



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA



**FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD
NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO – JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:
MADELEINE MAMANI MESTAS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD
NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO – JULIACA 2023


TESIS PRESENTADA POR:
MADELEINE MAMANI MESTAS

PARA OPTAR EL GRADO DE ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA
APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL JURADO :


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

MIEMBRO DEL JURADO :


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

MIEMBRO DEL JURADO :


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS :


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD PÚBLICA – P42



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 612-2024-D-EPG-UANCV/J

Martes, 24 de diciembre del 2024

VISTOS:

El expediente N° 2024-014066, presentado por el (la) Bachiller **MAMANI MESTAS MADELEINE**, con número de DNI. **44567795**, asignado (a) con código de matrícula **1420100222**, de la **Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach. **MAMANI MESTAS MADELEINE**, con número de DNI. **44567795**, asignado (a) con código de matrícula **1420100222**, de la **Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA**, ha solicitado fecha, hora y modalidad de sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023** La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P42** y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 28 de noviembre del 2024. Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023** Elaborado por el (la) Bachiller **MAMANI MESTAS MADELEINE**. Integrado por los siguientes docentes:

Presidente del Jurado	:	Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Miembro del Jurado	:	Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Miembro del Jurado	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Asesor de Tesis	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha	:	Lunes 30 de diciembre del 2024
Hora	:	02:00 p.m.
Lugar	:	Aula N° 309 EPG - UANCV - JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado **MAESTRO** de los estudiantes que ingresaron después a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Córdova Cari
DIRECTOR (e)

Cc./Archv.EPG (01)
Interesado (01)
Cargo (01)
Jurados (03)
Asesor (01)
Expediente (01)
LWCC/Insv



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 2063-2024-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 25 de Noviembre del 2024

VISTOS:

El expediente N°. 014066, Presentado por el (a) Bachiller **MADELEINE MAMANI MESTAS**, con número de DNI **44567795** y con Código de matrícula N.º **1420100222**, quien solicita cambio del primer miembro, segundo miembro y asesor del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** Líneas de Investigación: **SALUD PUBLICA –P42**, Para optar el Grado Académico de **MAESTRO** en **SALUD** mención: **SALUD PUBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente No. 014066, el **Bach: MADELEINE MAMANI MESTAS**, solicita el cambio del primer miembro, segundo miembro y asesor del proyecto de la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** Aprobado con Resolución Directoral N.º 1205-2023-USA-EPG/UANCV, de fecha 06 de diciembre del 2023, en el que se le asignó como primer miembro a la Dra. Silvia Natividad Cruz Colca la misma que se cambia por indisponibilidad de tiempo, segundo miembro a la Dra. Graciela Bernal Salas, la misma que se cambia por no tener vínculo laboral y asesor al Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina, el mismo que se cambia por indisponibilidad de tiempo

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 24 de noviembre del 2023, registrado en el Folio N° 0003806 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL PRIMER MIEMBRO, SEGUNDO MIEMBRO Y ASESOR, para su revisión de la Tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** presentado por el (a) **Bach: MADELEINE MAMANI MESTAS**, de la maestría en: **SALUD**, conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Primer Miembro	: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Segundo Miembro	: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Asesor (a)	: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAESTRO** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese,



[Handwritten Signature]
UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Carr
DIRECTOR (e)

Cc./CARGO (01)
ARCHIVO EPG – 2024 (01)
INTERESADO (01)
LWCCe/VRCH



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCION DIRECTORAL N° 1205-2023-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 06 de Diciembre del 2023.

VISTOS:

El expediente N° 2023-011996, de fecha 24 de noviembre del 2023, presentado por el (la) Bachiller **MAMANI MESTAS MADELEINE** con DNI N° **44567795**, código de matrícula **1420100222**, quien solicita resolución de aprobación de proyecto de tesis titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** Línea de investigación **SALUD PUBLICA – P42** para optar el grado de **MAESTRO** en **SALUD**, mención en **SALUD PUBLICA** de la Escuela de Postgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Sede Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, en el Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad de alto valor científico.

Que, según Resolución N° 0555-2019-UANCV-CU-R, de fecha 08 de noviembre del 2019, se aprueba el Reglamento para la obtención del grado académico de Magister, Maestro, Doctor y Titulación de los Programas de Segunda Especialidad Profesional de la Escuela de Posgrado.

Que, el **Art. 17**, establece que la aprobación del proyecto de investigación de tesis para la obtención de grados académicos de Magister, Maestro, Doctor se inicia con la presentación del proyecto de investigación de tesis según corresponda, en forma individual y conforme a las recomendaciones de la Escuela de Posgrado y estándares de la investigación científica, tecnológica y humanística.

Que, en el **Art.60**, señala que la fecha límite para la presentación del borrador de tesis es de 02 años contados desde la emisión de la resolución de aprobación del proyecto de tesis, vencido el plazo máximo el candidato a Magister, Maestro o Doctor deberá presentar un nuevo proyecto de investigación de tesis.

Que, el **Art. 21**, establece que el Director de la Escuela de Posgrado y el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, nominarán por sorteo a 03 docentes miembros del comité de investigación.

Que, mediante oficio circular N° 443-2023-USA-EPG/UANCV-J, de fecha 18 de julio del 2023, se nombra al Comité de Investigación del proyecto de tesis conformado por los siguientes docentes:

- | | |
|------------------------|--|
| Presidente | : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE |
| Primer Miembro | : Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA |
| Segundo Miembro | : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA |
| Asesor | : Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA |

Que, con registro N° 0003806, de fecha 24 de noviembre del 2023, el Comité de Investigación del proyecto de tesis titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grado de investigación conducentes al grado académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado y en el artículo 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, el Proyecto de investigación de Tesis de maestría y **AUTORIZAR** el desarrollo de la Tesis, titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023** para obtener el grado académico de **MAESTRO** en **SALUD**, mención en **SALUD PUBLICA** de la UANCV.

SEGUNDO: ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo, Vicerrectorado de Investigación, Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento y cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

Dr. Leopoldo Venceslao Condori Carr
DIRECTOR (e)

c.c/CARGO (01)
 ARCHIVO EPG-2023 (01)
 INTERESADO (01)
 LWCC/VCH



20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 17% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	MADELEINE MAMANI MESTAS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	44567795
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-2486-9971
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P42
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: SAN ROMÁN Distrito: JULIACA -15.48184, -70.12076 https://maps.app.goo.gl/uF3woPMsFd3ZJKTe9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
ESCUELA DE POSTGRADO
Dr. Jesús Mamani Mamani
RECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MADELEINE MAMANI MESTAS, identificado con DNI Nro. 44567795 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad
- Programa de Maestría o Doctorado

MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

Asesorado por: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 03 de Diciembre del 2025


Firma del Asesor (Obligatoria)


Firma (Obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi fuente de inspiración y otorgarme la fortaleza necesaria para avanzar en este camino hacia uno de mis más anhelados sueños.

A mis padres, por su cariño, esfuerzo y entrega a lo largo de estos años. Gracias a ustedes he podido llegar hasta este punto y ser quien soy. Ha sido un honor y una dicha ser su hija; son los mejores padres. Gracias



AGRADECIMIENTO

A esta reconocida institución de educación superior, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, mi alma mater y formadora de profesionales.

Al Hospital Carlos Monge Medrano, por proporcionar amplias facilidades en el ámbito clínico, y a las obstetras que trabajan por el bienestar de la población, por permitirme desarrollar la presente investigación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPITULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2. Formulación del planteamiento del problema.....	14
1.2.1. Problema general.....	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.	15
1.4. Limitación de la investigación.	15
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	15
1.5.1. Objetivo general.	15
1.5.2. Objetivos específicos.....	16
1.6. HIPÓTESIS	16
1.6.1. Hipótesis general.....	16
1.6.2. Hipótesis específicas.....	16
1.7. VARIABLES	17
1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	18



CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN20

2.2. MARCO TEORICO INICIAL.....33

2.3. MARCO CONCEPTUAL.....42

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Diseño de investigación..... 44

3.2. Tipo de investigación.....44

3.3. Métodos aplicados a la investigación.....44

3.4. Población y muestra.....44

3.5. Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación.....45

3.6. Validación de la contrastación de hipótesis.....45

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....46

3.8. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....46

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

CONCLUSIONES.....71

RECOMENDACIONES73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....75

ANEXOS.....80

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....81

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA85

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....87

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO89



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18
TABLA 2	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	41
TABLA 3	INSTRUMENTO VALIDADO POR 3 JUECES CALIFICADOS	45
TABLA 4	EDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	48
TABLA 5	EMBARAZO PLANIFICADO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	50
TABLA 6	PARIDAD ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	52
TABLA 7	PERIODO INTERGENÉSICO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	54
TABLA 8	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	57
TABLA 9	ATENCIÓN PRENATAL ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	59
TABLA 10	EDAD GESTACIONAL AL NACER ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	61



TABLA 11	LUGAR DEL NACIMIENTO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	63
TABLA 12	VÍA DEL PARTO ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	65
TABLA 13	TIPO DE LACTANCIA ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023	67
TABLA 14	LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023.....	69



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023. **Material y métodos:** Diseño fundamental no experimental utilizando un enfoque correlacional, transversal y retrospectivo. La población incluyó 86 casos, lo que representa el 100 % del total documentado entre enero y diciembre de 2023. Se utilizó un instrumento estructurado de 11 elementos. Se utilizó el método analítico documental, con un formulario de recopilación de datos como instrumento. **Resultados:** Respecto a los factores reproductivos, la edad materna entre 21 y 34 años representó el 53.5% ($p=0.000$); el embarazo no planificado alcanzó el 70.9% ($p=0.000$). En cuanto a la paridad, el 74.4% correspondió a mujeres multíparas ($p=0.000$), y el intervalo intergenésico menor de un año se presentó en el 44.2% ($p=0.001$). En los factores prenatales la edad gestacional al nacer el 48.8% de 33 a 36 semanas, complicaciones del embarazo infecciones urinarias el 43% seguido de la preeclampsia en un 23.3% y finalmente RPM en un 12.8% ($p = 0.000$). factores del nacimiento lugar de nacimiento como el 50% nació en el Hospital, seguido por el 26.7% nació en una clínica particular con ($p=0.000$), en la vía del parto en un 52.3% nació por cesárea con ($p=0.000$) y el tipo de lactancia mixta el 61.6% ($p=0.000$) En última instancia, la mortalidad neonatal temprana constituyó el 60,5 % de las muertes neonatales entre los recién nacidos tratados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. **Conclusiones:** Se observó una correlación sustancial entre los parámetros examinados y la mortalidad infantil entre los recién nacidos que recibieron tratamiento en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023.

Palabra clave: Asociados, Factores, mortalidad neonatal.



ABSTRACT

Objective: To identify factors related to neonatal mortality at Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca, 2023. **Materials and methods:** Non-experimental design using a correlational, cross-sectional, and retrospective approach. The population included 86 cases, representing 100% of the total documented between January and December 2023. A structured instrument with 11 elements was used. The documentary analytical method was used, with a data collection form as the instrument. **Results:** Regarding reproductive factors, maternal age between 21 and 34 years represented 53.5% ($p=0.000$); unplanned pregnancy reached 70.9% ($p=0.000$). In terms of parity, 74.4% were multiparous women ($p=0.000$), and the intergenetic interval of less than one year occurred in 44.2% ($p=0.001$). In terms of prenatal factors, 48.8% of pregnancies were between 33 and 36 weeks at birth, with complications of pregnancy including urinary tract infections in 43%, followed by preeclampsia in 23.3%, and finally RPM in 12.8% ($p = 0.000$). Birth factors included place of birth, with 50% born in the hospital, followed by 26.7% born in a private clinic ($p=0.000$), mode of delivery, with 52.3% born by cesarean section ($p=0.000$), and type of feeding, with 61.6% mixed feeding ($p=0.000$). Ultimately, early neonatal mortality accounted for 60.5% of neonatal deaths among newborns treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca. **Conclusions:** A substantial correlation was observed between the parameters examined and infant mortality among newborns treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in 2023.

Keyword: Associates, Factors, neonatal mortality.



INTRODUCCIÓN

Los riesgos de mortalidad materna e infantil pueden entenderse mejor a partir de los datos proporcionados por las tasas de mortalidad neonatal, que se refieren a la atención prenatal, intraparto y posparto. Se trata de una medida del estado nutricional de la mujer y la comunidad y de la eficacia de los programas destinados a promover la salud maternoinfantil. Debido a la dificultad de determinar tanto los mortinatos como las muertes neonatales muy prematuras, este indicador puede ser difícil de calcular cuando los datos de las encuestas son insuficientes. El problema se complica aún más, ya que no existe un sistema fiable de estadísticas vitales que proporcione información precisa. Por eso se utilizan encuestas como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar para estimar la tasa de mortalidad perinatal. Múltiples factores interrelacionados contribuyen a las altas tasas de mortinatalidad y mortalidad neonatal. Si solo se incluye una de estas dos variables, se podría subestimar la cantidad de muertes prenatales. En consecuencia, la tasa de mortalidad perinatal representa el número total de muertes que se producen cerca del momento del nacimiento.

Casi uno de cada mil embarazos en el país terminaba en muerte durante los primeros siete meses. Las tasas de mortalidad durante el embarazo y el primer año de vida del bebé eran de 20 por mil para las madres de entre 20 y 29 años y de 28 por mil para las madres de entre 40 y 49 años. Las tasas de mortalidad perinatal eran más altas en la región de la selva tropical (37 por mil) y más bajas en el quintil de ingresos más bajos (32 por mil). La zona metropolitana de Lima, el quintil de mayor riqueza y el quintil de riqueza media tienen tasas de 17 por mil, 9 por mil y 17 por mil, respectivamente.



Los numerosos factores relacionados con la investigación sobre la mortalidad se consolidan teniendo en cuenta los grupos de alto riesgo de la población. Este factor se tiene en cuenta tanto desde el punto de vista de los nacidos vivos como de las madres cuyos hijos corren el riesgo de morir en el futuro. Basándonos en las categorías de riesgo, podemos determinar qué porcentaje de mujeres casadas tienen probabilidades de dar a luz a un niño con alto riesgo de mortalidad. Como ventaja adicional, registramos la proporción de bebés nacidos en categorías de alto riesgo de mortalidad durante los últimos cinco años. Como grupo aparte, los primeros embarazos de mujeres de entre 18 y 34 años suponen un peligro inherente. En general, se considera que las siguientes circunstancias están asociadas a resultados maternos de alto riesgo: Basándonos en la información proporcionada, el objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023.

El desglose de la estructura de este estudio es el siguiente: en el primer capítulo encontrarán un resumen de todos los aspectos, una explicación del tema, los objetivos de la investigación, la razón para realizar el estudio, las hipótesis formuladas y las partes que podrían cambiar. Sección 2: conceptos fundamentales, revisión de la bibliografía relacionada, discusión de los fundamentos teóricos iniciales del estudio y, por último, el producto final. Parte III: La metodología de la investigación incluye los diseños, métodos y procedimientos de la investigación, la estrategia de recopilación y análisis de datos, la validación de hipótesis y la fiabilidad y validez de los instrumentos. Los resultados se detallarán y debatirán en el capítulo IV, tras lo cual se extraerán conclusiones y recomendaciones. Este capítulo también incluirá apéndices y referencias.



CAPITULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La tasa de mortalidad infantil proporciona una cifra aproximada del número total de muertes entre los bebés menores de un año. Analizar este indicador es una excelente manera de hacerse una idea del estado general de una comunidad. La «mortalidad neonatal» se refiere a la tasa global de mortalidad durante los primeros veintiocho días completos tras el nacimiento de un bebé. Es posible clasificar las muertes neonatales como «tempranas» (que se producen durante la primera semana de vida) o «tardías» (que se producen entre los días siete y veintiocho), dependiendo de cuándo se producen. (1,2)

La mayor parte de las muertes de recién nacidos se producen en países con economías en desarrollo que carecen de infraestructuras sanitarias básicas. La mayoría de estos bebés mueren mientras aún se encuentran en el hospital porque no reciben la atención médica que aumentaría considerablemente sus posibilidades de supervivencia.

Las mujeres embarazadas y sus recién nacidos tienen menos probabilidades de sufrir complicaciones si se someten a revisiones periódicas por parte de profesionales médicos durante el embarazo, el parto y el posparto. La OMS y UNICEF han publicado nuevas directrices en las que se establece que un profesional médico



cualificado debe visitar el hogar del recién nacido durante la primera semana de vida para mejorar el pronóstico del bebé. Se requiere atención médica especializada para los bebés prematuros, enfermos o con muy bajo peso al nacer, así como para los nacidos de madres con VIH u otras enfermedades infecciosas. (3,4)

Las principales orígenes de mortalidad infantil en las primeras horas después del nacimiento son las infecciones, el bajo peso al nacer o el parto prematuro, la hipoxia (falta de oxígeno después del nacimiento) y los traumatismos relacionados con el parto. Este grupo de edad representa más del 80 % de todas las muertes en los Estados Unidos. (5)

De allí la necesidad de dar respuesta a las interrogantes:

1.2. Formulación del planteamiento del problema

1.2.1. Problema general

PG. ¿Cuáles son los factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023?

1.2.2. Problemas específicos

PE1. ¿Qué asociación existe entre los factores reproductivos y la mortalidad neonatal hospital Carlos Monge Medrano?

PE2. ¿Qué asociación existe entre los factores prenatales y la mortalidad neonatal hospital Carlos Monge Medrano?

