

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO**



FACTORES MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA MUERTE NEONATAL

DELIA VERONICA PINEDA SANTOS DE ORELLANA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Guatemala, septiembre 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO**



FACTORES MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA MUERTE NEONATAL

DELIA VERONICA PINEDA SANTOS DE ORELLANA

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal**

Guatemala, septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Delia Verónica Pineda Santos.

Carné Universitario No.: 200418562

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Factores Maternos que Influyen en la Muerte Neonatal**".

Que fue asesorado: Licda. Enma Judith Porras Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajabón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyés MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Factores maternos que influyen en la muerte neonatal" de Delia Verónica Pineda Santos de Orellana, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Enma Judith Porras Marroquín MA.
Asesor de Tesis
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

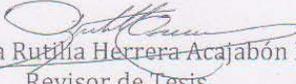
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Factores maternos que influyen en la muerte neonatal" de Delia Verónica Pineda Santos de Orellana, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada Rutilla Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la **Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo –AECID-** y a la **Fundación Para el Desarrollo de la Enfermería –FUDEN-**, España, por el apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta Verapaz y Baja Verapaz para su formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios, en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosas instituciones asumiendo el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTO

A DIOS: Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo de felicidad.

A: la Universidad de San Carlos de Guatemala, por haber permitido a través de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas esta Maestría en Enfermería Materno Neonatal.

A: Licda. Rutilia Herrera Acajabon. Por su esfuerzo y entrega al desarrollo de Enfermería en Guatemala.

A MIS PADRES Y HERMANOS: Por haberme enseñado el valor de la familia, gracias por ser mis amigos.

A MI ESPOSO E HIJOS: Gracias por su infinita paciencia, por su tierna compañía e inagotable apoyo. Gracias por compartir mi vida y mis logros, esta tesis también es de ustedes.

A MIS SOBRINOS: Por su amor y apoyo.

INDICE DE CONTENIDOS

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	ANTECEDENTES.....	3
III	OBJETIVOS.....	17
IV	MATERIAL Y METODOS.....	18
V	RESULTADOS.....	22
VI	DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	26
6.1	CONCLUSIONES.....	27
6.2	RECOMENDACIONES.....	27
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
VIII	ANEXOS.....	32

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1.....	22
CUADRO No. 2.....	22
CUADRO No. 3.....	22
CUADRO No. 4.....	22
CUADRO No. 5.....	23
CUADRO No. 6.....	23
CUADRO No. 7.....	23
CUADRO No. 8.....	23
CUADRO No. 9.....	24
CUADRO No. 10.....	24
CUADRO No. 11.....	24
CUADRO No. 12.....	24
CUADRO No. 13.....	24

INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1.....	20
------------------	----

RESUMEN

El objetivo del estudio fue Determinar los factores maternos relacionados con la muerte neonatal de los recién nacidos del Hospital Nacional de Amatlán en el periodo de enero a diciembre del año 2012. Estudio de tipo Descriptivo y transversal, se utilizó un cuestionario para recolectar los datos de los expedientes de los 34 casos que se presentaron de defunción de los neonatos y de acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia como factor determinante en la muerte de los neonatos la falta de control prenatal de las madres con un 0 %, las edades de las madres en 47 % es de 15 a 19 años Primigestas en el mismo porcentaje, a pesar que recibieron una atención con personal calificado un 94 % atención hospitalaria, un 59% resolvió su embarazo por medio de cesárea, pero un 38 % de los diagnósticos de defunción fue prematuridad lo que también da un 68 % de neonatos que fallecieron los primeros cinco días de vida. Se concluye que los factores maternos que influyeron en la muerte neonatal fue la falta de control prenatal, y la edad de las madres, ser primigestas en un 47 % no permitieron identificar los riesgos en el embarazo tanto para la madre como para el neonato lo que desencadenó en la muerte del neonato.

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the maternal factors associated with neonatal death newborn Amatlán National Hospital in the period from January to December of the year 2,012. Descriptive and transversal study type, a questionnaire was used to collect data from the records of the 34 cases presented death of infants and according to the results obtained evidence as a factor in the death of infants lack antenatal mothers with 0%, the ages of the mothers in 47% of 15 and 19 years primigravida by the same percentage, despite receiving skilled care with hospital care 94%, 59% resolved pregnancy by cesarean section, but 38% of the diagnoses of death was prematurity which also gives 68% of infants who died the first five days of life. We conclude that maternal factors influencing neonatal death was the lack of prenatal care, and maternal age, being primiparous 47% have failed to identify the risks in pregnancy for both mother and infant which triggered in newborn death.

INTRODUCCION

La tasa de mortalidad neonatal en Guatemala es de 6.85 muertes/1.000 nacimientos y en el departamento de Guatemala es de 9.13 y específicamente en el municipio de Amatitlán es de 6.8 por mil nacidos vivos.¹

Constituyendo ésta uno de los indicadores de salud más altos de los que se reportan en dicho departamento. El riesgo del recién nacido en el país es alto, por lo que se necesitan investigaciones a nivel local que permitan determinar las causas de dicho problema con lo cual se mejore la calidad de atención y se reduzca de esta manera la mortalidad en este grupo etéreo.

Las condiciones en que nace un recién nacido constituyen desde sus inicios una preocupación para todo el personal de enfermería encargado de recibir a estos niños, así como, la relación entre estas condiciones y la evolución que los niños pudieran presentar, en especial con la morbilidad y la mortalidad.

En diciembre de 1999, la Organización Panamericana de la Salud, lanzo la iniciativa “Niños Sanos: la meta del 2002”, poniendo de manifiesto el compromiso del sector de salud de todos los países de la región de las Américas para mejorar las condiciones de salud de la Infancia. Además, en la declaración universal de los derechos del niño se dice que: “El niño por su inmadurez física y mental requiere de cuidados especiales antes y después del nacimiento”, y se menciona que una forma de maltrato infantil es el prenatal, en donde todo aquel acto que de manera intencional o negligente causa lesión o muerte al producto de la gestación.

