



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA
MORBI-MORTALIDAD MATERNO NEONATAL”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: NAILLY GABRIELA SOLIS CARRANZA

DIRECTORA: LCDA. CARMEN VICTORIA MOLINA CALLE

LA TRONCAL – ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“Factores de riesgo que inciden en la morbi-mortalidad materno
neonatal”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR: NAILLY GABRIELA SOLIS CARRANZA

DIRECTORA: LCDA. CARMEN VICTORIA MOLINA CALLE

LA TRONCAL – ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Yo, **Nailly Gabriela Solís Carranza** portador (a) de la cédula de ciudadanía Nro. **094235760-9** en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación:, “**Factores de riesgo que inciden en la morbi-mortalidad materno neonatal**”, de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

La Troncal, 16 de abril del 2024



Firmado electrónicamente por:
**NAILLY GABRIELA
SOLIS CARRANZA**

F:

Nailly Gabriela Solis Carranza

C.I. 0942357609

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA EXTENSIÓN SAN PABLO DE LA TRONCAL
UNIDAD DE TITULACIÓN

La Troncal 10 de abril del 2024

Asunto: Acta de calificación del trabajo de Titulación.

Señorita

Lcda. Carmen Molina Calle Mgs

Coordinadora de titulación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EXTENSIÓN LA TRONCAL

Presente.

De mis consideraciones:

El suscrito tutor del trabajo de titulación, con un atento y cordial saludo me dirijo a usted para desearle éxitos en sus funciones diarias, y a su vez certificar que el trabajo del titulado “**Factores de riesgo que inciden en la morbi-mortalidad materno neonatal**” del estudiante **Nailly Gabriela Solis Carranza** con cedula de ciudadanía No **0942357609**, ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple con las normas estatutarias establecida por la Universidad Católica de Cuenca Campus La troncal, con resultado de la calificación del trabajo escrito de **49 /50** puntos.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines legales consiguientes, suscribo, no sin antes exteriorizar nuestra consideración.

Atentamente,

DIOS, PATRIA, CULTURA Y

DESARROLLO



Firmado electrónicamente por:
**ENRIQUETA DE LOS
ANGELES MARTINEZ
VICUNA**

Lcda. Enriqueta de los Angeles

Martinez Vicuña

Tutora

Dedicatoria

A Dios, porque cada día recibí su bendición y me dio fuerzas para culminar mis estudios universitarios. Por protegerme siempre todo peligro, darme salud y nunca abandonarme en momentos difíciles. Gracias por darme la oportunidad de aprender sobre esta noble profesión enmarcada en el humanismo, empatía y solidaridad. Gracias a todas las personas maravillosas que se han sido una ayuda fundamental a lo largo de mi vida como estudiante.

A mi querida madre AMBAR, quien es el pilar fundamental en mi vida, en mis estudios y en todos mis sueños. Gracias por siempre ponerme como prioridad y por muchas veces sacrificar sus anhelos para que los míos se hagan realidad; siempre agradezco los consejos

brindados en cada momento, que fueron indispensables para mi crecimiento personal y futuro profesional. Por ejemplo, de amor incondicional y ser aquel ejemplo de superación, perseverancia e inspiración a convertirme en un ser humano humilde y sencillo; gracias por guiarme y enseñarme cada día. No existen palabras para agradecer todo lo que ha hecho por mí; y sin duda alguna, este logro es para usted.

A mi familia: abuelos y padre, por su ayuda constante en cada etapa de mi vida y motivarme a seguir mis metas, creer en mí y siempre estar dispuestos a contribuir en lo que sea necesario; además de estar conmigo para celebrar cada uno de mis éxitos.

Agradecimiento

Agradezco a Dios en primer lugar por darme la sabiduría y el entendimiento al momento de realizar el presente trabajo de titulación para poder culminar exitosamente mi carrera profesional; por las personas que puso en mi vida que fueron de gran apoyo y fortaleza para continuar en los momentos más difíciles; por la protección, cuidado, guía y dirección durante todos estos años de estudios universitarios, para así cumplir con nuestro objetivo principal: ser Licenciada en Enfermería.

A mis padres, por ser pilar fundamental en mi vida y apoyarme en cada situación compleja que se presentó, por confiar en mi capacidad de lograr uno de mis sueños; gracias a su amor incondicional y consejos diarios que son de gran ayuda en el diario vivir. Por siempre estar presentes y ser ejemplo de superación e inculcarme valores y principios para ser una persona exitosa y nunca olvidarme de ser humilde y sencilla.

A la Universidad de Cuenca por la excelente formación académica a través de los diversos docentes quienes nos impartieron sus conocimientos y experiencias con el propósito de crear profesionales de calidad que brinden cuidados humanizados hacia los usuarios. Y a mi tutora ; por su ayuda constante, dedicación, paciencia y responsabilidad al compartir sus conocimientos y experiencias para realizar un buen trabajo de investigación; lo apreciamos y le agradecemos mucho.

A todos mis compañeros, por todos estos años compartidos, las risas, anécdotas y momentos vividos junto a ustedes han hecho de esta etapa la mejor de todas.

Resumen

Los factores de riesgo que predisponen a la morbilidad y mortalidad maternoneonatal son aquellos que se muestran antes de la gestación y antes de los 28 días de nacido el producto, sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad maternoneonatal son elevadas en países subdesarrollados. Son estadísticas que registran las patologías y a la vez los decesos que se presente durante el periodo de gestación deben de existir circunstancias o factores que provoquen esto. El objetivo del estudio es concientizar sobre la importancia de abordar este tema de manera integral, para lograr prevenir complicaciones en la salud de las mujeres y neonatos. La metodología elegida para este estudio cualitativo, retrospectivo con una revisión bibliográfica de repositorios y bases de datos como Scielo, Google Scholar, Dspace, Scopus y PubMed. El análisis permitió discernir 10 publicaciones cuantificables y 5 artículos con enfoque cualitativo de los cuales se pudo extraer y constatar diversos datos. Dentro de los factores encontrados tanto maternos como del recién nacido se exponen los siguiente: factores demográficos, antecedentes ginecológicos y riesgos obstétricos, distocia en la presentación. En cuanto a los neonatales se determinaron el APGAR, peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, edad gestacional, malformaciones genéticas, dificultades respiratorias. Debido a esto se promueve a realizar estrategias multidisciplinarias con el fin de reducir la morbimortalidad, involucrando al personal de salud a concientizar a la mujer gestante en tener una salud optima.

Palabras clave: mortalidad materna, neonatos, morbilidad, preeclampsia, factores de riesgos.