PE3. ¿Qué asociación existe entre los factores del nacimiento y la mortalidad neonatal hospital Carlos Monge Medrano?

PE4. ¿Cuál es el tipo de mortalidad neonatal en el hospital Carlos Monge Medrano?



1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.

La tasa de mortalidad neonatal es el indicador más básico del progreso alcanzado por una zona o servicio específico en materia de atención infantil. Se trata del porcentaje de nacidos vivos que no llegaron a la pubertad. (6)

Entre las muertes perinatales que se producen a escala mundial y nacional, la muerte neonatal temprana ocupa el segundo lugar en términos de morbilidad y mortalidad. Las implicaciones de este descubrimiento para la epidemiología son significativas.

Concretamente, este análisis se propuso determinar las orígenes de la mortalidad infantil en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Por las razones ya expuestas, es fundamental realizar este estudio, que llenará un vacío de conocimiento sobre las orígenes de la mortalidad infantil y cómo se evalúan estas variables en nuestro entorno. Esto es muy importante porque nos permitirá influir en la reducción de las tasas de mortalidad a través de la atención primaria y la prevención secundaria (sepsis intrahospitalaria). Además, no se han realizado estudios en el país que utilicen pruebas estadísticas para demostrar la presencia de factores de riesgo prenatales asociados a la mortalidad neonatal.

1.4. Limitación de la investigación.

Como limitación del estudio es importante mencionar a la falta de estudios anatomopatológicos y las autopsias destinadas a identificar la causa del deceso neonatal.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1. *Objetivo general.*

OG. Identificar los factores relacionados con la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, durante el año 2023.



1.5.2. Objetivos específicos

OE1. Analizar la asociación que existe entre los factores reproductivos y la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE2. Identificar la asociación que existe entre los factores prenatales y la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE3. Mostrar la asociación que existe entre los factores del nacimiento y la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano

OE4. Identificar el tipo de mortalidad neonatal en el hospital Carlos Monge Medrano.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis general.

HG. Las muertes neonatales están asociadas significativamente con el factor de índole reproductiva y/o prenatales y del nacimiento en el Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2023.

1.6.2. Hipótesis específicas

HE1. Los factores reproductivos como la edad materna avanzada, el embarazo no deseado, la multiparidad y un intervalo intergenésico reducido presentan asociación con el tipo de mortalidad neonatal registrada en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE2. Los factores prenatales (complicaciones del embarazo y la ausencia de atención prenatal) se asocian con el tipo de muerte neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE3. Los factores del nacimiento (nacimiento prematuro, lugar, defectos del nacimiento en domicilio, vía del parto cesárea, lactancia artificial) se asocian con el tipo de muerte neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano

HE4. El tipo de muerte neonatal más frecuente es la precoz en el Hospital Carlos Monge Medrano.



1.7. VARIABLES

VARIABLE 1. Factores

VARIABLE 2. Mortalidad neonatal



1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE S	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	Escala	
VARIABLE 1 Factores	1.1. Reproductivos	1.1.1. Edad Materna	menor de 20 años 21 a 34 años 35 a más años	Ordinal	
		1.1.2. Deseo de tener el hijo.	Planificado No planificado	Nominal	
		1.1.3. Paridad.	Primípara Multípara	Ordinal	
		1.1.4. Periodo Intergenésico	menor de un año de 2 a 4 años mayor de 4 años DPP	Ordinal Nominal	
	1.2. Prenatales	1.2.1. Complicaciones del embarazo.	Placenta Previa		Nominal
			Prolapso de cordón RPM Infecciones Preeclampsia Ninguna		
			1 a 5 controles		Ordinal
	1.3. Del nacimiento	1.2.3. Atención Prenatal.	6 a más Sin controles		
			Antes de la semana		Ordinal
		1.3.1. Edad gestacional al nacer	32 33 a 36 semanas A termino de 38 a 42 semanas		
1.3.2. Lugar del nacimiento			Puesto de salud Centro de salud Hospital En tránsito Domicilio. Particular		Nominal
			1.3.3. Vía del parto	Vaginal Cesárea	



		1.3.4. Tipo de Lactancia	de Exclusiva Mixta Artificial	Nominal
VARIABLE 2	2.1. Tipo de mortalidad neonatal	2.1.1. Mortalidad Neonatal precoz	Ordinal	
Mortalidad neonatal		2.1.2. Mortalidad Neonatal tardía		



CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Lona et. al. (7) en su investigación denominada “Mortalidad neonatal y factores relacionados en recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Neonatales”, realizada en México en el año 2019. Los investigadores de este estudio se propusieron averiguar con qué frecuencia fallecían los bebés durante el primer mes de vida tras ser ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales y qué variables les ponían en riesgo de sufrir este trágico desenlace. Para ello, diseñaron y llevaron a cabo un estudio prospectivo de cohortes que se desarrolló entre 2016 y 2017. Los pacientes de neonatología del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca (HCGJIM) de Guadalajara, Jalisco (México), formaron parte de una evaluación de 9366 nacidos vivos. El servicio abarca la Unidad de Cuidados Intermedios, con 57 cunas, y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Las estimaciones sitúan la tasa de mortalidad neonatal en 125,5 por cada 1000 (IC del 95 %: 100,0-135,0). En Guadalajara, Jalisco, se encuentra el Hospital Menchaca (HCGJIM). La tasa de mortalidad entre los neonatos hospitalizados fue de 125,5 por cada 1000 (IC del 95 %: 109-144). Las anomalías congénitas o enfermedades genéticas representaron el 28,2 % de los casos (OR = 5,52; IC del 95



3,12-9,78) y el síndrome de dificultad respiratoria representó el 20,9 % de los casos (OR = 1,89; IC del 95 %: 1,24-2,86). También se observó que los siguientes factores estaban significativamente asociados con un mayor riesgo de mortalidad: una edad gestacional inferior a 37 semanas, un peso al nacer de 1500 gramos o menos, la presencia de dificultad respiratoria moderada o grave a los 10 minutos de vida, una puntuación APGAR inferior a 7 y una eclampsia a los 5 minutos de vida.

Peranovich et al. (8) En su investigación denominada “**Mortalidad neonatal y variables relacionadas en neonatos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Neonatales**”, realizada en México en el año 2019 Este estudio tiene como objetivo comparar y contrastar los cambios en las tasas de mortalidad infantil entre Campinas (Brasil) y Córdoba (Argentina), así como entre los años 2018 y 2022. Comenzaremos analizando los indicadores de las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal. Estos cargos son aplicables a los bebés menores de un año. En este estudio también se examinarán los factores que aumentan el riesgo de muerte durante el embarazo, como la edad materna, el peso al nacer y la duración del embarazo, entre otros. El análisis demográfico de este grupo de edad es un área de investigación importante, ya que proporciona información esencial sobre la cobertura y la calidad de los sistemas de salud en ambas áreas. En resumen, esta investigación ha demostrado que factores como una edad gestacional inferior a 37 semanas, con un rango de 22 a 41 semanas de gestación, son significativos, con una odds ratio (OR) de 34,4 y un intervalo de confianza (IC) del 95 % de [5,01-14,8]. La puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento, con un límite inferior de 2 en los resultados, muestra una OR de 38,76 y un IC del 95 % de [8,53-346,42]. El peso al nacer también se identificó como un factor significativo, con un límite inferior de 400 gramos, una OR de 33,1 y un IC del 95 % de [9,65-140,1]. Además, la



presencia de dificultades durante el parto arrojó una OR de 4,27, con un IC del 95 % de [1,21-18,88], y la edad del bebé en el momento del ingreso mostró una OR de 2,28 con un IC del 95 %. Por otra parte, el 88 % de los casos afectaban a la cabeza, lo que sugiere que el tipo de presentación es un factor de riesgo (OR = 5,03, IC del 95 % [1,02-5,10]). Se observó un riesgo elevado (OR = 10,44, IC del 95 % [1,34-4,65]) cuando también se realizaron exámenes prenatales. Las pruebas sugieren que los siguientes factores aumentan significativamente el riesgo de mortalidad neonatal: nacer con una edad gestacional inferior a 37 semanas, tener un peso al nacer inferior a 400 gramos, sufrir complicaciones durante el parto, estar expuesto a determinadas enfermedades, tener una apariencia frontal y no recibir el número mínimo de revisiones prenatales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, al menos 20 antes de las 20 semanas de gestación.

Manríquez, et al (9) Determinar los factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2023 El objetivo de esta investigación fue identificar, a partir de un centro de atención terciaria en Chile, las variables sociodemográficas y fisiopatológicas maternas e infantiles relacionadas con la mortalidad neonatal. Se incluyeron casos de mortalidad neonatal y controles de nacidos vivos en una investigación retrospectiva que se llevó a cabo entre 2018 y 2022. Utilizando los registros médicos de las madres y los recién nacidos y otras bases de datos, se analizaron sus características sociodemográficas y fisiopatológicas. En cada año, los investigadores trataron de emparejar a los bebés del mismo sexo y mes con otros dos bebés de la misma categoría. A partir de los 81 casos de muerte neonatal documentados, se obtuvo una incidencia estimada de 5,8 por cada mil nacidos vivos. Se demostró que las anomalías congénitas y el parto prematuro eran las principales orígenes de mortalidad de estas personas. La odds ratio



para el parto prematuro fue de 3,0 con un intervalo de confianza del 95 % de 1,1-8,7, el bajo peso al nacer fue de 4,01 con un intervalo de confianza del 95 % de 1,7-12,1, la puntuación de Apgar de 4-7 al minuto fue de 4,40 con un intervalo de confianza del 95 % de 1,8-10,5, el empleo de la madre fuera del hogar fue de 4,40 con un intervalo de confianza del 95 % de 2,3-8,7, y la cesárea fue de 3,40 con un intervalo de confianza del 95 % de 1,5-5,6. Al final se estableció la relación entre los partos prematuros y la mortalidad neonatal. Es fundamental mantener los programas que intentan reducir la tasa de partos prematuros.

Veleda (10) en su investigación denominada “Morbilidad y mortalidad neonatal por enfermedades infecciosas. Hospital Materno Tamara Bunke”, desarrollada en Cuba en el año 2022. El objetivo de este estudio observacional, comparativo y retrospectivo fue identificar las diferencias epidemiológicas entre los dos grupos de recién nacidos que sobrevivieron y los que no, así como determinar el efecto de factores de riesgo específicos en la mortalidad neonatal por enfermedades infecciosas. La investigación se basó en datos del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Tamara Bunke de Santiago de Cuba, que registró 272 casos de enfermedades infecciosas en bebés entre 2018 y 2020. Una multitud de circunstancias, como las bajas puntuaciones en el índice de Apgar, la presencia de posibles factores de riesgo de infección, el bajo peso al nacer y el parto distócico, aumentan considerablemente la probabilidad de que un bebé infectado muera poco después del nacimiento. Las orígenes más comunes de muerte de los lactantes estudiados fueron la fiebre al nacer y la rotura de membranas que duró más de 24 horas. Los bebés tienen más probabilidades de morir en estas condiciones. Las manifestaciones clínicas que se observaron con mayor frecuencia fueron dificultad respiratoria, livedo reticularis, cianosis, ictericia y relleno capilar lento. Cuando estos



hallazgos se combinaron con el aislamiento de Pseudomonas, formaron un conjunto de hallazgos que tenían un alto nivel de significación estadística, lo que a su vez permitió estimar la probabilidad de muerte entre estos recién nacidos. Se utilizó el sistema SPSS 11.5 para analizar los datos recopilados y, a continuación, los hallazgos se presentaron en forma de tablas estadísticas. El siguiente paso fue formular las principales recomendaciones y conclusiones. Se encontraron los siguientes factores: complicaciones en el parto (OR = 27,02, IC del 95 % [11,81-61,82]), problemas de salud materna detectados en los primeros 28 días (OR = 18,39, IC del 95 % [6,97-48,48]), desconocimiento materno de los signos de peligro neonatal (OR = 1,88, IC del 95 %, [1,19-2,97]), baja puntuación de Apgar (OR = 16,49, IC del 95 %, [7,80-34,85]), parto en el hogar (OR = 5,26, IC del 95 % [2,72-10,20]) y antecedentes de complicaciones durante el embarazo (OR = 2,94, IC del 95 % [1,48-5,82]). Las complicaciones del parto prematuro (odds ratio [OR] = 10,46, intervalo de confianza del 95 % [IC] [5,93-18,45]), los informes maternos sobre problemas de salud neonatal y una puntuación Apgar baja se asociaron significativamente con la mortalidad neonatal temprana, que se produjo entre los 0 y los 7 días de vida. El riesgo de mortalidad neonatal se asoció con tres variables distintas para los bebés nacidos con un peso normal. La ignorancia de la madre sobre los signos de alerta de peligro neonatal, las dificultades durante el parto (odds ratio: 27,02, IC del 95 %: [11,81-61,82]) y el retraso en la lactancia materna (odds ratio: 10,46, IC del 95 %: [5,93-18,45]) fueron factores que contribuyeron a ello. El estudio reveló que tanto los bebés con bajo peso al nacer como los que tenían un peso normal presentaban una serie de características que respondían a la intervención sanitaria en relación con la mortalidad neonatal. Entre los factores que se tienen en cuenta se incluyen: si el parto se produce en casa, la familiaridad de la madre con los signos de peligro, la respuesta



de los padres a cualquier problema de salud que se observe en el bebé durante el primer mes, la decisión de la madre de iniciar la lactancia materna poco después del parto y la duración del embarazo. La reducción de las tasas de mortalidad infantil en zonas con pocos recursos es uno de los posibles resultados de tener en cuenta y resolver estos factores.

Terán, Y. Guerrero (11) Identificar las variables relacionadas con la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, durante el año 2023. Se llevó a cabo una investigación descriptiva transversal en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, en el estado de Lara, con el fin de identificar los factores relacionados con la atención sanitaria que influyen en la mortalidad neonatal. En la investigación participaron un total de 120 mujeres embarazadas, 35 profesionales médicos, 35 miembros del personal de enfermería y 25 bebés que no sobrevivieron. Se utilizaron dos cuestionarios para evaluar la cantidad de atención prenatal y la forma de parto. Para recopilar datos sobre los niveles de antisepsia y asepsia de los trabajadores sanitarios, se empleó un cuestionario de alta fiabilidad (índices de fiabilidad de 0,95 y 0,94, respectivamente). Para obtener información sobre los recién nacidos fallecidos, utilizamos el registro epidemiológico. De los 1000 nacidos vivos documentados en ese departamento, 24 de ellos fallecieron, según las estadísticas. Las orígenes de muerte fueron las siguientes: la sepsis neonatal empeoró el 68 % de las cesáreas, el 42 % de los partos vaginales y el 49 % de todos los embarazos que terminaron en muerte fetal. Los recién nacidos mueren en los hospitales por razones relacionadas con el sistema sanitario, incluidas las relacionadas con la atención prenatal, el parto y los procedimientos de asepsia y antisepsia. Por lo tanto, entre las



medidas significativas para reducir la mortalidad neonatal en este contexto se incluye el desarrollo de iniciativas con potencial para mejorar estos elementos.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Chávez (12) cuyo título fue “Factores maternos y neonatales vinculados a la mortalidad neonatal en el Hospital III”, en Iquitos, 2022. El objetivo de este estudio fue identificar cualquier asociación entre los factores neonatales y maternos y la mortalidad infantil. La reducción de la mortalidad neonatal podría lograrse identificando rápidamente estas características y tratando al bebé en consecuencia. Esta investigación es de naturaleza descriptiva y transversal, y utiliza un enfoque de casos y controles para realizar análisis cuantitativos. El número de casos será el total de todas las muertes neonatales que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. El número de controles será el doble del número de casos, y se seleccionarán mediante un muestreo aleatorio simple. A la hora de decidir el tamaño de la muestra, no se utilizará ninguna fórmula. La tasa de mortalidad neonatal alcanzó el 1,8 % (17,7 por cada mil nacidos vivos), con un total de trece muertes de bebés. Entre 0 y 6 días de vida, se produjeron el 76,9 % de estas muertes, y entre 7 y 27 días después del nacimiento, el 23,1 %. De todos los casos de mortalidad infantil, el 92,3 % se debió a partos prematuros, y la odds ratio fue de 69,37, con un intervalo de confianza del 95 % que osciló entre 54,00 y 203,39. Otros factores que influyeron fueron el bajo peso al nacer (OR = 34,13, IC del 95 % [8,90-475,92]), los embarazos múltiples (OR = 3,08, IC del 95 % [0,01-15,73]) y el hecho de que la madre estuviera embarazada de su primer hijo (OR = 1,26, IC del 95 % [0,32-4,66]). También se tuvo en cuenta una puntuación de Apgar baja.