La reducción de la mortalidad infantil es el cuarto objetivo de desarrollo del milenio de las Naciones Sin embargo, dentro de la mortalidad infantil, la población más expuesta es la de neonatos con menos de una semana de vida (período neonatal temprano). De acuerdo a información mundial de la OMS, cerca de un tercio de muertes en niños menores de 5 años se produce en la primera semana de vida.

¹ Jefatura Área Guatemala sur, Departamento de epidemiología. 2.012

Las muertes que se presentan entre los neonatos se asocian principalmente con las condiciones del embarazo y el parto.

La importancia de identificar los factores maternos que influyeron en los ingresos al servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Amatitlán, con complicaciones y que fallecieron para poder obtener información que permita determinar las causas prevenibles de dicho problema, así como establecer el grupo etario en el que se presentan con mayor frecuencia y proponer planes de acción para disminuir la mortalidad en este grupo atareó, al mejorar los programas dirigidos a la atención materna y perinatal.

La importancia social del estudio radica en que la población que será beneficiada al identificar los factores maternos que influyeron en la muerte neonatal se pueden buscar estrategias que ayuden a intervenir oportunamente en estos factores y evitar las muertes en los neonatos.

Para realizar este estudio se realizó una revisión de los 34 expedientes de los neonatos que fallecieron durante el año 2,012 en el servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Amatitlán.

Conociendo las causas maternas que influyeron en la muerte neonatal, se puede establecer un plan pronto y seguro en la atención de enfermería que establezca una atención calificada tanto a la madre gestante como a los neonatos y de esta manera puedan gozar de una salud optima, no solo al momento del nacimiento, sino también al momento de transición y durante el desarrollo de su vida, la cual estará marcada a lo largo de la misma por secuelas irreversibles, si no se brinda una atención de calidad. El estudio fue viable y factible ya que se contó con el apoyo de las autoridades del área de Salud de Guatemala Sur, así como también con la Dirección del Hospital Nacional de Amatitlán.

II

ANTECEDENTES

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo y parto son procesos fisiológicos normales que concluyen con el parto de un niño sano, sin embargo, en ciertas circunstancias la madre o el recién nacido pueden estar en riesgo. Se considera a un embarazo como de alto riesgo cuando la probabilidad de un resultado adverso es mayor que la que se observa en la población general de embarazadas. Un programa de atención prenatal sistemático puede mejorar los resultados del embarazo y lograr los siguientes objetivos:

- A. Proporcionar recomendaciones, tranquilizar, educar y apoyar a la mujer y su familia
- B. Tratar las enfermedades menores del embarazo
- C. Proporcionar un programa de detección para confirmar que mujeres continuaran con un riesgo bajo.
- D. Prevenir y detectar y tratar los factores que podrían afectar de manera adversa la salud de la madre y del neonato.²
- E. Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.
- F. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.
- G. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

2.1 Factor

El término factor está especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la

² Mark Morgan, Sam Siddghi Ginecología y Obstetricia, National Medical Series, Quinta Edición. Mexico 2006

producción o el logro de un resultado. Y por el otro lado cada uno de los elementos que forma un producto. Hace referencia a la acción, cosa o actividad, que influyen en el actuar de las personas.

2.2. Tipo de factores:

Se refiere a las circunstancias que pueden influir positivamente o negativamente en la incidencia de embarazos en adolescentes, pudiendo mencionarse los factores sociales, económicos culturales, psico-sociales.

2.3 Factor Social

Elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

Se refiere a las actividades, deseos, expectativas, grados de inteligencia y educación de las personas de una determinada sociedad

2.4 Factor Económico

El estado socioeconómico bajo incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Este tipo de factor es de vital importancia, ya que la necesidad de sobrevivencia al actual tiempo de crisis económica que vive el país afecta a la sociedad, ya que la población aumenta diariamente, y el trabajo es escaso principalmente a la mujer cuando se encuentra en estado de gravidez, es importante que la pareja adquiera responsabilidad económica pues debe contar con lo indispensable para cuando el bebé nazca ofrecerle seguridad; refiriéndome en este aspecto a un techo con servicios indispensables, un trabajo seguro para que el alimento no falte.

2.5. Pobreza

El porcentaje de pobreza en Guatemala es de un 73%²⁰. Razón por la que en algunos casos las adolescentes que se encuentran en hogares con extrema pobreza, tienen la creencia de que al aceptar proposiciones de hombres con mejores condiciones económicas pueden salir de su situación precaria, sin embargo en la mayoría de casos puede suceder que solo corren el riesgo de un embarazo que viene a complicar más su situación.

2.6 Edad materna

La edad es un factor de riesgo identificable. Las mujeres menores de 20 años de edad tienen mayor riesgo de los siguientes trastornos:

1. Parto prematuro
2. Atención prenatal tardía o ausencia de esta
3. Bajo peso al nacimiento
4. Disfunción uterina
5. Muerte fetal

2.7 Muerte neonatal

Las madres mayores de 35 años de edad tienen mayor riesgo de los siguientes:

1. Aborto espontáneo del primer trimestre
2. Anomalías genéticas en el producto del embarazo
3. Complicaciones medicas
 - a. Hipertensión
 - b. Diabetes
 - c. Preeclampsia
4. Embarazos múltiples
5. Aumento en la tasa de operación cesárea
6. Mortalidad y morbilidad fetales.³

2.8 Nivel de escolaridad materna

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes.

La periodicidad o precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien, la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una

³ Mark Morgan, Sam Siddghi Ginecología y Obstetricia, National Medical Series, Quinta Edicion. Mexico 2006³

mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención medica. ⁴

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

2.9 Factores De Riesgo Gestacionales

Toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que según los acontecimientos que poseen, está asociado a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico de afectación especialmente desfavorables de tal proceso, los factores de riesgo pueden ser universales (edad), sociales, ambientales y biológicos, o asociarse varios de ellos OMS.