Abstract

The risk factors predisposing to maternal and neonatal morbidity and mortality are those evident before gestation and before the first 28 days of the newborn's life. However, maternal and neonatal morbidity and mortality rates are high in least developed countries. These rates statistically record the pathologies and deaths occurring during gestation, provoked by certain circumstances or factors. The study aims to raise awareness of the importance of tackling this issue comprehensively to prevent women's and neonates' health complications. This qualitative retrospective study's methodology involves reviewing bibliographic repositories and databases, such as SciELO, Google Scholar, DSpace, Scopus, and PubMed. The analysis discerned ten quantifiable publications and five articles with a qualitative approach, from which various data were extracted and verified. Demographic factors, gynecological history, obstetric risks, and dystocia presentation are some identified maternal and neonatal factors. For neonates, the identified factors include APGAR scores, birth weight, intrauterine growth retardation, gestational age, genetic disorders, and breathing problems. Therefore, multidisciplinary strategies are promoted to reduce morbidity and mortality, involving healthcare staff in raising awareness of pregnant women's need for optimal health.

Keywords: maternal mortality, neonates, morbidity, preeclampsia, risk factors.

CONTENIDO

Dedicatoria	6
Agradecimiento	7
Resumen	8
Abstract	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	12
1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	16
1.3. ESTUDIOS APLICADOS EN CONTEXTOS DISTINTOS	20
1.4. DEFINICIONES BÁSICAS	23
CAPITULO II. PRODUCCION INTERPRETATIVA	29
2.1. RESULTADOS	30
2.2. DISCUSIÓN	38
CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
3.1. CONCLUSIONES	41
3.2. RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad maternoneonatal es un problema de salud pública que afecta a mujeres embarazadas y a los recién nacidos en todo el mundo. Existen múltiples factores de riesgo que influyen en esta situación, desde condiciones de salud materna previas al embarazo, durante el embarazo y en el parto, hasta factores socioeconómicos, culturales y de acceso a servicios de salud. En esta investigación exploraremos algunos de los principales factores de riesgo que contribuyen a la morbimortalidad maternoneonatal,

La presente investigación establece algunos de los principales factores de riesgos que se presentan dentro de este periodo que comprende el inicio y formación dentro de la madre hasta los primeros 28 días posterior al alumbramiento del neonato, se encuentran dividido en dos grupos; antecedentes obstétricos de la madre (educación, antecedentes ginecobstetricos, paridad, periodo intergenésico corto, control prenatal, distocias de presentación y parto) y la condición del recién nacido (peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino RCI, problemas respiratorios, malformaciones genéticas).(1)

Este esfuerzo es crucial porque aumentará la concienciación sobre este problema que afecta a la población materna y neonatal en todo el mundo. Analizar los factores de riesgo maternos y neonatales de las muertes neonatales, examinar las tasas de mortalidad ecuatorianas y dilucidar la función de la enfermería en relación con la morbilidad y mortalidad maternas y neonatales será posible con esta investigación.

Considerando todas las aseveraciones antes expuestas, surgió el presente estudio que consiste en una revisión sistemática con la finalidad de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgos que influyen en la morbimortalidad materno infantil?; para lo cual se procedió con la búsqueda, selección y análisis de una serie de fundamentos teóricos obtenidos de diferentes fuentes de información científica debidamente validados.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

El objetivo de las investigaciones de Josué David Vaca Kahut en Cuba era examinar las causas y los efectos de la enfermedad y la mortalidad maternas tanto en las madres como en los recién nacidos. En consecuencia, la mortalidad materna servía como indicador indirecto de la posibilidad de morir durante el embarazo o en los 42 días siguientes como consecuencia de dificultades obstétricas que empeoraban por factores relacionados con el embarazo en lugar de estar directamente relacionadas con causas obstétricas.(2)

Ramos realizó un estudio observacional transversal para investigar los factores asociados a la mortalidad materna. La edad de 35 años o más (OR 3,72; IC: 1,88-7,36 y $p= 0,00004$), la multiparidad de cinco o más (OR 3,04; IC: 1,37-6,7 y $p= 0,0005$), la ausencia de control prenatal (OR 3,47; IC: 1,8-6,7 y $p= 0,0002$) y la falta de seguro social o privado (OR 9,8; IC: 4,83-19,9 y $p= 0,0001$) resultaron fundamentales para reducir la mortalidad materna y neonatal. Estos factores tienen un impacto social significativo y se han convertido en una preocupación de salud pública directamente relacionada con la salud sexual y reproductiva.(3)

El estado Pluricultural de Bolivia, normalizo un plan estratégico para evitar el aumento de las mortalidades materna neonatales, presentando algunas estrategias que se deberían tomar en consideración, debido a un estudio minucioso de parte de gobierno y todo el sistema de salud pública, ya que son de gran beneficio porque actuando en

estos puntos estratégicos como: la renovación del personal y la capacitación continua de los trabajadores de la salud, los exámenes médicos de los servicios de maternidad y prematuridad, y el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave. En cada institución permiten analizar los casos de partos difíciles, encontrar factores relacionados y tratar de reducir riesgos para crear soluciones, adecuando una mejor atención a las mujeres y neonatos.(4)

Tang PM, et., en el Hospital Central de Maracay, determino que la mayoría de las muertes maternas se pudieron prevenir porque se sabía que las soluciones de salud previenen o tratan las complicaciones. Todas las mujeres necesitan atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Es importante que todas las gestaciones sean realizadas por personal de atención médica calificado, ya que la atención y el tratamiento oportunos pueden salvar la vida tanto de la madre como del recién nacido. (5)

En 2020, casi 800 mujeres murieron cada día por causas evitables o factores relacionados con el embarazo y el parto. La mortalidad materna es insoportablemente alta. En el mismo año, aproximadamente 287.000 mujeres murieron durante o después del embarazo o el parto, pero están implicados varios factores que contribuyen a la morbilidad materna directa. Como la curva de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos también aumentó durante una determinada pandemia de Covid-19, la OMS anunció hace unos meses que la pandemia había sido superada. (6)

Según, Tang PM, et., en una investigación en el estado de Aragua, menciono que prevenir embarazos no deseados es muy importante para evitar la muerte materna. Todas las mujeres, incluidas de mayor importancia las adolescentes y la de edad adulta gestacional, necesitan acceso a anticonceptivos, servicios de aborto seguros y legales, control gestacional subsecuente y una atención preparto y postaborto de calidad.(7) Según algunas investigaciones, las tasas de mortalidad infantil de Brasil siguen siendo elevadas, incluso tras un notable descenso en los últimos años, debido sobre todo a la disminución de la mortalidad postneonatal (de 28 a 364 días de vida). Esto se debe a que la mortalidad neonatal (de 0 a 27 días de vida) se ha estabilizado.(8)

Encalada Gianella, et., en el estudio realizado en el Hospital de Babahoyo, donde determinaron los principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos encontraron que la distribución por grupos de edad de la sala era de 30 a 31,6 semanas, con un mayor número de pacientes con pesos al nacer entre 1900 y 2400 g en este período; sin embargo, después de 34 semanas esta tasa de incidencia ha disminuido. Esto se debe a que, además de la relación directa entre edad gestacional y madurez, la hemorragia intraventricular se asocia con la falta de esteroides (ya que provocan la maduración del sistema nervioso central) y con dicho tratamiento en especial a estos pacientes. Destaca la importante reducción de la mortalidad en las poblaciones de estudio, que está por debajo del nivel reflejado en los países menos desarrollados.(9)

