⁵⁴

Análisis inferencial

En el análisis de los datos se empleó la estadística inferencial mediante la medida de asociación de ODDS RATIO (OR) que midió y expresó si la probabilidad de ocurrencia de la mortalidad neonatal en distintos grupos. Cuando los valores fueron mayores a +1.0 indican que existe una asociación (factor de riesgo materno perinatal); si los valores fueron iguales a 1.0 señalan que no hay asociación (factor indiferente); si los valores fueron menores a -1.0 indica que no hay asociación (factor protector).⁵⁵ Se empleó con un nivel de confianza de 95% (0.95) y nivel de significancia de 5% (0.05). Todos los datos fueron presentados en tablas bidimensionales.

3.5. Aspectos éticos

La información del presente estudio se obtuvo a través de historias clínicas, por lo tanto, no se realizó ningún tipo de intervención que ponga en riesgo la salud de los participantes. La investigación fue evaluada por el comité de ética de HRL, obteniéndose la autorización para acceso a la información que fueron de carácter anónimo y confidencial con previa codificación de los instrumentos de recolección de datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1: Factores de riesgo materno en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Factores de riesgo materno	n	%
<i>Edad de la madre</i>		
Menor edad	33	18,3
Mayor edad	147	81,7
Total	180	100,0
<i>Grado de instrucción</i>		
Menor grado	166	92,2
Mayor grado	14	7,8
Total	180	100,0
<i>Tipo de parto</i>		
Distócico	89	49,4
Eutócico	91	50,6
Total	180	100,0
<i>Paridad</i>		
Multigesta	119	66,1
Primigesta	61	33,9
Total	180	100,0
<i>Control prenatal</i>		
No controlado	105	58,3
Controlado	75	41,7
Total	180	100,0

Fuente: Propia

La tabla 1, muestra que del 100% (180), de madres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, el 81,7% (147), fueron madres de mayor edad, 92,2% (166), fueron madres con menor grado de instrucción, 50,6% (91), fueron madres con parto eutócico, 66,1% (119), fueron madres multigestas, el 58,3% (105), fueron madres con control prenatal no controlado.

Tabla 2: Factores de riesgo perinatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Factores de riesgo perinatal	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	97	53,9
Femenino	83	46,1
Total	180	100,0
<i>Edad Gestacional</i>		
Inadecuado	100	55,6
Adecuado	80	44,4
Total	180	100,0
<i>Peso al nacer</i>		
Inadecuado	97	53,9
Adecuado	83	46,1
Total	180	100,0
<i>APGAR</i>		
Depresión	67	37,2
Normal	113	62,8
Total	180	100,0
<i>Patologías</i>		
Con patologías	161	89,4
Sin patologías	19	10,6
Total	180	100,0

Fuente: Propia

La tabla 2, muestra que del 100% (180), de los neonatos de madres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, el 53,9% (97), fueron neonatos de sexo masculino, 55,6% (100), tuvieron edad gestacional inadecuado, 53,9% (97), tuvieron peso al nacer inadecuado, 62,8% (113), tuvieron puntuación APGAR normal, y el 89,4% (161), presentaron patologías.

Tabla 3: Distribución de casos y controles de neonatos en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Mortalidad neonatal	n	%
Caso (fallecido)	60	33,3
Control (no fallecido)	120	66,7
Total	180	100,0

Fuente: Propia

La tabla 3, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 66,7% (120), conformaron el grupo control y el 33,3% (60), conformaron el grupo caso.

Tabla 4: Edad materna y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Edad	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Menor edad	9	15,0	24	20,0	33	18,3
Mayor edad	51	85,0	96	80,0	147	81,7
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,414	OR=0,706	IC: (0,305 – 1,632)			

Fuente: Propia

La tabla 4, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 15,0% (9), fueron de grupo caso cuyas madres son de menor edad y el 20,0% (24), pertenecen al grupo control y también fueron de madres menor edad

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 0,706, indica no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está asociado con la edad materna.