2.10 Antecedentes Obstétricos

Este comprende: el número de embarazos que ha tenido la paciente, número de partos en general, número de partos vaginales, número de partos por cesárea, número de abortos, número de hijos vivos, número de hijos muertos, edad de la primera menstruación espontánea, edad en la que la mujer dejó en forma natural de menstruar, fecha de la última menstruación, fecha del último parto, fecha de la última citología, resultado de la última citología, características de los ciclos menstruales de la paciente, actividad sexual de la paciente, método de planificación y patologías relacionadas con el embarazo y/o parto.⁵

2.11 Preclampsia

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria ó ambos que ocurre después de la 20 a. semana de gestación. Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de hipertensión:

⁴ http://www.ecured.cu/index.php/Factores_de_riesgo_gestacionales

- a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg ó mayor
- b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg ó mayor

Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas. Si éstos valores previos no se conocieran, un registro > a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Preeclampsia. Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones > de 140/90 para el diagnóstico de Preeclampsia. La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Preeclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. ó más de Proteína en una exámen aislado de orina de 24 hrs. La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Preeclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clínicamente ó por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema.⁵

La enfermedad hipertensiva complica 8 a 11 % de todos los embarazos, ocupando el segundo lugar de cómo causa de mortalidad materna.

Los factores que predisponen a pacientes a la preeclampsia son los siguientes:

- Primigesta
- Herencia
- Embarazo Gemelar
- Diabetes
- Enfermedad Renal
- Factores Nutricionales
- Edad < 21 Ó > 35 Años
- Obesidad
- Hipertension Cronica
- Antecedentes De Preeclampsia

El cuadro de la preeclampsia presenta un amplio espectro que va desde formas leves a extremadamente severas con elevada morbimortalidad materno fetal. En muchos casos

⁵ http://190.242.36.221/helponline/manuales_robohelp/manual_de_usuario_hc_pep_v1.0/gineco-obstetricos.htm

la progresión del cuadro es lenta y nunca pasa de una forma leve. En otros, la minoría, la enfermedad progresa rápidamente a formas graves en el transcurso de días ó semanas.

2.12 Infección Urinaria

Las infecciones del tracto urinario son más comunes durante el embarazo, se supone que se deben al la estasis asociada con el hidrouréter, al aumento de nutrientes urinarios y al aumento de la presencia de patógenos. En caso de de mujeres con antecedentes de infecciones urinarias múltiples o pielonefritis, se debe iniciar una terapia supresora tan pronto como se confirme el embarazo.⁶

La infección de orina está provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinario. Puede producirse por dos vías diferentes: por el extremo inferior de las vías urinarias (abertura en la punta del pene o de la uretra, según se trate de un hombre o de una mujer), que es el caso más frecuente; o bien a través del flujo sanguíneo, en cuyo caso la infección afecta directamente a los riñones. Las infecciones de las vías urinarias más habituales son las producidas por bacterias, aunque también pueden presentarse a causa de virus, hongos o parásitos. De muchas de ellas es responsable la bacteria llamada *Escherichia coli*, que normalmente vive en el intestino. Infección de orina o del tracto urinario son expresiones que engloban diferentes enfermedades infecciosas (producidas por un microorganismo o germen) y que afectan a cualquier parte del sistema urinario (riñón, uréteres, vejiga urinaria o uretra).⁷⁸

2.13 Ruptura Prematura De Membranas

El término se refiere a la ruptura del amnios y el corion una hora o mas antes del comienzo del parto.

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido que contienen este líquido se denominan saco amniótico.

⁶ Brandon J. Bankowski, Amy E. Hearne, Harold E. fox, Ginecología y Obstetricia, Edicion original de Johns Hopkins 2006 pag.205

⁷ <http://www.dmedicina.com/enfermedades/ginecologicas/infeccion-urinaria-1> consultada febrero 2,014

⁸ <http://www.geosalud.com/embarazo/Preeclampsia.htm>

A menudo, las membranas se rompen al final de la primera etapa del trabajo de parto. Esto con frecuencia se llama "romper fuente".

Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente al cabo de 24 horas.

Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Cuanto más temprano se rompe fuente, más grave es para la madre y para su bebé. ⁹

2.14 Parto Pre termino.

Se define como la presencia de contracciones que provocan cambios cervicales en una gestación menor de 37 semana. Con una presencia de 4 a 6 contracciones por hora incluso en ausencia de cambios cervicales. El diagnostico preciso puede ser difícil, ya que los signos y síntomas del TPP pueden aparecer en la gestación normal y la exploración cervical puede ser poco precisa.

a) Consecuencias Neonatales.

Existen múltiples consecuencias neonatales del parto prematuro, entre las que se incluyen el síndrome de distrés respiratorio, hipotermia, ictericia, hipoglucemia, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, trastornos del desarrollo neurológico, apnea y sepsis neonatal. Además, el PP es la causa de, al menos, el 75 % de las muertes neonatales no atribuibles a malformaciones congénitas. La supervivencia del recién nacido prematuro se relaciona directamente con la edad de gestación. En caso de recién nacidos muy prematuros (menores de 24 semanas), existe controversia sobre el valor de las maniobras de resucitación, debido a las complicaciones mencionadas anteriormente que pueden comprometer gravemente el desarrollo posterior de estos niños.

⁹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>

b) Factores De Riesgo.

