



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN  
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI".  
BARCELONA, Edo. ANZOÁTEGUI  
DESDE MARZO HASTA ABRIL DEL AÑO 2023.**

Asesorado por:  
Profesor Amílcar Morales  
MD. Epidemiólogo. MSc.

Autores:  
Br. Quevedo, Stefany.  
Br. Rodríguez, Carlos.  
Br. Rodríguez, Beruska.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Médico Cirujano.

Barcelona, junio de 2025.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN  
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI".  
BARCELONA, Edo. ANZOÁTEGUI  
DESDE MARZO HASTA ABRIL DEL AÑO 2023.**

Asesorado por:  
Profesor Amílcar Morales  
MD. Epidemiólogo. MSc.

Autores:  
Br. Quevedo, Stefany.  
Br. Rodríguez, Carlos.  
Br. Rodríguez, Beruska.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Médico Cirujano.

Barcelona, junio de 2025.

## RESOLUCIÓN

De acuerdo al artículo 41 del Reglamento de trabajos de grado:

*“Los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual lo participará al Concejo Universitario, para su autorización”.*



**FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD NEONATAL  
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI".  
BARCELONA, Edo. ANZOÁTEGUI  
DESDE MARZO HASTA ABRIL DEL AÑO 2023.**

**Autores: Quevedo Stefany, Rodríguez Carlos, Rodríguez Beruska.**

**RESUMEN**

La mortalidad neonatal, definida como el fallecimiento de recién nacidos en los primeros 28 días de vida, constituye un problema de salud pública significativo que refleja la calidad de los sistemas materno-infantiles. Este estudio epidemiológico observacional, analítico, de casos y controles y retrospectivo, se propuso determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona, estado Anzoátegui, entre marzo y abril de 2023. Se analizaron 141 historias clínicas (62 casos y 79 controles), evaluando variables sociodemográficas, maternas, neonatales y hospitalarias. Los resultados indicaron que el distrés respiratorio (36,52%), la depresión neonatal (22,61%) y la asfixia perinatal (20%) fueron las principales causas de mortalidad. La prematuridad (OR=9,64; p=0,001) y el bajo peso al nacer (OR=4,58; p=0,001) mostraron la mayor asociación estadística, mientras que las infecciones vaginales maternas también resultaron significativas (OR=0,47; p=0,04). El 77,42% de los fallecimientos ocurrió en los primeros 5 días de estancia, con una tasa global de mortalidad neonatal del 43,97%. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el control prenatal, prevenir infecciones maternas y optimizar los recursos en unidades neonatales, contribuyendo así al entendimiento de los factores de riesgo en la población neonatal venezolana.

**Palabras clave:** Mortalidad neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, distrés respiratorio, factores de riesgo, salud pública.

# ÍNDICE

RESOLUCIÓN.....	iii
RESUMEN .....	iv
ÍNDICE.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vi
AGRADECIMIENTOS.....	vii
DEDICATORIA.....	viii
DEDICATORIA.....	ix
INTRODUCCIÓN .....	12
OBJETIVO.....	23
Objetivo General .....	23
Objetivos Específicos .....	23
JUSTIFICACION.....	24
METODOLOGIA .....	26
Diseño y Tipo de estudio.....	26
Área de Estudio .....	26
Período de Estudio .....	26
Población y Muestra.....	26
Criterios de Inclusión .....	28
Criterios de Exclusión.....	28
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	28
Procesamiento Estadístico para el Análisis De Los Datos .....	29
RESULTADOS .....	30
DISCUSIONES .....	39
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	46
APÉNDICE A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO.....	56

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Recién nacidos hospitalizados según edad de las madres. Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Marzo –Abril 2023.....	30
Tabla 2 Recién nacidos hospitalizados según procedencia. Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Marzo –abril 2023. ....	31
Tabla 3 Recién nacidos acorde las comorbilidades maternas. Servicio de neonatología, Hospital universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023. ....	32
Tabla 4 Recién nacidos según diagnóstico y condición de egreso en el Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.....	33
Tabla 5 Recién nacidos según presencia de embarazo de alto riesgo obstétrico Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023. ....	34
Tabla 6 Recién nacidos según la edad gestacional y tipo de egreso, de los neonatos ingresados en el Servicio de neonatología Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.....	35
Tabla 7 Clasificación del peso de los recién nacidos hospitalizados en el retén patológico de piso 9, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023. ....	36
Tabla 8 Tiempo de la estancia hospitalaria de los recién nacidos ingresados en el retén patológico según su tipo de egreso, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti. Barcelona. Marzo–Abril 2023.....	37
Tabla 9 Frecuencia de mortalidad neonatal según la modalidad de parto, en el retén patológico del piso 9, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti. Barcelona. Marzo –Abril 2023. ....	38

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser nuestro padre creador, por ser el hacedor de todos nuestros sueños, nuestra guía y fortaleza, por darnos la oportunidad de poder cumplir esta meta de ser profesionales en esta hermosa carrera.

A la Universidad de Oriente, especialmente el núcleo Anzoátegui, por ser nuestra casa de estudios, por brindarnos todas las herramientas y conocimientos teórico – prácticos que nos han formado bajo el título de Médicos Cirujanos, de igual forma hacernos crecer como seres humanos auténticos, seguros, capaces de luchar por sus metas, ideales y por un mejor país.

A todos los profesores de Cursos Básicos, Escuela de Ciencias de la Salud, del Hospital “Dr. Luis Razetti” de Barcelona e IVSS Hospital “Dr. Cesar Rodríguez Rodríguez”, que día a día dieron lo mejor de sí en pro de nuestra formación durante estos años de carrera.

A nuestras familias, en especial a nuestros padres quienes han sido pilar fundamental para llevar a cabo este logro, agradecemos eternamente toda su ayuda, apoyo y amor incondicional.

Y a todas las demás personas que de una u otra manera han formado parte de nuestro camino para enseñarnos que la mejor manera de alcanzar los sueños es intentándolo y no rendirse.

*A todos, mil gracias.*

*Los autores.*

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Zurama Boadas y Jairo Quevedo, y mi tía María Victoria González por ser mi guía y apoyo incondicional en cada etapa de mi formación. Este logro es un reflejo de su amor, confianza y dedicación, y son el pilar fundamental de mi vida.

A mi hermano, Enmanuel Quevedo, mi compañero incondicional. Gracias por esperarme siempre al final del camino con una sonrisa, comprendiendo los sacrificios y el esfuerzo que hay detrás de cada paso que doy.

A mis tíos, César Argenis Boadas, Marcos Quevedos, Cruz Carmen Boadas, Celinda Boadas, y a mis primas Marta Boadas, Alexa Guerra, por su presencia constante y apoyo invaluable. Gracias a sus guías y a su amor, he logrado culminar exitosamente esta etapa de mi vida.

A mi novio, Carlos Rodríguez, mi compañero y pilar en los momentos de luz y oscuridad. Gracias por tu amor, apoyo y comprensión, que llenaron mi camino de momentos hermosos y alegres. A mi suegro Ramón Rodríguez, por estar presente apoyándonos y guiando nuestros pasos, estoy muy agradecida por tenerlos en mi vida.

A mis amigos, Adriannys, Antonio, Mary, Beruska, Ivanny, Fabiana, Katherine y María Victoria, por acompañarme en cada recuerdo, con palabras de aliento y noches de estudio. Agradezco haberlos encontrado en mi camino.

A los doctores Gilberto Ramos, Rafael Zambrano y Yalvanis Malave, por su confianza, conocimientos y palabras de motivación que me ayudaron a ganar la seguridad necesaria para cruzar la meta.

Stefany Quevedo Boadas

## DEDICATORIA

A mis padres, Marlyn Cruz Carreño Fernández y Ramón Augusto Rodríguez González, por haberme concebido y darme el regalo de la vida, y por siempre haber estado al tanto de mí desde mi nacimiento, inculcándome los valores y principios para ser una persona de bien. Los amo inmensamente. A mi hermano Ramón Augusto, que no solo ha sido mi compañero de batallas, sino también mi ejemplo de nunca rendirme y seguir adelante a pesar de lo fuerte que golpee la vida. A mis hermanos pequeños, Génesis y Emmanuel, por siempre brindarme su apoyo; los amo a ambos. A mi novia Stefany Chiquinquirá por ser más que mi pareja, mi pilar, mi Khala, por siempre ayudarme a seguir adelante y brindarme amor incondicional cuando más lo necesité, ser la luz que iluminó mis días más oscuros. Esta dedicación se queda corta para ella, te amo 3 millones. A mi familia que me brindó la vida, mi madre Carmen y mi hermano Oswuald, por amarme y criarme en mi momento de mayor debilidad y permitirme formar parte de su familia; les dedico este logro que sin ellos no podría haber alcanzado. A mi mejor amigo desde la infancia, Miguel, por siempre sacarme una sonrisa cuando más lo necesité, brindarme apoyo y nunca dejarme solo ante las adversidades. A mis suegros Jairo y Zurama y a mi cuñado Emmanuel por brindarme su amor y dejarme formar parte de su familia. A mis hermanos universitarios, Antonio y Ana, que siempre me hicieron sentir en familia durante toda mi estadía e hicieron más llevadera esta larga travesía; los amo. A mi mejor amigo Samuel, por nunca juzgarme, brindarme apoyo, escucharme y darme una sonrisa cuando más lo necesité; estaré siempre agradecido porque Dios nos haya juntado. A mis amigos Julio y Michael por brindarme una amistad pura y sincera que trascendió a una hermandad. A mis amigas Kat, Fabi, Adri, María V, Beru, Ivanny y Mary por ser más que mis amigas, mi familia, y brindarme su cariño incondicional; las quiero un mundo. A mi hermana, Carmen, por siempre estar para mí cuando más la necesité y siempre darme ánimos y una sonrisa cálida. A mis tíos José Luis y Carlos Alberto, Brigitte, Andreina siempre guiarme por un camino mejor y demostrarme que con perseverancia y humildad se pueden mover montañas. Lourdes que, a pesar de nuestras diferencias, siempre me apoyó a lo largo de mi carrera.