Tabla 5: Grado de instrucción y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Grado de instrucción	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Menor grado	56	93,3	110	91,7	166	92,2
Mayor grado	4	6,7	10	8,3	14	7,8
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,694	OR=1,273	IC: (0,382 – 4,240)			

Fuente: Propia

La tabla 5, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 93,3% (56), pertenece al grupo caso y fueron madres de menor grado de instrucción y el 91,7% (110), fueron de grupo control, cuyas madres también son de menor grado de instrucción.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 1,273, indica no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está asociado con el grado de instrucción.

Tabla 6: Tipo de parto y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Tipo de parto	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Distócico	30	50,0	59	49,2	89	49,4
Eutócico	30	50,0	61	50,8	91	50,6
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,916	OR=1,034	IC: (0,556 – 1,922)			

Fuente: Propia

La tabla 6, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 50,0% (30), fueron de grupo caso, cuyas madres tuvieron parto distócico y el 49,2% (59), pertenecen al grupo control, que también fueron madres con parto distócico.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 1,034, indica no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está asociado con el tipo de parto.

Tabla 7: Paridad y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Paridad	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Multigesta	40	66,7	79	65,8	119	66,1
Primigesta	20	33,3	41	34,2	61	33,9
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,911	OR=1,038	IC: (0,539 – 2,000)			

Fuente: Propia

La tabla 7, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 66,7% (40), fueron de grupo caso, cuyas madres son multigesta y el 65,8% (79), pertenecieron al grupo control, que también fueron madres multigesta.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 1,038, indica no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está asociado con la paridad.

Tabla 8: Control prenatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Control prenatal	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
No controlado	40	66,7	65	54,2	105	58,3
Controlado	20	33,3	55	45,8	75	41,7
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,109	OR=1,692	IC: (0,887 – 3,228)			

Fuente: Propia

La tabla 8, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 66,7% (40), fueron de grupo caso, cuyas madres con control prenatal, son no controlado y el 54,2% (65), pertenecieron al grupo control, que también fueron madres con control prenatal, no controlado.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 1,692, indica no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está asociado con el control prenatal.

Tabla 9: Sexo neonatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Sexo	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Masculino	29	48,3	68	56,7	97	53,9
Femenino	31	51,7	52	43,3	83	46,1
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,290	OR=0,715	IC: (0,384 – 1,332)			

Fuente: Propia

La tabla 9, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 48,3% (29), pertenecieron al grupo caso, cuyos neonatos fueron de sexo masculinos y el 56,7% (68), fueron de grupo control, que también son de sexo masculino.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 0,715 no significativo, es decir la mortalidad en los neonatos no está relacionado con el sexo.

Tabla 10: Edad gestacional y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Edad gestacional	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Inadecuada	48	80,0	52	43,3	98	55,6
Adecuada	12	20,0	68	56,7	82	44,4
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0

p=0,000 OR=5,231 IC: (2,525 – 10,837)

Fuente: Propia

La tabla 10, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 80,0% (48), pertenecieron al grupo caso, cuyos neonatos tuvieron edad gestacional inadecuado y el 43,3% (52), fueron de grupo control, que también tuvieron edad gestacional inadecuado.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 5,231 significativo, es decir la mortalidad en los neonatos tiene 5,231 veces las chances de que el neonato haya nacido con edad gestacional inadecuada, en comparación con los neonatos que no fallecieron, por lo tanto, la edad gestacional inadecuada es un factor de riesgo.

Tabla 11: Peso al nacer y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Peso al nacer	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Inadecuado	46	76,7	51	42,5	97	53,9
Adecuado	14	23,3	69	57,5	83	46,1
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,000	OR=4,445	IC: (2,209 – 8,945)			

Fuente: Propia

La tabla 11, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 76,7% (46), pertenecieron al grupo caso, cuyos neonatos tuvieron inadecuado peso al nacer y el 42,5% (51), fueron de grupo control, que también son neonatos con inadecuado peso al nacer.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 4,445 significativo, es decir la mortalidad en los neonatos tiene 4,445 veces las chances de que el neonato haya nacido con peso inadecuado, en comparación con los neonatos que no fallecieron, por lo tanto, el peso inadecuado al nacer es un factor de riesgo de mortalidad en los neonatos.