Ticona y Hanco (5) denominada “Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo”, ejecutada en Tacna en 2020. Factores que ponen en



riesgo la vida de las mujeres embarazadas en los hospitales peruanos En 2020, la Universidad Jorge Basadre de Tacna (Perú) El objetivo principal de este estudio es identificar las variables más predictivas del riesgo de mortalidad perinatal en los hospitales peruanos. Componentes y procedimientos: Los datos del estudio de casos y controles proceden del Sistema de Información Perinatal, que incluye nueve instituciones diferentes y está gestionado por el Ministerio de Salud. Los datos se recopilaron en 2020. Las mujeres que participaron en el estudio eran madres cuyos bebés pesaban 1000 gramos o más. Las tasas se presentaron como porcentaje de 1000 nacidos vivos (NV), y en la investigación se utilizaron odds ratios (OR) con un intervalo de confianza del 95 %, curvas ROC y regresión logística. Una vez considerados todos los factores, el resultado es el siguiente: los hospitales de Perú tuvieron una tasa de mortalidad perinatal de 22,9 por cada 1000 nacidos vivos en 2020. Se identificaron los siguientes factores de riesgo: residir en una región montañosa (OR = 2,1), residir a una altitud superior a 3000 metros sobre el nivel del mar (OR = 1,8), tener un bajo nivel de educación (OR = 2,3), ser madre de 35 años o más (OR = 1,6), tener antecedentes de mortinatalidad (OR = 1,9), tener un período intergenético corto (OR = 4,5), ser múltipara (OR = 1,9; 56 %), no recibir atención prenatal (OR = 2,1), tener una presentación anómala (OR = 4,3), tener una patología materna (OR = 2,4), tener una patología neonatal (OR = 56,7), tener un peso bajo al nacer (OR = 9,8), ser prematuro (OR = 5,6), sufrir desnutrición intrauterina (OR = 5,5) y tener una puntuación Apgar baja al minuto (OR = 4,3) y a los cinco minutos (OR = 46,6). Las cinco variables de riesgo más predictivas —parto prematuro, bajo peso al nacer, enfermedad neonatal, multiparidad y depresión al nacer— alcanzaron un valor predictivo del 96 %. En conclusión, las variables de riesgo relacionadas con el bebé



fueron mejores predictores de muerte perinatal que los factores de riesgo relacionados con la madre.

Espíritu (13), Cuyo título fue “Factores maternos y neonatales asociados a muerte perinatal en el Hospital Jorge Voto Bernales” en Lima, 2019. La muestra comprendía 90 muertes perinatales ocurridas después de las 28 semanas de gestación y/o en neonatos con un peso igual o superior a 1000 gramos. Se seleccionaron al azar dos recién nacidos vivos por cada muerte perinatal en el grupo de control, lo que dio un total de 180 controles. Mediante la prueba de chi cuadrado y el cálculo de odds ratios con intervalos de confianza del 95 %, se examinaron once variables relacionadas con la madre y cinco con el recién nacido. Según los resultados, la tasa de mortalidad perinatal fue de 3,91 por cada mil nacidos vivos. Se identificaron varios factores de riesgo, entre ellos no recibir atención prenatal, tener una patología obstétrica, tener una presentación fetal distinta a la cefálica, no tener un parto espontáneo, nacer prematuramente, ser pequeño para la edad gestacional, tener anomalías congénitas y ser pequeño para la edad gestacional. En conclusión, entre los determinantes maternos destacan la ausencia de atención prenatal y la aparición de enfermedades obstétricas. No obstante, se observó una correlación más sólida con las variables neonatales, en particular con la prematuridad y las anomalías congénitas.

Huiza, Et al (14) en su investigación titulada “La muerte fetal y la mortalidad neonatal presentan un origen multifactorial. Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé”, realizada en 2021.

Nuestro objetivo aquí, en el Hospital San Bartolomé de Lima, Perú, en el año 2021, es identificar los factores etiopatogénicos que contribuyen a las altas tasas de mortalidad neonatal y fetal en este barrio. Procedimientos y partes: Se seleccionaron



para un estudio retrospectivo todos los casos en los que se cumplían las siguientes condiciones: muerte fetal después de las 20 semanas de gestación, mortalidad neonatal en los 28 días posteriores al parto y realización de anatomía patológica y autopsia. Los resultados mostraron que, de 30 125 individuos, el 1,4 % presentó muerte neonatal y el 1,6 % mortalidad fetal (2008 casos). La mayoría de las muertes infantiles (58,8 %, o 255 de 434) y todas las muertes fetales fueron examinadas mediante autopsia. Trágicamente, 92 de las 508 muertes fetales (18 %) mostraban indicios de autólisis, lo que dificultaba la identificación de las vías etiopatogénicas subyacentes. Varias variables se asociaron con las muertes fetales: nacer prematuramente (60,5 % de los casos), tener problemas alimenticios o vasculares (78,1 % de los casos), vivir en una zona socialmente desfavorecida (60,8 % de los casos), tener anomalías médicas congénitas (14,6 %) y una reacción inflamatoria (12,9 % de los casos). Los factores que contribuyeron a la muerte neonatal fueron el bajo peso al nacer (71,7 %), la privación social (61,1 %), los problemas alimentarios o vasculares (59,6 %), las anomalías morfológicas congénitas (28,6 %) y la respuesta inflamatoria (20,0 %). Comentarios finales: Existe una tasa significativa de mortalidad fetal intraparto en el país, superior al 10 %. También se observan tasas de mortalidad fetal intraparto superiores al 27 % en las zonas de Cajamarca, Pasco, Ayacucho y Huancavelica. Se produjo la misma proporción de muertes neonatales en los partos prematuros (68 % frente a 68 %) que en 2021. Se observaron tasas superiores al 75 % en las siguientes regiones: Moquegua, Lima Este, Piura, Tacna, Apurímac, Lima Sur, Chanka, Tumbes y San Martín. Cajamarca, Ancash, Madre de Dios, la provincia de Lima y Ancash registraron tasas de mortalidad neonatal evitable de entre el 30 % y el 39 %. La tasa media de mortalidad neonatal evitable del país fue del 21 %. Los problemas en el parto y las anomalías congénitas son las principales orígenes de



mortalidad infantil. El peso al nacer, la edad en el momento de la muerte, la celda, la intervención y el sistema de evaluación son algunos de los componentes que conforman la «matriz del bebé», utilizada para examinar la relación entre el peso y el momento de la muerte de los bebés y los fetos. Las mujeres de Perú que tuvieron dificultades durante el embarazo o el primer trimestre, entre ellas, pero sin limitarse a ellas, malnutrición, infecciones, paridad elevada, parto prematuro y situaciones similares, son responsables del 42 % de las tasas de mortalidad fetal y neonatal. Los pesos al nacer inferiores a 1500 g (celda azul) también están relacionados con estas muertes en los bebés. En cuanto a los casos de bebés con un peso superior a 1500 gramos, que se producen durante el periodo prenatal y están relacionados con la morbilidad materna durante el embarazo, el 26 % de todas las notificaciones son del tipo de la celda naranja. Todos los fetos nacidos en la celda roja tenían un riesgo de muerte del 4 % porque pesaban más de 1500 gramos. La madre y el feto se vieron involucrados en estos eventos mortales que ocurrieron antes del parto y pusieron en riesgo la vida del feto.

Torres (15) En el estudio denominado “Mortalidad neonatal y características clínicas y epidemiológicas de las defunciones neonatales en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2019”, realizado en Lima en 2019. El objetivo principal de este estudio, realizado en 2019 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, era averiguar cuántos bebés fallecieron durante el primer año de vida y qué factores contribuyeron a sus muertes. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Sergio E. Barnales de Comas, Lima (Perú), entre septiembre de 2018 y enero de 2019, utilizando un enfoque descriptivo, transversal y observacional. El 7,9 % de los nacidos vivos fallecieron, de los cuales el 6,39 % en los primeros nueve días de gestación y el 1,52 % en los últimos



nueve días. Los bebés prematuros (78,85 %), los que tenían un peso muy bajo al nacer (36,54 %), los varones (61,54 %), los que tenían una puntuación APGAR superior a siete puntos a los cinco minutos (46,15 %) y los que no sobrevivieron hasta los siete días de vida (80,77 %) representaron la gran mayoría de las muertes pediátricas. La mayoría de las madres cuyos bebés fallecieron durante el parto tenían entre 18 y 25 años (42,3 %), tuvieron un parto eutócico (53,8 %) y acudieron a entre 0 y 4 visitas prenatales (67,31 %)

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Díaz (16) en su investigación denominada "Mortalidad fetal y neonatal en la región de Puno entre enero y diciembre de 2017", realizada en Puno, 2017. En general, nuestro objetivo era describir el perfil epidemiológico de la mortalidad fetal y neonatal en la región de Puno en 2017, con objetivos específicos para averiguar con qué frecuencia ocurre, cómo se clasifica según la edad gestacional, el sexo y el peso al nacer, y cuáles son sus orígenes. Se utilizaron métodos como la estadística descriptiva, la observación y el análisis retrospectivo para definir la investigación. El diseño se basó en la prevalencia epidemiológica. Se revisaron los datos de vigilancia epidemiológica de la Dirección Regional de Salud de Puno para todos los casos de mortalidad neonatal y prenatal, en lugar de calcular el tamaño de la muestra. Se utilizaron Excel y estadísticas descriptivas para examinar los datos. Se registraron 134 incidentes de muertes intraparto notificados por la Red San Román. La tasa de nacidos vivos es de 18,8 por cada 1000. Además, se produjeron 8,9 por cada 1000 nacidos vivos en bebés y 10,0 por cada 1000 nacidos vivos en fetos, con 71 muertes fetales. Ciento veintidós muertes perinatales (47,9 %), setenta y una muertes fetales (43,1 %) y ochenta y una muertes neonatales (53,2 %) fueron causadas por recién nacidos prematuros. Entre los bebés nacidos con un peso normal, se produjeron 125



muerres perinatales, 70 muertes fetales y 55 muertes neonatales, lo que representa el 39,4 %, el 42,4 % y el 36,2 % de la tasa de mortalidad total, respectivamente. Los partos prematuros o inoportunos fueron la principal causa de mortalidad neonatal (38 casos, o el 25,0 % del total), mientras que la asfixia y las origines asociadas representaron la mayoría de las muertes perinatales (86 casos, o el 27,1 % del total) y las muertes fetales (63 casos, o el 38,2 % del total). En la primera semana después del parto, las tasas de mortalidad infantil fueron las más altas. En concreto, 66 muertes (el 43,4 % del total) se produjeron durante los primeros siete días de vida. Los estudios han demostrado una disminución de las tasas de mortalidad infantil y fetal. Las mujeres, los bebés prematuros y los bebés nacidos con un peso saludable murieron en mayor proporción en San Román que en cualquier otra región. La asfixia y sus complicaciones asociadas, el parto prematuro y la inmadurez fueron las origines de la gran mayoría de las muertes. La tasa de mortalidad fue mayor entre los días uno y siete de vida.

Lozano (17) Controles prenatales y su asociación con la morbilidad y mortalidad del recién nacido en el Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa, enero – mayo 2018” realizado en Lampa, 2019. En la atención prenatal (APN), un profesional sanitario y una mujer embarazada se reúnen para una serie de citas o entrevistas programadas. La salud de la madre y del feto son las principales preocupaciones durante la atención prenatal. La investigación del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa se centrará en la salud materna y la calidad del tratamiento prenatal entre enero y mayo de 2018. Los investigadores utilizaron un formulario de recopilación de datos para examinar variables específicas de los recién nacidos, como el sexo, la edad gestacional, el peso, las enfermedades y la mortalidad. Los datos procedían del registro de nacimientos del servicio de neonatología. Los resultados



son los siguientes: Para averiguar si las variables estaban correlacionadas, se utilizó la estadística chi-cuadrado. Una vez que el valor p fue de 0,000, inferior a 0,05, se descubrió una correlación entre las variables. Sin odds ratios que contengan la unidad, la correlación estadísticamente significativa es de 52,305 (IC del 95 %: 40,786-67,077) para los bebés con menos de seis revisiones prenatales, junto con la morbilidad y la mortalidad. Según esta línea de pensamiento, la mortalidad y la morbilidad neonatal están correlacionadas con los exámenes prenatales.

2.2. MARCO TEORICO INICIAL.

2.2.1. DETERMINANTES REPRODUCTIVOS.

El espaciamiento entre nacimientos, el número total de nacimientos, la salud reproductiva materna y el momento en que se producen los nacimientos tienen un impacto directo en las tasas de supervivencia infantil. Las tasas de mortalidad infantil y en la niñez son alarmantemente altas cuando los recursos sanitarios son insuficientes, cuando las madres son muy jóvenes o muy mayores, cuando hay muchos embarazos y cuando hay demasiados embarazos por mujer. (18)

2.2.1.1. Edad materna

La edad de las madres tiene una correlación directa con la tasa de mortalidad infantil.

Los partos prematuros, el bajo peso al nacer y las dificultades durante el parto son más comunes entre los hijos de madres muy jóvenes. El riesgo es mucho mayor para las mujeres menores de quince años. Además, muchas madres adolescentes no pueden permitirse o no saben dónde obtener la atención prenatal que necesitan sus recién nacidos. (19)

Los bebés cuyas madres tienen 36 años o más, y especialmente 40 años o más, también corren riesgo. Los embarazos más cortos y los problemas de salud como la diabetes y la hipertensión son más comunes en esta población.



No obstante, a menudo se observa su propensión a tener varios hijos. La mortalidad infantil es mayor en los bebés nacidos de madres que han tenido varios embarazos en comparación con los nacidos de madres que solo han dado a luz una o dos veces.

Además, tienen un mayor riesgo de sufrir abortos espontáneos o de tener hijos con defectos graves que pueden impedirles sobrevivir a la infancia. Tomemos como ejemplo el síndrome de Down. Es bien sabido que aumenta con la edad, pero esta asociación no prueba nada en cuanto a otros defectos congénitos. (20)

2.2.1.2. Deseo de tener el hijo.

Los intervalos gestacionales cortos y los partos extremadamente tardíos son dos ejemplos de situaciones en las que los niveles de fertilidad pueden no influir significativamente en la predicción de las tasas de mortalidad neonatal e infantil.

Según algunas investigaciones, el deseo de tener hijos puede influir más en la salud de los niños que el número total de nacimientos.

Experimentar la alegría del embarazo tan pronto después de la concepción es, sin duda, algo poco habitual para las mujeres que desean formar una familia. La atención prenatal se beneficia de esta percepción temprana. La familia de una mujer también puede proporcionarle más apoyo, atención y cuidados durante el embarazo si ella desea concebir.

El abandono y la falta de cuidados son más comunes entre los niños no deseados, lo que pone en peligro su desarrollo físico y mental, así como su supervivencia.

Además, es posible que los niños no tengan el derecho básico a recibir amor y cuidados, y que sean víctimas de abusos físicos, agresiones y otros tipos de maltrato.

(21)



2.2.1.3. Paridad

Las mujeres que pueden elegir cuándo y cuántos hijos tener tienen menos probabilidades de sufrir embarazos y partos de «alto riesgo», y tanto los bebés como sus madres tienen más posibilidades de disfrutar de un parto saludable y seguro.

2.2.1.4. Periodo intergenésico

Las investigaciones realizadas en países en desarrollo muestran que los niños que sobreviven hasta la edad adulta suelen tener familias más pequeñas y embarazos espaciados a intervalos óptimos y programados adecuadamente, lo que mejora los resultados de salud de los niños. Debido al número abrumador de hijos, cada niño recibe menos atención de sus padres, y no es habitual que las mujeres con familias numerosas tengan varios embarazos en un corto periodo de tiempo. (22)

Desde hace tiempo se sabe que, en comparación con los bebés nacidos con más de dos años de diferencia, los nacidos en un intervalo de dos años tenían un riesgo mucho mayor de morir.

El mayor riesgo de mortalidad infantil se asocia con las madres que tienen varios bebés en intervalos cortos, ya que son más propensas a destetar a sus bebés demasiado pronto.

Los embarazos que se producen en un intervalo de dos años podrían reducir la mortalidad neonatal en uno de cada cuatro casos.

2.2.2. Determinantes prenatales

2.2.2.1. Complicaciones durante el embarazo:

Infecciones, problemas con el saco amniótico, el cordón umbilical y la placenta, así como hipoxia (falta de oxígeno antes o durante el parto). (23)



2.2.2.2. Atención prenatal

Las mujeres que no tenían previsto quedarse embarazadas esperaban más tiempo para recibir atención prenatal que las mujeres que sí lo tenían previsto, y también recurrían con menos frecuencia a la atención profesional después de dar a luz.

Entre el 21 % y el 65 % de las mujeres que habían deseado quedarse embarazadas recibieron una atención prenatal deficiente, en contraste con entre el 27 % y el 71 % de las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado (24).

En lo que respecta al diagnóstico y el tratamiento de los trastornos maternos, así como a la prestación de asesoramiento y la promoción de la inmunización, la atención prenatal y la atención sanitaria neonatal son fundamentales.

2.2.3. Determinantes del nacimiento

2.2.3.1. El nacimiento prematuro

(hasta que haya transcurrido la semana 37 de gestación) Las complicaciones y los riesgos del parto prematuro representan alrededor del 30 % de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad de un bebé aumenta en proporción directa al tiempo que lleva nacido. Los bebés nacidos entre las 24 y las 25 semanas de gestación tienen una tasa de supervivencia de entre el 50 y el 70 %, pero los nacidos a las 23 semanas tienen una tasa de supervivencia de entre el 20 y el 35 %. La tasa de supervivencia infantil es superior al 90 % para los bebés nacidos entre las 26 y las 27 semanas de gestación. (25 personas)

Los bebés prematuros corren un mayor riesgo de padecer enfermedades graves porque su sistema inmunológico aún se está desarrollando. Un ejemplo de infección es la sepsis, que puede extenderse por todo el cuerpo. Otro es la meningitis, que afecta a las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Por último, la



neumonía puede afectar a los pulmones. Los medicamentos antivirales y antibióticos no evitan la muerte de algunos recién nacidos.

El pronóstico para los bebés prematuros que no sobreviven está mejorando, aunque sigue siendo demasiado frecuente. La terapia con surfactante, entre otros tratamientos, está aumentando el número de bebés prematuros que se salvan. Además, el tratamiento administrado antes del parto tiene el potencial de prevenir o reducir las complicaciones asociadas al parto prematuro.