Carlos Luis Rodríguez Carreño

## DEDICATORIA

Agradezco a Dios toda la gloria y la honra sea para él, por permitir la dicha de hacer este sueño realidad, donde el camino parecía imposible, pero sólo tú lo has hecho posible, me enseñaste a vestirme de fortaleza, a no temer y ser valiente, porque estarás conmigo a donde quiera que vaya, gracias por cuidarme como a la niña de tus ojos en cada momento oscuro, porque has sido una fuente de luz inagotable que guía mis pasos, hoy puedo decir con orgullo que, grandes son tus obras, y tu fidelidad.

A mis padres, **Merys Velásquez, Jesús José Rodríguez**, gracias por entregarme todo su amor, su apoyo incondicional, por inspirarme cada día a levantarme y luchar por mis metas, sin duda alguna han sido una pilar y guía en mi camino, gracias por sus consejos, por creer en mí y sobre todo por enseñarme que la fe mueve montañas y el amor de familia son las mejores riquezas que puedo obtener, pido a Dios que los bendiga grandemente en sabiduría, amor y salud para seguir compartiendo cada uno de mis logros y metas no solo para mi sino también para y por ustedes. A mi hermano, **Kelvis Rodríguez**, por brindarme tu apoyo, por cuidarme siempre como tu hermanita menor, y brindarme los mejores consejos, sin ti mi vida no estaría completa.

A mi abuela **Romelia Velásquez**, que Dios la tenga en su gloria, sé que hoy serías la primera en la fila desbordando de alegría y mencionando con orgullo “mi primera nieta médico” gracias por tu amor y tu templanza, por enseñarme que “nada cambia si tú no cambias” A mi tía **Sandra Velásquez**, por ser una madre para mí, quién me ha abrigado desde el momento que nací, haciendo de mí infancia el mejor de mis recuerdos, por enseñarme mis valores, por brindarme apoyo, cariño y hacer de mí la mujer que soy hoy en día, tía **Gregorina Velásquez, mis primos Génesis Daniela Salcedo, Luis Daniel Salcedo, Norys Marval**, gracias por su apoyo incondicional y todo cariño.

Gracias a Dios, por brindarme una segunda familia en Anzoátegui, **Sr. Alexander Flores y Sra. Yolybel De Flores, Sra. María Lezama, Sra. Gina, Sra. Zulay** infinitamente gracias por ser unos padres para mí, quienes abrieron no solo las puertas de su hogar sino por hacerme parte de su familia, por darle forma a mi camino, sin ustedes este logro no sería lo mismo sin sus consejos y por enseñarme el amor a Dios, gracias por acompañarme en mis momentos más difícil, por secar mis lágrimas y ser ese abrazo que tanto necesité. Gracias a mis hermanas **Reimarys Guevara y Reynalvis Guevara** por brindarme tanto amor y afecto

incondicional. A mis amigos, hermanos de la carrera y de la vida, **Rafael Palacios, Jesús Arcia, Carlos Rodríguez, Stefany Quevedo, Ivanny Torribilla, Mary Romero, Valeria Salazar, Eleana. Gutiérrez**, gracias por las risas, lágrimas y recuerdos compartidos, por su apoyo incondicional, sin ustedes esta carrera no sería lo mismo, los quiero mucho

Beruska Rodriguez Velásquez

## INTRODUCCIÓN

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (1) Entendiendo este concepto, tenemos que el embarazo es un proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre. (2) Cuando pasamos a la vida extrauterina hacemos referencia al término recién nacido para describir a un neonato de menos de 28 días o que está dentro de sus primeras cuatro semanas de vida, periodo en el cual pueden suceder cambios que traen complicaciones y que pueden terminar en la muerte. (3) Según la OMS, podemos definir a la mortalidad neonatal como aquella que se produce entre el nacimiento y los 28 días de vida, en donde, la misma se considera un indicador del riesgo de fallecer o la expectativa de vida de un recién nacido durante sus primeras cuatro semanas de vida. (4) De igual forma, la mortalidad neonatal puede ser precoz que va desde el nacimiento hasta los 6 días de vida o tardía comprendida desde el 7 día hasta los 27 días de nacido. (3)

Así mismo, la capacidad de vida relacionada con la mortalidad neonatal podría ser explicada mediante los factores “determinantes”, que influyen en la salud, a los cuales está sujeto el recién nacido en este periodo crítico, diferentes modelos han tratado de esclarecer cómo se produce o se pierde la salud y qué determinantes intervienen, entre los modelos, destaca el modelo holístico elaborado por Marc Lalonde (1974). (5) Este marco se basa en la división de la salud en cuatro elementos generales: factores biológicos humanos (maternos y neonatales), sistemas de asistencia sanitaria, medio ambiente y estilos de vida (sociodemográfico). La interacción de estos cuatro componentes principales puede afectar el desarrollo fetal conllevando a diferentes situaciones que acarreen la muerte del neonato. (6)

Estos pueden ser considerados como factores de riesgo, definiéndose como aquellos capaces de aumentar la probabilidad y desencadenar el fallecimiento de un

individuo. (7) Podemos dividir estos factores en: maternos, neonatales, sociodemográficos y hospitalario.

Dentro de estos factores maternos es de gran relevancia destacar los altos riesgos obstétricos y su estrecha relación en el incremento de la mortalidad neonatal, por tal motivo se entiende como ARO aquellos factores de riesgo dónde cualquier patología que puede ser médica, obstétrica o circunstancia sociodemográfica que durante la gestación, parto y puerperio pueda ocasionar un incremento en la morbimortalidad no sólo materna sino también fetal. De esta manera los embarazos pueden clasificarse en: gestaciones de bajo, moderado o de alto riesgo. Según los protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica considera un alto riesgo tipo I; como aquella gestante que a pesar de que pueda gozar de buena salud, existe ciertas condiciones a nivel epidemiológico y social que pueden afectar al binomio madre-hijo. (24)

En este nivel podemos enfatizar aspectos tales como; la nutrición, debido a la alta demanda calórica y energética que ocurre durante el embarazo, otros elementos como la edad la cual es un valor numérico que abarca desde el nacimiento hasta el momento actual, en este sentido la OMS considera un embarazo adolescente como aquel comprendido entre 10 y 19 años, sin embargo; en el otro extremo encontramos gestantes mayores de 35 años, siendo evidente que ambos grupos etarios presentan características morfo-fisiológica diferentes. En el caso de la progenitora adolescente su útero empieza a aumentar de tamaño desde una estructura infantil aunado a la inmadurez de su eje hipotálamo-hipófisis-ovario, lo que desencadena como resultado una desproporción feto-pélvica que complican el desarrollo del neonato. (25) (26)

Continuando en este mismo sentido al tratarse de madres jóvenes con parejas inestables terminan concibiendo un embarazo no planificado, por tal motivo al experimentar toda esta serie de cambios físico como psicológico donde el miedo y la incertidumbre conlleva a muchas de ellas a ausentarse en su consulta médica para un buen control pre-concepcional, siendo éste un factor que amenaza la vida del nuevo ser en camino. (26)

Otros aspectos a resaltar en el ARO tipo I es la correlación que existe en aquellas madres adolescentes y el nivel de instrucción bajo, ocasionando un gran desafío para generar ingresos por sí misma, conllevando a una mayor dependencia económica en su familia o pareja, y al ser muy común en la actualidad este estilo de relaciones conyugales inestables, muchas de éstas gestantes solteras terminan asumiendo gran parte de la responsabilidad, incrementando niveles de estrés que afectan al bienestar del feto.

También existen otros aspectos como la paridad que es el número de veces que una mujer ha tenido hijos, es otro elemento a considerar, puesto que puede influir en la aparición de complicaciones en el neonato, según estudios se ha correlacionado a las primíparas con recién nacidos de bajo peso y muerte neonatal, aumentado estos casos en embarazos precoz o tardíos. (3) El peso materno y la talla que se interpreta como un indicador de la historia nutricional también han demostrado desempeñar un papel importante en mortalidad neonatal. (8) (3)

Desarrollando éste primer nivel también se menciona los hábitos psicobiológicos como el tabaquismo y el alcohol vinculados a un incremento en la tasa de mortalidad neonatal, estudios menciona como el tabaquismo materno se asocia con complicaciones neonatales severas, como el requerimiento de ventilación asistida y el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, incluso con un consumo bajo de cigarrillos. (28)

Un estudio llevado a cabo por Strandberg- Katrine epidemiólogo mostró que “un consumo de al menos 4 bebidas alcohólicas por semana o episodios de consumo excesivo en 3 o más ocasiones durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de mortalidad infantil en nacimientos a término”. (29) contribuyendo a complicaciones muy severas en el neonato tales como; recién nacidos de muy bajo peso al nacer, aumentando las probabilidades de displasia broncopulmonar o muerte, así como otras morbilidades neonatales. (30)

Ahora, entre los factores sociodemográficos la edad materna es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de una persona. Para las mujeres, la llamada edad fértil es especialmente importante. Este período caracteriza a las mujeres por su capacidad de ovular y quedar embarazada. Si bien el embarazo es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y al recién nacido a riesgos de enfermedad y muerte. La edad gestacional asociada con mayores riesgos maternos y perinatales es menor de 20 años y mayor de 35 años. disminuyendo la sobrevivencia del feto y el recién nacido (9)

De igual manera, la procedencia, según varios estudios tiene gran relevancia, se ha evidenciado que las madres de origen rural están más asociadas con una mayor mortalidad neonatal, ya que las personas que viven en zonas geográficamente remotas tienen dificultades para acceder a los servicios de salud. El estado civil es una variable que se asocia principalmente con un mayor riesgo de bajo peso al nacer y está estrechamente asociada con otros factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, nivel económico bajo, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Por último, las investigaciones muestran que las madres con niveles más altos de educación posponen la concepción, el embarazo y el matrimonio, y también ponen más énfasis en la atención médica, incluido el manejo continuo del embarazo y el parto. (11)

Según los protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica un alto riesgo tipo II, es considerado cuando aquella futura madre se encuentra en óptimas condiciones de salud sin embargo puede presentar antecedentes problemáticos en sus embarazos previos, partos o salud ginecológica, éstos antecedentes incluyen situaciones como, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia-eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, entre otros de importancia. (24)

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) la preeclampsia se caracteriza por una presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg, o una presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg , acompañada de proteinuria significativa ( $\geq 300$ mg en