- 1) La infección.
- 2) Las malformaciones uterinas
- 3) La hemorragia pre parto
- 4) Otros como, bajo nivel socioeconómico, bajo peso antes de la gestación, la edad materna, el uso de drogas, la ausencia de cuidados prenatales, la incompetencia cervical, ruptura de las membranas, anomalías congénitas del feto y trastornos médicos como la hipertensión grave, diabetes mellitus.¹⁰

2.15 Control Prenatal

El embarazo es un estado fisiológico normal. El objetivo de la atención prenatal es obtener un recién nacido sano y mantener la salud de la madre.¹¹

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna

A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha establecido un mínimo de 4 visitas durante el embarazo, a efectuarse de la siguiente manera:

- 1º: a las 12 semanas

¹⁰ Brandon J. Bankowski, Amy E. Hearne, Harold E. fox, Ginecología y Obstetricia, Edición original de Johns Hopkins 2006 pag. 121 y 122

¹¹ Mark Morgan, Sam Siddghi Ginecología y Obstetricia, National Medical Series, Quinta Edición. Mexico 2006¹¹ pag.34

- 2º: a las 26 semanas
- 3º: a las 32 semanas
- 4º: de las 36 a las 38 semanas

CONDICIONES QUE SE DEBEN VIGILAR EN EL CONSULTORIO

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
2. Paridad: mayor que 6 hijos.
3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.

2.16 Atención Del Parto

El parto es un proceso fisiológico, propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto es un concepto dinámico que viene preparándose desde el inicio de la gestación, con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente

bioquímicas de la fibra uterina. Estos cambios se hacen más evidentes en la segunda mitad del embarazo y sobre todo en la última fase, cuando se produce la maduración del cuello uterino y la formación del segmento inferior en el istmo uterino. Estas modificaciones permitirán por un lado, facilitar la dilatación cervical y por otro, acomodar la presentación fetal para permitir su descenso. Se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

Norma Técnica De Atención Del Parto

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.¹²¹³

2.17 Mortalidad Neonatal Temprana:

La mortalidad neonatal es la que está comprendida entre la semana 28 de gestación y los primeros 7 días de vida.

Se presenta como responsable de 67% de los casos de muerte neonatal a cuatro problemas: Peso bajo al nacimiento, asfixia perinatal, aguda, anomalías congénitas e infecciones perinatales. Para lograr reducir en mayor medida la mortalidad y morbilidad relacionadas, sería preciso, fundamentalmente, prevenir el nacimiento de niños con bajo peso en el nacimiento, hacer un diagnóstico prenatal y tratar precozmente las enfermedades que se deben a factores que actúan durante la gestación y el parto Enfermedad de la membrana hialina (Síndrome de dificultad respiratoria).

El síndrome de dificultad respiratoria es una patología que se presenta en el período neonatal, con predominio en recién nacidos prematuros menores de 37 semanas de gestación, del sexo masculino, segundos gemelos, nacimiento abdominal e hijos de

¹² <http://es.scribd.com/doc/51665103/NORMA-TECNICA-DE-ATENCION-DEL-PARTO>

¹³ http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

j. Gonzales-Merlo, J.M.Laila Vicens Obstetricia, quinta edición Masson 2,006España Pag 285, 305

madres diabéticas, condicionada principalmente por la disminución del factor surfactante pulmonar que ocasiona reducción de la distensibilidad pulmonar y colapso alveolar. En países desarrollados, se presenta en 4 a 5 % de nacimientos prematuros y entre 8 a 12% en los subdesarrollados; su etiología es obstétrica y en varias ocasiones se desconoce; su prevalencia es de 197.8 por cada mil. Se presenta con mayor frecuencia en recién nacidos de 30 semanas de gestación en 60%, en los de 32 a 36 semanas en 15 a 20% y en los de 37 semanas en 5%. Este cuadro es una causa importante de muerte en el recién nacido. Se calcula que el 30% de todas las muertes neonatales se deben a la enfermedad de la membrana hialina o a sus complicaciones.

Sepsis neonatal.

Definición:

La sepsis neonatal es una enfermedad de lactantes menores de un mes de vida, clínicamente enfermos y con hemocultivos positivos. La incidencia se encuentra entre 1 - 4 casos por mil nacidos vivos para los recién nacidos de término. En los recién nacidos de muy bajo peso al nacer, sometidos a hospitalización prolongada, la incidencia aumenta hasta 300 por mil nacidos vivos. Se relaciona con tasas elevadas de mortalidad.

Factores predisponentes:

Lo más importantes son el grado de prematuridad del recién nacido y los trastornos médicos maternos que pueden predisponerlo a infección fetal o neonatal, como son el trabajo de parto prematuro, infección del tracto genitourinario materno o corioamnionitis. Mientras más prematuro es el niño, mayor es el riesgo de infección.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas:

El diagnóstico de la sepsis neonatal se basa sobre todo en el juicio clínico y razonamiento diagnóstico del médico. El diagnóstico específico se puede realizar mediante el aislamiento de la bacteria de muestras de sangre o líquido cefalorraquídeo, aspirado traqueal, así como de áreas de lesión o sospecha. El desequilibrio térmico temprano con hipotermia o hipotermia transitoria, ocurre en 66% de los lactantes sépticos, otros síntomas incluyen taquicardia, letargia, vómitos y/o diarrea, así como

falta de voluntad para alimentarse. La hiperbilirrubinemia conjugada, las petequias, las convulsiones y la hepatoesplenomegalia son signos tardíos que suelen indicar mal pronóstico.

Tratamiento:

Dependerá de los resultados de los cultivos y susceptibilidad bacteriana, se utilizarán combinaciones que incluyan una penicilina más un amino glucósido; además del tratamiento de apoyo (control térmico, administración de fluidos, balance ácido base, monitoreo de electrolitos, control de convulsiones, ventilación, uso de inmunoglobulinas intravenosas, etc.)

Prevención:

Se puede prevenir hasta en un 85% de las septicemias de origen temprano si se da tratamiento antibiótico a las mujeres que tuvieran un cultivo positivo a *Estreptococo* del grupo B obtenido a las 30 – 32 semanas de gestación.

Prematuro.

Verdaderamente debe hablarse de recién nacido pre término, que es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y recién nacido de bajo peso que así se denomina a los que hayan nacido a término o no, con peso inferior a 2 500 g. El índice de bajo peso expresa en porcentaje el número de neonatos de bajo peso. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores a 6 % y de dicho total, las dos terceras partes aproximadamente son pre términos.