Tabla 12: APGAR y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

APGAR	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Depresión	32	53,3	35	29,2	67	37,2
Normal	28	46,7	85	70,8	113	62,8
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0
	p=0,002	OR=2,776	IC: (1,461 – 5,274)			

Fuente: Propia

La tabla 12, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 53,3% (32), fueron de grupo caso, cuyos neonatos presentaron depresión y el 29,2% (35), pertenecieron al grupo control que también son neonatos con depresión.

Al establecer la asociación se determinó un valor de OR= 2,776 significativo, es decir la mortalidad en los neonatos tiene 2,776 veces las chances de que el neonato haya nacido con depresión, en comparación con los neonatos que no fallecieron, por lo tanto, la depresión es un factor de riesgo.

Tabla 13: Patologías y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.

Patologías	Mortalidad neonatal				Total	
	Casos		Control		n	%
	n	%	n	%		
Con patología	58	96,7	103	85,8	161	89,4
Sin patología	2	3,3	17	14,2	19	10,6
Total	60	100,0	120	100,0	180	100,0

$p=0,026$ $OR=4,786$ $IC: (1,068 - 21,453)$

Fuente: Propia

La tabla 13, muestra que del 100% (180), sujetos que participaron en el estudio, el 96,7% (58), pertenecieron al grupo caso cuyos neonatos fueron con patología y el 85,8% (103), fueron de grupo control que también son neonatos con patología.

Al establecer la asociación se determinó un valor de $OR= 4,786$ significativo, es decir la mortalidad en los neonatos tiene 4,786 veces las chances de que el neonato haya nacido con patología, en comparación con los neonatos que no fallecieron, por lo tanto, la presencia de patología es un factor de riesgo.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

A partir del análisis de datos del presente estudio se determinó que los factores de riesgo maternos más frecuentes fueron: el 81,7% (147), fueron madres de mayor edad, 92,2% (166), fueron madres con menor grado de instrucción, 50,6% (91), fueron madres con parto eutócico, 66,1% (119), fueron madres multigestas, el 58,3% (105), fueron madres con control prenatal no controlado. Los factores de riesgos perinatales fueron: el 53,9% (97), fueron neonatos de sexo masculino, 55,6% (100), tuvieron edad gestacional inadecuado, 53,9% (97), tuvieron peso al nacer inadecuado, 62,8% (113), tuvieron puntuación APGAR normal, y el 89,4% (161), presentaron patologías.

Con respecto al factor de riesgo edad materna, se encontró un valor de OR= 0,706 no significativo, es decir que la mortalidad en neonatos no está relacionado con la edad materna; encontrándose diferencias con el estudio de Iannucilli (Lima, 2018), donde se encontró un OR=1,29 lo que indicó que existe asociación significativa.²⁰ Además, en el estudio de Bañuelos y Parga (México, 2018), la edad materna obtuvo un OR=3,899, es decir que el factor de riesgo está relacionado con la mortalidad neonatal.²¹ La edad mayor como factor de riesgo no se asocia con la mortalidad, esto quiere decir que la edad menor de 35 años representa un factor de riesgo predisponente a las muertes en neonatos.

Con respecto al factor de riesgo grado de instrucción, se encontró un valor de OR=1,273 no significativo, es decir que la mortalidad no está relacionada con el grado de instrucción de las madres; encontrándose una diferencia con el estudio de Bañuelos & Pargas (Mexico, 2018), donde se encontró un OR=1,784 donde existe asociación significativa,²¹ sin embargo, se encontró similitud con el estudio de Iannucilli (Lima, 2018), donde se obtuvo un OR=0.49 es decir que el grado de instrucción no está relacionada a la mortalidad neonatal.²⁰ Esto quiere decir que el nivel educativo de las madres no incluye en la mortalidad neonatal.

Con el respecto al factor de riesgo tipo de parto se encontró un valor de OR= 1,034 no significativo, es decir que la mortalidad neonatal no está relacionado con el tipo de parto; encontrándose una diferencia con el estudio de Rimasca (Cusco 2020), donde se encontró un OR = 2.661 significativo.⁵⁶ Esto quiere decir que el tipo de parto no representa un factor de riesgo que predispone a que se produzcan muertes en neonatos a través de complicaciones que se puedan presentar en los partos distócicos y eutócicos.