24h, proteína/Creatinina en orina  $\geq 0.3$  o tira reactiva 2+) , y en ausencia de esta, acompañada de disfunción orgánica materna. (31)

Por último, pero no menos importante encontramos un alto riesgo obstétrico tipo III, Según los protocolos de atención, cuidados prenatales y atención, en éste nivel se engloba un mayor riesgo para la gestante lo cual amerita una atención especializada. (24) Entre ellos podemos encontrar situaciones ajenas al embarazo, siendo las más frecuentes la hipertensión o presión arterial alta sostenida que puede afectar la circulación materno-fetal, así como, los cambios metabólicos de diversas etiologías, caracterizados por hiperglucemia crónica con alteración del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, debido a defectos en la secreción y/o acción de la insulina. Las complicaciones del embarazo fetal en pacientes con diabetes se deben más probablemente a la hiperglucemia materna que al tipo de diabetes. (9)

De igual forma, las infecciones intrauterinas son destacable como un factor de mortalidad neonatal debido a que su predisposición aumenta durante la gestación como consecuencia de un aumento de tamaño del útero éste ejerce una fuerza compresiva sobre la vejiga y los uréteres ocasionando como resultado estasis urinaria y dilatación de las vías urinarias al mismo tiempo el aumento de la hormona progesterona genera relajación del músculo liso del tracto urinario favoreciendo aún más la retención urinaria y el desarrollo bacteriano. (32)

En cuanto a los factores neonatales, tenemos la prematuridad que está relacionada con la edad gestacional. De esta forma, se puede clasificar a los recién nacidos como pretérmino (menor a 37 semanas), a término (entre las 37 a 41 semanas + 6 días), post término (mayor a las 42 semanas). (8) (10) El peso también tiene alta relevancia en los recién nacidos y es la primera medida objetiva hecha inmediatamente después del nacimiento. Es así como, tenemos que los neonatos se pueden clasificar como bajo peso al nacer (1.500 a 2.499 gr), muy bajo peso al nacer (menos de 1.000 a 1.499 gr), extremo bajo peso al nacer (menos de 1000 g), pequeño para la edad gestacional: relación entre el peso y la edad gestacional (inferior al Percentil 10). (8)

Entre otros factores de riesgos que influyen en el neonato encontramos la depresión neonatal caracterizada por una interrupción o una grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta hacia el feto o al recién nacido al momento del parto. (33) Esta patología utiliza como referencia la escala propuesta por la anestesista Virginia Apgar quién fue la primera en proponer en el año 1952 un sistema de puntos para evaluar el estado del recién nacido en los primeros minutos siguientes al nacimiento. Siendo de gran utilidad hoy en día, en todas las salas de parto, por ser un método efectivo, fácil de aplicar en la práctica médica con el que se puede determinar con rapidez el estado clínico del recién nacido y la efectividad de la reanimación o resucitación. (34)

Los criterios utilizados para la puntuación están basados en cinco signos clínicos que son, en orden de importancia, los siguientes: la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la respuesta refleja y el color. A cada signo se le atribuye un valor de 0 a 2 puntos y debe realizarse una suma total de los cinco componentes; un neonato vigoroso puede alcanzar una puntuación desde 7 hasta 10 puntos, se encontrará moderadamente deprimido si la puntuación obtenida es de 4 a 6 puntos y severamente deprimido si esta es de 0 a 3 puntos (34)

Este marcador clínico no solo refleja el estado inmediato del neonato, sino que, además, se ha correlacionado de manera significativa con un incremento en el riesgo asociado a la mortalidad neonatal. En estudios recientes, como el realizado en el Hospital Ginecobstétrico "Fé del Valle Ramos" en Cuba reveló que la depresión neonatal severa presentaba una prevalencia del 56,8% en su muestra estudiada; reflejando como algunos eventos perinatales entre ellos: infecciones maternas y rotura prematura de membranas, son determinantes en el pronóstico inmediato del neonato contribuyendo a un impacto directo en la disminución del bienestar neonatal. (34)

Otras patologías que afectan la calidad de vida del neonato son el Síndrome de distrés respiratorio o enfermedad de membrana hialina, el cual se define como una patología ocasionada por la falta en los pulmones de surfactante, producto que permite el adecuado intercambio gaseoso entre oxígeno y dióxido de carbono, evitando la

insuficiencia respiratoria. (8) La asfixia neonatal es una patología pulmonar importante en relación a la mortalidad de los recién nacido, la cual es producida por una falta de aire por la disminución o suspensión extrema del intercambio gaseoso a nivel de pulmones o placenta que puede resultar en acidosis metabólica. (8)

De igual forma, sepsis neonatal, tiene una relevancia como factor de mortalidad, la cual consiste en una infección bacteriana con una invasión inicial al torrente sanguíneo del recién nacido, con respuesta inflamatoria inespecífica y manifestaciones clínicas atípicas, adquirida de la madre en forma ascendente o transplacentaria, y debido a factores de riesgo maternos. Otra patología que con frecuencia suele asociarse es la enterocolitis necrotizante, una afección grave del recién nacido, de origen multifactorial que destaca por la presencia de edema, ulcera y necrosis de la mucosa intestinal en conjunto con una sobreinfección bacteriana de dicho tejido, producto en de un proceso hipoxémico e isquémico del tejido intestinal. (11)

Las malformaciones congénitas por su parte tienen una vital influencia en el desarrollo y supervivencia del feto y neonato, estas se definen como alteraciones anatómicas que producen defectos en diferentes órganos y sistemas, producto de un fallo durante el embarazo entre las cuales podemos mencionar hidrocefalias, estenosis esofágicas, anomalías cardíacas y neurales entre otras. (11)

En cuanto a la asistencia sanitaria tenemos que las características relacionadas con el riesgo de mortalidad neonatal son la falta de datos y seguimiento en los recursos humanos, que son esenciales para atender a los recién nacidos, por lo cual, la falta de personal encargado en la contratación de nuevos empleados y asignación de estos, incluyendo parteras, camilleros, enfermeras y médicos, llevan a una escasez de recursos humanos en los servicios neonatales, lo cual se asocia a la mortalidad neonatal ya que influyen en la probabilidad de sobrevivencia de los recién nacidos, a su vez el personal para su atención debe estar altamente capacitado en el manejo de recién nacidos. Debido a que la falta de conocimientos, práctica y formación del personal en esta área, provoca la ineficacia de los mismo en sus labores en los servicios neonatales

lo que conlleva una deficiencia que afecta la capacidad de supervivencia de los neonatos.

Otro aspecto destacado es la distribución insuficiente e inequitativa del personal de salud, puesto que la continuidad de la atención a los recién nacidos depende de contar con una red de servicios que permitan brindar una atención integral y coordinada. Sin embargo, en múltiples hospitales de países con ingresos bajos y medianos se han evidenciado la presencia de un número insuficiente e ineficaz de personal de enfermería especializado en cuidados neonatales y recién nacidos enfermos, incapaces de cubrir la demanda en los servicios, encontrándose casos en los cuales se contaba con cantidades muy limitadas para brindar la atención básica y especial requerida.

De la misma forma, la deficiencia en suministros y equipos de salud en el hospital juega un papel fundamental como factor de riesgo en la mortalidad neonatal, dado que para que un hospital pueda brindar una cobertura para una amplia variedad de condiciones neonatales tiene que contar con los recursos necesarios para poder atender a los recién nacidos. Estos recursos incluyen personal, equipos médicos (incubadoras, respiradores, monitores cardiacos, etc.); medicamentos, insumos y servicios. Una deficiencia de estos suministros o equipos esenciales para el neonato implicaría un factor de alto riesgo para su bienestar físico, independientemente de su condición. (12)

En base a múltiples estudios científicos acerca de la mortalidad neonatal, se determinó que los factores de riesgo más frecuentes fueron: bajo peso al nacer, infecciones durante la gestación, asfixia neonatal y anomalías congénitas., en este orden de ideas los factores de riesgo que se asociaron a la muerte neonatal fueron bajo peso al nacer, parto fuera de los establecimientos de salud, edad gestacional prematura, hipoxia severa, hipertensión materna, infección intrauterina, anomalías congénitas, mal control prenatal y condiciones socioeconómicas precarias, por lo cual se deben considerar modificaciones en los programas de prevención e instar a la gestante a que cumpla con sus controles periódicos. (13)

Según Salazar Pallo (2022) los factores de riesgo más frecuentes fueron, la Edad gestacional <28 semanas, síndrome de dificultad respiratoria; peso al nacer <1500 gramos; Asfixia neonatal [OR 7,50]; Apgar a los 5 minutos [OR 7,17]; Sepsis < a las 72 horas [OR 3,92]. Donde las principales causas de mortalidad neonatal fueron la Prematuridad y el Síndrome de Dificultad Respiratoria. Sugiriendo la implementación de estrategias desde el primer nivel de atención enfocada en la promoción y captación de gestantes para disminuir la tasa de nacimientos prematuros en la institución. (14)

Según Álvarez, C y asociados, estudio realizado en Nicaragua determinaron como principales factores: condición socioeconómica baja, factores maternos: número bajo de controles prenatales, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, sepsis neonatal, edad gestacional, peso al nacer inferior a 2500gr, APGAR menor de 7 puntos, asfixia, síndrome de distrés respiratorio. Encontrándose dichos factores con una asociación estadística alta con mortalidad neonatal. (11)

Maily Tang P. con el propósito de analizar la mortalidad neonatal en el Hospital Central de Maracay, donde los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: edad materna de 31 - 36 años, educación primaria completa, estado civil casada y unión estable, ocupación del hogar; mal control prenatal, peso del recién nacido menor de 2499 g., edad gestacional pretérmino, APGAR (depresión moderada y severa), relación peso/edad gestacional pequeño para edad gestacional, presentación podálica, patologías del recién nacido, condiciones al nacer (malas) y presencia de complicaciones. (4)

De acuerdo a distintas investigaciones hay múltiples elementos que favorecen la mortalidad neonatal, siendo esta reconocida como prioridad de salud tanto a nivel nacional como internacional, tomando en cuenta que 2,8 millones de neonatos fallecen a nivel mundial anualmente, más del 73% lo hace en el transcurso de la primera semana luego de haber nacido, como muertes neonatales temprana, dicho esto, los fallecimientos en la etapa neonatal se suma cada vez más al aumento de la mortalidad infantil general para el rango etario menor a 5 años. De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud de 2019, a lo largo de 2018 murieron 6,2 millones

de infantes con edades por debajo de los 15 años, donde la razón de fallecimiento usualmente era evitable y en el caso de los neonatos esta cifra llegó a los 2,5 millones, 38,46% de los decesos. (13) (15)