En el estudio de Ordoñez y Zeballos analizaron en el cantón Durán y descubrieron que las variables interdependientes de la muestra incluían antecedentes

personales, hábitos, adicciones, cambios en el estilo de vida, solicitud de exámenes adicionales y tratamiento de los antecedentes personales. Además, se utilizó un modelo de regresión logística binomial para examinar los siguientes 35 parámetros: indicadores de alerta, planificación familiar, modificaciones del estilo de vida, educación nutricional, investigación y terapia de base, resultados clínicos o antecedentes personales, exámenes intermedios y exámenes de seguimiento (10)

Las mismas razones que se cobraron la vida de más de 22.000 mujeres en esas naciones industrializadas a principios del siglo XX se cobran ahora la vida de más de 22.000 mujeres al año, sobre todo en regiones rurales remotas y empobrecidas de América Latina y el Caribe. Estados Unidos fue superado por cinco naciones hace sesenta años. En 2006, hubo 91,1 muertes en ALC por cada 100.000 nacidos vivos. Entre las 523 víctimas mortales de Haití y las 17,3 de Chile. Según el índice de concentración de la desigualdad (-0,43), el 20% más rico de la región sólo registró el 5% de las muertes maternas, frente al 50% del 20% más bajo.(11)



1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

TEORIA DEL CUIDADO HUMANO

Según la perspectiva de Watson, la enfermería durante el embarazo puede considerarse un instrumento para prestar cuidados individualizados que se centran en ayudar a la paciente a alcanzar el equilibrio mental, físico y espiritual. Esto, a su vez, mejora la capacidad de la paciente para curarse a sí misma y eleva su conciencia al máximo grado. La teoría abarca los momentos de atención, las ocasiones de atención, la relación de atención transpersonal, el proceso de Caritas y las técnicas de atención-sanación.(12)

Esta teoría se aplicó para entablar una relación con las futuras madres, establecer una atmósfera enriquecedora para ellas y moldear técnicas de lactancia que priorizaran y fortalecieran sistemáticamente las emociones de las futuras madres, prolongando así su esperanza de vida y fomentando un vínculo más estrecho con el bebé.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El objetivo principal de la teoría de Orem es educar a la gente sobre el autocuidado. Distingue tres tipos de requisitos para el autocuidado: los del autocuidado universal, los del autocuidado en desarrollo y los del autocuidado de las desviaciones de salud. De ellos, el primer requisito -el autocuidado universal- está presente en todas las personas y se manifiesta tanto en su vida cotidiana como en su bienestar general.

Dentro de estos se encuentran algunos déficits universales de autocuidado en el embarazo que incluyen desnutrición, consumo de alcohol, consumo de drogas, ingesta

inadecuada de aire saludable en situaciones en las que se fuma, estar de pie, laboras por varias horas, cansancio, estrés, contaminación ambiental, desequilibrio entre la actividad y el descanso, etc. Son algunas manifestaciones que ponen en riesgo el autocuidado de la madre gestante y el neonato. (13)

TEORÍA DEL CUIDADO TRANSCULTURAL

Leininger propone la teoría disciplinar de la "Diversidad y Universalidad del cuidado cultural", esta teoría parte del supuesto aprendizaje cultural del cuidado que tienen dependiendo de las diferentes diversidades en las cuales se han transmitido en una forma sistemática de generación en generación y que deja huellas persistentes en las épocas y la historia. Propone descubrir las diferentes formas de cuidados de la salud dependiendo de la diversidad universal que tienen distintas clases y culturas.

La coordinación de las medidas de conservación, mantenimiento o reestructuración es importante en la interacción entre la enfermera y los sujetos de los cuidados. Indagar y conocer como la gestante realiza su cuidado y como realiza el cuidado del neonatos, sus costumbres, siempre viendo desde su lógica cultural, para así el personal ingresar con un cumulo de conocimientos válidos y con peso científico para reestructurar ese cuidado y ampliarlo para una mejor calidad de vida.(14)



TEORÍA DEL ROL MATERNO

Según la adopción del rol materno, éste evoluciona de forma interactiva a lo largo de un tiempo determinado en el que la madre desarrolla un vínculo de atracción con el niño, aprende con el tiempo y se convierte en una experta en proporcionarle cuidados, lo que da lugar a una interacción increíblemente fuerte e inquebrantable. Además, la madre muestra alegría y satisfacción al realizar este trabajo. El teórico afirma que el componente cultural es igualmente importante.(14)

TEORIA DE LAS TRANSICIONES.

A lo largo de las transiciones suelen presentarse una serie de emociones, muchas de las cuales están relacionadas con los retos que se afrontan en el camino. En un estudio aleatorio realizado en Brasil, las mujeres declararon sentir miedo de que se les diagnosticara una malformación fetal o de experimentar la muerte del feto debido al consumo de alcohol durante el periodo gestacional. Esto sugiere que la intervención de enfermería basada en la teoría ayudó a las mujeres a promover una nueva adaptación y a reducir los factores de riesgo relacionados con el proceso fisiológico del embarazo y la relación madre-hijo.(15)

TEORÍA DE LOS CUIDADOS

"Una forma beneficiosa de relacionarse con otra persona con la que uno siente un sentido personal de compromiso y responsabilidad", según Swanson, es proporcionar cuidados. Según Swanson, proporcionar cuidados es una parte esencial del papel del cuidador en la promoción del bienestar biopsicosocial y espiritual de la embarazada. Para aplicar esta teoría se utilizan cinco procesos no lineales: 1) Creer, 2)



Reconocer, 3) Asociar, 4) Asistir y 5) Facilitar. "Creer" es definido por el teórico como una perspectiva filosófica sobre individuos o situaciones, así como la capacidad de lograr los propios objetivos.(16)

Once mujeres fueron entrevistadas para el estudio tres veces: antes del parto, después del parto y entre seis y ocho semanas después del parto. Las pacientes se centraron en cinco subtemas que consideraban más importantes: recibir apoyo y ánimo inquebrantables, contar con cuidadores bien informados, participar en conversaciones significativas de enseñanza-aprendizaje, obtener apoyo y asistencia, y superar las circunstancias sociales. Los pacientes también destacaron la labor de la enfermería, su demostración y mejora que aplicaba los compartimentos de la teoría de Swanson.(16)