Como clase de fármacos, los corticosteroides pueden acelerar la maduración de los pulmones fetales. Se recomienda un tratamiento con corticosteroides para las mujeres embarazadas que se encuentren entre las semanas veinticuatro y treinta y cuatro de gestación. La paciente debe tomar este medicamento durante al menos unos días antes de la fecha prevista para el parto.

De todos los nacidos vivos, alrededor del 12 % son prematuros. Por qué algunos bebés nacen antes de tiempo sigue siendo un misterio. El riesgo de parto prematuro puede aumentar en determinados embarazos cuando la mujer embarazada padece ciertas afecciones de salud, como hipertensión, o cuando presenta ciertas complicaciones durante el embarazo, como anomalías en la placenta.

Las personas con antecedentes de parto prematuro, que esperan múltiples embarazos o que presentan ciertas anomalías uterinas o cervicales también corren un mayor riesgo. La mayoría de los partos prematuros se producen de forma repentina en embarazos que hasta ese momento han sido saludables.

2.2.3.2. El lugar de nacimiento

«Demasiadas madres en África sufren la angustia de perder a un bebé», afirmó la Dra. Joy Lawn, quien también participó en el desarrollo de la iniciativa de Save the Children para reducir la mortalidad neonatal. «Existen intervenciones probadas y



rentables que pueden evitar que las principales origines de mortalidad neonatal se cobren la vida de esos millones de niños».

Los defectos de nacimiento:

Se estima que el 21 % de la mortalidad infantil es atribuible a estas origines.²⁾ Los bebés que nacen con defectos congénitos pueden nacer prematuramente o a término. Los resultados de las pruebas prenatales, como la ecografía, la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS), pueden indicar a algunos futuros padres si su hijo corre el riesgo de padecer defectos congénitos incluso antes de que nazca.

El objetivo de la ecografía durante el embarazo es proporcionar una imagen del bebé en desarrollo mediante el uso de ondas sonoras de alta frecuencia. La espina bífida (o «columna abierta»), la anencefalia (una malformación del cerebro y el cráneo) y los problemas cardíacos y renales congénitos pueden diagnosticarse mejor con su uso.

2.2.3.3. Vía del parto.

Vaginal. - Siempre que sea factible, la vía de parto recomendada será la vaginal.

Cesárea. Hay ciertas indicaciones en las que la vía de parto seleccionada será la cesárea, procedimiento que se está volviendo cada vez más común:

Desproporción pélvico-cefálica: ocurre cuando, tras un período prolongado de expulsión, la cabeza fetal no logra descender lo suficiente para permitir el uso seguro del fórceps. (25)

1. Dilatación detenida: se presenta cuando, después de varias horas de trabajo de parto con contracciones regulares e intensas, la dilatación cervical no progresa.



2. Sospecha de compromiso del bienestar fetal: se considera cuando, durante la dilatación o el período expulsivo, el monitoreo fetal muestra que el feto no responde adecuadamente a las contracciones, o se presenta una bradicardia sostenida que, de no resolverse, podría poner en riesgo al feto.
3. Dos o más cesáreas anteriores.
4. Antecedente de cesárea y presencia de algún factor de riesgo adicional, como embarazo gemelar, gestación prolongada, cuello uterino desfavorable o dilatación/expulsivo prolongados.
5. Miomectomía previa con apertura de cavidad.
6. Presentación podálica. Indicación de aparición reciente.
7. Situación fetal en transversa.
8. Otras orígenes menos comunes, como la existencia de alguna lesión que impida a la paciente efectuar los pujos.

2.2.3.4. Lactancia materna

Los bebés y niños pequeños que son amamantados tienen más posibilidades de evitar enfermedades crónicas e infecciosas, como la diarrea y las infecciones respiratorias. Además, les ayuda a recuperarse más rápidamente de las dolencias.
(26)

Seguir un programa de alimentación intenso protege inmediatamente contra el embarazo después del parto, ya que retrasa el regreso de la menstruación. (9)

Alentar a las madres a amamantar exclusivamente a sus bebés es una prioridad mundial fundamental para mejorar la salud neonatal. Al evitar la alimentación mixta y amamantar exclusivamente a su hijo, una madre seropositiva puede reducir el riesgo de transmisión del VIH después del parto. (Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas) en 2018. En la página 27,



Ocupación materna

El grado en que la salud de los niños se ve afectada por la situación laboral de sus madres es objeto de acalorada controversia. En teoría, cualquier dirección es posible en lo que respecta a esta relación.

En las escasas investigaciones disponibles actualmente, no se ha demostrado que el trabajo de las mujeres afecte negativamente a la duración de la lactancia materna o a los patrones de alimentación infantil. La principal conclusión del estudio fue que el nivel de empleo de las madres afecta al estado nutricional de sus hijos.

Es fundamental tener en cuenta dos factores: en primer lugar, la probabilidad de que la madre encuentre un empleo remunerado; y, en segundo lugar, la presencia de otros cuidadores familiares que puedan sustituir a la madre mientras ella está en el trabajo.

Grado de instrucción

En comparación con los efectos de la orfandad materna, los beneficios de la educación materna probablemente tengan un impacto mucho mayor en las posibilidades de supervivencia de los niños.

La educación, especialmente la de las mujeres, tiene un impacto sustancial en la salud y la supervivencia de los niños en muchos contextos, incluyendo el embarazo, el parto, la vacunación y el tratamiento de enfermedades que los niños pueden contraer. Los niños cuyas madres han completado algún tipo de educación postsecundaria presentan un menor riesgo de enfermedad y mortalidad. (28)

2.2.4. MORTALIDAD NEONATAL

Esta tasa se determina tomando el número total de nacidos vivos durante el periodo de tiempo dado y dividiéndolo por el número total de muertes de recién nacidos en los primeros veintisiete días de vida fuera del útero. El número de nacidos vivos dividido por la población total es la unidad de medida en este caso (1).



La «mortalidad neonatal» es la suma de todas las muertes de recién nacidos que se producen durante las dos primeras semanas de vida del bebé. Este indicador revela el estado de salud de los bebés durante su fase más vulnerable y la calidad de los cuidados que reciben, por lo que es fundamental para evaluar la salud general de la población neonatal. La mayor parte de la mortalidad materna se produce durante el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida del bebé. Si el momento de la muerte es relativamente cercano al momento del nacimiento, esto es más probable. Por ejemplo, en los primeros seis días de vida de un recién nacido, la tasa de mortalidad neonatal temprana (ENMR) es mayor que la tasa de mortalidad neonatal tardía (LNMR).

La tasa de mortalidad neonatal es mayor en relación con la tasa de mortalidad infantil, que es inversamente proporcional, mientras que la tasa de mortalidad infantil es directamente proporcional a la tasa de mortalidad neonatal. Los países industrializados y las personas que se benefician de buenas condiciones socioeconómicas y culturales muestran esta relación.

TABLA 2 TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

Tasa anual de mortalidad neonatal	de	Nº de muertes de niños de menos de 28 días de edad acaecidas en la población dada durante el año dado	x	1000
		Nº de nacidos vivos registrados en la población de área geográfica dada durante el mismo año		



2.2.4.1. TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL

2.2.4.1.1. MUERTE NEONATAL TEMPRANA: La que se presenta durante los primeros siete días posteriores al nacimiento.

2.2.4.1.2. MUERTE NEONATAL TARDÍA: la que se presenta entre el octavo y el vigésimo octavo día tras el nacimiento. (2)

Las orígenes de la mortalidad neonatal

La asfixia (23 %), los partos prematuros (29 %) y las enfermedades graves (incluidas la sepsis y la neumonía, 25 %) son las tres principales orígenes de mortalidad entre los recién nacidos cada año, y representan el 75 % del total. Si las personas necesitadas tuvieran acceso a los tratamientos que actualmente se comercializan, casi el 66 % de estas muertes podrían haberse evitado. (3)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Atención prenatal: A diferencia de las mujeres que deseaban formar una familia, aquellas que no tenían intención de quedarse embarazadas esperaban más tiempo para acudir a las revisiones prenatales y recurrían menos a los profesionales médicos durante el parto. (30)

Complicaciones durante el embarazo: La placenta, el cordón umbilical y las membranas (a veces denominadas saco amniótico) pueden infectarse, y puede producirse hipoxia antes o durante el parto (31)

Determinantes reproductivos: Las tasas de supervivencia infantil están estrechamente relacionadas con la salud reproductiva materna, el número de partos, el espaciamiento entre ellos y el tiempo transcurrido entre cada parto. (32)

El nacimiento prematuro: Es posible que un bebé nazca antes de la semana 37 de gestación. Alrededor del 30 % de las muertes infantiles en el período posnatal inmediato se deben al parto prematuro o a sus consecuencias. El bebé tiene más



probabilidades de morir con este método de parto. Los bebés nacidos entre las 24 y las 25 semanas de gestación tienen entre un 50 % y un 70 % de posibilidades de sobrevivir, mientras que los nacidos a las 23 semanas tienen entre un 20 % y un 35 % de posibilidades. Por el contrario, la tasa de supervivencia de los bebés nacidos entre las 26 y las 27 semanas de gestación es superior al 90 % (33)

Lugar de nacimiento: Hay un número anormalmente alto de madres africanas que sufren la angustia de perder a sus hijos, lo que repercute enormemente en las tasas de supervivencia. (34)



CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Diseño de investigación

El diseño de este estudio es de tipo no experimental, dado que no se intervienen ni manipulan las variables.

3.2. Tipo de investigación

Nivel fundamental y correlacional. Esto se debe a que, además de definir y buscar el vínculo inherente a los datos, también buscamos los factores identificados como posibles orígenes de muerte neonatal. El número de medidas indica que este estudio es de naturaleza transversal y retrospectiva, ya que se basa en una única recopilación de datos en un momento determinado.

3.3. Métodos aplicados a la investigación

Una teoría u observación sirvió de base para la hipótesis, que luego se comprobó utilizando el método hipotético-deductivo.

Se conoce como enfoque cuantitativo debido a su enfoque numérico.

3.4. Población y muestra.

Población

La población estuvo conformada por todos los casos de mortalidad neonatal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre enero y diciembre de 2023, contabilizándose un total de 86 casos.



Muestra

El muestreo se basó en el censo. En otras palabras, el estudio realizado en el Hospital de Juliaca en 2023 incluyó todas las muertes infantiles que fueron atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante los meses objeto de investigación.

3.5. Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación.

Técnicas:

Variable 1: análisis documental

Variable 2: análisis documental

Instrumento:

Variable 1: ficha de recolección de datos

Variable 2: ficha de recolección de datos

3.6. Validación de la contrastación de hipótesis.

Por medio del ensayo de concordancia entre los jueces calificados conformado por 3 experto.

TABLA 3 INSTRUMENTO VALIDADO POR 3 JUECES CALIFICADOS

VALIDADOR	GRADO ACADÉMICO	RESULTADO
Willian Arahua Condori	Medico con especialidad de gineco- obstetra	72.7(Muy buena)
Eliana Ccama Quispe	Medico con especialidad de gineco- obstetra	72.6 (Muy buena)
Richard Sanga Yampasi	Medico con especialidad de gineco- obstetra	71.2 (Muy buena)



3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para establecer la fiabilidad de las técnicas inferenciales utilizadas en este estudio, se siguieron los siguientes procedimientos: El primer paso fue realizar una prueba piloto para evaluar la herramienta de recopilación de datos en el marco de nuestra investigación. Se identificaron una serie de problemas, entre los que destacaban los errores ortográficos, las preguntas poco claras, la redacción incoherente de los ítems y las dificultades para gestionar el tiempo necesario para utilizar cada instrumento. El Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca sirvió como sede de este experimento preliminar. El año 2023 en el calendario.

3.8. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Plan de Procesamiento.

Para empezar, en 2024, escribiré al director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para solicitarle autorización para llevar a cabo mi proyecto de investigación. Toda la información necesaria se documentó utilizando el formulario de recopilación de datos que se había creado para los datos del estudio.

b) Plan de Clasificación

La transcripción de los registros obtenidos de cada archivo para permitir su procesamiento y análisis formó parte del marco metodológico utilizado en la fase de recopilación y organización de datos. Gracias a los métodos adoptados, se garantiza la validez y fiabilidad de los datos utilizados en el análisis estadístico de la investigación en curso. Este enfoque permitió la incorporación eficaz de los datos en una base de datos, lo que a su vez mejoró la gestión de los mismos..

c) Plan de Codificación

Para facilitar y agilizar la introducción de estos indicadores en el sistema para su análisis, se instauró la práctica de la codificación de datos. Este enfoque se utilizó



para clasificar los indicadores, que luego se dividieron en dos grupos: continuos y categóricos, según el tipo de escala de medición. Este método permitió organizar los datos de una manera más eficaz. Gracias a este método de organización de datos, pudimos garantizar que esta información se investigara y gestionara adecuadamente en el futuro.

d) Plan de Análisis estadístico

- Se elaboró una base de datos en Excel con el fin de organizar y estructurar la información requerida para la elaboración de tablas y gráficos.
- Se procesó en el estadístico SPSS
- Se expusieron los resultados obtenidos en la investigación.
- Se elaboró una matriz sistemática en Excel y la información fue organizada y sistematizada.
- La información fue procesada en el sistema SPSS version24.
- Se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos.
- Se llevó a cabo la interpretación de las tablas y figuras.
- Se aplicó el protocolo de verificación de la hipótesis.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA 4 EDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

EDAD MATERNA	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL				TOTAL	
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		fi	%
	fi	%	fi	%		
Menor de 20 años	7	8.1	2	2.3	9	10.5
21 a 34 años	35	40.7	11	12.8	46	53.5
35 a más años	10	11.6	21	24.4	31	36.0
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 16.142$$

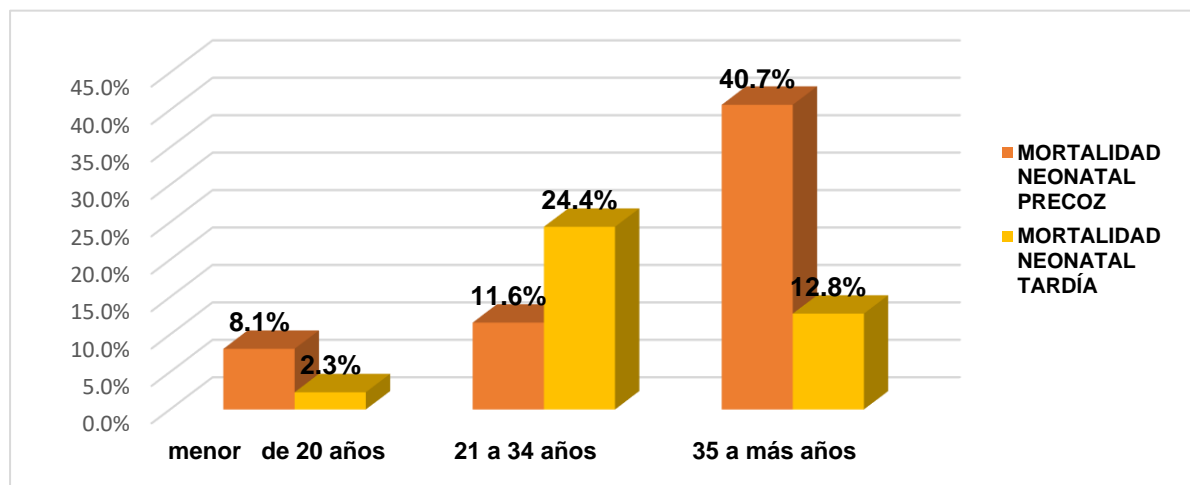
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$p=0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 1



FUENTE: tabla 1.



En la primera tabla y figura. En 2023, queremos identificar el tipo concreto de mortalidad infantil relacionado con la edad materna en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca. Esto nos ayuda a alcanzar nuestro primer objetivo específico.

La edad de las madres oscila entre los 21 y los 35 años en el 53,5 % de los casos, es superior a 35 años en el 36,0 % y es inferior a 20 años en el 10,5 %.

En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, la tasa de mortalidad neonatal fue del 40,7 % al nacer y del 24,4 % en el periodo neonatal tardío.

La prueba estadística chi-cuadrado calculada mostró una correlación estadísticamente significativa entre la mortalidad neonatal y la edad de la madre. El valor Chi² c fue de 16,142, superior al valor Chi² t de 5,991 para 2 grados de libertad y p=0,000.

Se identificó el 53.5% de las mujeres son de grupos etarios de 21 a 34 años son la que presentaron dichas estadísticas altas en mortalidad neonatal, este grupo etario es donde la mayoría no busca un embarazo por ende al quedar embarazadas le ponen poco interés en cuidar de su embarazo por lo cual están propensas a desarrollar complicaciones en su gestación.

Se encontró diferencias con las investigaciones realizadas por el investigador **Torres**. donde muestra que el 42.3% la edad materna fue de 18 a 25 años (15), ya que en el estudio actual se halló que el 53.5% de las mujeres fueron de 21 a 34 años las que presentaron complicaciones neonatales.