De forma análoga, con lo anterior se ha determinado que la mayoría de las defunciones en infantes menores de 5 años, se vinculan a naciones que tienen medianos y bajos ingresos, donde el 99 % de estas muertes son provenientes del continente africano y asiático, en donde la reducción de las muertes neonatales ha sido poco significativa, pues son las naciones ricas las que concentran la mayoría de los recursos para fomentar la supervivencia de los infantes. Tres cuartas partes de estas muertes ocurren dentro de los primeros 7 días y principalmente dentro de unas pocas horas después del nacimiento; en estos países el riesgo de muerte es casi 10 veces mayor que en los países desarrollados, mientras que en América Latina se sabe que el 60% de las muertes de niños menores de 5 años ocurren en recién nacidos. En este contexto, una de las mayores caídas se produjo en América Latina: del 22% en 1990 al 11,4% en 2009; Sin embargo, se encontró que existen grandes brechas en la región, siendo las tasas más altas en Haití, Bolivia y Guatemala (31, 27 y 23%, respectivamente). (13)

La mortalidad neonatal es mayor en los países en desarrollo donde las madres no reciben la atención adecuada durante el embarazo y no cooperan con los trabajadores de la salud y el sistema de salud es deficiente. Por lo tanto, estos países deben priorizar la atención prenatal, perinatal y posnatal, mejorar las condiciones socioeconómicas y nutricionales y fortalecer las redes de salud. Estas medidas son importantes para reducir las muertes neonatales, pero este sigue siendo un problema de salud que aumenta cada año. (3) Esto demuestra que los neonatos corren mayor riesgo de muerte en sus primeros días de vida, siendo los más propensos a las defunciones por múltiples factores. Dicho esto, como el recién nacido acarrea las más graves repercusiones se hace imprescindible tener en cuenta todos los datos relacionados a los motivos más importantes de estas muertes, entonces esta investigación busca manifestar dichos inconvenientes ligados a la mortalidad.

Por lo antes expuesto y en vista del elevado índice de mortalidad neonatal que se evidencia en los últimos años, se realiza este estudio, con el propósito de conocer ¿Cuáles son factores de riesgos de la mortalidad neonatal en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, desde marzo hasta abril del año 2023?

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante?

¿Cuáles son las características morfofisiológicas asociadas al riesgo de defunción neonatal?

¿Qué factores asociados al recién nacido, pudieran ser considerados un riesgo para su muerte?

¿Cómo son las condiciones sanitarias del centro de salud, asociadas a la mortalidad neonatal?

# **OBJETIVO**

## **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo de la mortalidad neonatal en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona, estado Anzoátegui, desde marzo hasta abril del año 2023.

## **Objetivos Específicos**

1. Identificar los factores de sociodemográficos de la gestante.
2. Reconocer las características morfofisiológicas maternas asociadas al fallecimiento de su hijo.
3. Precisar los factores asociados al recién nacido en su tipo de egreso.
4. Establecer las condiciones sanitarias del centro de salud asociada a la mortalidad neonatal.

## **JUSTIFICACION**

La mortalidad neonatal se expresa como aquella muerte producida durante los primeros 28 días de vida, siendo un indicador del desarrollo de un país dentro de la atención de salud para el recién nacido de un determinado país o ciudad. (16). Es crucial mencionar que uno de los motivos por el cual se desarrolla esta investigación es debido a la gran relevancia e impacto que ésta tiene para la sociedad, donde cada año miles de recién nacidos fallecen en el periodo neonatal, conllevando a una pérdida irremplazable tanto para las familias como para la comunidad, generando en los conyugues un profundo dolor y dejando secuelas que perduran a lo largo de sus vidas. Debido a su incidencia en la estructura social, que genera un límite en el potencial de crecimiento y desarrollo de la sociedad, al privarla de futuros ciudadanos y contribuyentes. (17) (18).

La mortalidad neonatal, en el ámbito económico puede generar una atribución muy significativa en cuanto a los altos costos asociado con la atención médica, tanto para las familias como para los sistemas de salud. Asimismo, la pérdida de vidas representa un importante decaimiento en materia de recursos humanos, así como en el potencial de desarrollo, afectando el crecimiento económico a largo plazo. Debido a la gran limitación de recursos que presenta la salud pública, al conocer aquellos factores de mayor impacto asociado a la mortalidad neonatal, nos permitirá hacer una inversión eficiente para aquellas causas que tiene una alta potencialidad en la muerte del recién nacido garantizando de esta forma una atención médica adecuada para los bebés que se encuentran en riesgo. (19)

Es importante mencionar, la relación que existe entre el área política y la mortalidad neonatal siendo esta última un indicador importante del rendimiento de un sistema de salud y de la efectividad de las políticas públicas en cuanto a materia de salud materno-infantil, permitiéndonos entender y conocer cómo esta problemática puede generar una afectación no sólo en la agenda política sino también en la

asignación de recursos para mejorar la atención médica y prevenir las muertes neonatales (20).

Por último pero no menos importante, uno de los elementos trascendentales que nos lleva a ejecutar dicha investigación es la relevancia que destaca en el área ética como profesionales de la salud, especialmente cuando se trata de la atención de los neonatos, la ética médica nos permite asegurar el poder actuar con responsabilidad, respeto y justicia hacia los recién nacidos y sus familiares, incentivando a estudiar e identificar estos factores, nos permite implementar programas específicos que aborden las causas más comunes de muerte, estos programas pueden incluir medidas preventivas, mejorar la atención prenatal, el parto y el cuidado postnatal, brindar acceso a servicios de salud de calidad para las madres y los recién nacido que nos permitan reducir las tasas de mortalidad neonatal. (21)

Al poseer conocimientos sobre cada uno de estos factores asociados a la muerte neonatal, nos garantiza como profesionales de la salud ofrecer una mejor calidad de atención en nuestros pacientes, obtener una mejor capacitación en cuanto al avance científico en el área de salud materno-infantil para prevenir y tratar los diferentes escenarios que se presentan día a día.

## **METODOLOGIA**

### **Diseño y Tipo de estudio**

Se realizó un estudio epidemiológico de casos y controles, de tipo documental, debido a que los datos estaban registrados previamente. Con nivel analítico bivariado; longitudinal-retrospectivo, partiendo del tipo de egreso, estableciendo la relación entre las variables de interés.

### **Área de Estudio**

El estudio se llevó a cabo en la unidad de neonatología, piso 9, del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" (HULR) en la ciudad de Barcelona, estado Anzoátegui.

### **Período de Estudio**

Los datos fueron recolectados a partir de los casos dados de egreso, presentes en los archivos de historias médicas desde marzo hasta abril del año 2023.

### **Población y Muestra**

La población inicial para este estudio comprendió 809 expedientes clínicos de recién nacidos ingresados en la unidad de neonatología "piso 9" durante el período de enero a junio. De esta cifra, 288 historias clínicas correspondían a neonatos que fallecieron en ese semestre. En virtud del diseño de casos y controles, se aplicó un muestreo aleatorio simple para poder evaluar la misma cantidad de historias de recién nacidos que egresaron por altas y los que fallecieron, de esta manera, se estimó una población de 576 neonatos. Pese a ello, la revisión inicial reveló una deficiencia significativa: las historias clínicas neonatales no contenían la totalidad de las variables maternas y hospitalarias necesarias para nuestro instrumento de recolección, lo que obstaculizó la evaluación de los objetivos 1,2 y 4 concernientes a los factores maternos y hospitalarios.

Ante la deficiencia de datos maternos, se consideró extender la revisión al servicio de historias médicas del área de ginecoobstetricia del "Hospital Universitario Dr. Luis Razetti" con el fin de obtener información más precisa. Dada la magnitud y la

falta de más investigadores para abarcar esta población, se decidió limitar el período de estudio. Para ello, se empleó un análisis preliminar aplicando la tasa de letalidad neonatal ( $\frac{\text{Número de muertos}}{\text{Número total de nacimientos}} \times 100$ ), el cual reveló una mayor concentración de casos de mortalidad durante los meses de marzo y abril. Con base en este hallazgo, se aplicó un muestreo estratégico a los 266 recién nacidos de este periodo, seleccionando el 60% de la población (con 95% de confianza y 5% de margen de error). Esto resultó en una muestra final constituida por 62 casos y controles 96 para un total de 158 historias.

Al solicitar las historias maternas correspondientes al periodo seleccionado, el personal del área de historias médicas requirió un documento previo que especificara el número de historia, nombre del recién nacido y nombre de la madre. Una vez entregado el documento solicitado, y transcurridas dos semanas, se nos notificó que las historias maternas del primer semestre del año 2023 se encontraban "contaminadas", imposibilitando su revisión y, con ello, el acceso a la información directa sobre las madres. Representando de esta forma una limitante crucial en el trabajo.

A causa de la limitación señalada, y habiéndose concluido la evaluación de historias neonatales, las variables maternas consideradas en el presente estudio se restringieron a los datos obtenidos únicamente de las historias neonatales. Es de importancia mencionar que la aplicación de los criterios de exclusión durante la revisión de las historias neonatales acarrió una reducción de la muestra originalmente contemplada de 158. De esta forma, la muestra se configuró con un total de 141 historias, distribuidas en 62 casos y 79 controles.

Tomando en consideración los factores hospitalarios y la falta de información de los mismos en las historias, se optó por recogerlos mediante el empleo de una entrevista semi estructurada con respuestas abiertas realizada a la coordinadora de enfermería del periodo de tiempo en estudio.

### **Criterios de Inclusión**

- Nacidos vivos del hospital universitario “Dr. Luís Razetti”, hospitalizados en la unidad de neonatología “piso 9”.

### **Criterios de Exclusión**

- Neonatos que presenten reingreso en la unidad de neonatología “Piso 9” después de un egreso previo.
- Historias clínicas incompletas, dañadas o ilegibles.
- Datos imprecisos, incoherentes o poco confiables.