Así, aunque 2 neonatos pesen menos de 2 500 g, si uno de ellos es pre término y el otro no, se diferenciarán no sólo en las posibles complicaciones del período neonatal, sino también en la evolución posterior, ya que su crecimiento y desarrollo serán diferentes y, por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo, porque esto podría acarrear errores diagnósticos y de manejo.

Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y para clínicos; estos últimos resultan sólo de utilidad limitada dada su complejidad. Los métodos clínicos basados en las características externas y

neurológicas por medio de sistemas de puntajes, casi siempre son los más difundidos y utilizados.

Las principales afecciones del recién nacido pre término son:

1. Asfixia perinatal.
2. Hipotermia.
3. Trastornos metabólicos: hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia e hiperbilirrubinemia.
4. Enfermedad de la membrana hialina.
5. Hemorragia intraventricular.
6. Persistencia del conducto arterioso.
7. Anemia.
8. Infecciones connatales y adquiridas.

El pronóstico del pre término depende más de las complicaciones del período neonatal que de su edad gestacional y peso al nacer.

Pronóstico:

La supervivencia a las 22 semanas de edad de gestación es prácticamente del 0% y aumenta a medida que lo hace la edad de gestación, de forma que es de un 15% a las 23 semanas, de un 56% a las 24 semanas y de un 179% a las 25 semanas. La prematurez y el retraso de crecimiento intrauterino se asocian con un aumento de morbilidad y mortalidad neonatales.

Retraso del crecimiento intrauterino.

Definición:

Se entiende por retraso del crecimiento intrauterino aquella situación cuya causa es de origen materno, fetal o placentario que tiene como resultado el nacimiento de un feto cuyo peso al nacimiento es inferior al esperado. (por debajo del décimo percentil de la semana correspondiente o bien aquél que se sitúa por debajo de la doble desviación estándar de la media del peso correspondiente a la semana del nacimiento)

Epidemiología:

La incidencia de bajo peso al nacer varía en diversos países y se asocia con el nivel de desarrollo y de igualdad social. En el ámbito mundial, 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente. La prevalencia de Bajo peso al nacer varía en los diferentes continentes o regiones: en algunas regiones de la India y Guatemala alcanza un máximo de 40%, en Asia hasta 21%, seguido por Oceanía África (15%), Latinoamérica (11%), Norteamérica (7%), Europa (6%) y Suecia. (3.6%) En la república de Guatemala la incidencia debajo peso al nacer calculada por el Instituto Nacional de Estadística es de 8.5% para 1991. Por otra parte estos recién nacidos hacen parte del 75 a 78 % de muertes ocurridas en el período neonatal , y su morbimortalidad es 30 a 40 veces superior a la correspondiente a nacidos con peso mayor de 2500 gr. La mortalidad neonatal precoz en el grupo de muy bajo peso al nacer es elevada en los países latinoamericanos.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar factores maternos relacionados a la muerte neonatal de los recién nacidos del Hospital Nacional de Amatlán en el periodo de enero a diciembre del año 2,012.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Identificar si los factores maternos influyeron en la muerte neonatal .
- 3.2.2 Identificar las causas de mortalidad neonatal

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo Y Diseño De La Investigación:

El presente estudio de tipo descriptivo, permitió identificar los factores maternos que influyen en la muerte neonatal de los recién nacidos ingresados en el servicio de recién nacidos del Hospital nacional de Amatlán en el periodo de enero a diciembre del año 2,012. Y determino las causas de mortalidad neonatal reportadas.

Se clasificó como de corte transversal, ya que se realizó en un período de tiempo determinado, de abordaje cuantitativo, porque los datos se procesaron con cantidades, con métodos estadísticos que facilitaron su análisis.

4.2 Población

Neonatos que fallecieron en el servicio de recién nacidos del Hospital de Amatlán durante el año 2012 que estuvo conformado por 34 expedientes que constituyeron el 100 % de los casos. La muestra es confiable ya que se tomaron los datos de los expedientes clínicos personalmente.

4.3 Criterios De Inclusión

Todos los recién nacidos que ingresaron al servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Amatlán y fallecieron en el periodo de enero a diciembre 2,012.

4.4 Criterios De Exclusión:

Recién nacidos que fallecieron a su ingreso en el servicio de emergencia (2)

4.5 Área De Estudio:

Servicio de Recién Nacidos del Hospital Nacional de Amatlán

4.6 Descripción De Técnica, Procedimiento E Instrumento Para La Recolección De Datos.

Técnicas.

Para determinar los indicadores se traslado la información del libro de ingresos y egresos del servicio de recién Nacidos del Hospital Nacional de Amatlán. Y expedientes de los recién nacidos que fallecieron en el período de enero a diciembre 2,012 a la boleta de recolección de datos, de forma manual, utilizando cuadros estadísticos para analizarlos. Identificando con ese procedimiento los factores maternos que influyeron en la muerte neonatal en el servicio de recién nacidos en el Hospital de Amatlán y los diagnósticos de defunción de los neonatos.

4.7 Procedimientos.

Se revisaron los libros de ingresos y egresos del servicio de Recién Nacidos del Hospital de Amatlán, cuantificando 34 muertes neonatales.

Se solicitaron los 34 expedientes de las defunciones neonatales al departamento de estadística del Hospital de Amatlán.

4.8 Instrumento.

El instrumento que se utilizó fue una boleta de recolección de datos que consta de datos generales, antecedentes obstétricos, diagnóstico de defunción y tiempo de vida de los neonatos, preestablecidas por el investigador, para evaluar los expedientes clínicos de los neonatos fallecidos en el servicio de recién nacidos del Hospital Nacional de Amatlán en el año 2,012 y de las madres, para obtener la información necesaria para alcanzar el logro de los objetivos, los indicadores y las variables.