ERNESTINA WIEDENBACH

Esta teoría de la partería tiene sus raíces en el trabajo de una enfermera partera, Ernestine Wiedenbach. Surgió, una antepasada teórica, es la enfermera partera y teórica de la enfermería a la que se le atribuye un cambio en el énfasis del uso del modelo médico. A un modelo de enfermería centrado en el paciente. Wiedenbach afirma que, para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades, las enfermeras deben primero identificar una “necesidad de ayuda” en el paciente y validar esta percepción de una necesidad.(16)

1.3. ESTUDIOS APLICADOS EN CONTEXTOS DISTINTOS

El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Sobral, Ceará, Brasil, desarrolló una estrategia que pretende reducir la morbilidad materno-infantil mediante la reorganización de la atención sanitaria materno-infantil durante el parto, el nacimiento y el alumbramiento. Diversas instituciones internacionales han empezado a poner en marcha proyectos y programas para hacer realidad la disminución de la mortalidad materno-neonatal. el periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años, que representan las cuatro hojas del trébol.(17)

La Organización Mundial de la Salud publicó en 2020 un apartado en el que se analizaban ideas para reducir la tasa de mortalidad materna (TMM) en todo el mundo. La RMM se redujo en un 45% a partir de 2014 (pasando de 380 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 210 muertes por cada 100.000 nacidos vivos). Dado el papel crucial que desempeñan las mujeres en las familias, la economía, la sociedad y el desarrollo de las generaciones y comunidades futuras, eliminar la mortalidad materna evitable es un componente fundamental del desarrollo sostenible. Las inversiones en salud maternoinfantil generan importantes beneficios sociales y económicos. Un análisis reciente sugiere que las 74 naciones con las peores tasas de mortalidad materna e infantil podrían obtener un beneficio económico y social nueve veces mayor para sus ciudadanos de más edad si el gasto en atención sanitaria se incrementara en tan solo 5 dólares por persona de aquí a 2035.(18)

Con el objetivo de disminuir significativamente las tasas de mortalidad materna y neonatal se puso en marcha en Ecuador un plan estratégico para la reducción acelerada de la mortalidad maternoneonatal. Aunque indudablemente se logró una

reducción en 2012, los siguientes factores llevaron a ajustar este plan porque no se cumplieron las metas: Implementación de la Red de Atención Esencial Obstétrica y Neonatal (CONE) en las unidades de salud, b) activación del Comité Nacional de Muerte Materna, c) vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna y neonatal, e) el funcionamiento del Programa de Reanimación Neonatal, f) el monitoreo y evaluación mensual del cumplimiento de los estándares de calidad de la atención materno-infantil, y g) la ejecución del proyecto "Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA)", cuyo objetivo es prevenir embarazos no deseados.(19)

En el marco del contexto FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) tiene alrededor de 65 años contribuyendo a la reducción de la mortalidad maternoneonatal, la deducción del Profesor John Sciarra expresidente de la federación manifestó en su apartado; esperemos que FIGO siga conjuntamente con las 132 entidades de salud, contribuir a un nuevo mundo donde se priorice la atención y educación en la salud sexual reproductiva, para hacer una prevención y promoción en las mujeres fértiles y crear una concientización donde se pueda reducir la mortalidad materna.(20)

El estudio de Schmid et al. tuvo como objetivo analizar las políticas y programas dirigidos a la salud materno-infantil en el estado de Santa Catarina (SC), Brasil, desde 1982 hasta 2018. La metodología utilizada fue una investigación histórica, con enfoque cualitativo. Sus hallazgos sugirieron que las estrategias de vigilancia sanitaria y atención primaria de salud, dirigidas al público materno-infantil y neonatal, fueron el resultado del establecimiento de conexiones de la FIGO con diversas entidades de salud y estrictamente con la OPS.(21)

Llegaron a la conclusión de que el estado de Carolina del Sur ha dedicado 36 años a financiar diversas iniciativas y programas que fomentaban la pronta mejora de la salud de los recién nacidos y los lactantes, centrándose en las iniciativas locales. Este trabajo ayuda a la visualización y comprensión de las acciones gubernamentales dirigidas a la infancia en Carolina del Sur durante las últimas décadas, evaluando y sintetizando datos que antes habían quedado aplastados en los registros históricos. Esto facilita la replicación de estrategias eficaces.(21)

En su estudio realizado en Cuba, Ferrer Montoya et al. buscaron conocer la asociación entre una serie de variables maternas y neonatales y la incidencia de infecciones tempranas confirmadas en el servicio de neonatología del Hospital General Docente Universitario Carlos M. de Céspedes.

Se encontró que, entre las variables neonatales, el peso menor de 1500 gramos, el sexo masculino y un APGAR menor de 7 a 1 y 5 minutos de vida fueron variables que mostraron significación estadística. Los factores de riesgo materno que influyen en la ocurrencia de infección precoz comprobada son edad materna inferior a 18 años, edad gestacional inferior a 31 semanas, ruptura de membranas > 18 horas, líquido amniótico anormal, trabajo de parto prolongado. (22)

1.4. DEFINICIONES BÁSICAS

Edad Materna

Es una de las conceptualizaciones muy controversial debido a las diversas apariciones de las madres gestantes a nivel mundial, debido a eso la definición más clara de la edad materna es cuando la mujer tiene una edad reproductiva y sus órganos sexuales maduros los cuales alcanza su madures después de la pubertad, sin embargo el grado de inmadurez suele tener complicaciones en mujeres menores de los 20 años, Las investigaciones sobre personas que no utilizan técnicas anticonceptivas revelan que la fertilidad alcanza su punto máximo a los 20 años y disminuye gradualmente hasta el 15-19% entre los 30 y los 34 años, el 26-46% entre los 35 y los 39 años, y el 95% después de los 40 años.(23)

Mortalidad Materna

Una de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva es la mortalidad materna. La mortalidad materna, según la Organización Mundial de la Salud, es la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días siguientes a la finalización de este, provocada por cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste, o mientras recibe tratamiento prenatal, pero no por causas no intencionadas. La mortalidad materna es más frecuente en los países del Tercer Mundo entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, las que viven en zonas rurales aisladas y de difícil acceso, las analfabetas y las que carecen de educación formal.(24)

Neonato o recién nacido

En dependencia a la amplia definición la OMS, estima que un recién nacido o neonato es aquel bebe que se encuentra dentro de los 28 días de vida o 4 semanas posterior al término de su gestación independientemente este haya sido por cesárea o alumbramiento, siendo así una etapa en la cual él bebe comienza adaptarse poco a poco al medio ambiente y poder sobrevivir, en este trayecto pueden padecer muchas hechos críticos debido al estado del recién nacido, sin embargo se necesita la alimentación adecuada para que pueda tener un desarrollo vital.(25)(26)

Mortalidad Neonatal

Es un indicador de salud que a lo largo del tiempo ha ido incrementando poco a poco, debido a las diferentes causalidades y grandes brechas que se presentan a lo largo del estado gestacional y dentro de los primeros días de vida. La mortalidad neonatal comprende desde el primer día de vida hasta los 28 días posteriores donde puede darse el fallecimiento o en las 4 primeras semanas de vida. El desarrollo y las perspectivas de supervivencia de un recién nacido se ven afectados por una serie de enfermedades y trastornos, que aumentan la probabilidad de que el niño fallezca durante los primeros siete días de vida.(27)(28)