### **Normas bioéticas**

Los estudios basados en registros médicos, base de datos, material de archivo, deben cumplir con las normas básicas de poseer solidez científica, respetar principios de autoría, y aspectos de confidencialidad. Mas aun, los instrumentos utilizados son los normativos relacionados con programa del MPPS, coherentes a la ética de investigación biomédica y han sido diseñados para el ámbito de esta investigación.

Esto es en un principio éticamente aceptable, siempre y cuando se preserve la intimidad y el anonimato de los sujetos, y que la investigación se haga pública solo en la forma de estadísticas agregadas. Queda claro que respetar la autonomía es el principio que obliga a los profesionales a informar y asegurar la comprensión, voluntariedad y fomentar la toma de decisiones adecuadas.

### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Posterior a la autorización del personal de la Dirección del HULR y con la colaboración del servicio de Historias Médicas, la información de los pacientes se recolecto mediante una ficha contentiva de las variables a evaluar y las opciones de las respuestas (Ver anexo) y se transcribieron completas en base de datos de Excel. Mientras que para las variables hospitalarias estas fueron recogidas por medio de una entrevista semiestructurada realizada a la coordinadora del personal de enfermería del periodo en estudio.

### **Procesamiento Estadístico para el Análisis De Los Datos**

Con los hechos, se preparó una base de datos utilizando Microsoft Excel 2016, estos fueron resumidos en tablas y gráficas cumpliendo las normas Vancouver-UDO para tal efecto. En el análisis se utilizó el paquete estadístico PASW Statistics 18 (SPSS 2009) para calcular las frecuencias absolutas y relativas entre variables categóricas; y las medidas de tendencia central y medidas de dispersión (Promedio e intervalos de confianza al 95%) en las variables numéricas. Para pruebas de significancia estadística se utilizará la Chi cuadrada de Pearson (Significancia < 5%).

Como medida de Riesgo, será utilizada la Razón de momios (Odds Ratio), esta medida se obtuvo de casos representativos de los neonatos con el factor presuntamente asociado a la defunción, y los controles se obtuvieron del total de ingresos de donde surgieron los casos cuyo desenlace fue el egreso por mejoría, para evitar sesgos de selección, los cuales podían invalidar los resultados.

## RESULTADOS

**Tabla 1 Recién nacidos hospitalizados según edad de las madres. Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Fallecidos</b>	<b>%</b>	<b>Vivos</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>
<b>Edades extremas</b>	23	37,10	27	34,18	45	33,09	1,74	0,12
<b>Adultos jóvenes (19–35 años)</b>	39	62,90	52	65,82	91	66,91		
<b>Total</b>	62	100	79	100	136	100		

Se analizó la distribución de neonatos según el grupo de edad de las madres obtenido resultados que mostraron que el grupo más frecuente correspondió a adultos jóvenes (19-35 años), con un 66,91% del total de casos. En segundo lugar, se encontró el grupo de edades extremas (que incluye adolescentes y/o adultos mayores), representando el 33,09% de los neonatos. Sin embargo, se estudió la relación entre las variables a través de Método Chi-Cuadrado de Pearson obteniendo  $p= 0,12$ , lo que demostró que no hay existencia de relación estadísticamente significativa y a su vez el valor OR que arrojó un resultado de 1,74 con un IC de 95(0,85 a 3,56) demostrando que no hay evidencia estadísticamente significativa de que la edad materna afecte el riesgo.

**Tabla 2 Recién nacidos hospitalizados según procedencia. Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Marzo –abril 2023.**

<b>Procedencia</b>	<b>Muerto</b>	<b>%</b>	<b>Vivo</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>
<b>Urbana</b>	<b>38</b>	<b>61,29</b>	<b>56</b>	<b>70,89</b>	<b>94</b>	<b>66,67</b>	<b>0,65</b>	<b>0,23</b>
<b>Rural</b>	<b>24</b>	<b>38,71</b>	<b>23</b>	<b>29,11</b>	<b>47</b>	<b>33,33</b>		
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>39</b>	<b>79</b>	<b>29</b>	<b>141</b>	<b>100</b>		

Se analizó la procedencia de los recién nacidos, donde el área urbana representó el 66,67% de los casos, asociándose al 70,89% de los supervivientes y al 61,29% de los fallecidos. En contraste, la procedencia rural mostró una mayor proporción de muertes (38,71% vs. 29,11% en vivos). No obstante, mediante el OR (0,65) IC=(0,32-1,31) y p=0,23, se determinó que no existe significancia estadística que respalde a la procedencia como factor de riesgo para la mortalidad neonatal, los cuales determinaron que no hay una significancia estadística.

**Tabla 3 Recién nacidos acorde las comorbilidades maternas. Servicio de neonatología, Hospital universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

<b>Comorbilidades</b>	<b>Muertos</b>	<b>%</b>	<b>Vivo</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Infecciones vaginales</b>	29	44,62	46	60,53	75	53,19	0,28
<b>Infecciones urinarias</b>	28	43,08	21	27,63	49	34,75	0,17
<b>Otros</b>	8	12,31	9	11,84	17	12,06	0,85
<b>Total</b>	65	100	76	100	141	100	

Mediante la tabla anterior, se obtuvieron los siguientes resultados: las infecciones vaginales fueron la patología más frecuente (53,19%), presentes en el 44,62% de los neonatos fallecidos, seguidas de infecciones urinarias (34,75% del total, asociadas al 43,08% de las muertes) y otras comorbilidades (12,06%, vinculadas al 12,31% de los decesos). Pese a que las infecciones urinarias mostraron mayor proporción en fallecidos (43,08%) versus vivos (27,63%), ninguna asociación resultó estadísticamente significativa (infecciones vaginales  $p=0,28$ ; urinarias  $p=0,17$ ; otras  $p=0,85$ ), descartando evidencia concluyente sobre su impacto en la mortalidad neonatal en este estudio.

**Tabla 4 Recién nacidos según diagnóstico y condición de egreso en el Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

Diagnostico	Fallecidos	%	Vivos	%	Total	%	OR	IC	p
<b>Distrés respiratorio</b>	42	36,52	5	19,23	47	33,33	31,08	10,8-88,86	0,001
<b>Depresión neonatal</b>	26	22,61	2	7,69	28	19,86	27,80	6,25-123,58	0,001
<b>Asfixia neonatal</b>	23	20,00	2	7,69	25	17,73	22,70	5,09-101,28	0,001
<b>Sepsis neonatal</b>	15	13,04	5	19,23	20	14,18	4,72	1,61-13,85	0,003
<b>Otros</b>	6	5,22	10	38,46	16	11,35	0,38	0,34-4,34	0,420
<b>Malformación congénita</b>	3	2,61	2	7,69	5	3,55	0,73	0,253-2,15	0,580
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>			

En relación a los recién nacidos hospitalizados según su diagnóstico y condición de egreso, El distrés respiratorio fue la condición más frecuente (33,33%), asociándose al 36,52% de los fallecidos y solo al 19,23% de los vivos, demostrando ser un factor de riesgo altamente significativo (OR=31,08; IC 10,8-88,86; p=0,001). La depresión neonatal (19,86% del total) y la asfixia neonatal (17,73%) mostraron patrones similares, con mayor prevalencia en fallecidos (22,61% y 20,00%, respectivamente) que en vivos (7,69% en ambos), ambas con asociación estadísticamente significativa (depresión: OR=27,80, IC 6,25-123,58, p=0,001; asfixia: OR=22,70, IC 5,09-101,28, p=0,001). La sepsis neonatal (14,18% del total) también presentó mayor riesgo de mortalidad (13,04% en fallecidos vs. 19,23% en vivos; OR=4,72, IC 1,61-13,85, p=0,003). En contraste, los diagnósticos agrupados como "otros" (11,35%) y las malformaciones congénitas (3,55%) no mostraron asociación significativa con la mortalidad (p=0,420 y p=0,580, respectivamente).

**Tabla 5 Recién nacidos según presencia de embarazo de alto riesgo obstétrico Servicio de neonatología, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

<b>ARO</b>	<b>Muertos</b>	<b>%</b>	<b>Vivos</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>SI</b>	57	91,9	76	96,20	133	94,33	0,45	0,10-1,96	0,27
<b>NO</b>	5	8,06	3	3,80	8	5,67			
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>			

El estudio reveló que el 94,33% de los neonatos provenían de embarazos de riesgo ARO, con una prevalencia del 91,9% entre los fallecidos frente al 96,20% en supervivientes. Sin embargo, el análisis estadístico mostró un OR de 0,45 (IC 95%: 0,10-1,96; p=0,27), indicando que esta diferencia numérica no alcanza significación estadística (IC incluye 1 y p>0,05). Aunque el OR<1 sugiere un posible efecto protector no significativo del embarazo de riesgo, este hallazgo podría deberse a factores de confusión o a las limitaciones del estudio, como el escaso tamaño muestral en el grupo sin riesgo (n=8) y la amplia variabilidad del IC. Se concluye que el ARO no constituye un factor predictivo significativo de mortalidad neonatal en esta cohorte, resaltando la necesidad de estudios con mayor poder estadístico para confirmar estos resultados.

**Tabla 6 Recién nacidos según la edad gestacional y tipo de egreso, de los neonatos ingresados en el Servicio de neonatología Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

<b>Edad gestacional</b>	<b>Muerto</b>	<b>%</b>	<b>Vivo</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>
Pretérmino	30	48,39	7	8,86	37	26,24	9,64	0,001
A término	32	51,61	72	91,14	104	73,76		
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>		

El estudio mostró que el 73,76% de los neonatos fueron a término, mientras que el 26,24% fueron prematuros. Entre los recién nacidos fallecidos, se observó una marcada diferencia: mientras que solo el 8,86% de los vivos fueron pretérmino, este grupo representó el 48,39% de las muertes neonatales. El análisis estadístico reveló que la prematuridad constituye un factor de riesgo altamente significativo para la mortalidad neonatal, con un OR de 9,64 (IC 95%: 3,835–24,247; p=0,001). Esto indica que los neonatos prematuros tienen 9 veces más probabilidades de fallecer en comparación con los nacidos a término, asociación que resulta estadísticamente significativa (p<0,05) y clínicamente relevante, como lo demuestra el intervalo de confianza que no incluye el valor 1.