4.9 Definición Y Operacionalización De Las Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	PREGUNTAS
Identificar si los factores maternos influyeron en la muerte neonatal de los recién nacidos ingresados en el servicio de recién nacidos del Hospital nacional de Amatlán	Factores maternos que influyeron en la muerte neonatal Factores neonatales que influyen en la muerte neonatal	<p>Son todas las situaciones individuales, educativas, económicas y sociales que inciden en la ocurrencia de la muerte neonatal en el servicio de Recién Nacidos del Hospital de Amatlán.</p> <p>Existen múltiples causas de la muerte neonatal, entre las que se incluyen el síndrome de distrés respiratorio, hipotermia, ictericia, hipoglucemia, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, trastornos del desarrollo neurológico, apnea y sepsis neonatal. Además, el Parto Prematuro es la causa de, al menos, el 75 % de las muertes neonatales no atribuibles a malformaciones congénitas. La supervivencia del recién nacido prematuro se relaciona directamente con la edad de gestación.</p>	<p>Datos Generales:</p> <p>Factor Educativo</p> <p>Factor Social</p> <p>Factor Económico</p> <p>Factores Gestacionales</p> <p>Datos Generales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad de la madre 2. Estado civil 3. Grado de Escolaridad 4. ocupación actual 5. Paridad/ Número de gestaciones 6. Controles prenatal 7. Patologías del embarazo 8. condiciones de atención del parto 9. Via de resolución del parto. 10. Edad gestacional al nacer 11. edad a la fecha de defunción 12. diagnóstico de defunción.

4.10 Plan De Análisis De Datos.

Para la recolección de datos se solicitó la autorización por escrito de la dirección del Hospital nacional de Amatlán.

Luego de contar con dicha autorización, se procedió con la revisión del libro de ingresos y egresos del servicio de recién nacidos, donde se recolectó la información necesaria y poder solicitar al departamento de estadística los 34 expedientes de los recién nacidos que fallecieron en el servicio durante el año 2012.

Luego de haber concluido con la recolección de datos se realiza la tabulación y análisis de resultados emitiendo la final las conclusiones y recomendaciones correspondientes. Se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos en base a los objetivos y se identificaron las concordancias o discrepancias entre los fundamentos teóricos y los resultados extraídos de la realidad.

4.11 Aspectos Éticos De La Investigación:

Este estudio se clasificó como categoría I (sin riesgo), ya que en esta investigación se utilizó exclusivamente los expedientes clínicos de las pacientes que se incluyeron en el mismo. Los aspectos éticos considerados para el presente estudio fueron los siguientes:

- Se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Nacional de Amatlán para la realización del estudio. Donde se garantizó el manejo confidencial de los datos obtenidos para el estudio, los que se utilizaron únicamente para los fines propuestos en el estudio.
- Los expedientes clínicos de las pacientes se utilizaron dentro de las instalaciones hospitalarias
- Los principales aspectos éticos que se consideran en este estudio se relacionan con el principio de respeto a la dignidad humana, donde se conserva la privacidad y confidencialidad de la información que se pudiera conocer a través de los instrumentos
- A través del presente estudio se respetó la propiedad intelectual de los autores citándolos dándoles el crédito correspondiente.

V. RESULTADOS

DATOS GENERALES DE LAS MADRES

CUADRO No. 1
EDAD DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
15 a 19 años	16	47
20 a 25 años	10	29
26 a 30 años	06	18
31 a 35 años	01	3
36 a 40 años	01	3
TOTAL	34	100

CUADRO No. 2
ESTADO CIVIL DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Casada	7	21
Unida	15	44
Soltera	12	35
TOTAL	34	100

CUADRO No. 3
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Ninguna	01	3
Primaria	24	71
Secundaria.	09	26
TOTAL	34	100

CUADRO No. 4
LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Cabecera municipal	19	56
Aldea	10	29
Caserío	5	15
TOTAL	34	100

CUADRO No. 5
OCUPACION DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Ama de casa	08	24
Trabajo propio	04	12
Estudiante	10	29
Empleada	12	35
TOTAL	34	100

CUADRO No. 6
ANTECEDENTES DE PATOLOGIA MATERNA

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Pre eclampsia	04	12
Infección del tracto Urinaria	10	29
Trabajo de parto prematuro	12	35
Ruptura Prematura de membranas ovulares	08	24
TOTAL	34	100

CUADRO No. 7
NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Primigesta	16	47
Secundigesta	10	29
Trigesta	03	09
Múltipara	05	15
TOTAL	34	100

CUADRO No. 8
CONTROL PRENATAL DE LA MADRE

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Si	0	0
No	34	100
TOTAL	34	100

CUADRO No. 9
ATENCION DEL PARTO

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Hospital	32	94
Domicilio	02	06
TOTAL	34	100

CUADRO No. 10
VIA DE RESOLUCION DEL PARTO

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Parto eutócico simple	14	41
Cesárea	20	59
TOTAL	34	100

CUADRO No. 11
EDAD GESTACIONAL DEL NEONATA AL NACER

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Menos de 32 semanas	14	41
De 33 a 36 semanas	11	32
De 36 a 40 semanas	09	27
TOTAL	34	100

CUADRO No. 12
EDAD DEL NEONATO AL FALLECER

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
De 0 a 24 horas	08	23
De un día a 5 días	23	68
De 5 días a 10 días	02	06
De 10 a 15 días	01	03
TOTAL	34	100

CUADRO No. 13
DIAGNOSTICO DE LA MUERTE DEL NEONATO

VARIABLE	TOTAL DE CASOS	%
Prematuros	13	38
Neumonía	04	12
Síndrome de aspiración de meconio	09	27
Sepsis	07	20
Muerte súbita	01	03
TOTAL	34	100

5.1. Resultados De La Intervención

El estudio determino que los principales factores que incidieron en la muerte neonatal en el servicio de Recién Nacidos del Hospital de Amatlán fue la falta de control prenatal, y la edad de las madres, por lo que se priorizo un proyecto para concientizar sobre la importancia del control prenatal con un enfoque desde la importancia que este tiene en el entorno familiar. Como una estrategia para abordaje a esta problemática, el cual va a brindar herramientas necesarias tanto al personal de enfermería como a la familia de las mujeres en edad fértil.