TABLA 5 EMBARAZO PLANIFICADO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

EMBARAZO PLANIFICADO	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Planificado	24	27.9	1	1.2	25	29.1
No planificado	28	32.6	33	38.4	61	70.9
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 18.618$$

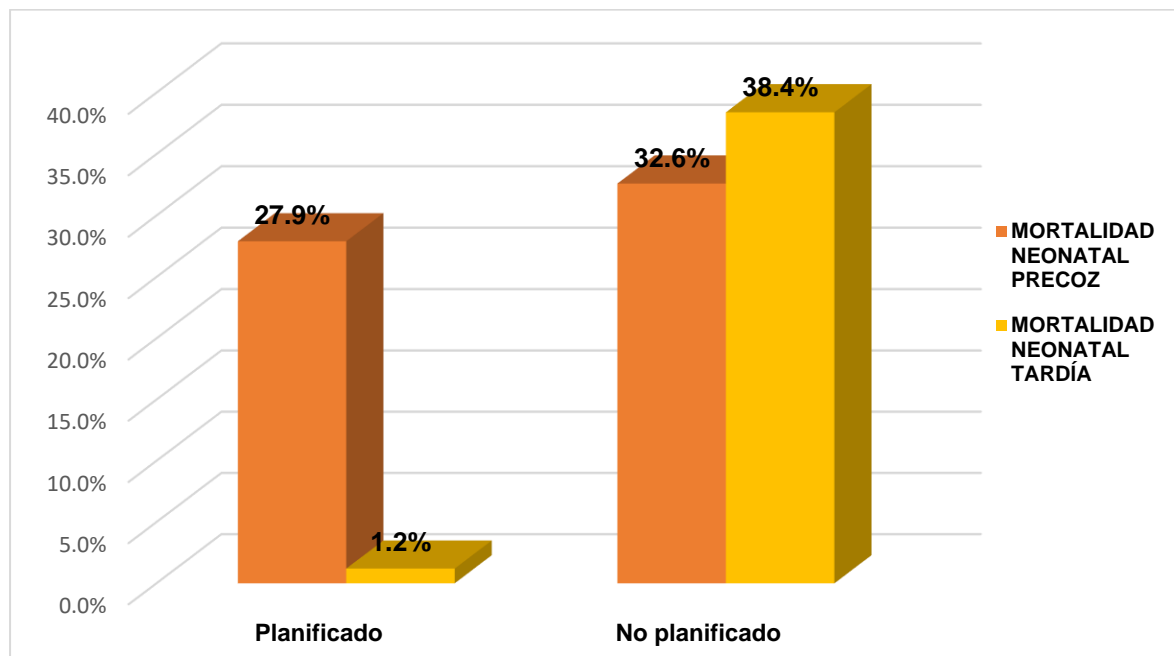
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$p=0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 2



FUENTE: tabla 2.



Para empezar, podemos utilizar la información de la tabla 2 y la figura 6 para analizar la relación entre el número de embarazos planificados y las orígenes de mortalidad infantil en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023.

Aunque el 29,1 % de los embarazos fueron planificados, el 70,9 % de los bebés nacieron de forma inesperada.

La tasa de mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fue del 38,4 % para la mortalidad neonatal tardía y del 32,6 % para la mortalidad neonatal precoz.

Según los resultados de la prueba estadística chi-cuadrado computada, existe una correlación estadísticamente significativa entre el deseo de la madre de tener hijos y la mortalidad neonatal ($\chi^2 = 18,618$, que es superior a $\chi^2_{t=3,841}$ para 1 grado de libertad y $p=0,000$).

Se observó que el 70.9% de las mujeres no deseaban tener hijos, lo que llevó a que muchos de sus embarazos no fueran planificados. Debido a esto, no mostraron el interés adecuado en el cuidado prenatal, y algunas de ellas mencionaron que consideraron la posibilidad de interrumpir el embarazo. Cabe destacar que no se encontró un autor que haya tratado específicamente este tema en la literatura revisada.

Este hallazgo resalta la importancia de abordar La anticoncepción, la educación sobre salud reproductiva y la planificación familiar son importantes, ya que los embarazos no deseados suponen riesgos para la madre y el niño.

TABLA 6 PARIDAD ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

PARIDAD	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	14	16.3	8	9.3	22	25.6
Múltipara	38	44.2	26	30.2	64	74.4
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 14.314$$

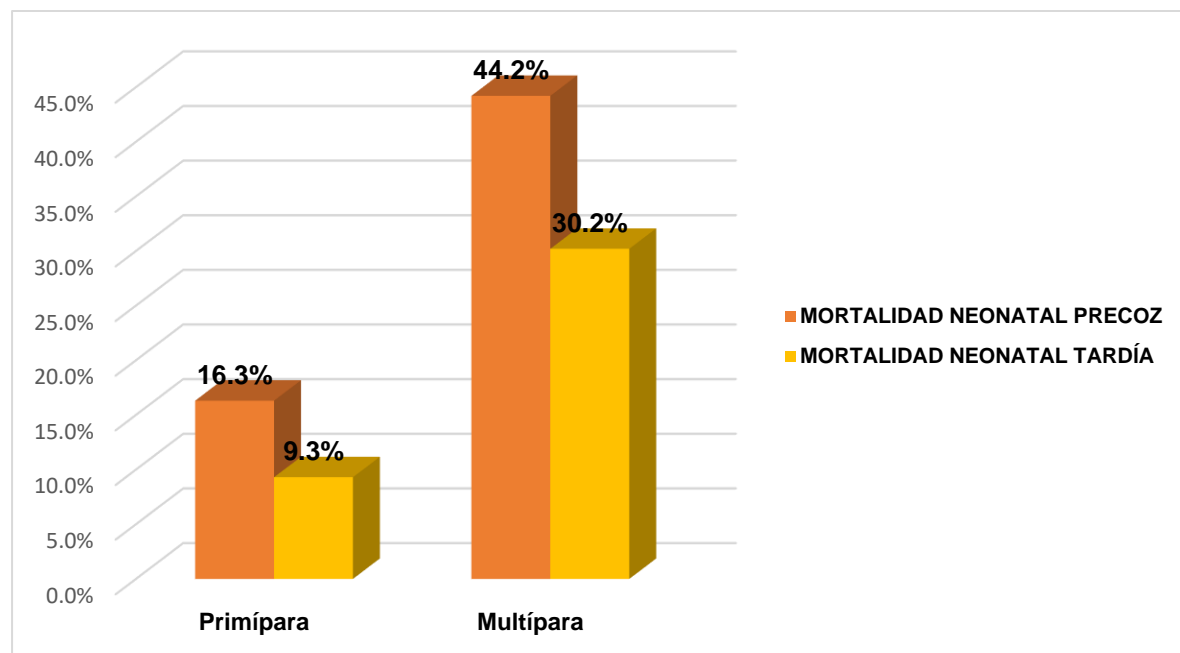
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$p=0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 3



FUENTE: tabla 3



Utilizando las tablas y figuras n.º 3, podemos ver que el objetivo específico n.º 1 es un análisis de la relación entre la paridad y el tipo de muerte infantil en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca en 2023. Cuando se tiene en cuenta la paridad, el 25,6 % de las personas son primíparas y el 74,4 % son multíparas.

En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, el 44,2 % de los recién nacidos fallecieron durante el primer mes de vida y el 30,2 % durante el segundo mes, según la categoría de mortalidad neonatal.

Con 1 grado de libertad, la prueba de chi cuadrado produjo un valor χ^2 c de 14,314, mayor que el valor χ^2 t de 3,841. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la paridad y la mortalidad neonatal, como lo demuestra el valor p de 0,000.

Ticona y Hanco descubrieron que las mujeres con antecedentes de embarazos múltiples representaban el 56 % de todos los casos de mortalidad neonatal. Nuestro estudio arrojó datos que concuerdan con este descubrimiento. Los resultados del presente estudio son muy congruentes con esta observación, ya que ambos estudios encontraron que el 74,4 % de las mujeres eran multíparas.

Este dato sugiere que las mujeres que han tenido varios partos podrían estar expuestas a un mayor riesgo de complicaciones neonatales. Aunque la multípara tiene más experiencia en el proceso de embarazo y parto, también puede haber factores asociados como comorbilidades o complicaciones acumuladas de embarazos anteriores, que incrementan el riesgo para el recién nacido.

TABLA 7 PERIODO INTERGENÉSICO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL						
PERIODO INTERGENÉSICO	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
menor de un año	28	32.4	10	11.6	38	44.2
de 2 a 4 años	10	11.6	20	23.3	30	34.9
mayor de 4 años	14	16.3	4	4.7	18	20.9
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$X^2 C = 14.273$

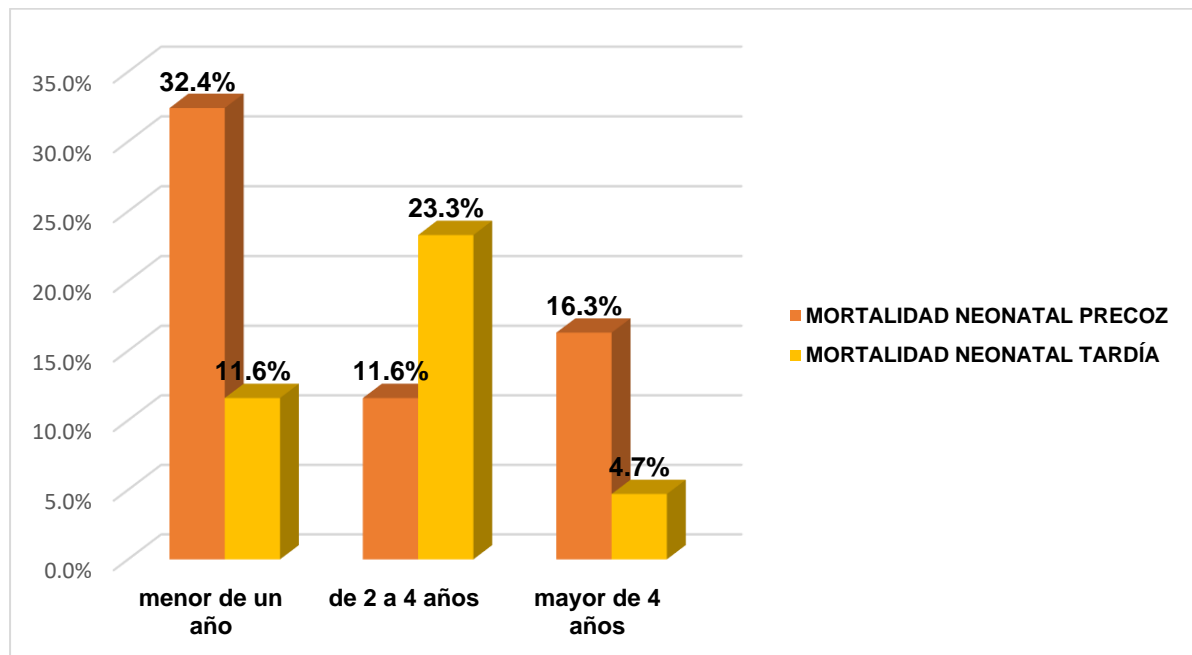
$GL = 2$

$X^2 T = 5.991$

$p = 0.001$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 4



FUENTE: tabla 4.



En la cuarta figura y tabla. El segundo objetivo que tenemos en mente es utilizar esta técnica para determinar en 2023 en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca la naturaleza de la asociación entre el período intergenético y las tasas de mortalidad neonatal.

El intervalo intergenético es relativamente corto para el 44,2 % de la población (menos de un año), adecuado para el 35,9 % (de dos a cuatro años) y prolongado para el 20,9 % (más de cuatro años).

Lamentablemente, de los bebés atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, el 32,4 % falleció poco después del parto y el 23,3 % falleció en una fecha posterior.

La prueba estadística chi-cuadrado arrojó un valor χ^2 c de 14,273, que fue superior al valor χ^2 t de 5,991, con dos grados de libertad y un valor p de 0,001. Debe existir una relación estadística entre el intervalo intergenético y la mortalidad neonatal debido a la correlación entre ambos.

Los resultados de este estudio corroboran los de Ticona y Hanco, quienes también descubrieron que un intervalo intergenético corto se asocia con un mayor riesgo de sufrir problemas. Los resultados de este estudio son coherentes con los del estudio actual, en el que el 44,2 % de los pacientes tenían un intervalo intergenético corto (5).

Los partos prematuros y el bajo peso al nacer son dos complicaciones que pueden surgir durante y después del parto, y la probabilidad de que se produzcan aumenta si el intervalo entre embarazos es corto. El tiempo entre eventos genéticos se denomina período intergenético. Un gran porcentaje de las participantes en el presente es Nuestro segundo objetivo es averiguar qué tipo de relación existe entre



el período intergenético y las tasas de mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca en 2023, y esta herramienta nos ayudará a ello.

En cuanto al período intergenético, el 44,2 % de las personas tienen uno corto (menos de un año), el 35,9 % tienen uno suficiente (de dos a cuatro años) y el 20,9 % tienen uno prolongado (más de cuatro años).

Lamentablemente, de los bebés atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, el 32,4 % falleció poco después del parto y el 23,3 % falleció más tarde.

La prueba estadística chi-cuadrado arrojó un valor χ^2 c de 14,273, que fue superior al valor χ^2_t de 5,991, con dos grados de libertad y un valor p de 0,001. El hecho de que la brecha intergenética esté relacionada con la mortalidad neonatal sugiere una relación estadística entre ambas.

Los resultados de este estudio, que muestran que una brecha intergenética más corta está relacionada con una mayor probabilidad de problemas, coinciden con los de Ticona y Hanco. Los resultados de este estudio, según los cuales el 44,2 % de los pacientes tenían un período intergenético corto, coinciden con los resultados del presente estudio (5).

Los partos prematuros y el bajo peso al nacer son dos complicaciones que pueden surgir durante y después del parto, y la probabilidad de que se produzcan aumenta si el intervalo entre embarazos es corto. El tiempo entre eventos genéticos se denomina período intergenético. Un gran porcentaje de las participantes en el presente estudio eran, de hecho, estudio eran, de hecho

TABLA 8 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
DPP	8	9.3	0	0.0	8	9.3
Placenta Previa	0	0.0	3	3.5	3	3.5
Prolapso de cordón	1	1.2	1	1.2	2	2.3
RPM	4	4.7	7	8.1	11	12.8
ITU	24	27.9	13	15.1	37	43.0
Preeclampsia	12	14.0	8	9.3	20	23.3
Ninguna	3	3.5	2	2.3	5	5.8
TOTAL	52	60.5	32	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$X^2 C = 22.885$

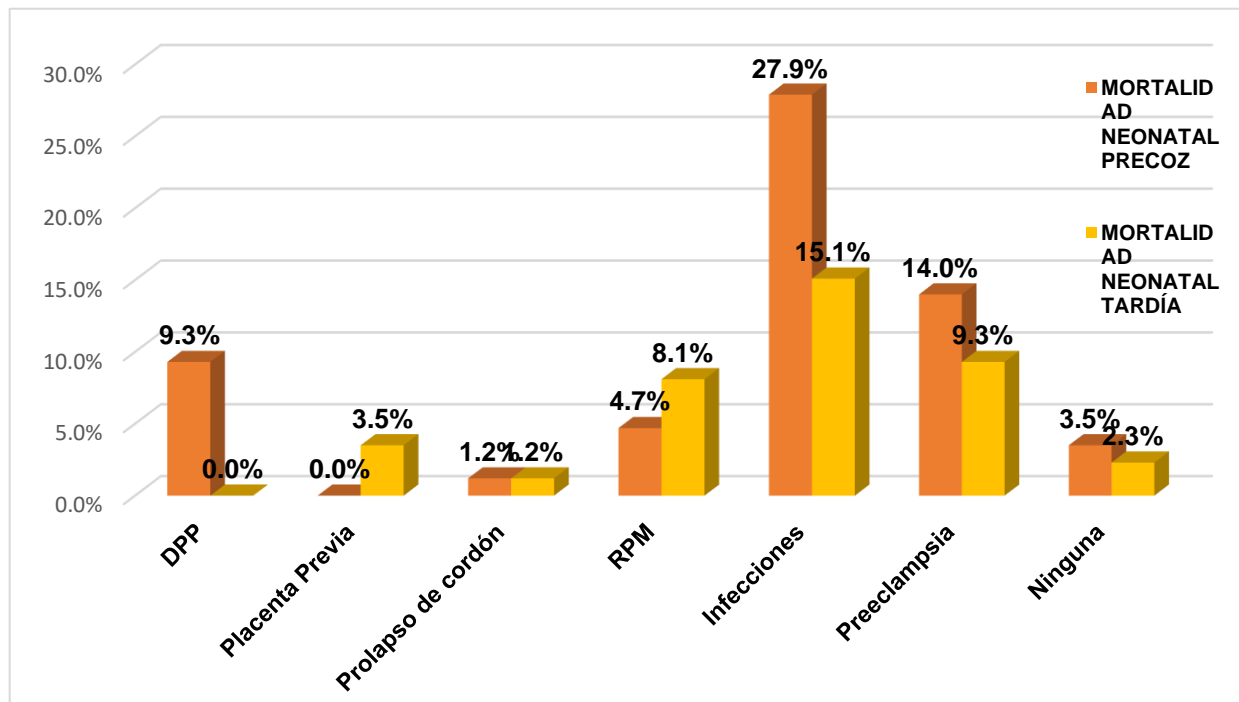
$GL = 6$

$X^2 T = 12.591$

$p = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 5



FUENTE: tabla 5.



En la tabla y figura N°5, Esto nos permite arrojar luz sobre el OE 2, que consiste en encontrar una correlación entre las posibles complicaciones del embarazo y el tipo de muerte infantil observada en 2023 en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

El 43 % de los embarazos terminaron en complicaciones debido a infecciones urinarias, el 23,3 % a preeclampsia, el 12,8 % a RPM, el 9,3 % a DPP, el 5,8 % sin problemas y el 3,5 % a placenta previa.