Con el respecto al factor de riesgo paridad se encontró un valor de OR=1,038, no significativo, es decir que la mortalidad en neonatos no está relacionado con la paridad; encontrándose una diferencia con el estudio de Pulache, C (Huánuco, 2021), donde se encontró un OR=4,416 lo que indico que existe asociación estadísticamente significativa.⁵⁷ Con respecto a los resultados la paridad no representa un factor de riesgo a mortalidad neonatal.

Con respecto al factor de riesgo control prenatal, se encontró un valor de OR= 1,692, no significativo, es decir que la mortalidad en neonatos no está relacionado con el control prenatal; encontrándose una diferencia con el estudio de Zúniga y Valeska (Nicaragua, 2022), donde se obtuvo un OR=8,61 significativo.⁵⁸ Además, se encontró otra diferencia con el estudio de Oscco (Lima - Perú, 2020), donde el control prenatal obtuvo un OR=3,792.¹⁶ Esto quiere decir que las gestantes que no reciben un control prenatal adecuado son propensas a sufrir complicaciones que conduzcan a muertes neonatales, aunque en mi tesis indica no significativo.

Con respecto al factor de riesgo sexo, se encontró un valor de OR=0,715 no significativo, es decir que en la mortalidad en neonatos no está relacionado con el sexo; encontrándose una similitud con el estudio de Amaya (Colombia, 2018), donde se obtuvo un OR=1,085 lo que indica que no existe asociación.⁵⁹ Esto quiere decir que el sexo no constituyen un componente fundamental de mortalidad neonatal.

Con respecto al factor de riesgo edad gestacional, se encontró un valor de OR=5,231 significativo, es decir la mortalidad en neonatos si está relacionado

con la edad gestacional inadecuado; encontrándose una similitud con el estudio de Reyes y Pérez (México, 2018), donde se encontró un $OR=2,41$.⁶⁰ La edad gestacional inadecuada representa un componente de mortalidad neonatal debido a que los neonatos que nacen antes de las 37 semanas presentan predisposición a desarrollar problemas de salud por la inmadurez en sus desarrollo normal.

Con respecto al factor de riesgo peso al nacer, se encontró un valor de $OR=4,445$ significativo, es decir que en la mortalidad en neonatos está relacionado con el peso al nacer; encontrándose una similitud con el estudio de Oscco (Lima, 2020), donde se encontró un $OR=3,224$.¹⁶ Esto quiere decir que el bajo peso al nacer constituye una características de riesgo a la mortalidad debido a que el organismo necesita cubrir las necesidades, por lo que un neonato que no tenga buen peso es más propenso a desarrollar enfermedades por el sistema inmune debilitado por el déficit nutricional.

Con respecto al factor de riesgo APGAR, se encontró un valor de $OR=2,776$ significativo, es decir que la mortalidad en neonatos está relacionado con el APGAR; encontrándose una similitud con el estudio de Rimasca (Cusco – Perú, 2020) donde el valor de $OR=5,447$ indica que existe asociación significativa.⁵⁶ Además se encontró otra similitud en el estudio de Amaya (Colombia, 2018), donde el valor de $OR=4,35$.⁵⁹ Esto quiere decir que el APGAR a los 5 minutos menor de 6 puntos es un factor significativo para la mortalidad neonatal temprana porque se evalúa los criterio de vitalidad y adaptación del neonato, siendo estos de menor estado fisiológico.

Con respecto al factor de riesgo patologías, se encontró un valor de $OR=4,786$ significativo, es decir que la mortalidad en neonatos está relacionado con las patologías; encontrándose una similitud con el estudio de Bobadilla (Lima – Perú, 2021), donde se obtuvo un $OR=4,01$ que indica que si existe asociación significativa.⁶¹ También se encontró otra similitud con el estudio de Medrano (Huacho – Perú, 2022), donde se obtuvo un $OR = 18.811$.⁶² La presencia de enfermedades constituye un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de complicaciones que predisponen muertes neonatales.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Los factores de riesgos maternos más frecuentes en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos 2022, fueron: el 81,7% (147), fueron madres de mayor edad, 92,2% (166), fueron madres con menor grado de instrucción, 50,6% (91), fueron madres con parto eutócico, 66,1% (119), fueron madres multigestas, el 58,3% (105), fueron madres con control prenatal no controlado.