Entre las actividades que se realizaron se encuentran las siguientes;

Diseño y planificación del proyecto.

Revisión del proyecto

Aprobación y ejecución del proyecto.

Presentación del proyecto a las autoridades de salud y coordinación de actividades.

Se realiza taller al personal del distrito de salud del Municipio de Amatlán, presentado resultados de la investigación, creando conciencia en ellos para que se retomen los planes educativos con los usuarios reforzando el tema del control prenatal dándole un enfoque de la importancia que este tiene en el entorno familiar.

Elaboración de material didáctico, trifoliales para la presentación ante autoridades del distrito y personal de enfermería.

VI. Discusión Y Análisis

El presente estudio se realizó revisando 34 expedientes de los neonatos que fallecieron en el servicio de recién nacidos durante el año 2012, de los casos estudiados se encontró que 47 % de la edad de las madres se encuentra en el rango de 15 a 19 años, de las mismas el 44 % se encuentran unidas y 35 % solteras, tienen educación de primaria completa en un 71 % viviendo en la cabecera departamental el 56 %.

Se determinó que 35 % de las pacientes están laborando y un 29 % son población estudiantil. Primigestas en un 47 % que no recibieron ningún control prenatal, presentando en un 35 % un diagnóstico de trabajo de parto prematuro.

Al realizar el análisis estratificado de las variables se logró determinar que encontrándose las madres en las edades de 15 a 19 años, primigestas sin control prenatal, representa factores de riesgo para la muerte neonatal, lo que se evidencia al analizar los resultados de las variables de la edad gestacional al momento del nacimiento que el 41 % fue de menos de 32 semanas lo que provocó que el 68 % fallecieran en los primeros 5 días de vida.

Estos resultados evidencian la debilidad en el sistema de salud, porque no se da la importancia al control de embarazos en las adolescentes ni al control prenatal, es de suma importancia asumir la responsabilidad de cumplir con acciones preventivas educativas con prioridad con los grupos vulnerables, convirtiéndose la educación en uno de los factores que más inciden en el control prenatal para disminuir los factores de riesgo para la muerte neonatal.

6.1 Conclusiones

- 6.1.1 Entre los factores sociales que más inciden en la muerte neonatal en el servicio de recién nacidos del hospital de Amatlán se encuentra la edad de la madre, la baja escolaridad.
- 6.1.2 Los factores maternos, que se evidencian son; la edad de la madre, Primigesta en un 47 %, no tener control prenatal en un 100 %, trabajo de parto prematuro como patología materna en un 35% de los casos

6.2 Recomendaciones.

- 6.2.1 Que el personal de salud cumplan con las normativas del Ministerio de Salud Pública, como lo son los programas de educación sexual y salud reproductiva, la importancia del control prenatal. Trabajando como equipos de salud dando a conocer a la población que asiste a los servicios de salud como los factores maternos pueden desencadenar la muerte neonatal.
- 6.2.2 Crear programas de educación a las familias para que cumplan con su función educativa con sus hijos. Debido a que la familia no es estructura estática y debe de reconocer la salud de la mujer como miembro fundamental de la célula familiar.
- 6.2.3 Realizar otros estudios o investigaciones sobre los factores maternos que influyen en la muerte neonatal.
- 6.2.4 Facilitar capacitaciones a líderes comunitarios, docentes del ministerio de educación, para que ellos participen más activamente de la consejería, a jóvenes para evitar los embarazos en adolescentes y para que identifiquen la importancia del control prenatal una vez ya estén embarazadas

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes primarias:

1. ARANDA PASTOR, José. Epidemiología General. Tomo Primero: Unidad I Conceptos y principios de la epidemiología. Unidad II Historia Natural de la Enfermedad. Unidad III Métodos de Epidemiología. Unidad IV Bases Epidemiológicas de la Inmunología Aplicada. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela
2. COOPERATIVA DE AYUDA Y ASISTENCIA AL EXTRANJERO. Promoviendo la Calidad del Cuidado Materno y del Recién Nacido. Un Manual de Referencia para Gerentes de Programas. Guatemala: 1998.
3. FESCINA, Ricardo, DE MUCIO, Brenda, Díaz Rosselló, José Luis Gerardo Martínez, Suzanne Serruya. Guías Para El Continuo De Atención De La Mujer Y El Recién Nacido Focalizado En APS, , 2a edición 2010 Publicación Científica CLAP/SMR 1573
4. HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, BAPTISTA LUCIO, María Del Pilar. Metodología De Investigación, Quinta edición MacGraw Hill México. Derechos reservados 2010.
5. INTEGRATED MANAGEMENT OF PREGNANCY AN CHILDBIRTH-IMPAC- Departamento Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetrices y médicos
6. LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE Y SU REGLALMENTO. DECRETO NÚMERO 32-2010. Art.9, 10, 11, 12. Guatemala 2012
7. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Normas De Salud Integral Para El Primer Y Segundo Nivel De Atención. edición 2010.
8. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Atención Materna y Neonatal Esencial. Guatemala: Agosto 2000.

9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna Neonatal: calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto. Guatemala. 2011
10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna. 2008. Guatemala. 2000.
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. *Protocolos de la salud reproductiva* .Guatemala: MSPAS, enero 2003
12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Sala Situacional de Salud Reproductiva. Programa Nacional de Salud Reproductiva. pp. 22-23. Guatemala.2008.
13. NICTER, Frank. Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. Universidad de Arizona. Estados Unidos.
14. Organización Mundial para la Salud. Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (en español).enero de 2006.
15. PAGANINI, JOSÉ MARÍA. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, División de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana De La Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional De La Organización Mundial De La Salud. Washington D.C. 2003 E.U.A.
16. PINEDA, Elia Beatriz; DE ALVARADO, Eva Luz y DE CANALES, Francisca. Metodología de la investigación. 2da. Ed., Organización Panamericana de Salud. Washington D.C. 1994. ISBN 9275321353.
17. REEDER, Sharon, Mastroianni Jr. L. et al. Enfermería Materno Infantil.OPS. 13ª. Edición.
18. SCHWARCZ, RICARDO, FESCINA, R., DUVERGS, C. Obstetricia. 6 ediciones, 7a reimpresión Buenos Aires Editorial El Ateneo 2012.