Entre los bebés hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, el 25,1 % murió poco después del nacimiento, mientras que el 25,2 % murió más tarde.

La prueba estadística chi-cuadrado calculada produjo un exceso de 22,885 por encima del valor t de Chi2 de 12,591 para 6 grados de libertad y un valor p de 0,000. La mortalidad neonatal está significativamente asociada con complicaciones durante el embarazo.

La investigación de Gurbillón P. confirma nuestros hallazgos; sus resultados son comparables a los nuestros. Llegaron a la conclusión de que existe una mayor relación entre las variables maternas y la existencia de anomalías en los recién nacidos, así como en los prematuros, ya que el 40 % de los pacientes tenían infecciones del sistema urinario. Siendo este resultado semejante al estudio actual ya que el 43% presentaron infección urinaria lo cual estuvo asociado a complicaciones neonatales.

TABLA 9 ATENCIÓN PRENATAL ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

ATENCIÓN PRENATAL	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
1 a 5 controles	18	20.9	17	19.8	35	40.7
6 a más	29	33.7	16	18.6	45	52.3
sin controles	5	5.8	1	1.2	6	7.0
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 2.606$$

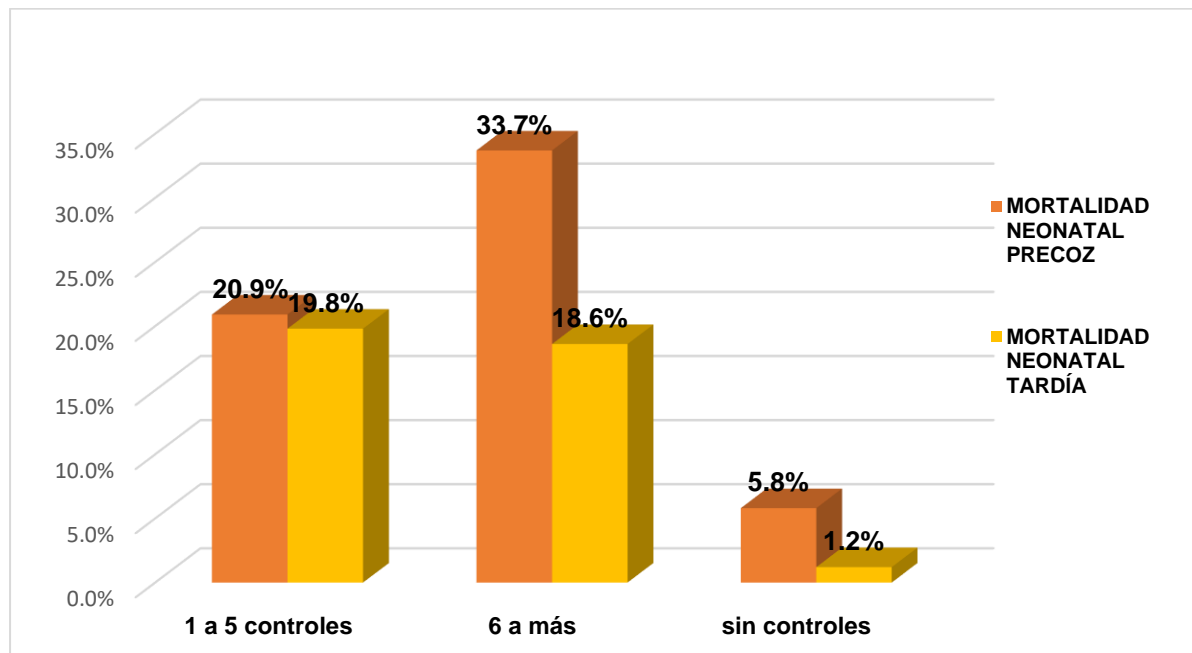
$$GL = 2$$

$$X^2 T = 5.991$$

$$p = 0.055$$

NO ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 6



FUENTE: tabla 6.



En la tabla y figura N°6. Nos permite realizar la OE 2, que consiste en averiguar en 2023 qué tipo de correlación existe entre la atención prenatal prestada en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y el tipo de mortalidad neonatal.

Según los datos sobre la atención prenatal, el 52,3 % de las mujeres tuvieron seis o más citas, el 40,7 % tuvieron entre una y cinco visitas y el 7,0 % no recibieron ninguna atención prenatal.

Según el tipo de muerte neonatal, el 33,7 % de los neonatos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fallecieron durante el primer mes de vida, mientras que el 19,8 % fallecieron durante el segundo mes de vida.

Con 2 grados de libertad y $p \Rightarrow 0,05$, la prueba estadística chi-cuadrado calculada arrojó un nivel de significación de $\text{Chi}^2_c = 2,606$, que fue inferior al valor crítico de $\text{Chi}^2_t = 5,991$. Según estos datos, no parece haber una correlación estadísticamente significativa entre la atención prenatal y la mortalidad neonatal.

Según los hallazgos de los investigadores Terán y Guerrero, se muestra que el 68% de las muertes neonatales se relacionan con un control prenatal tardío. Sin embargo, este resultado difiere con los hallazgos del estudio actual, en el que el 52.3% de las mujeres recibieron más de seis atenciones prenatales, lo que sugiere que, en este caso, el control prenatal adecuado no está asociado con un aumento de las complicaciones neonatales (11).

Este contraste destaca la importancia de no solo el número de consultas prenatales, sino también de su calidad y el cumplimiento de las recomendaciones médicas durante el embarazo. A pesar de que las atenciones prenatales son fundamentales para la prevención de complicaciones, otros factores como el manejo adecuado de las condiciones maternas.

TABLA 10 EDAD GESTACIONAL AL NACER ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

EDAD GESTACIONAL AL NACER	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
antes de la semana 32	5	5.8	2	2.3	7	8.1
33 a 36 semanas	24	27.9	18	20.9	42	48.8
A termino de 38 a 42 ss	23	26.7	14	16.3	37	43.0
TOTAL	54	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$X^2 C = 14.763$

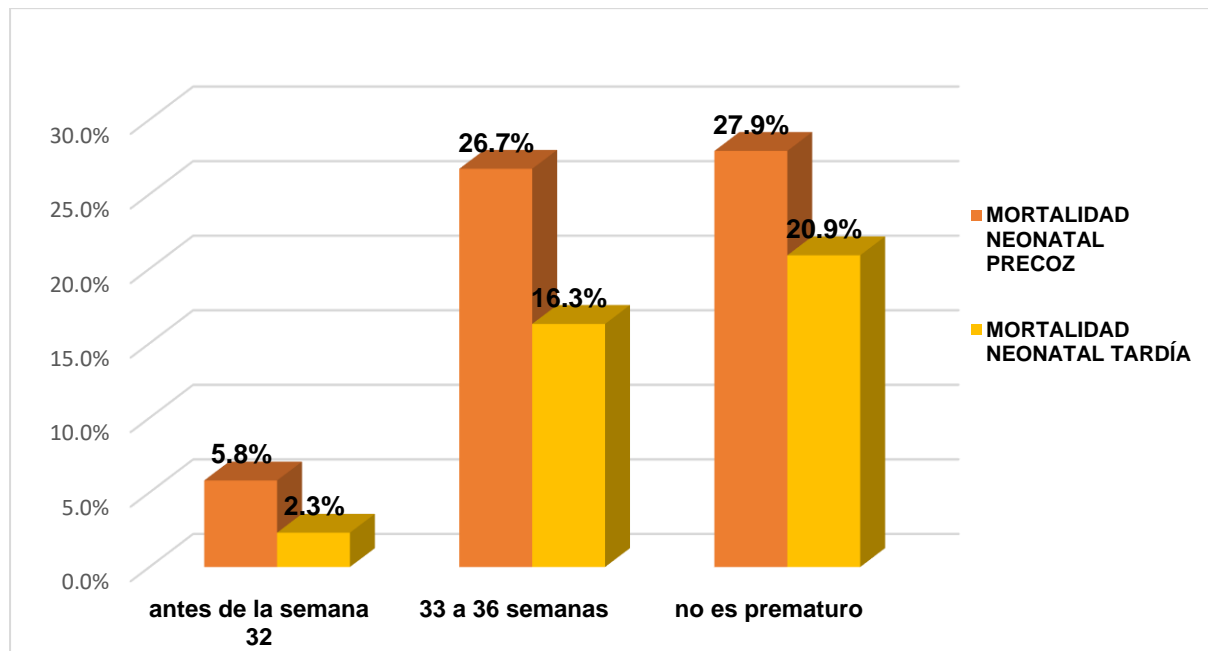
$GL = 2$

$X^2 T = 5.991$

$p = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 7



FUENTE: tabla 7.



Con la ayuda de la tabla n.º 7 y la figura n.º 7, el objetivo específico 3 se cumple en 2023 en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, al demostrar la correlación entre la edad gestacional al nacer y el tipo de mortalidad neonatal.

Teniendo en cuenta la edad gestacional, el 48,8 % de los bebés nacieron prematuros (entre 33 y 36 semanas), el 43,0 % nacieron entre 38 y 42 semanas y el 8,1 % nacieron antes de las 32 semanas.

En cuanto al tipo de mortalidad neonatal, el 27,9 % presentó mortalidad neonatal temprana y el 20,9 % presentó mortalidad neonatal tardía en la población atendida en este hospital.

La prueba de chi-cuadrado mostró un valor de 14,763, superior al valor crítico de 5,991 para 2 grados de libertad. Con un valor p de 0,000, la asociación se considera estadísticamente significativa. Parece existir una correlación entre la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal.

Estos resultados concuerdan con lo informado por Huiza L. et al., quienes encontraron que el 60,5 % de los recién nacidos eran prematuros. De manera similar, el presente estudio mostró que el 48,8 % de los recién nacidos tenían una edad gestacional entre 33 y 36 semanas.

TABLA 11 LUGAR DEL NACIMIENTO ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

LUGAR DEL NACIMIENTO	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Puesto de salud	2	2.3	0	0	2	2.3
Centro de salud	1	1.2	12	14.0	13	15.1
Hospital	30	34.9	13	15.1	43	50.0
En tránsito	2	2.3	1	1.2	3	3.5
Domicilio	1	1.2	1	1.2	2	2.3
Particular	16	18.6	7	8.2	23	26.8
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 18.946$$

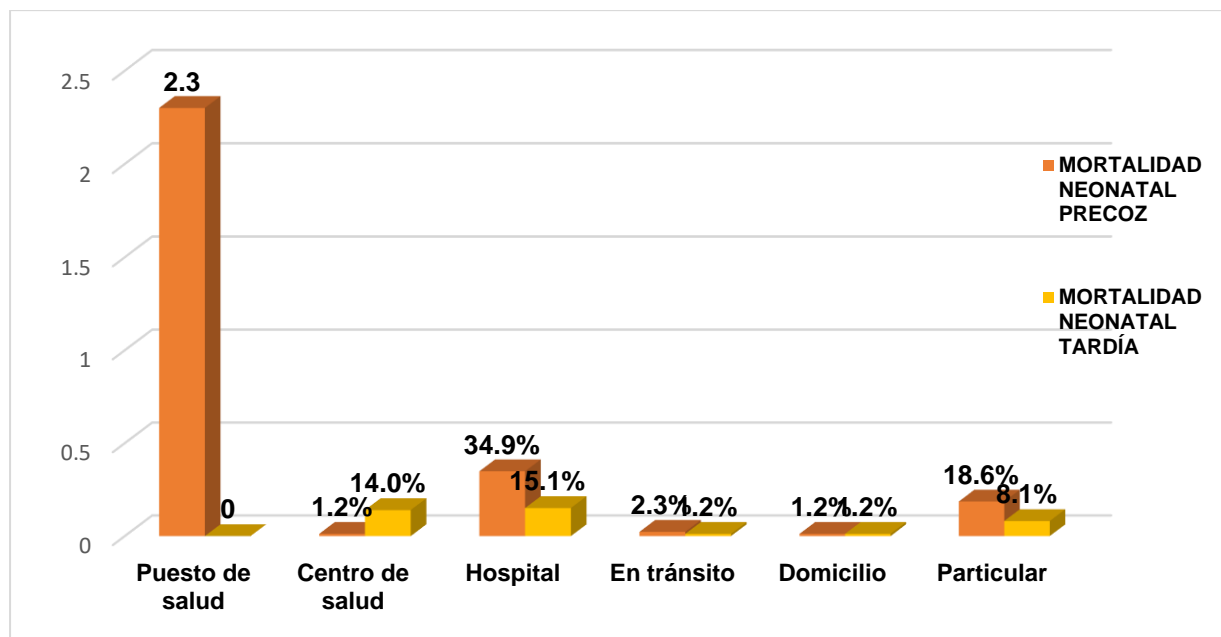
$$GL = 5$$

$$X^2 T = 11.070$$

$$p = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 8



FUENTE: tabla 8.



En la tabla y figura N°8. Nos permite cumplir con el OE 3, evidenciando la relación entre el lugar de nacimiento y el tipo de mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante 2023.

En el lugar de nacimiento se observa que el 50% de neonatos fueron atendidos nacieron en el hospital, mientras que el 26.7% nacen en clínicas particulares, el 15.1% nacen en centros de salud, el 3.5% nacen en tránsito, el 2.3% llegan a nacer en puestos de salud y finalmente el otro 2.35 nacen sus domicilios.

En el tipo de mortalidad neonatal el 34.9% presentaron mortalidad neonatal precoz y el 15.1% tuvo mortalidad neonatal tardía en neonatos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Dado que había cinco grados de libertad y $p = 0,000$, la prueba estadística chi-cuadrado calculada produjo un valor χ^2 de $c = 18,946$, que es mayor que $\chi^2 t = 11,070$. Según estos resultados, parece que el lugar de nacimiento de un bebé está significativamente relacionado con el riesgo de mortalidad durante el periodo neonatal.

Se muestra en los resultados obtenido que el 50% termino en parto institucional el cual es el hospital, mientras que el 26.75 un porcentaje alto prefirió dar parto en clínicas particulares ya que indican que en el hospital muestran maltrato hacia las pacientes por lo cual optan por dar parto en clínicas particulares. No se encontró un autor para el tema en mención.

TABLA 12 VÍA DEL PARTO ASOCIADA A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL							
VÍA DEL PARTO	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL		
	fi	%	fi	%	fi	%	
	Vaginal	36	41.9	5	5.8	41	47.7
Cesárea	16	18.6	29	33.7	45	52.3	
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0	

FUENTE: ficha de recolección de datos

$$X^2 C = 14.500$$

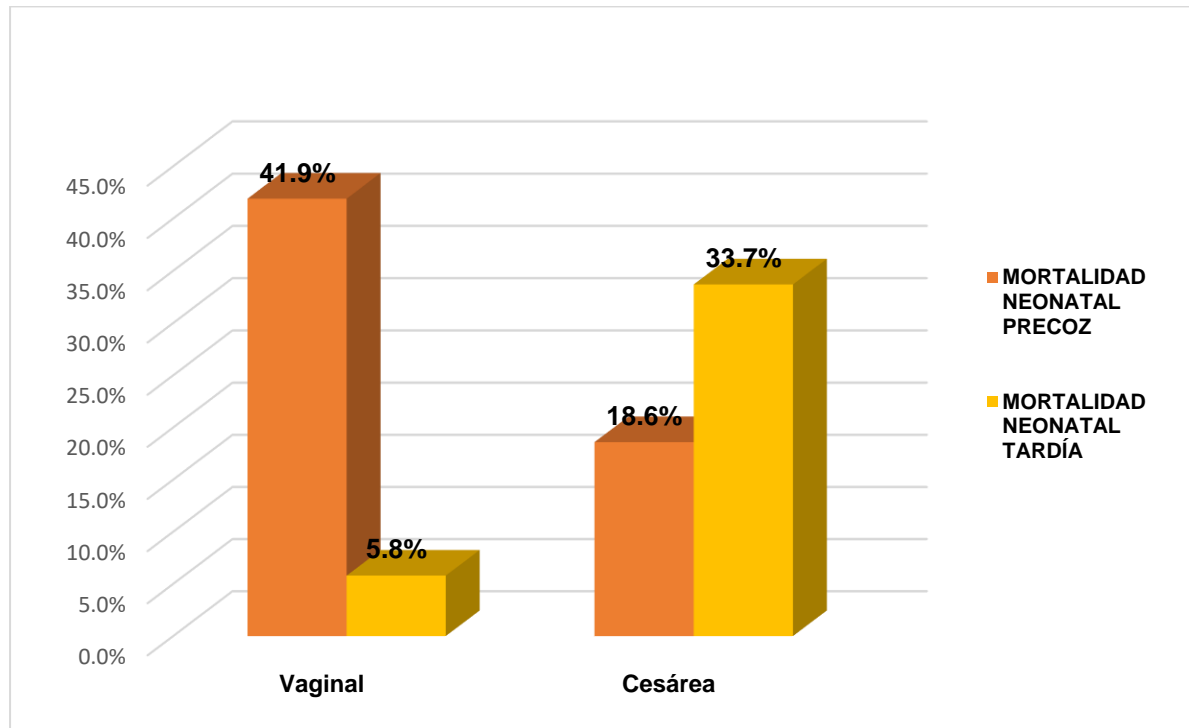
$$GL = 1$$

$$X^2 T = 3.841$$

$$p = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 9



FUENTE: tabla 9.