**Tabla 7 Clasificación del peso de los recién nacidos hospitalizados en el retén patológico de piso 9, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

<b>Peso</b>	<b>Vivos</b>	<b>%</b>	<b>Muertos</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>P</b>
Macrosómico >4000gr	3	3,85	1	1,59	4	2,84		
Peso normal (2500-3999gr)	57	73,08	21	33,33	78	55,32	4,581	0,001
Bajo peso (1500-2499gr)	16	20,51	27	42,86	43	30,50		
Muy bajo peso(1000-1499gr)	2	2,56	11	17,46	13	9,22		
Extremo bajo peso <1000gr	0	0,00	3	4,76	3	2,13		
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>		

Se logra evidenciar que los neonatos con peso normal (2500-3999gr) constituyen el grupo más numeroso, representando el 55,32% del total, de los cuales el 73,08% sobrevivieron y el 33,33% fallecieron. En otro extremo los neonatos con bajo peso (1500-2499gr) muestran una mayor mortalidad, con un 42,86% de fallecidos frente a un 20,51% de supervivientes. Estos resultados reflejan la fuerte correlación entre el peso al nacer y la supervivencia neonatal. Dichos datos fueron sometidos a las pruebas de Pearson de chi cuadrado y Odd ratio los cuales dan como resultados un OR 4,58 y un p valor de 0,001, demostrando que hay una relación estadísticamente significativa entre las variables

**Tabla 8 Tiempo de la estancia hospitalaria de los recién nacidos ingresados en el retén patológico según su tipo de egreso, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti. Barcelona. Marzo–Abril 2023.**

<b>Estancia hospitalaria</b>	<b>Vivos</b>	<b>%</b>	<b>Muertos</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>P</b>
<b>0 - 5 días</b>	50	63,29	48	77,42	98	69,50		
<b>6 - 10 días</b>	14	17,72	10	16,13	24	17,02	0,741	0,054
<b>11 - 15 días</b>	12	15,19	1	1,61	13	9,22		
<b>16 - 20 días</b>	3	3,80	2	3,23	5	3,55		
<b>21 - 25 días</b>	0	0,00	1	1,61	1	0,71		
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>		

Se evaluó el tiempo de la estancia hospitalaria de los recién nacidos ingresados, destacando que la mayoría de los casos de mortalidad neonatal se asoció a estancias cortas de 0-5 días, representado por un total de 69,50% de los neonatos donde se registra una proporción del 63,29% de los neonatos sobrevivientes, sin embargo, predominó que el 77,42% pertenece a los recién nacidos fallecidos. Los periodos de 6-10 días representan el 17,02% del total, con una mayor supervivencia 17,72% que mortalidad con un 16,13%. Se demostró por medio de  $p=0,054$  y un OR 0,74 de que las variables no presentaron una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 9 Frecuencia de mortalidad neonatal según la modalidad de parto, en el retén patológico del piso 9, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti. Barcelona. Marzo –Abril 2023.**

Tipo de parto	Vivos	%	Fallecidos	%	Total	%	OR	P
Parto eutócico simple	41	51,90	37	59,68	78	55,32	0,68	0,41
Cesaría segmentaria	37	46,84	23	37,10	60	42,55		
Parto distócico	1	1,27	2	3,23	3	2,13		
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>141</b>	<b>100,00</b>		

En el caso de la frecuencia de mortalidad neonatal según la modalidad de parto en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona, destacamos que el parto eutócico simple presenta la mayor proporción de casos con un 55,32%, seguido de la cesárea con un 42,55%, mientras que el parto distócico registra apenas un 2,13%. Además, se aprecia que la mortalidad neonatal es más alta en los partos eutócicos simples con un 59,68% de fallecidos, en comparación con la cesárea que tiene un 37,10% y el parto distócico con un 3,23%. En cuanto a los neonatos vivos, el parto eutócico simple representa el 51,90% seguido de la cesarí segmentaria con un 46,84% y el parto distócico con sólo el 1,27%. Se aplicaron las pruebas estadísticas pertinente como el Chi cuadrado con  $p=0,41$  y el Odd Ratio 0,68 con un IC (0,347-1,366) en la cuales se demuestra que no hay una significancia estadística.

## DISCUSIONES.

La mortalidad neonatal representa uno de los mayores desafíos para el sistema de salud a nivel mundial siendo esta problemática considerada según la OPS/ OMS (2020) como un indicador de la atención materno-infantil.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se determinó que a partir de los pacientes ingresados en el área de retén neonatal del piso 9 del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti se puede hacer énfasis en cuanto a la edad materna que, las progenitoras pertenecientes al grupo etario de adultos jóvenes (19-35 años) presentaron un alto porcentaje de neonatos fallecidos con un 64,54% de los casos coincidiendo con **Salazar P.** en su estudio **“Factores asociados al riesgo de mortalidad neonatal en un hospital público obstétrico de Guayaquil (2022)”** sobre su mayor exposición a riesgos obstétricos (14) donde presentan como resultado a partir de una muestra de 359 de estudio tanto en casos y controles está en el grupo etario entre 19 a 35 años (73,4%) cuyos neonatos presentaron una alta mortalidad.

En otra instancia, nuestros datos proporcionados discrepan con **Santos L.** en su estudio titulado **“Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en los hospitales de Santa Bárbara e Intibucá, marzo 2017 a febrero 2018”**, dónde determinan que la mayoría de las madres correspondían al rango de edad entre 12 a 19 años con un (53%).

A su vez también se obtuvo que la procedencia de las madres, mostraron una mayor mortalidad neonatal en aquellas que provienen de zonas urbanas con un total del 66,67%, reflejando los fallecidos a partir de esta cifra con un 61,29% representó una elevada tasa de mortalidad neonatal, hallazgo que difiere con **Álvarez et al. (2022) (11)** en su estudio **Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal del servicio de neonatología del Hospital Escuela "Óscar Danilo Rosales Argüello"**, donde el 57, 1% de las madres son de procedencia rural lo cual evidenció una asociación significativa con la mortalidad neonatal.

En base a las comorbilidades y patologías maternas de los pacientes ingresados en el piso 9 Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Se obtuvo como referencia que las Infecciones vaginales destacaron con un 53,19%, con un p valor de 0,28% mostrando una nula significancia estadística de los recién nacidos fallecidos discrepando con el trabajo de investigación de **Santos L.** en su estudio titulado **“Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en los hospitales de Santa Bárbara e Intibucá, marzo 2017 a febrero 2018”**, en el cual la mayoría de madres presentó vaginosis representando un 93.7%.

En cuanto a las infecciones del tracto urinario representó el 43,08% de la mortalidad neonatal el cual se relaciona con el trabajo de investigación de **Salazar P.** Quién realizó un estudio analítico de casos y controles, diseño no experimental, retrospectivo que lleva por título **“Factores asociados a riesgo de mortalidad neonatal en un hospital público obstétrico de Guayaquil, 2022”** en Perú, determinando que las infecciones de vías urinarias en el tercer trimestre de gestación en una muestra de 269 madres de los recién nacidos en estudio, equivale a un 58,5%, siendo el porcentaje más alto de todas las condiciones de salud presentadas en las gestantes.

En relación a los recién nacidos hospitalizados según diagnóstico y condición de egreso en el retén patológico, Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" Barcelona. Se determinó que el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDRA) fue la causa principal de fallecimiento en estos neonatos, constituyendo el 36,52%. Estos hallazgos contrastan con la información proporcionada por el Dr. Lona J. en su artículo de investigación **“Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales”** Guadalajara, México donde a partir de 1410 neonatos ingresados en UCI su causa principal de mortalidad se asoció a malformaciones o enfermedades genéticas (28,2%).

En cuanto a los altos riesgos obstétricos (ARO) nuestro trabajo muestra que el 94,33% de los neonatos provenían de embarazos de alto riesgo obstétrico, con una

prevalencia del 91,9% entre los fallecidos frente al 96,20% en supervivientes. Lo cual difiere con la investigación propuesta por Méndez “Factores asociados a la Mortalidad Neonatal en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre 2015”, el cual concluyo que los embarazos de alto riesgo obstétrico (ARO) son un factor crítico en la mortalidad neonatal, por medio una muestra de 63% (438 casos) de las madres de los recién nacidos fallecidos fueron clasificadas como ARO.

En cuanto, a la edad gestacional, nuestra investigación muestra que los neonatos a término constituyeron el 51,61% de los fallecimientos neonatales, Estos resultados contrastan totalmente con los resultados del estudio de Cajamarca (2019), en el que se descubrió que la prematuridad se encontraba presente en el 77,4% de los casos de mortalidad neonatales. (22)

Para nuestro estudio de investigación se llevó a cabo la clasificación de los neonatos según su peso al nacer donde se pudo determinar que aquellos neonatos con bajo peso (1500-2499gr) mostró una mayor mortalidad, con un 42,86% de fallecidos, difiriendo con el artículo científico elaborado por el Dr.Lona Reyesa J. Dr. Pérez Ramírez O. et al, 2018 titulado “**Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales.**” En Guadalajara, México, comprobaron que aquellos neonatos que obtuvieron un peso  $\leq$  1500 gramos presentaron el 57,3% (n: 110) de las muertes; la mortalidad para este grupo fue de 445 defunciones por 1000 internados y el 78,2% (n: 86) fueron en la primera semana de vida (23)

De acuerdo al tiempo de estancia hospitalaria de los neonatos en el piso 9 del hospital "Dr. Luis Razetti" y su tipo egreso, la tendencia observada sugiere que una menor duración en el recinto hospitalario se asocia con un aumento en la tasa de mortalidad neonatal donde en una población de 141 neonatos (69,50%) de los cuáles el 77,42% falleció con una estancia de (0-5 días) en comparación de aquellos neonatos que superan más de 16 días expresando como sólo el 1.42% no tuvieron esperanza de vida. Lo cual difiere de los establecido por Collazo, A en su trabajo “FACTORES

PERINATALES DE MORTALIDAD NEONATAL EN PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN. 2017” (8), los cuales determinaron que estancias hospitalarias más largas (11 días) estaban relacionados con una mayor mortalidad

Por otra parte, se tiene que de acuerdo al tipo de parto se encontró que los **partos eutócicos** (55,3%) presentaron una alta mortalidad neonatal (59,68%) y un  $p(0,41)$ , a diferencia del estudio de Herrera, M (2020) (22) quien demostró que los **partos distócicos** (83.9%) tuvieron mayor mortalidad neonatal ( $p=0.002$ ).