En algunas otras literaturas define a la mortalidad neonatal como la disfunción de un recién nacido vivo entre en el nacimiento y posterior a los 28 días de este. Actualmente representan al 60% del total de las defunciones en América latina y el Caribe, las causas de muerte neonatal se distinguen en causas básicas o causas directamente relacionadas con la muerte. Dependiendo de esto algunos investigadores y especialistas, disponen a unas de las principales causas probables de muerte neonatal

como son: asfixia, infecciones, bajo peso y prematuridad, traumas obstétricos y dificultades respiratorias.(4)(29)

Factores de Riesgos

Los antecedentes maternos (edad, educación, estado civil, antecedentes ginecológicos y obstétricos, paridad, período intergenésico corto, atención prenatal, distocia en la presentación y el parto) son una de las dos categorías principales de factores de riesgo de muerte materna y neonatal. La puntuación APGAR, el peso al nacer, la edad gestacional, el retraso del crecimiento intrauterino, los problemas respiratorios y las anomalías genéticas se relacionan con el estado del recién nacido.(1)

Edad

Es uno de los factores más predominantes de las complicaciones durante el embarazo en la mujer gestante, debido al inmaduro estado físico, fisiológico y psicológico de las pacientes pubertales, el porcentaje de morbimortalidad durante el periodo de gestación es muy elevado en menores de 19 años en comparación al embarazo en mujeres adultas.(30)(1)

Grado de instrucción

Uno de los factores que a lo largo del tiempo viene teniendo controversia, por múltiples autores debido a que se debe netamente a los niveles de conocimiento de la gestante y muchas veces ligado a los niveles socioeconómicos de la mismas, se refiere a si a la instrucción máxima alcanzada por las adolescentes gestantes.(31)(30)

Estado socioeconómico

Como también denominado nivel socioeconómico, se define como la relación de la capacidad de la persona, familia, con el carácter social económico, laboral,

educativo en general, describiéndose tres estratos sociales, bajo, medio, alto; en diferentes países subdesarrollados, en donde se visualizan los niveles bajo y medio, a diferencia que en los países desarrollados se presenta una menor tasa de complicaciones en el embarazo.(32)

FACTORES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

Gestaciones previas

Gestación son las etapas de implantación, crecimiento y desarrollo del feto dentro del útero en la madre; gestas se refiere a los números de embarazos incluyendo el aborto, embarazo ectópico y mola. Se menciona que después de las tres gestas son más frecuentes las complicaciones, tales como, inserción baja de las placentas, atonías uterinas.(33)(31)(30)

Atención prenatal

Todas ellas reciben tratamiento médico programado, que se dedica a evaluar la progresión del embarazo. Esto le brinda al profesional médico la oportunidad de educar, apoyar y cuidar a todas las mujeres embarazadas, incluido el asesoramiento sobre dieta, detección y prevención. muchas dificultades. Según los requisitos del MINSA, una mujer embarazada debe realizarse al menos seis controles prenatales, el primero de ellos a partir de las 12 semanas.(33)

Tipo de parto

Es el proceso por el cual se producirá el nacimiento; puede ocurrir de forma natural o mediante cesárea; Es bien sabido que el número de cesáreas en adolescentes está aumentando a nivel mundial, pero es notablemente mayor en los países latinoamericanos.(32)(31)

Se tiene que evidenciar también el tiempo del parto si este está dentro de las 36 hasta las 42 semanas de gestación siendo así, un parto pretérmino antes de las 36 sg, un parto a término de las 36 hasta las 42 sg, y un parto postérmino es aquel que las semanas de gestación pasa la semana 42 ya sea el cálculo realizado por fecha de última menstruación o por ecografía obstétricas. Dependiendo de esto los neonatos llegan a sufrir mayor probabilidad de mortalidad debido a los eventos que se pueden suscitar, peso menor del estimado, líquido amniótico turbulento (fétido y purulento).(7)

FACTORES DE RIESGOS NEONATALES

Bajo peso al nacer

Independientemente de la edad gestacional, se considera que un recién nacido tiene bajo peso al nacer si su peso es inferior a 2500 g. Sin embargo, dado que esto se convierte en un componente crítico para evaluar al nacer, es un punto principal de riesgo de mortalidad neonatal. Cuando la madurez biológica del parámetro cuantitativo primario y significativo desciende por debajo de los 2500 g, se producen cambios significativos en los factores que determinan el estado de salud de la población, específicamente en su desarrollo vital posterior.(34)

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)

La enfermedad de la membrana hialina, o SDR, es la principal causa de mortalidad neonatal entre los recién nacidos prematuros. De hecho, varios países lo catalogan como una de las tres causas principales de riesgo vital neonatal. La relación entre el peso del lactante y la aparición del síndrome respiratorio se basa en la observación de que la supervivencia aumenta en proporción directa tanto al peso como a la edad gestacional. El SDR o enfermedad de la membrana hialina son afecciones

comunes en recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer y partos prematuros a las 32 semanas de gestación. Alrededor de 880 recién nacidos cada año fallecen con esta enfermedad controlada durante la era neonatal.(35)

APGAR

Este es una escala determinante donde es valorada por puntos importantes dentro del recién nacido debido a que se lo realiza a los primeros minutos de vida posterior al nacimiento. Debido a esto los neonatos con un puntaje de Apgar (PA) bajo se establece un aumento significativo del riesgo de mortalidad neonatal en aquellos RN que obtuvieron PA menor a 7 en los 5 minutos de vida.(36)

La prueba de Apgar se valora los siguientes parámetros al momento del nacimiento puede realizarlo cualquier personal de salud que este capacitado, medico, obstetra o enfermera. El proveedor de atención médica examina en el bebé el esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos, color de la piel y se le otorga una puntuación de 0, 1 o 2 según estime el caso.(36)

CAPITULO II. PRODUCCION INTERPRETTIVA

2.1. Marco Metodológico

En este estudio se tuvo un total de 30 artículos consultados, de los cuales se incluyen en los resultados 10 publicaciones medibles y 5 artículos con enfoque cualitativo para su respectivo análisis (Ver Anexo N° 5).

Método: Para el desarrollo de este trabajo se ha elegido un enfoque cualitativo, retrospectivo bibliográfico. La metodología utilizada es la revisión sistemática en base de datos como Scopus, Scielo, PubMed, Google Académico, Dspace, empleando las siguientes palabras clave: factories, morbidity, mortality and neonates.