En la tabla y figura N°9. En tercer lugar, podemos alcanzar el OE 3 mostrando cómo se relaciona el tipo de mortalidad infantil con el método de parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023.

Mientras que el 47,75 % de los partos fueron naturales, el 52,3 % requirió una cesárea.

El 41,9 % de los bebés hospitalizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fallecieron durante el primer mes de vida, mientras que el 33,7 % fallecieron durante el primer mes después del nacimiento.

La mortalidad neonatal está significativamente relacionada con el modo de parto, según los resultados de la prueba de chi cuadrado. El valor $\chi^2 c = 14,500$ fue mayor que el $\chi^2 t = 3,841$ para 1 grado de libertad y $p = 0,000$.

Los bebés nacidos por cesárea representaron el 49 % de la mortalidad neonatal, lo que concuerda con los resultados encontrados por Terán y Guerrero. Con un 52,3 % de pacientes sometidas a intervención quirúrgica para dar a luz, esta conclusión concuerda con la presente investigación.

La correlación entre el tipo de parto y la tasa de mortalidad infantil merece una investigación más profunda a la luz de los datos aquí presentados. Esto se debe a que, aunque las cesáreas son un procedimiento médico que salva vidas en algunos casos de alto riesgo, también se asocian con un mayor riesgo de complicaciones para la madre y el parto.

TABLA 13 TIPO DE LACTANCIA ASOCIADO A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

TIPO DE LACTANCIA	TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL					
	MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ		MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Exclusiva	22	25.6	2	2.3	24	27.9
Mixta	22	25.6	31	36.0	53	61.6
Artificial	8	9.3	1	1.2	9	10.5
TOTAL	52	60.5	34	39.5	86	100.0

FUENTE: ficha de recolección de datos

$X^2 C = 20.782$

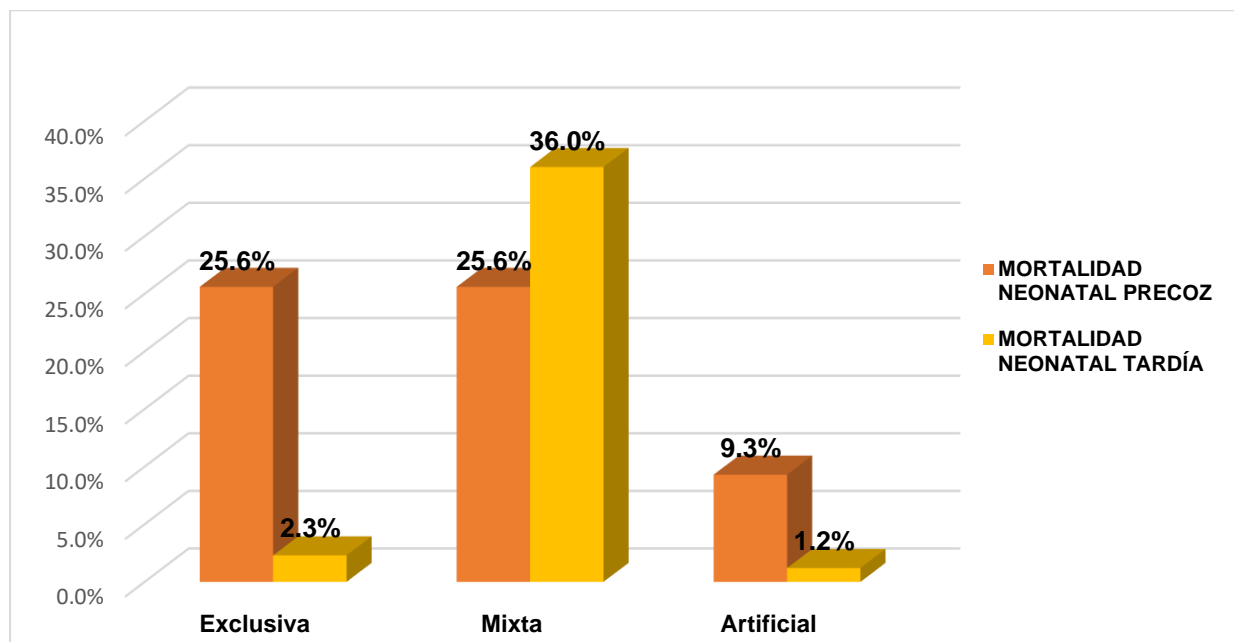
$GL = 2$

$X^2 T = 5.991$

$p = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 10



FUENTE: tabla 10.



En la tabla y figura N°10. Nos permite alcanzar el OE 3, mostrar la asociación que existe entre el tipo de lactancia y el tipo de mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca 2023.

En el tipo de lactancia se observa que el 61.6% de neonatos tuvo una lactancia mixta, mientras que el 27.9% tuvo una lactancia exclusiva y el 10.5% de neonatos tuvo lactancia artificial.

En cuanto al tipo de mortalidad neonatal el 36% presentaron mortalidad neonatal tardía y el 25.6% tuvo mortalidad neonatal precoz en neonatos del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Parece existir una correlación estadísticamente significativa entre la estrategia de lactancia mixta y la mortalidad neonatal cuando se adopta este método. Los resultados de la prueba de chi cuadrado respaldaron esta conclusión; con 2 grados de libertad y $p = 0,000$, se observó que el valor calculado de $\text{Chi}^2_c = 20,782$ era mayor que $\text{Chi}^2_t = 5,991$.

Los investigadores Veleda, C. y sus colegas descubrieron que el destete prematuro representa el 72 % de toda la mortalidad infantil. Los resultados de otros estudios contradicen esta idea. Esta conclusión contradice los resultados del presente estudio, en el que el 61,6 % de las madres declararon haber comenzado la lactancia mixta con sus bebés, es decir, combinando la lactancia materna con otras formas de alimentación.

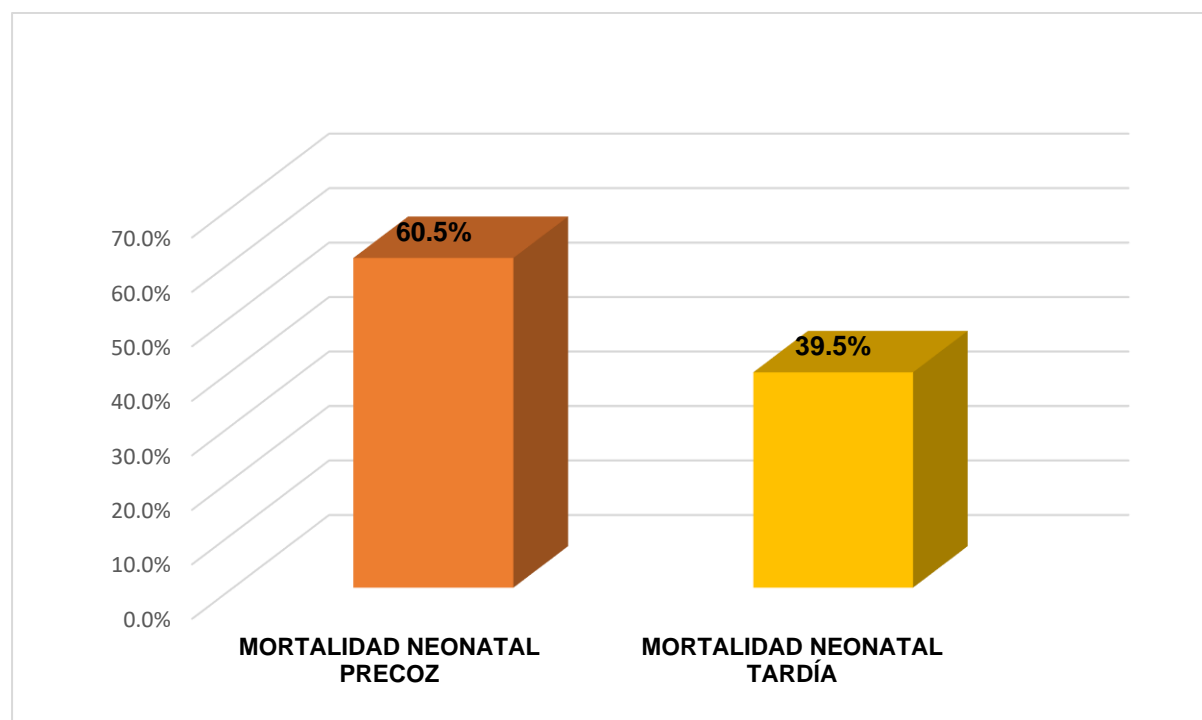
La disminución de la mortalidad neonatal es uno de los beneficios relacionados con la lactancia materna en las primeras etapas, ya que provee al recién nacido de nutrientes esenciales y anticuerpos que ayudan a protegerlo contra infecciones y enfermedades. Sin embargo, la lactancia mixta, aunque también puede ser útil, no ofrece los mismos beneficios protectores que la lactancia exclusiva.

TABLA 14 LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

TIPO DE MORTALIDAD NEONATAL	TOTAL	
	fi	%
MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	52	60.5
MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA	34	39.5
TOTAL	86	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA 11



FUENTE: tabla 11



Tabla y figura N°11. Nos permite explicar el OE 4, Descubran la tasa de mortalidad neonatal del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023, desglosada por causa de muerte.

Nuestro análisis reveló que, según el tipo de muerte neonatal registrada, el 60,5 % de los bebés nacieron con mortalidad temprana y el 39,5 % nacieron con mortalidad tardía.

Por lo tanto, el riesgo de mortalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fue del 60,5 % en las primeras semanas de vida. Como resultado, la principal causa de muerte fue la mortalidad infantil prematura.



CONCLUSIONES

Primera: Se demostró que las tasas de mortalidad infantil entre los pacientes tratados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023 estaban estrechamente relacionadas con las características que se analizaron específicamente. Por lo tanto, existe cierto acuerdo con la sugerencia.

Segunda: Se analizó la asociación que existe entre los factores reproductivos y la mortalidad neonatal donde se encontró que la mayoría de las madres tenían entre 21 y 34 años, representando el 53,5% de los casos. y ($p=0.000$), el deseo de tener hijos que fue no planificado en un 70.9% con ($p=0.000$), la paridad siendo múltiparas en un 74.4% con ($p=0.000$) y el periodo intergenésico menor a un año en un 44.2% y ($p=0.001$).

Tercera: Se identificó la relación entre los factores prenatales y la mortalidad neonatal, observándose que el 48,8 % de los casos correspondieron a la edad gestacional al nacer tuvo un nacimiento entre las semanas 33 a 36 semanas, mientras que en las complicaciones del embarazo el cual fue mayor en las infecciones, en un 43% seguido de la preeclampsia en un 23.3% y finalmente RPM en un 12.8% con ($p=0.000$).

Cuarta: Se evidencia la relación entre los factores del nacimiento y la mortalidad neonatal, observándose que el 50 % de los casos corresponden al lugar de nacimiento nació en el Hospital, seguido por el 26.7% nació en una clínica particular con ($p=0.000$), en la vía del parto en un 52.3% nació por cesárea con ($p=0.000$) y el tipo de lactancia siendo el 61.6% mixta con ($p=0.000$).

Quinta: En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca se identificaron muchos orígenes de mortalidad neonatal; la mortalidad neonatal temprana representó el 60,5 % de los casos, mientras que la mortalidad neonatal tardía representó el 39,5 %. La



tasa de mortalidad neonatal a lo largo de un año es indicativa de esto, los datos indican que la tasa de mortalidad neonatal en este hospital es del 3.4%, lo que refleja el porcentaje de recién nacidos que fallecieron dentro del período neonatal, considerando tanto las muertes precoces como las tardías.



RECOMENDACIONES

Primera: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca: coordinar con el encargado del servicio de obstetricia y con el jefe del área de neonatología para priorizar grupos de madres y recién nacidos con factores de riesgo de muerte neonatal, realizar una evaluación de forma integral a las gestantes como las que presentan factores de riesgo principalmente como los factores reproductivos, prenatales y del nacimiento.

Segunda: La jefa de obstetras y enfermeras promover estrategias para orientar a las mujeres en edad reproductiva sobre sexualidad y métodos de planificación familiar, con el objetivo de disminuir los embarazos no deseados. y fomentar una planificación familiar adecuada. Utilizando tecnologías como TikTok, Instagram, Facebook y WhatsApp, se pueden crear contenidos educativos y grupos donde mujeres compartan sus experiencias de embarazo, lo que permitirá identificar factores de riesgo relacionados con la mortalidad neonatal.

Tercera: A Las obstetras encargadas de la atención prenatal deben realizar mensualmente la prueba rápida en tira reactiva para descartar infecciones urinarias en las gestantes, ya que muchas veces estas infecciones son asintomáticas y pueden agravar la situación, provocando ruptura prematura de membranas (RPM) y partos pretérminos con riesgo de muerte neonatal. Además, es fundamental instruir a las gestantes acerca de la relevancia de consumir líquidos con frecuencia, aumentar la ingesta de vegetales y reducir los alimentos altos en glucosa, ya que la alimentación influye directamente en la prevención de infecciones.

Cuarta: A la jefa de obstetras implementar una capacitación en parto humanizado para recuperar la empatía en el trato hacia las gestantes, ya que la falta de esta empatía puede generar quejas y motivar a las pacientes a buscar atención en clínicas



privadas o partos domiciliarios, con riesgos de desenlaces fatales como la mortalidad neonatal. Además, es crucial ofrecer educación sobre lactancia materna exclusiva, ya que muchos neonatos reciben lactancia mixta por falta de información. Es importante enseñar que la lactancia materna fortalece el sistema inmunológico y que la escasez inicial de leche no indica insuficiencia.

Quinta: Al jefe del área de neonatología y jefe de ginecología implementar medidas basadas en evidencia para reducir las complicaciones y la mortalidad neonatal. Esto incluye capacitación continua al personal, actualización de protocolos para identificar riesgos, garantizar equipos médicos adecuados, fortalecer el monitoreo prenatal y postparto, y establecer un sistema de alerta temprana para emergencias. Estas acciones deben ejecutarse con un enfoque multidisciplinario, mejorando la calidad de la atención y reduciendo los riesgos para la salud neonatal.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lomuto C. Mortalidad Infantil y Neonatal. Rev Enfermería Neonatal [Internet]. 2018;1(3):15–8. Available from: <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/MORTALIDADINFANTILYNEONATAL.pdf>
2. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2018. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673614604979Alonso>
3. Lugo, A., Álvarez, V., Rodríguez, B., Vasallo, N,. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019.
4. Elejalde Díaz Y, Alonso Uría RM. La mortalidad infantil: indicador de excelencia. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2018.
5. Rigol O. Mortalidad perinatal. Obstetricia. y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. p. 246-50.
6. Hurtado F, Rodríguez A. Metrorragia del primer trimestre. Protocolos Obstetricia Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Año 2017.
7. Lona J, Pérez R, Llamas L, Gómez L, Benítez E, Rodríguez V. “Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales (Jalisco - México, 2018).
8. Peranovich, A., Andrada, M. Y Bertone, C. Mortalidad infantil, orígenes y determinantes. Una perspectiva comparada entre la ciudad de Córdoba



- (Argentina) y Campiñas (Brasil), para el período 2018-2020. Realizado en Córdoba –Argentina.
9. Manríquez GP, en Chile titulado “Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile, 2018 – 2022.
 10. Veleda, C., Morbilidad y mortalidad neonatal por enfermedades infecciosas. Hospital materno Tamara Bunke. 2018 – 2020. Cuba.
 11. Terán, Y.Gerrero, M. Factores de la atención de salud que influyen en la mortallidad neonatal registrada en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto, Estado Lara. 2020.
 12. Chavez-Mesa FA (19). En un estudio realizado durante el 2020 en Iquitos cuyo título fue “Factores maternos y neonatal asociados a muerte neonatal en el Hospital III Iquitos – EsSalud 2017 – 2019”
 13. Ticona, M., Hanco, D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo / Manuel Ticona R. Y Col. Rev Chil Obstet Ginecol 70(5): 313-317 mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Universidad Jorge Basadre, Tacna-Perú. 2020.
 14. Espíritu-Gurbillón PC, “Factores maternos y neonatales asociados a muerte perinatal en el Hospital Jorge Voto Bernales – EsSalud 2019 – 2020” Lima-Santa Anita.
 15. Huiza, L., Pacora, P., Ayala, M. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. An. Fac. med. v.64 n.1 Lima ene./mar. 2021.
 16. Torres M. Mortalidad Neonatal y características clínicas y epidemiológicas de las defunciones neonatales en el servicio de neonatología del Hospital Nacional



- Sergio E. Barnales en el año 2019. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima. Perú. [En línea] 2018. Citado el: 10 de Diciembre de 2019. Disponible en:
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/787/TorresMelissa_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Díaz Carbajal Raúl, mortalidad fetal y neonatal en la región de puno de enero a diciembre del año 2017.
 18. Lozano Ventura OA. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Antonio Barrionuevo Lampa, enero–mayo 2018.
 19. Genes L, Lacarrubba J, Caballero C, Fonseca R, Mir R, Céspedes E, Mendieta E. Morbi-mortalidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Unidad de Neonatología. Centro Materno Infantil. Hospital de Clínicas. Rev Pediatría Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. 2019.
 20. Cruz. M.; Lactancia Natural. Tratado de pediatría, 7ma Edición, Editorial Ciencias Médicas, 2019, volumen II. 664- 677.
 21. Valdez, S. y col.; Temas de Pediatría. Lactancia Materna, Capítulo /, Alimentación y Nutrición, Págs. 44-47. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2018.
 22. Claramunt, M. Ángeles y colaboradores. La Cuna vacía. Ed. La esfera de los libros, España 2019.
 23. Alonso, R., Lugo, A., Álvarez, V. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol v.31 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2018.
 24. Ananth, C.. Vintzileos, A. Parto por cesárea pretérmino. 2019. Am J Obstet Gynecol 2019;204:505.e1-8.