Además, se realizó una entrevista con la responsable de enfermería del Hospital Luis Razetti, quien ha revelado los diversos factores hospitalarios que podrían estar vinculados con la mortalidad neonatal durante el primer semestre de 2023. La infraestructura presentaba deficiencias críticas, como la ausencia de aire acondicionado y agua, mientras que la presencia de equipos médicos era limitada: únicamente 23 de 35 incubadoras, 10 de 16 monitores cardíacos y 4 de 9 ventiladores operaban, lo que requería la rotación de estos equipos entre pacientes en función de su severidad. Además, la falta de recursos fundamentales (antibióticos, ropa estéril) y la exigencia de que los parientes los obtuvieran incrementaban la probabilidad de contraer infecciones.

A pesar de estar presente, el equipo de enfermería se enfrentaba a un exceso de trabajo (proporciones insuficientes como 1 enfermera por cada 3 neonatos en incubadora) y la ausencia de seguridad ponía al equipo y a los pacientes en posibles escenarios violentos por parte de familiares y personas ajenas a la institución. Estas circunstancias evidencian una administración insuficiente de recursos, un mantenimiento incorrecto de los equipos y prácticas institucionales que ponían en riesgo la calidad del cuidado. En general, estos elementos de una infraestructura insuficiente, equipos deficientes, escasez de insumos, exceso de personal y ausencia de protocolos preventivos indicaron un entorno hospitalario de alto riesgo para los neonatos, lo que podría justificar, en cierta medida, la mortalidad neonatal observada.

## CONCLUSIONES

- Se identificó los factores sociodemográficos de las madres de los pacientes ingresados en el área del piso 9 del Hospital Universitario "**Dr. Luis Razetti**". **Barcelona**, entre ellos destaca la edad materna, donde a partir del cual aquellas gestantes pertenecientes al grupo etario de adultos jóvenes (19-35 años) prevaleció una mayor tasa de mortalidad neonatal.
- Se evidenció que las madres provenientes de zonas urbanas reflejaron un mayor incremento en la mortalidad neonatal en comparación de aquellas progenitoras procedentes de áreas urbanas, destacando una mayor proporción en el municipio Simón Bolívar y Sotillo.
- Se reconoció que los hallazgos del estudio actual sobre las comorbilidades y patologías maternas destacó que las embarazadas representan una población vulnerable frente a infecciones vaginales seguida de las infecciones del tracto urinario, lo cual se explica por las modificaciones fisiológicas propias de la gestante, donde el útero a medida que incrementa su tamaño éste ejerce una fuerza compresiva sobre el sistema genitourinario facilitando a la estasis urinaria y consigo infecciones urinarias.
- El Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido (SDRA) demostró ser la causa principal del fallecimiento de los neonatos ingresados en el 9no piso del HULR, debido a factores como la prematuridad y deficiencia del surfactante pulmonar. En segundo lugar, se reflejó a la depresión neonatal y la asfixia neonatal como contribuyentes a un incremento de la tasa de mortalidad.

- Este estudio revela que, a pesar, de ser neonatos a términos, destacaron una baja supervivencia de tan sólo un 4,96% siendo éste un hallazgo contradictorio con las expectativas médicas.
- Se estableció que aquellos grupos pertenecientes a la clasificación de bajo peso al nacer (1500-2499gr), demostró ser un factor de riesgo significativo especialmente durante la primera semana de vida, incrementando un periodo crítico en su morbilidad y mortalidad.
- Una estancia hospitalaria corta se asoció a una tasa de mortalidad neonatal elevada, en comparación de aquellos neonatos con una estadía hospitalaria mayor a 16 días.
- Se reflejó la asociación de un parto eutócico simple como factor de riesgo asociado a un aumento de la mortalidad neonatal en nuestra población estudiada, seguido de aquellos que nacieron mediante cesaríá en comparación de un parto distócico donde obtuvo menor tasa de mortalidad.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar programas educativos mediante charlas interactivas en consultas prenatales, abordando temas como signos de alarma en el embarazo, prevención de infecciones vaginales y la importancia de los controles prenatales según estándares de la OMS. Complementariamente, se sugiere distribuir material gráfico informativo (folletos e infografías) en salas de espera, con contenido sobre alimentación adecuada, beneficios de la lactancia materna y técnicas de monitoreo fetal, dirigido a empoderar a las gestantes en el autocuidado.
- Es prioritario establecer capacitaciones trimestrales obligatorias para el personal de salud, enfocadas en reanimación neonatal avanzada mediante simulacros con maniqués de alta fidelidad, manejo protocolizado del distrés respiratorio (incluyendo uso de surfactante y ventilación no invasiva), y reforzar medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Estas acciones buscan estandarizar prácticas clínicas basadas en evidencia.
- Se propone equipar la unidad neonatal con kits de emergencia pre-dosificados para recién nacidos críticos, implementar un puesto de lactancia materna exclusiva con apoyo especializado, e instalar tableros de monitoreo visual para registro sistematizado de parámetros clínicos. Estas intervenciones pretenden agilizar la atención y mejorar la seguridad del paciente neonatal.
- Se sugiere desarrollar un sistema de alerta temprana para derivación oportuna de embarazos de alto riesgo, junto con un programa de visitas domiciliarias post-alta para prematuros. Este enfoque busca garantizar continuidad en la atención y reducir complicaciones postnatales.
- Se recomienda implementar un registro electrónico neonatal que permita el análisis en tiempo real de indicadores de morbimortalidad, facilitando la identificación de tendencias y factores de riesgo emergentes. Esta herramienta apoyaría la toma de decisiones basada en datos locales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud. [Online] Acceso 13 de 12de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
2. Bernstein H B, VanBuren G. En DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editores. Embarazo normal y cuidados prenatales.: McGraw Hill; 2014.
3. Cornejo Gamboa AT, Romero García BZ. Bachelor's thesis. [Online].; 2019. Acceso 5 de 11 de 2023. Disponible en: <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/4523/2.%20FACTORES%20ASOCIADOS%20A%20LA%20MORTALIDAD%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Tang M, Ganzález N, Lugo L, Medina Y, Mendoza L, Vargas C. Algunos factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Central de Maracay 2012. 2015; 13(1).
5. Velasco-Benítez CA. El modelo de lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre Cryptosporidium spp. del grupo de investigacion gastrohnp de la universidad del valle de Cali, Colombia. 2015; 17(3): p. 204-208.
6. Méndez Doña AR. Factores asociados a la Mortalidad Neonatal en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero 2010 a Diciembre 2015..

7. D S. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4).
8. Collazos Acosta LK, Martinez Quispe KM. E lFactores perinatales de mortalidad neonatal en prematuros en el hospital regional docente materno infantil El Carmen. 2017. <https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/4345/Collazos%20A-%20Mantinez%20Q.pdf?sequence=1>.
9. Arias, F. El proyecto de investigación. 2012th ed. El Pasillo 2011 CA, editor. Caracas- Republica Bolivariana de Venezuela: EPISPTEME, C.A; 2012.
10. Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista mexicana de pediatría. 2012; VII(1).
11. Álvarez Rocha. CV, Andino López. LR, Arnüero Suazo. PJ. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal del servicio de neonatología del Hospital Escuela “Óscar Danilo Rosales Argüello”, León, entre 01 de septiembre de 2020 al 31 de agosto del 2021..
12. Bolan N, Cowgill K, Walker K, Kak L, Shaver T, Maxon S, et al. Desafíos de los recursos humanos en el área de salud para garantizar atención neonatal de calidad en países con ingresos bajos y medianos: una revisión exploratoria. 2021; 9.
13. Calle-Munzón, JS, Mesa-Cano, IC, Ramírez-Coronel, AA, Moyano-Brito, EG. Factores de riesgo de mortalidad..
14. Salazar Pallo G. Factores asociados al riesgo de mortalidad neonatal en un hospital público obstétrico de Guayaquil, 2022..

15. Blasco Navarro M, Cruz Cobas M, Cogle Duvergel Y, Navarro Tordera M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. MEDISAN. 2018; 22(7).
16. Calle-Munzón JMCIRCAMBE. Factores de riesgo de mortalidad.
17. J. L. Apoyo familiar y prácticas en el cuidado del recién nacido por madres primerizas.  
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/eff6db4c-f3f4-41da-aaae-f0b7e9264477/co>. 2023 .
18. M. V. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. [Online].; 2020.. Disponible en: <http://www.scielo.cl/sciel>.
19. L. MLV. Factores socioeconómicos y estrés familiar de las madres de los pacientes hospitalizados en Neonatología del Hospital Belén de Trujillo. [Online].; 2022.. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/8647/TESIS.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
20. Romer I PV. Condiciones de vida en situaciones excepcionales y su influencia en la mortalidad infantil. [Online].; 2023.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192023000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192023000300011&lng=es).
21. J D. La calidad en medicina como obligación deontológica. Cuadernos de bioética. [Online].; 2023.. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2023/34/111/163.pdf>.
22. Herrera J. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA..

23. Reyes L. Mortalidad neonatal y factores asociados a recién nacidos internados en una unidad de cuidados intensivos..
24. Segura Y, Medalit T. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, 2019..
25. RIMASCA MAMANI AK. Factores de riesgo de mortalidad neonatal en el hospital regional del Cusco, 2018-2019..
26. Mamani A. Factores de riesgo de mortalidad neonatal en el hospital regional del Cusco. 2020.
27. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. CUIDADOS PRENATALES Y ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA. [Online]; 2022. Acceso 12 de 04de 2024. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>.
28. Organization. WH. World Health Organization. Adolescent pregnancy [online]. World Health Organization. 2024. [Online]; 2024. Acceso 12 de Mayode 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
29. Víquez Víquez M CGC. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas..
30. C. O. Depresión neonatal. [Online]; 2021. Acceso 15 de Marzode 2024. Disponible en: [http://www.saludinfantil.org/Seminarios\\_Neo/Seminarios/Perinatologia/Depresion\\_Neonatal\\_ChristopherOlavarria.pd](http://www.saludinfantil.org/Seminarios_Neo/Seminarios/Perinatologia/Depresion_Neonatal_ChristopherOlavarria.pd).