Criterio de inclusión: artículos publicados desde el 2018 – 2023, también se incluyeron tesis, en idioma español e inglés, que abordan y determinan factores de riesgo que influyen en la morbimortalidad materno neonatales y algunas estrategias para la reducción de la incidencia de acuerdo con los objetivos postulados. Además. se utilizaron palabras claves como: factores de riesgos, mortalidad materno y también neonatal, gestación, multiparidad.

Criterio de exclusión: artículos de bibliografía antigua que sean de años anteriores a lo estipulado, mortalidad infantil.

A continuación, se presenta una síntesis de los estudios cuantitativos analizados.

Identificar los factores de riesgo maternos de morbimortalidad materna						
Autor y año	Título	Muestra	Medición	Intervención	Resultados	Hallazgos
Ferrer et al. 2020. (37)	Factores de riesgo materno y neonatal en la infección probada de inicio precoz en pretérminos.	Recién nacidos atendidos por el servicio de neonatología del Hospital Universitario General Carlos M. de Céspedes entre 2014 y 2019.	Se realizó un estudio comparativo de 450 neonatos con diagnóstico temprano confirmado de infección, mediante una muestra analítica de casos y controles	Servicio de Neonatología del Hospital General Universitario Docente de la provincia de Granma M. de Céspedes en el periodo del 2014 a 2019.	Edad de la madre: OR: 1,74, IC: 95% (1,28–2,34), p = 0,003, edad gestacional < 31 semanas, OR: 2,14, p = 0,006, infección vaginal OR: 5,19, p = 0,000, infección urinaria OR: 4,99, p = 0,000; parto distócico como factor de riesgo: OR: 0,98, p = 0,923; variables maternas restantes: tiempo de rotura de membranas > 18 horas, líquido amniótico anormal (fétido y/o purulento), duración del parto prolongado y palitqueo, p < 0,05, y corioamnionitis clínica e histológica con p < 0,05.	Las variables neonatales investigadas fueron significativas, al igual que las variables maternas, con excepción del parto distócico.
Huarcaya et al. 2021. (38)	Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú.	El análisis se realizó sobre una muestra aleatoria de pacientes a término o embarazadas del Hospital de Lima.	Se realizó una investigación retrospectiva, analítica y no experimental con 292 madres que dieron a luz a término y 32 madres que dieron a luz prematuramente.	Análisis e intervención en el Hospital de Lima	Los factores pregestacionales (índice de masa corporal y antecedentes de parto prematuro) y factores clínicos (infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia) mostraron asociaciones estadísticas con el parto prematuro, pero los factores sociodemográficos (educación, ocupación y estado civil) no lo demostraron. cualquier correlación con el parto prematuro.	El riesgo de parto prematuro aumentó significativamente con un índice de masa corporal pregestacional de ≥ 25 kg/m ² , antecedentes de parto prematuro, infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia.

De la Mercedes et al. 2021. (39)	Factores de riesgo y las características de la cervicometría en un grupo de pacientes que ingresaron con síntomas de parto pretérmino.	La población de estudio comprendió a todas las pacientes con manifestaciones de síntomas de parto pretérmino	Se realizó un muestreo no probabilístico por criterios y quedaron incluidas 433.	Intervino el Hospital Provincial Ginecobstétrico o Universitario “Mariana Grajales”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba	Los factores de riesgo que demostraron una correlación estadística con el parto prematuro fueron las infecciones vaginales y urinarias, antecedentes de parto prematuro y antecedentes de sangrado durante el embarazo. La longitud cervical media al ingreso de las pacientes que tuvieron parto prematuro fue de 25,7 mm, mientras que fue de 33,2 mm para las pacientes que no tuvieron parto prematuro. La longitud cervical y la edad gestacional en el momento del parto mostraron una correlación significativa ($p = 0,000$; V de Cramer = 0,295), y la embolización aumentó el riesgo de parto prematuro en 5,95 veces en las mujeres embarazadas.	Los factores de riesgo incluyeron antecedentes de parto prematuro, infecciones vaginales y urinarias y sangrado relacionado con el embarazo. La longitud cervical y la canalización se correlacionaron de manera muy significativa con el parto prematuro.
Catacora A. G. 2023. (40)	Factores de riesgo ginecobstetricos relacionados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.	La población estudiada fueron mujeres con HO por HPP, obteniéndose una muestra de 35 casos y 70 controles, siendo un total de 105 pacientes	Se realizó un análisis bivariado y multivariado determinando OR (Odds Ratio) y ORa (Odds Ratio ajustado) con un IC95% y un $p < 0.05$.	Intervino el departamento de Estadísticas del Hospital Carlos Lanfranco	Se consideran variables de investigación las siguientes: edad, modo de parto, gestaciones múltiples, polihidramnios, macrosomía fetal, multiparidad, acretismo placentario, placenta previa, enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de legrado uterino, miomatosis uterina y endometriosis. Se observó una correlación significativa para la multiparidad (ORa: 10,20, IC del 95%: 2,33-44,50, $p = 0,002$), acreta placentaria (ORa: 15,19, IC del 95%: 1,12-205,71, $p = 0,041$) y trastornos hipertensivos (ORa: 4,09; IC 95%: 1,21-13,82, $p=0,023$).	En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, del 2014 al 2022, las mujeres que experimentan hemorragia posparto pueden tener riesgo de histerectomía obstétrica debido a paridad múltiple, acretismo placentario y problemas de hipertensión durante el embarazo.