Los factores de riesgos perinatales más frecuentes en los neonatos de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos 2022, fueron: el 53,9% (97), fueron neonatos de sexo masculino, 55,6% (100), tuvieron edad gestacional inadecuado, 53,9% (97), tuvieron peso al nacer inadecuado, 62,8% (113), tuvieron puntuación APGAR normal, y el 89,4% (161), presentaron patologías

Al aplicarse el Odds Ratio (OR), se encontró que los factores de riesgo perinatal relacionaron estadísticamente significativa con la mortalidad neonatal fueron: la edad gestacional (OR= 5,231), peso al nacer (OR=4,445), puntaje APGAR (OR=2,776) y la presencia de patologías (OR=4,786); sin embargo, los factores de riesgo materno; grado de instrucción materna (OR=1,273), tipo de parto (OR=1,034), paridad (OR=1,038), control prenatal (OR=1,692), la edad materna (OR= 0,706) y el sexo del neonato (OR=0,715) no presentaron relación significativa.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

A todo el personal de salud del Hospital Regional de Loreto continuar brindando una atención de calidad de modo que se aborde todos los problemas antes, durante y después del parto para salvaguardar la salud del niño y de la madre. Además, al personal responsable del área de Estadística e Informática que recopilen la información con claridad de las historias clínicas que contenga fecha, día exacto y diagnósticos que corresponda, tal y como lo describe el profesional de salud.

A la Facultad de Enfermería, incentivar al estudio de factores de riesgo materno y perinatal, porque en la actualidad son escasas las investigaciones enfocadas en esta problemática, teniendo en cuenta que nuestra región, sigue siendo uno de los departamentos con mayor incidencia de mortalidad neonatal, para así elaborar un perfil epidemiológico regional, de modo que la cobertura sea más verídica y con mayor abordaje.

A las madres gestantes acudir al centro de salud para sus controles prenatales y conozcan los signos de alarma durante y después del embarazo de modo que se permita el correcto desarrollo del neonato. Optar siempre por el parto institucional de modo que todas las gestantes puedan recibir la atención de los profesionales capacitados en el área, para así reducir las muertes neonatales y su repercusión física, psicológica y social de la población en general.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Weddih A, Ahmed MLCB, Sidatt M, Abdelghader N, Abdelghader F, Ahmed A, et al. Prevalence and factors associated with neonatal mortality among neonates hospitalized at the National Hospital Nouakchott, Mauritania. *Pan Afr Med J.* 2019;34:152.
2. Dare S, Oduro AR, Owusu-Agyei S, Mackay DF, Gruer L, Manyeh AK, et al. Neonatal mortality rates, characteristics, and risk factors for neonatal deaths in Ghana: analyses of data from two health and demographic surveillance systems. *Glob Health Action.* 1 de enero de 2021;14(1):1938871.
3. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. 2022 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
4. Andegiorgish AK, Andemariam M, Temesghen S, Ogbai L, Ogbe Z, Zeng L. Neonatal mortality and associated factors in the specialized neonatal care unit Asmara, Eritrea. *BMC Public Health.* 6 de enero de 2020;20(1):10.
5. Organización Panamericana de la Salud. La OPS lanza campaña sobre la importancia del cuidado de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/noticias/31-1-2022-ops-lanza-campana-sobre-importancia-cuidado-recien-nacidos-durante-primeros-28>
6. Fundación de Waal. Fundación de Waal. 2019 [citado 24 de mayo de 2022]. Situación de las muertes neonatales en América Latina. Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2019/09/05/la-situacion-de-las-muertes-neonatales-e-infantiles-en-america-latina/>