31. G GP. Caracterización de recién nacidos con depresión cardiorrespiratoria del Hospital Ginecobstétrico "Fé del Valle Ramos", Granma. Revista Información Científica. 2021.



## APÉNDICE A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD - DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
**FACTORES DE RIESGO EN LA MORTALIDAD NEONATAL,**  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. LUIS RAZETTI", BARCELONA, DESDE ENERO  
 HASTA JUNIO DEL AÑO 2023.

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Nº Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M (\_\_\_) F (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso:

Tipo de egreso: Vivo:

Fallecido:

#### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

##### NIVEL SOCIOECONÓMICO:

**Nivel de educación:** Ninguna\_\_\_ Inicial\_\_\_ Primaria\_\_\_ Media (1era a 5to año)\_\_\_ Universitario o media técnica \_\_\_\_\_ Postgrado\_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltera\_\_\_ Casada\_\_\_ Divorcida\_\_\_ Unida\_\_\_  
 Viuda\_\_\_ Separada\_\_\_\_\_

**Procedencia:** Urbano\_\_\_ Rural\_\_\_ Estado\_\_\_ Municipio\_\_\_\_\_

#### FACTORES DE RIESGO MATERNO

##### DATOS ANTROPOMÉTRICOS

**Edad materna:** \_\_\_\_\_

**Paridad:** Multípara\_\_\_ Primípara\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Hipertensión Arterial NO (\_\_\_) SI (\_\_\_) Diabetes: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

Parto prematuro: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Preeclampsia y eclampsia: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Cesárea anterior: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Rotura Prematura de membrana: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Otros: \_\_\_\_\_

**DATOS DE GESTACIÓN ACTUAL:**

Inicio de control: \_\_\_\_\_

Número de controles: \_\_\_\_\_

**Infecciones:**

Infección del tracto urinario: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Infección vaginal: NO (\_\_\_) SI (\_\_\_)

Sífilis:

VIH:

**Patologías:**

Preeclampsia y eclampsia:

Amenaza de parto prematuro:

Anemia:

Diabetes:

Otras: \_\_\_\_\_

**FACTORES NEONATALES:****DATOS ANTROPOMÉTRICOS****Edad gestacional:** \_\_\_\_\_ (Semanas)**Peso al nacer:** \_\_\_\_\_ (gr)**Talla:** \_\_\_\_\_ (Cm)

**PATOLOGÍAS**

Sepsis Neonatal NO ( ) SI ( )

Asfixia perinatal NO ( ) SI ( )

Síndrome de distrés respiratorio NO ( ) SI ( )

Malformaciones congénitas: NO ( ) SI ( )

Prematuridad: NO ( ) SI ( )

Depresión Neonatal: NO ( ) SI ( )

**Otros** \_\_\_\_\_**FACTORES HOSPITALARIOS****SERVICIOS BÁSICOS:****Climatización:**

Presencia de:

- **Aire acondicionado** SI ( ) NO ( ) **Funcionaban:** SI ( ) NO ( )
- **Agua:** SI ( ) NO ( )
- **Electricidad:** SI ( ) NO ( )

**EQUIPOS:**

Presencia de:

- **Incubadora** SI ( ) NO ( ), **Funcionaban:** SI ( ) NO ( ) **Parcialmente ( )**
- **Cantidad de Incubadoras:**

**En relación con el año 2023, ¿considera que el número de incubadoras disponibles fue suficiente en función de la población neonatal que necesitó de este tipo de soporte vital?**

SI ( ) NO ( ) . En caso de responder “No”, podría colocar una breve explicación de los inconvenientes que se presentaron.

- **Monitores cardiacos:** SI ( ) NO ( ) **Funcionaban:** SI ( ) NO ( ) **Parcialmente ( )**.
- **Cantidad de monitores:**

**En relación con el año 2023, ¿considera que el número de monitores cardiacos disponibles fue suficiente en función de la población neonatal que necesitó de este tipo de soporte vital?**

SI ( ) NO ( ) . En caso de responder “No”, podría colocar una breve explicación de los inconvenientes que se presentaron.

- **Respiradores:** SI ( ) NO ( ) **Funcionaban:** SI ( ) NO ( ) **Parcialmente** ( )
- **Cantidad de respiradores:**

**En relación con el año 2023, ¿considera que el número de respiradores disponibles fue suficiente en función de la población neonatal que necesitó de este tipo de soporte vital?**

SI ( ) NO ( ) . En caso de responder “No”, podría colocar una breve explicación de los inconvenientes que se presentaron.

### **INSUMOS:**

#### **Se contaba con:**

Antibióticos: SI ( ) NO ( )

Soluciones SI ( ) NO ( )

Jeringas: SI ( ) NO ( )

Jelco: SI ( ) NO ( )

Oxígeno: SI ( ) NO ( )

Camara cefálica o de Hood: SI ( ) NO ( )

CPAP: SI ( ) NO ( )

#### **Ropa estéril:**

Botas : SI ( ) NO ( )  
Batas : SI ( ) NO ( )

Gorros: SI ( ) NO ( )

Tapabocas: SI ( ) NO ( )

**En relación con el año 2023, ¿considera que el número de insumos disponibles fue suficiente en función de la población neonatal que necesitó de este recurso?**

SI ( ) NO ( ) . En caso de responder “No”, podría colocar una breve explicación de los inconvenientes que se presentaron.

### **PERSONAL**

Se contaba con:  
**Pediatra:** SI ( ) NO ( )

Cantidad por turnos: \_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_

Nocturno \_\_\_\_

**Perinatología:** SI (\_\_\_) NO (\_\_\_)

Cantidad por turnos: \_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_

Nocturno \_\_\_\_

**Enfermeras:** SI (\_\_\_) NO (\_\_\_)

Cantidad por turnos: \_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_

Nocturno \_\_\_\_

**Enfermeras Neonatal:** SI (\_\_\_) NO (\_\_\_)

Cantidad por turnos: \_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_

Nocturno \_\_\_\_

**Residentes:** SI (\_\_\_) NO (\_\_\_)

Cantidad por turnos: \_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_

Nocturno \_\_\_\_

**En relación con el año 2023, ¿considera que el número de personal disponible y su distribución fue suficiente en función de la población neonatal que requerían de sus servicios?**

SI (\_\_\_) NO (\_\_\_). En caso de responder “No”, podría colocar una breve explicación de los inconvenientes que se presentaron.

## METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

<b>TÍTULO</b>	Factores de riesgo de la mortalidad neonatal en el hospital universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona, edo. Anzoátegui desde marzo hasta abril del año 2023.
<b>SUBTÍTULO</b>	

### AUTOR (ES):

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>
Quevedo B, Stefany C	<b>ORCID:</b> <b>EMAIL:</b> stefanyquevedo354@gmail.com
Rodríguez C, Carlos L	<b>ORCID:</b> <b>EMAIL:</b> carlosluisrodriguezcarreno@gmail.com
Rodríguez V, Beruska Del V	<b>ORCID:</b> <b>EMAIL:</b> beruvelasquez10@gmail.com

### PALABRAS O FRASES CLAVES:

mortalidad neonatal
prematuridad
bajo peso al nacer
distrés respiratorio
factores de riesgo
salud pública

## METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA	SUBÁREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Salud Pública

**RESUMEN:** La mortalidad neonatal, definida como el fallecimiento de recién nacidos en los primeros 28 días de vida, constituye un problema de salud pública significativo que refleja la calidad de los sistemas materno-infantiles. Este estudio epidemiológico observacional, analítico, de casos y controles y retrospectivo, se propuso determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti" de Barcelona, estado Anzoátegui, entre marzo y abril de 2023. Se analizaron 141 historias clínicas (62 casos y 79 controles), evaluando variables sociodemográficas, maternas, neonatales y hospitalarias. Los resultados indicaron que el distrés respiratorio (36,52%), la depresión neonatal (22,61%) y la asfixia perinatal (20%) fueron las principales causas de mortalidad. La prematuridad (OR=9,64; p=0,001) y el bajo peso al nacer (OR=4,58; p=0,001) mostraron la mayor asociación estadística, mientras que las infecciones vaginales maternas también resultaron significativas (OR=0,47; p=0,04). El 77,42% de los fallecimientos ocurrió en los primeros 5 días de estancia, con una tasa global de mortalidad neonatal del 43,97%. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el control prenatal, prevenir infecciones maternas y optimizar los recursos en unidades neonatales, contribuyendo así al entendimiento de los factores de riesgo en la población neonatal venezolana.

## METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

### CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Morales, Amilcar	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
	<b>ORCID:</b>				
	<b>E_MAIL:</b>	amilcarmor@hotmail.com			
Álvarez, Winston	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
	<b>ORCID:</b>				
	<b>E_MAIL:</b>	winstonalvarezm@gmail.com			
Salazar, Julitza	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU</b>	<b>JU</b>
	<b>ORCID:</b>				
	<b>E_MAIL:</b>	jdsm034@gmail.com			

### FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN

2025	06	23
<b>AÑO</b>	<b>MES</b>	<b>DÍA</b>

**LENGUAJE. SPA.**

## **METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y**

### **ASCENSO**

#### **ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
NAZTTG_QBSC2025	Application. MS.word

#### **CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:**

##### **ALCANCE**

**ESPACIAL:** inespacial

**TEMPORAL:** intemporal

##### **TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico cirujano.

##### **NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado.

##### **ÁREA DE ESTUDIO:**

Departamento de medicina.

##### **INSTITUCIÓN:**

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui.

# METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumandá, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Firma]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*[Firma]*  
**JUAN A. BOLANOS CUMBELE**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YQC/manja

Apertado Correo 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumandá - Venezuela

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y  
ASCENSO:**

**DERECHOS**

**De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034.2009)**

“Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario, para su autorización”.

Quevedo B, Stefany C

**AUTOR**

Rodríguez C, Carlos L

**AUTOR**

Rodríguez V, Beruska Del V

**AUTOR**

**Morales, Amilcar**

**ASESOR**

**Álvarez, Winston**

**JURADO**

**Salazar, Julitza**

**JURADO**

---

**Prof. Anna Álvarez**

**Coordinador de la comisión**

**POR LA COMISION DE TRABAJO DE GRADO**