Zúñiga et al. 2023. (41)	Factores de riesgo y soluciones a los mismos como aporte a fin de reducir la tasa de muertes maternas en la ciudad.	Número de muertes maternas y sus causas en el Hospital General Docente Ambato	Definir cada uno de los problemas de salud que ocasionan el aumento de la mortalidad materna	Intervención y análisis del Hospital General Docente Ambato	En 2022 se descubrieron algunas variables de riesgo: -Debilitamiento intrínseco de la pared (enfermedad de Ehlers-Danlos tipo IV) o arquitectura uterina aberrante (útero bicorne, didelfo, etc.) - Alto grado de multiparidad -Un intervalo intergenésico más corto, aproximadamente de 18 a 24 meses. -Una madre mayor. -Obesidad (IMC superior a 40). -Macrosomía (peso superior a 4.000g). -Una placenta irregular (también conocida como ácreta, íncreta o pércrta).	Se estableció que los factores de riesgo que contribuyen al a muerte materna son sepsis, ruptura uterina espontánea, distocia fetal, desproporción fetopelvis, etc. Se proporcionó soluciones para disminuir la incidencia de muerte materna como; cumplir con las Guías de Práctica Clínica (MSP), capacitación y formación de buenos profesionales de la salud.
Rivera et al. 2018. (42)	Actualización sobre los factores de riesgo maternos que influyen en la asfixia perinatal.	Se revisaron datos nacionales e internacionales actuales sobre las diferentes causas de muerte asociadas a la asfixia neonatal	Se revisaron exactamente 25 estudios para deliberar el objetivo.	Facultad de Ciencias de la Salud de Cuba y Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto"	Este estudio bibliográfico sugiere un plan de acción ya que también intenta brindar métodos para prevenir la hipoxia neonatal. Primera clase -Identificar el riesgo preconcepcional y actuar adecuadamente ante el mismo. -Una historia clínica exhaustiva que identifique ciertos factores de riesgo para la identificación temprana de problemas obstétricos. -Comportamiento adecuado y minucioso ante un embarazo de alto riesgo.	Cuando las enfermedades maternas o fetales se detectan tempranamente y se tratan integralmente, se puede prevenir la asfixia y disminuir significativamente la mortalidad perinatal y las secuelas psicomotoras.
Cairo et al. 2021. (43)	Utilidad de la escala de factores de riesgo como predictor de complicaciones en preeclampsia según resultados maternoneonatales.	Casos y controles, en gestantes de 15 a 44 años del Hospital Guasmo Sur.	Casos y controles, en gestantes de 15 a 44 años con diagnóstico según cie10 O 014, Preeclampsia.	Intervino el Hospital Guasmo Sur y la Universidad de Guayaquil	Aplicar un modelo de regresión logística para factores de riesgo arrojó que la mayor probabilidad de presentar un parto pretérmino la tienen las pacientes que ingresan con: - Antecedentes de un parto pretérmino anterior, historia de una infección vaginal y urinaria durante el embarazo y con dinámica uterina (99%) - Historia de una infección vaginal y	Todas las variables de la escala tuvieron un OR superior a 1, teniendo significancia: cefalea intensa, disnea, oliguria y semanas de gestación al ingreso, valores de INR y TGO. La curva ROR estimó que la escala tiene alta sensibilidad y

					<p>urinaria durante el embarazo y con dinámica uterina (95,43%) - Con dinámica uterina e infección vaginal asociada al embarazo (82,01%).</p>	<p>especificidad.</p>
<p>Según el estudio de Pérez et al. de 2022, la hipertensión, las infecciones urinarias, la rotura prematura de membranas, los antecedentes de parto prematuro, la edad materna avanzada y la multiparidad son factores de riesgo importantes para el parto prematuro. Estos resultados enfatizan lo crucial que es identificar estos factores de riesgo tempranamente y manejarlos para evitar el nacimiento prematuro y sus consecuencias. Además, la investigación de De la Mercedes et al. de 2021 descubrió un vínculo entre el parto prematuro y los antecedentes de infecciones vaginales y urinarias, partos prematuros y sangrado durante el embarazo. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar estas variables de riesgo para la intervención temprana en mujeres que presentan síntomas de parto prematuro. Sin embargo, Catacora A. G. 2023 encontró que las enfermedades de hipertensión relacionadas con el embarazo, la multiparidad y el acretismo placentario están fuertemente correlacionados con la histerectomía durante el embarazo. Estos resultados enfatizan lo crucial que es monitorear estos factores de riesgo y manejarlos adecuadamente para evitar dificultades mayores durante el parto. En su estudio de 2023, Zúñiga et al. encontraron factores de riesgo de mortalidad materna, incluida la obesidad, la multiparidad significativa y la debilidad intrínseca de la pared. Estos hallazgos enfatizan cuán crítico es abordar estos factores de riesgo para reducir el número de muertes maternas y mejorar la atención obstétrica en el área urbana.</p> <p>En este estudio, Rivera et al. (2018) identifican variables de riesgo materno que pueden impactar la complicación de la asfixia prenatal y sugieren un plan de acción para prevenirla. Para evitar la asfixia prenatal y mejorar los resultados neonatales, es esencial identificar estos factores de riesgo tempranamente y tratarlos adecuadamente.</p>						

Establecer los factores de riesgo que afectan a la morbilidad neonatal.						
Autor y año	Título	Muestra	Medición	Intervención	Resultados	Hallazgos
De Mucio et al. 2023. (44)	Se analizan varios aspectos de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG)	Estudios científicos que se encuentren a disposición concepto, disposición y ventajas de vigilancias de la MMEG	Nuevos indicadores de procesos que compadecieron a las mujeres gestantes y no fallecieron y las probabilidades que tenían para hacerlo.	Centro Hospitalario Pereira Rossell, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud	Evaluación de riesgos para mujeres embarazadas: aquellas que en circunstancias normales deberían haber fallecido, pero en cambio vivieron. Al mejorar la gestión clínica y la calidad del servicio, el examen de estos casos pudo reducir la incidencia.	Según informes de la OMS, se prevé una proporción de MMEG de 7,5 casos (entre 3 y 15 casos) por cada 1.000 nacidos vivos. Las cifras reportadas en los países económicamente desarrollados son de 3,8 a 12 nacidos vivos por cada 1.000; estos valores son más bajos que los de los países de ingresos bajos y medios.
Novaes de Souza et al. 2021. (45)	Determinantes asociados a la mortalidad neonatal en un municipio de la Zona da Mata del estado de Pernambuco.	Todo niño defunciones notificadas por el municipio al Sistema Brasileño de Información sobre Mortalidad	Examinamos datos de 2011 y 2018. Para producir estadísticas de regresión de posición jerárquica, bivariadas y descriptivas de varianzas sólidas, los datos se organizaron en tres dimensiones.	Intervino el municipio de la Zona da Mata Pernambucana.	Los factores relacionados con la mortalidad neonatal incluyeron: parto por cesárea (RP 0,83; IC 95% 0,75-0,92); nacimiento dentro de la ciudad (RP 1,12; IC 95% 1,01-1,25); raza/color de piel del recién nacido (RP 1,13; IC 95% 1,00-1,29); prematuridad (RP 1,88; IC 95% 1,79-1,97); y un puntaje de Apgar menor de 7 al quinto minuto (RP 1,74; IC 95% 1,67-1,82)	La mortalidad neonatal se correlacionó con factores biológicos como la raza/color de piel marrón y negro, la prematuridad y una puntuación de Apgar inferior a siete a los cinco minutos después del nacimiento. También se correlacionó con el acceso a servicios de salud, como nacer en el municipio y no por cesárea.