7. Intervenciones costo efectivas y asociaciones estratégicas contribuirían a salvar la vida de millones de recién nacidos en el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-10-2020-intervenciones-costo-efectivas-asociaciones-estrategicas-contribuirian-salvar>
8. France 24. France 24. 2022 [citado 24 de mayo de 2022]. Cada día mueren 255 bebés de menos de un mes en América Latina y Caribe, dice OPS. Disponible en: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20220202-cada-d%C3%ADa-mueren-255-beb%C3%A9s-de-menos-de-un-mes-en-am%C3%A9rica-latina-y-caribe-dice-ops>
9. cardenas M, Franco G, Riega L. La mortalidad neonatal: un reto para el país y la universidad [Internet]. 2023 [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-55832019000300001
10. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Cifras y causas de muertes de recién nacidos son analizadas por especialistas de Estado y sociedad civil [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/mesa-nacional/cifras-y-causas-de-muertes-de-recien-nacidos-son-analizadas-por-especialistas-de-estado-y-sociedad-civil>
11. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Muerte fetal y neonatal acumulado, Perú 2012 al 2021 y 2022 [Internet]. Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE08/mneonatal.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Comportamiento de la Mortalidad Infantil por Departamento [Internet]. Lima; 2019. 36 p. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf

13. World Health Organization, El Najjar A, Abu Hamad K. Hospital-based case-control study of risk factors for early neonatal mortality in the Gaza Strip. *East Mediterr Health J.* 30 de mayo de 2023;29(5):317-23.
14. Nieuwoudt L, Mackay CA, Mda S. Causes of and Modifiable Factors Contributing to Neonatal Deaths at Dora Nginza Hospital in the Eastern Cape, South Africa. *Glob Pediatr Health.* 2 de diciembre de 2022;9:2333794X221139413.
15. Rojas SJ, Zuñiga MA. Relación entre los factores de riesgo y la mortalidad neonatal temprana en el Servicio de Neonatología del Hospital San José del Callao, enero 2020 a diciembre del 2021. *Univ Cont [Internet].* 2022 [citado 22 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12475>
16. Ossco M. Factores asociados a mortalidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, años 2018-2019 [Internet] [Licenciatura]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2974>
17. Zerón LFS, Murcia GHM, Maldonado RAM, Calderón DEV, Morales JDM. Factores Asociados a Mortalidad Neonatal En Los Hospitales De Santa Bárbara E Intibucá. *Rev Científica Esc Univ Las Cienc Salud.* 2019;6(1):6-12.
18. Lona JC, Pérez RO, Llamas L, Gómez LM, Benítez EA, Rodríguez V. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. *Arch Argent Pediatría.* febrero de 2018;116(1):42-8.
19. Huertas M, Franco R. Para optar el título de Médico Cirujano. 2018;106.
20. Llerena CI, Arbieta R, Puicón C. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora año 2016.

21. Bañuelos JEC, Parga M del RC. Factores de riesgo de mortalidad neonatal en el hospital de la mujer zacatecana. IBN SINA. 2018;9(2):1-15.
22. Cambroneró JRM. Aplicación de la teoría “Convertirse en madre” de Ramona Mercer en la práctica de Enfermería Obstétrica: Una revisión integrativa”.
23. Embarazo de adolescentes [Internet]. National Library of Medicine; [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/teenagepregnancy.html>
24. Espinosa M, Arévalo L, Sánchez O. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 5 de agosto de 2016 [citado 7 de noviembre de 2023];32(2). Disponible en:
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225>
25. EGOM C. ¿Cuál es la edad óptima para quedar embarazada? [Internet]. EGOM - Ginecología y Obstetricia. 2015 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://egom.es/blog/cual-es-la-edad-optima-para-quedar-embarazada/>
26. El embarazo después de los 35 años de edad | Nacersano [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en:
<https://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/el-embarazo-despues-de-los-35-anos-de-edad.aspx>
27. Vulcanovic L. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 11 de agosto de 2023]. OPS/OMS | Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-ch&Itemid=0&showall=1&lang=es#gsc.tab=0
28. Canalsalud. definición de parto: características y tipos [internet]. Canalsalud. 2019 [citado 10 de junio de 2022]. disponible en:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>