Fuentes secundarias:

1. De Pardo Ghatt, E, Arandia Valdez, R. Factores perinatales Asociados a la mortalidad neonatal. Gaceta Médica Bol.v.31.n.1 Cochamba Jun.2008.
2. FREYERMUTH ENCISO, Graciela. Morir en Chenaljó: Género, etnia. factores constitutivos de riesgo durante la maternidad, UNAM.México.2000

3. Helping Babies Breathe. American Academy of Pediatrics. Ayudando a los bebés a respirar. Cuaderno de trabajo del estudiante.2010
4. Presentación de las Estadísticas Vitales año 2012, Informe anual INE. 30 Octubre 2013. Cobán, A.V.
5. Información provista por el Programa de Salud Materno Neonatal, JHPIEGO Corporación, Guatemala
6. Información provista por la USAID acerca de avances realizados en políticas nacionales formativas y operativas para el embarazo, el nacimiento, el posparto y el cuidado de los recién nacidos.
7. OSORIO CARRANZA, Rosa María. Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México
8. Prensa Libre. Com. Noticias/Mortalidad Materna infantil. Guatemala 14/9/12-07:01 comunitario.

Fuentes terciarias:

1. Muerte Neonatal. Disponible [en línea] 2010 [consultado 21 de mayo 2013] en: www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia.43530/mortalidad
2. ONCOY ROSALES, Ariana. Mortalidad Perinatal: Conceptos y estadísticas mundiales. 2011.disponible [en línea] [consultado el 22 de mayo2013].En: www.esacademic.com/dic.nsf/eswiki/850469
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas" disponible [en línea] 2002 [consultado 18 mayo 2013] en: www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf
4. Programa de Salud Materno Neonatal, "Guatemala ministerial agreement will scale up performance and quality improvement initiative", *NMH News* disponible [en línea] febrero 2002, [consultado 20 de mayo 2013] en: www.mnh.jhpiego.org/news/gtmoh.asp
5. Programa de Salud Materno Neonatal, "Perfiles de los países: Guatemala", consultado disponible [en línea] 2003 [23 de mayo 2013] en: www.mnh.jhpiego.org/translations/guatesp.pdf

6. Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. «Tablas de Interés en Pediatría» (en español). 1999. Disponible [en línea] [Consultado 21 de mayo 2013.]
7. www.esacademic.com/dic.nsf/es mediclopedia.43530/mortalidad
8. El aspecto de un recién nacido: ¿qué es normal?» (en español castellano, inglés). *El embarazo y el recién nacido*. 31/10/2010. Disponible [en línea] [Consultado el 20 de mayo de 2013]. En: www.esacademic.com/dic.nsf/es mediclopedia.43530/mortalidad.
9. GABBE, NIEBYL & SIMPSON. *Obstetricia*. Editorial Marbán. disponible [en línea] 2007 [consultado el 19 de mayo 2013] En: www.suscripciones medicas.com/libros
10. CUNNINGHAM, Haut. *Obstetricia de Williams*. Edición número 22. disponible [en línea] [consultado el 17 de mayo 2013] En: www.medicina.programas full.com/obstetricia-de-Williams.html.
11. FARNETANI, ÍTALO .Los 1000 primeros días de tu bebé. Ed. Alfa omega-Everest. 2002. ISBN 970-15-0816-5
Las condiciones de la Salud en las Américas. Vol. 2 1990:5364. Org. Mundial de la Salud. [Links]
12. ROBLES, A. Diferencias de la salud materno infantil entre las poblaciones indígenas y no indígenas de Bolivia y Guatemala. En: Centro Latinoamericano de Demografía, cd. Estudios Socio demográficos de pueblos indígenas, 1994. 23658. [Links].

VIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, doy mi consentimiento informado firmando el presente documento para participar en la investigación científica sobre FACTORES MATERNOS QUE INFLUYERON EN LA MUERTE NEONATAL EN EL SERVICIO DE RECIEN NACIDOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE LOS MESES DE ENERO A DICIEMBRE 2,012

El presente estudio será de beneficio para la institución, primordialmente para los neonatos nacidos en ese servicio, de igual manera informo que los datos obtenidos de la presente investigación serán confidenciales, no serán divulgados, únicamente serán utilizados para fines de estudio, luego se realizará una observación que se trasladará al servicio relacionada con los factores investigados.

De lo anterior he sido informado por la Licda. Delia Verónica Pineda Santos de Orellana, sobre la investigación y me ha explicado de los objetivos de la misma, de las visitas realizadas al servicio de archivo de expedientes clínicos, para utilizar los expedientes de neonatos fallecidos y de las madres, se aplicará el cuestionario de preguntas de completación y de selección, el cual se responderá de forma escrita.

Por lo anteriormente expuesto estoy de acuerdo en apoyar voluntariamente.

(f) _____
Director Hospital
Nacional de Amatlán

(f) _____
Investigador

	pre eclampsia, 0	Trabajo de parto prematuro	Infección del tracto urinario10
7.	Ruptura prematura de membranas ovulares,		
8.	Número de embarazos de la madre:	Primigestas multiparas	secundigestas trigestas
9.	Controles prenatales	SI	NO
10.	Atención del parto	Hospital Vía pública	Domicilio Otros____
11.	Vía de resolución del parto	PES	CSTP
			FORCEPS
12.	Edad gestacional del neonato al nacer	33 a 36 semanas	de 36 a 40 semanas
	Menos de 32 semanas		
13.	Edad del neonato al fallecer	0 24 Horas	1 Día A 5 Días
			5 Días A 10 Días De 10 a 15 Días
14.	Causa de la muerte	Prematures	Neumonía
	Síndrome de Aspiración de Meconio	Sepsis	Muerte Súbita