25. Báez, A. Velázquez, A. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enfermer 2018;11:57-63.
26. Bandaña, G., Palacios, M. y Lacayo, M. Educación para la vida: manual de educación de la sexualidad. Managua, Nicaragua: 2019. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y UNFPA. - See more at: http://wikiguate.com.gt/wiki/Paternidad_y_maternidad_responsable#sthash.RhThs3Ug.dpuf.
27. Cruz. M.; Lactancia Natural. Tratado de pediatría, 7ma Edición, Editorial Ciencias Médicas, 2020, volumen II. 664- 677.
28. Delgado, A., Arroyo, L., Díaz, M. Prevalencia y orígenes de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. versión impresa ISSN 1665-1146 Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.63 n.1 México ene./feb. 2019.
29. Elejalde, Y., Alonso, R. La mortalidad infantil: indicador de excelencia. Rev Cubana Med Gen Integr 2018.
30. Fariña, D., Rodríguez, F., Vaihinger, M. Mortalidad neonatal: análisis causa raíz. Estudio prospectivo de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades seleccionadas del sector público de la República Argentina Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 31, núm. 3, 2019 pp. 117-124.
31. Hurtado F, Rodríguez A. Metrorragia del primer trimestre. Protocolos Obstetricia Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Año 2019.
32. Ibarra H. Manual de Obstetricia y Perinatología. Cap 5. Ed. EFACIM 2018.



33. Laffita, A., Ariosa, J. Comportamiento de la mortalidad perinatal I en el hospital "América Arias" en un período de 3 años. Rev Cubana Obstet Ginecol v.30 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2019.
34. Núñez, R., Prado, B. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud pública Méx v.45 supl.1 Cuernavaca 2019.
35. Sánchez, C., Neciosup, J. Lugar de atención del parto vaginal y su influencia en la mortalidad neonatal, Sub Dirección De Salud Cajamarca, 2019–2020. Tesis. Lima. Perú. 2011.
36. Sánchez, H., Pérez, G., Toga P. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2017; 43 (5): 377-380 377.
37. Valdez, S. y col.; Temas de Pediatría. Lactancia Materna, Capítulo /, Alimentación y Nutrición, Págs. 44-47. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2020.
38. Villanueva, L., Contreras, A. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obst Mexico 2018.
39. Monasterio R. Factores asociadas a la mortalidad neonatal del Hospital Regional Jose Alfredo Mendoza Olavaria Jamo II – 2 de Tumbes en el año Universidad Nacional de Piura, 2017. Piura 2018.



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	EDAD.M ATERNA	DESEO. DETERN ER.HIJO..	PARIDAD	PIG	COMP.E MBAZ O	ATC.PRE NATAL	NACIMIE NTO.PRE MA	LUGAR.N ACI	VIA DEL. PARTO	LACTAN CIA.MAT ERNA	TIPO.DE MORTALI DAD.NE..
1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1
2	1	1	2	1	5	2	2	1	1	1	1
3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2
4	1	1	2	1	6	2	3	3	1	1	1
5	1	1	1	1	4	2	3	3	1	1	1
6	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	4	1	3	2	2	2	2
8	2	2	2	3	5	2	1	3	1	1	1
9	2	1	2	1	5	2	2	3	1	3	1
10	3	2	1	2	5	1	2	3	2	2	2
11	3	2	1	2	5	2	2	2	2	2	2
12	3	1	2	1	5	2	3	4	1	3	1
13	3	1	2	1	6	2	2	3	1	2	1
14	2	2	2	2	6	2	2	6	2	2	2
15	3	2	1	2	6	1	3	6	2	2	2
16	3	2	1	2	6	2	2	5	2	2	2
17	2	2	2	2	7	2	2	3	2	2	2
18	3	2	1	1	1	2	2	4	1	3	1
19	3	1	1	3	6	2	2	6	1	2	1
20	3	1	2	1	6	1	2	6	1	2	1
21	3	1	2	1	6	2	3	5	1	2	1
22	3	1	2	1	6	2	3	6	2	2	1
23	3	1	2	1	7	2	1	6	2	1	1
24	3	1	2	2	7	2	1	6	1	1	1
25	1	2	2	2	6	3	2	3	2	2	2
26	3	2	1	2	5	2	2	3	2	2	2

Vista de datos Vista de variables



	EDAD.M ATERNA	DESEO. DETERN ER.HIJO..	PARIDAD	PIG	COMP.E MBARAZ O	ATC.PRE NATAL	NACIMIE NTO.PRE MA	LUGAR.N ACI	VIA.DEL PARTO	LACTAN CIA.MAT ERNA	TIPO.DE MORTALI DAD.NE..
25	1	2	2	2	6	3	2	3	2	2	2
26	3	2	1	2	5	2	2	3	2	2	2
27	2	2	2	2	6	2	3	3	2	2	2
28	2	2	2	2	5	2	1	3	2	2	2
29	2	2	2	2	4	1	2	4	2	2	2
30	3	2	2	3	5	1	2	6	1	2	1
31	3	2	2	1	5	2	2	6	1	2	1
32	1	2	2	1	5	3	3	6	1	1	1
33	1	2	1	1	5	3	2	6	1	1	1
34	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
35	2	1	2	1	1	2	3	3	2	1	1
36	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1
37	3	2	2	1	4	1	2	2	2	2	2
38	3	2	2	2	5	1	3	2	2	2	2
39	2	2	2	2	6	2	3	2	2	2	2
40	2	2	2	2	7	2	3	2	2	2	2
41	3	2	2	3	5	2	3	3	1	1	1
42	3	1	1	3	5	2	2	3	1	2	1
43	2	2	1	3	5	1	2	2	2	2	2
44	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
45	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2
46	1	1	2	2	1	2	2	6	1	2	1
47	3	1	1	2	1	1	2	6	1	2	1
48	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2
49	3	2	2	2	1	1	2	6	1	3	1
50	3	2	2	2	1	2	2	6	2	3	1

Vista de datos Vista de variables



	EDAD.M ATERNA	DESEO. DETERN ER.HIJO..	PARIDAD	PIG	COMP.E MBAZAZ O	ATC.PRE NATAL	NACIMIE NTO.PRE MA	LUGAR.N ACI	VIA.DEL. PARTO	LACTAN CIA.MAT ERNA	TIPO.DE MORTALI DAD.NE..
51	3	2	2	1	7	2	3	6	2	1	1
52	2	2	2	1	5	1	3	3	2	1	2
53	2	2	2	2	5	1	3	3	2	1	1
54	3	1	1	3	5	1	3	3	1	2	1
55	3	2	1	3	5	1	3	3	1	3	1
56	3	2	2	1	4	2	3	6	1	2	2
57	3	2	2	1	4	2	2	6	1	2	2
58	3	2	1	2	5	2	2	3	2	2	1
59	3	2	2	3	5	1	2	3	1	1	1
60	2	2	2	1	5	1	2	6	2	1	2
61	2	2	2	1	5	1	2	3	2	2	2
62	2	2	2	1	5	2	3	3	2	2	2
63	3	2	2	3	6	3	3	3	1	2	1
64	3	1	1	1	5	1	3	3	1	2	1
65	2	2	2	1	5	1	3	6	2	2	2
66	3	2	2	3	5	2	3	3	1	2	1
67	2	2	2	2	6	2	3	3	2	2	2
68	3	2	2	1	5	3	3	3	2	1	1
69	3	2	2	1	5	1	2	3	2	1	1
70	3	1	1	1	6	1	2	3	1	2	1
71	2	2	2	1	6	1	3	3	1	3	1
72	2	2	2	2	5	1	3	3	1	2	2
73	3	2	1	3	3	2	3	3	1	1	1
74	3	2	2	2	4	2	3	3	2	2	1
75	2	1	2	2	4	3	3	3	1	2	1
76	1	1	1	2	4	2	3	3	2	2	2

Vista de datos Vista de variables



	EDAD.M ATERNA	DESEO. DETERN ER.HIJO..	PARIDAD	PIG	COMP.E MBAZ O	ATC.PRE NATAL	NACIMIE NTO.PRE MA	LUGAR.N ACI	VIA.DEL. PARTO	LACTAN CIA.MAT ERNA	TIPO.DE MORTALI DAD.NE..
66	3	2	2	3	5	2	3	3	1	2	1
67	2	2	2	2	6	2	3	3	2	2	2
68	3	2	2	1	5	3	3	3	2	1	1
69	3	2	2	1	5	1	2	3	2	1	1
70	3	1	1	1	6	1	2	3	1	2	1
71	2	2	2	1	6	1	3	3	1	3	1
72	2	2	2	2	5	1	3	3	1	2	2
73	3	2	1	3	3	2	3	3	1	1	1
74	3	2	2	2	4	2	3	3	2	2	1
75	2	1	2	2	4	3	3	3	1	2	1
76	1	1	1	2	4	2	3	3	2	2	2
77	3	2	2	1	5	2	3	3	2	3	1
78	3	2	2	2	5	1	2	3	1	2	1
79	3	2	2	3	5	1	3	3	1	2	1
80	2	2	2	3	5	1	3	3	1	2	2
81	2	2	2	1	6	1	1	3	2	1	1
82	2	1	2	1	5	1	3	3	2	1	1
83	3	2	2	3	5	1	3	6	1	2	1
84	3	2	1	3	6	1	3	6	1	3	2
85	3	2	2	3	6	1	2	6	2	1	1
86	3	2	2	1	6	2	2	3	2	1	1
87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2023?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2023.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL. Las muertes neonatales están asociadas significativamente con factor de índole reproductivas y/o prenatales y del nacimiento en hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca 2023</p>	<p>1. Factores</p>	<p>1.1. Reproductivos</p> <p>1.2. prenatales</p> <p>1.3. Del nacimiento</p>	<p>1.1.1. Edad Materna</p> <p>1.1.2. Deseo de tener el hijo.</p> <p>1.1.3. Paridad.</p> <p>1.1.4. Periodo Intergenésico</p> <p>1.2.1. Complicaciones del embarazo.</p> <p>1.2.3. Atención Prenatal.</p> <p>1.3.1. Edad gestacional al nacer</p> <p>1.3.2. Lugar del nacimiento</p> <p>1.3.3. Vía del parto</p> <p>1.3.4. Tipo de Lactancia</p>	<p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN El tipo de investigación es básica de nivel relacional, corte transversal.</p> <p>MÉTODO: Hipotético deductivo</p> <p>POBLACIÓN: 86 pacientes</p> <p>MUESTRA: 86 pacientes</p> <p>1.- TÉCNICAS: Análisis documental.</p> <p>2.- INSTRUMENTOS Ficha de recolección de datos.</p>
<p>-PROBLEMAS ESPECÍFICOS PE 1.- ¿Qué asociación existe entre los factores reproductivas y la mortalidad neonatal?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE1.- Analizar la asociación entre los factores reproductivos y la mortalidad neonatal.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS HE 1.- Las orígenes reproductivas (edad avanzada, embarazo no deseado, la multiparidad y el periodo intergenésico corto) influyen negativamente en el tipo de muerte neonatal.</p>		<p>2.1. tipo de mortalidad neonatal</p>		



<p>PE 2.- ¿Qué asociación existe entre los factores prenatales y la mortalidad neonatal?</p>	<p>OE2.- Identificar la asociación que existe entre los factores prenatales y la mortalidad neonatal.</p>	<p>HE 2 Las orígenes prenatales (complicaciones del embarazo y la ausencia de atención prenatal) influyen negativamente en el tipo de muerte neonatal.</p>				
<p>PE 3.- ¿Qué asociación existe entre los factores del nacimiento y la mortalidad neonatal?</p>	<p>OE3.- Conocer la asociación que existe entre los factores del nacimiento y la mortalidad neonatal.</p>	<p>HE 3.- Las orígenes del nacimiento (nacimiento prematuro, lugar, defectos del nacimiento en domicilio, vía del parto cesárea, lactancia artificial) influyen negativamente en el tipo de muerte neonatal.</p>				
<p>PE 4.- ¿Cuál es el tipo de mortalidad neonatal en el hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>OE4.- Identificar el tipo de mortalidad neonatal en el hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>HE 4.- El tipo de muerte neonatal más frecuente es la precoz en el Hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>2.- mortalidad neonatal</p>	<p>Tipo mortalidad de neonatal</p>	<p>2.1.1. Mortalidad Neonatal precoz 2.1.2. Mortalidad Neonatal tardía</p>	



ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO - JULIACA 2023

Nro:.....

HC:.....

FECHA:.....

EDAD MATERNA MENOR DE 20 AÑOS
 21 A 34 AÑOS
 35 A MÁS AÑOS

DESEO DE TERNER EL HIJO. PLANIFICADO
 NO PLANIFICADO

PARIDAD. PRIMÍPARA
 MULTÍPARA

PERIODO INTERGENÉSICO MENOR DE UN AÑO
 DE 2 A 4 AÑOS
 MAYOR DE 4 AÑOS

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. DDP
 PLACENTA PREVIA
 PROLAPSO DE CORDÓN
 RPM
 INFECCIONES
 PREECLAPSIA
 NINGUNA

ATENCIÓN PRENATAL. 1 A 5 CONTROLES
 6 A MÁS
 SIN CONTROLES

NACIMIENTO PREMATURO ANTES DE LA SEMANA 32
 33 A 36 SEMANAS
 NO ES PREMATURO



- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| LUGAR DEL NACIMIENTO | <input type="radio"/> PUESTO DE SALUD |
| | <input type="radio"/> CENTRO DE SALUD |
| | <input type="radio"/> HOSPITAL |
| | <input type="radio"/> EN TRÁNSITO |
| | <input type="radio"/> DOMICILIO. |
| DEFECTOS DE NACIMIENTO | <input type="radio"/> DOWN |
| | <input type="radio"/> LABIO LEPORINO |
| | <input type="radio"/> CARDIACO |
| | <input type="radio"/> OTRO |
| | <input type="radio"/> NINGUNO. |
| VIA DEL PARTO | <input type="radio"/> VAGINAL |
| | <input type="radio"/> CESÁREA |
| LACTANCIA MATERNA | <input type="radio"/> EXCLISIVA |
| | <input type="radio"/> MIXTA |
| | <input type="radio"/> ARTIFICIAL |
| OCUPACIÓN MATERNA | <input type="radio"/> AMA DE CASA |
| | <input type="radio"/> ESTUDIANTE |
| | <input type="radio"/> COMERCIANTE |
| | <input type="radio"/> ARTESANA |
| | <input type="radio"/> OTRA |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | <input type="radio"/> INICIAL |
| | <input type="radio"/> PRIMARIA |
| | <input type="radio"/> SECUNDARIA |
| | <input type="radio"/> SUPERIOR |
| TIPO DE MUERTE | <input type="radio"/> NEONATAL PRECOZ |
| | <input type="radio"/> NEONATAL TARDÍA |



ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACION DE INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Título de la Tesis... Factores asociados a Mortalidad Neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano.
Nombre del juez... Dra. Eliana Ccama Quispe
Especialidad... Ginecologo-OBSTETRA

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1- 20	Regular 21 - 40	Buena 41 - 60	Muy buena 61 - 80	Excelente 81 - 100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				75	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				73	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				71	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables y los indicadores.				74	
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en Cantidad y Calidad.				73	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los MA. rechazados.				70	
7.CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y las hipótesis.				71	
8.COHERENCIA	Entre los indicadores y las dimensiones.				74	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				73	

Colegiatura... 32016 RNE 31150 Fecha.....

OPINION DE APLICABILIDAD: Muy BUENA

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 7.2.6

FECHA: 18-OCT-2023 DNI:



Dra. Eliana Ccama Quispe
GINECO - OBSTETRA
C.O. 32016 RNE 31150



VALIDACION DE INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Título de la Tesis: Factores Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Hospital Carlos Monge Y Medrano 2023
Nombre del juez: Dr. Richard Sanga Yampasi
Especialidad: Ginecología - Obstetra

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1 - 20	Regular 21 - 40	Buena 41 - 60	Muy buena 61 - 80	Excelente 81 - 100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				73	
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.				70	
3.ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				72	
4.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables y los indicadores.				71	
5.SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en Cantidad y Calidad.				70	
6.INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los MA. rechazados.				69	
7.CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y las hipótesis.				72	
8.COHERENCIA	Entre los indicadores y las dimensiones.				73	
9.METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.				71	

Colegiatura: 49858 RNE: 040387 Fecha:

OPINION DE APLICABILIDAD: Muy Buena

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 71.2

FECHA: 18-Oct-2023 DNI:


 Dr. Richard Sanga Yampasi
 MEDICO PEDIATRO
 GINECOLOGO OBSTETRA
 CMP: 49858 RNE: 040387



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 03/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MADELEINE MAMANI MESTAS

Dirección: JR. PUNO N° 544

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 44567795

Teléfono: 959281957 email: mestas662@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: MAESTRÍA EN SALUD

Escuela Profesional o Mención: SALUD PÚBLICA

Título o Grado Académico a optar: MAESTRO EN SALUD

Asesor: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): ASOCIADOS, FACTORES, MORTALIDAD NEONATAL.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P42



03-DICIEMBRE-2025

Firma de Autor

huella digital

Fecha