29. Ferrero S. Tipos de parto [Internet]. 2020. Disponible en: https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/tipos_de_parto_vf.pdf
30. Ayala M. Factores de riesgo materno y perinatal más frecuentes asociados a la roctura prematura de membranas ovulares en embarazos pretérminos atendidos en el Hospital Nacional Hlpólito UNANUE en el Año 2016. 2018;60.
31. ¿Eres una mujer nulípara? | Amplía la definición de nuligesta [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://elembarazo.net/dudas/eres-una-mujer-nulipara>
32. Mgaya AH, Massawe SN, Kidanto HL, Mgaya HN. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy? BMC Pregnancy Childbirth. 23 de diciembre de 2013;13(1):241.
33. Aguilar S, Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6.
34. Abcarius MJ, Bravo BAZ, Morocho-Cayamcela ME, Tulcanaza-Prieto AB. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y peso al nacer de pacientes neonatos, caso de estudio: Hospital pediátrico baca Ortiz. Enferm Investiga. 3 de enero de 2022;7(1):17-23.
35. Organizacion Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2022 [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
36. Molina C, Godofredo H. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de Neonatología del Hospital EsSalud III Salcedo - Puno de enero - diciembre 2017. Univ Nac Altiplano [Internet]. 24 de septiembre de 2020 [citado 29 de julio de 2023]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3276565>

37. Cantero CJ, Colmán DB, Oviedo SR, Cordone AM. Características clínicas de la mortalidad neonatal en un hospital de tercer nivel del Paraguay: un estudio observacional retrospectivo. *Med Clínica Soc.* 2023;7(2):107-12.
38. Castro ÓE, Salas Í, Acosta FA, Delgado M, Calvache JA. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. *Pediatría.* 1 de octubre de 2016;49(1):23-30.
39. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
40. Sánchez FJ. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. *J Negat NO Posit RESULTS.* 1 de marzo de 2019;(3):387-97.
41. EnFamilia. Test de Apgar [Internet]. 2019 [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/test-apgar>
42. Manríquez P G, Escudero O C. Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile, 2010-2014. *Rev Chil Pediatría.* 2017;88(4):458-64.
43. Pérez R, Rosas AL, Islas FG, Baltazar RN, Mata MP, Pérez R, et al. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta Pediátrica México.* febrero de 2018;39(1):23-32.
44. Dávila C, Hinojosa R, Mendoza E, Gómez W, Espinoza Y, Torres M. et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. *An Fac Med [Internet].* 30 de septiembre de 2020 [citado 7 de junio de 2022];81(3). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/19634>
45. Blasco M, Cruz M, Cogle Y, Navarro M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan.* 2018;22(7):578-99.

46. Matos L.J. (1), Reyes K.L. (2), López y otros. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. 2020; Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
47. Asfixia neonatal [Internet]. 2015 [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en:
http://www.saludinfantil.org/Guia_Alegria/guia/5.-Asfixia_Neonatal.htm
48. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas [Internet]. 2022 [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
49. Cortés JS, Fernández LX, Beltrán E, Narváez CF, Fonseca CE, Cortés JS, et al. Sepsis neonatal: aspectos fisiopatológicos y biomarcadores. *Medicas UIS*. diciembre de 2019;32(3):35-47.
50. Dagnino S. J. Tipo de estudios. *Rev Chil Anest* [Internet]. 15 de abril de 2014 [citado 9 de junio de 2022];43(2). Disponible en:
<http://revistachilenadeanestesia.cl/tipos-de-estudios/>
51. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2019;30(1):36-49.
52. Cristina M, Artigas W, Queipo B, Perozo É. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos [Internet]. Primera. Colombia: Universidad la Guajira; 2017. 86 p. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/344256464_Tecnicas_e_instrumentos_de_recoleccion_de_datos_Cuali-Cuantitativos
53. Portal Académico del CCH. Portal Académico del CCH. 2012 [citado 10 de junio de 2022]. Fichas de registro. Disponible en:
<https://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/tlriid4/unidad3/procesamiento/fichasRegistro>
54. Francisco J. *Economipedia*. 2022 [citado 10 de junio de 2022]. Estadística descriptiva. Disponible en:

<https://economipedia.com/definiciones/estadistica-descriptiva.html>

55. Dominguez SA. El odds ratio y su interpretación como magnitud del efecto en investigación. *Educ Médica*. 1 de enero de 2018;19(1):65-6.
56. Mamani A. Factores de riesgo de mortalidad neonatal en el Hospital Regional del Cusco, 2018-2019.
57. Pulache C. Factores asociados a la muerte neonatal en Cuidados Intensivos en el Hospital Regional de Pucallpa 2019-2020. [Perú]: Universidad Nacional de Pucallpa; 2022.
58. Zúniga E. Alvarez CV., Andino, LR., Arnüero, PJ. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal del servicio de neonatología del Hospital Escuela «Oscar Danilo Rosales Arguello», León, entre 01 de septiembre de 2020 al 31 de agosto del 2021 [Internet]. 2022 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9274>
59. Núñez MA. Factores de riesgo de mortalidad en neonatos pretérminos en el Hospital Central de San Cristóbal enero de 2016a 01 junio de 2018 [Internet] [Thesis]. Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina, Hospital Central de San Cristóbal, Postgrado de Puericultura y Pediatría; 2018 [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://localhost:8080/xmlui/handle/654321/5174>
60. reyes L, Perez J, Rene otros. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. *arch argent pediatr* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 24 de mayo de 2022];116(1). Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a09.pdf>
61. Bobadilla DE. “Adolescencia, Prematuridad y peso al nacer asociado a la mortalidad neonatal en el Hospital María Auxiliadora Lima-Perú, 2018-2019”. 2021; Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5728/t061_08367748_d.pdf?sequence=1&isallowed=y

62. Medrano, E. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal a mortalidad neonatal en el Hospital regional de Huacho 2017-2021 Para optar el Título profesional de Médico Cirujano: 2022;

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y Procesamiento	Instrumento de recolección
Factores de riesgo materno perinatal asociados a mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto Iquitos 2022	¿Existe asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022?	<p>General Determinar la asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.</p> <p>Específicos 1. Identificar los factores de riesgo materno: edad materna, grado de instrucción, tipo de parto, paridad y controles prenatales en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022. 2. Identificar los factores de riesgo perinatal: sexo, edad gestacional, peso al nacer, puntaje APGAR y patologías en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.</p>	Existe asociación entre los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022	<p>Tipo Epidemiológico Observacional Retrospectivo</p> <p>Diseño Casos y controles</p>	<p>Población de Estudio: estuvo conformada por 120 recién nacidos atendidos en el Hospital Regional de Loreto durante el 2022.</p> <p>Procesamiento: se utilizó el programa estadístico de SPSS versión 27.0 para Windows 11 en español junto al programa de Microsoft Office Excel 2022.</p>	Ficha de registro de factores de riesgo materno perinatal

		3. Establecer la asociación de los factores de riesgo materno perinatal y la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2022.				
--	--	---	--	--	--	--



UNAP



ANEXO 2

FICHA DE REGISTRO

DE FACTORES DE RIESGO MATERNO PERINATAL

I. INSTRUCCIÓN:

Se marcará con un aspa (X) los datos consignados en las historias clínicas de los neonatos fallecidos en el Hospital Regional de Loreto durante el 2021.

II. DATOS GENERALES:

- a) Hora :
- b) Fecha :
- c) Grupo : Casos () Control ()
- d) Historia clínica :

III. DATOS ESPECIFICADOS:

Factores de riesgo maternos

1. Edad:.....

- 11 – 19 años (1)
- 20 – 29 años (2)
- 35 años a más (3)

2. Grado de instrucción

- Sin estudios (1)
- Primaria (2)
- Secundaria (3)
- Superior (4)

3. Tipo de parto

- Eutócico (1)
- Distócico (2)

4. Paridad

- Primigesta (1)
- Multigesta (2)

5. Controles prenatales

- >6 controles (1)
- 0-5 controles (2)

Factores de riesgo perinatales

1. Sexo

- Masculino (1)
- Femenino (2)

2. Edad gestacional:.....

- <28 semanas (1)
- 28 a 31 semanas (2)
- 32 a 36 semanas (3)
- 37 a 41 semanas (4)
- >42 semanas (5)

3. Peso al nacer:.....

- <1000 gramos (1)
- 1000–1499 gramos (2)
- 1500-2499 gramos (3)
- 2500–3999 gramos (4)
- >4000 gramos (5)

4. Puntaje APGAR

- 0-3 puntos (1)
- 4-6 puntos (2)
- 7-10 puntos (3)

5. Patologías

- Prematuridad (1)
- Insuficiencia respiratoria (2)
- Malformaciones congénitas (3)
- Sepsis neonatal (4)
- Ictericia Neonatal (5)
- Otros (6) Especificar:.....

Observaciones:

.....

Firma del Investigador