<p>Puello - Laiseca 2018. (46)</p>	<p>Morbilidad y mortalidad en recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas en una unidad de cuidados intensivos neonatal de la ciudad de Bogotá (Colombia)</p>	<p>Incluyó a todos los recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas</p>	<p>Entre enero de 2018 y diciembre de 2020 y que continuaron su seguimiento ambulatorio en el programa Madre Canguro de la misma institución</p>	<p>Intervino la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.</p>	<p>Durante el periodo de estudio se identificaron 157 recién nacidos menores de 32 semanas. En relación con las características maternas, el 9,26 % eran adolescentes; mientras que el 13,8 % fueron madres añosas; el 37 % fueron primigestas. Encontramos que niños con menor peso al nacer, menor edad gestacional y mayor duración de ventilación mecánica presentaron frecuencias más altas de mortalidad neonatal.</p>	<p>La morbilidad más destacada en esta categoría es la displasia broncopulmonar, que tiene una tasa de mortalidad general notable. La edad gestacional más corta de estos bebés (menos de 28 semanas), la disminución de los niveles de hemoglobina, la mayor necesidad de transfusiones y el shock séptico contribuyen a su mayor riesgo de muerte.</p>
<p>Cantero et al. 2023. (47)</p>	<p>Características clínicas de la mortalidad neonatal en un hospital de tercer nivel del Paraguay: un estudio observacional retrospectivo</p>	<p>Se realizó en el Hospital de Clínicas de Paraguay por las atenciones de los recién nacidos.</p>	<p>Este diseño permitió obtener información de los registros médicos de los recién nacidos atendidos en el hospital durante un período de cinco años.</p>	<p>Intervino el departamento de Neonatología del Hospital Clínica de Paraguay.</p>	<p>El Hospital documentó 131 incidentes de mortalidad infantil en total. De las 131 mamás, se demostró que 43 tenían controles prenatales inadecuados y 88 tenían controles adecuados. Se detectaron una edad gestacional de $32,87 \pm 4,6$ semanas, un peso promedio al nacer de $2013,51 \pm 1021$ kilogramos y 36 casos de infección del tracto urinario, 14 casos de diabetes gestacional y 18 casos de preeclampsia en relación con la historia del embarazo.</p>	<p>Según los resultados del estudio, la mortalidad neonatal en el hospital puede estar asociada con factores de riesgo maternos y neonatales. Para comprender mejor estas variables y permitir la creación de medidas preventivas para reducir la tasa de mortalidad, se requiere más investigación.</p>
<p>En su investigación, Novaes de Souza et al. (2021) determinaron factores como lugar de nacimiento, prematuridad, raza/color de piel del recién nacido, parto por cesárea y puntaje de Apgar <7 en el quinto minuto que se relacionan con la muerte neonatal. En el municipio de estudio estas variables y la disponibilidad de servicios de salud inciden en la mortalidad biológica neonatal.</p> <p>En una unidad de cuidados críticos neonatales, Puello y Laiseca (2018) encontraron que en recién nacidos prematuros menores de 32 semanas. Se descubrió que factores como el menor peso al nacer, la edad gestacional más temprana y un mayor tiempo de respiración mecánica se asociaban con una mayor mortalidad neonatal. En este grupo, la displasia broncopulmonar fue la morbilidad más significativa. Cantero et al. 2023, Un hospital terciario de Paraguay analizó casos de muerte neonatal. Se descubrió que la preeclampsia, las infecciones del tracto urinario, la diabetes gestacional y el manejo prenatal inadecuado se encuentran entre los factores de riesgo maternos y neonatales relacionados con la mortalidad neonatal. Se recomienda realizar más investigaciones para crear medidas preventivas y reducir la tasa de mortalidad infantil.</p>						

Planes y estrategias para disminuir la incidencia de la morbilidad materna y neonatal.						
Autor y año	Título	Muestra	Medición	Intervención	Resultados	Hallazgos
Velho et al. 2019. (48)	Identificar modelos de atención obstétrica para gestantes de alto riesgo en la Región Sur de Brasil.	Se involucró a puérperas y recién nacidos. Se identificaron 2.668 gestantes de riesgo normal.	Estudio seccional a partir de la encuesta hospitalaria Nascero Brasil,	Intervino la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.	Los resultados mostraron que el acceso al financiamiento público o privado, los factores culturales y el desempeño de los profesionales de la salud se asociaron con los modelos de atención. La asistencia pública presentó diferentes contextos: el primero, basado en políticas públicas y prácticas basadas en evidencia; un segundo, basado en la intencionalidad del parto vaginal, sin considerar los principios de humanización	Se concluye que hay predominio de modelos de atención obstétrica intervencionista en la Región Sur de Brasil, asistencia que va en contra de la mejor evidencia, y que las mujeres que reciben atención en hospitales públicos tienen mayores posibilidades de beneficiarse de las buenas prácticas.
Camacho et al. 2021. (49)	Plan estratégico para la reducción de los factores que inciden en la morbilidad materna y neonatal.	Casos de morbilidad y mortalidad materna neonatal en la última década, América Latina y el Caribe	Análisis del progreso en la región en cuanto a programas e iniciativas de reducción de la morbilidad materna en los últimos 20 años	Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA/LACRO)	El papel del GTR en esta transformación ha sido, es y seguirá siendo fundamental. Ya que en el 2003 realizaron un estudio basado en la reducción 2004-2014 otro estudio basado en las mismas ideologías, en 2018 realizaron “Panorama de la Situación de la Mortalidad y Morbilidad Maternas: América Latina y el Caribe” y sin embargo sigue en la labor de reducción	El contexto actual internacional y regional, pone de manifiesto la necesidad de enfocarse en las siguientes prioridades: Orientaciones estratégicas a nivel de las políticas públicas, Orientaciones estratégicas a nivel de los sistemas de salud, Orientaciones estratégicas relacionadas con los sistemas de información y vigilancia, etc.

Alvarado Aguilar- 2023. (50)	Gestión de riesgo para disminuir la mortalidad neonatal en hospitales del Perú.	Revisión sistemática de fuentes confiables apoyada de entrevistas.	Entrevistas semiestructuradas para la obtención de información referente a las categorías analizadas que son gestión de riesgo y mortalidad neonatal	Intervino la Escuela de posgrados de la U. Cesar Vallejo.	Como se puede reducir una cierta proporción del riesgo, se concluye que el programa de atención integral brindado a las mujeres embarazadas y los indicadores establecidos por el MINSA tienen el mayor impacto en la gestión del riesgo de mortalidad neonatal en el Perú. Las mujeres embarazadas que no pudieron acudir al centro de salud a causa de la pandemia se beneficiaron de capacitación y seguimiento sobre mortalidad neonatal y riesgo materno durante el embarazo, así como del uso de herramientas de trabajo remoto.	Realizar recomendaciones que deberían ponerse en práctica en los centros médicos para mejorar la gestión de riesgos y reducir la probabilidad de mortalidad neonatal.
<p>En el estudio de Velho et al. (2019) se identificaron modelos de atención obstétrica para gestantes de alto riesgo en la Región Sur de Brasil, mostrando la influencia del financiamiento, factores culturales y desempeño de los profesionales en dichos modelos. Por otro lado, Camacho et al. (2021) presentaron un plan estratégico para reducir la morbimortalidad maternoneonatal en América Latina y el Caribe, destacando la importancia de políticas públicas y sistemas de salud efectivos. Finalmente, Alvarado Aguilar (2023) propuso estrategias de gestión de riesgo para disminuir la mortalidad neonatal en hospitales del Perú, resaltando la importancia de indicadores, programas de atención integral y herramientas de trabajo remoto durante la pandemia.</p>						

2.2. DISCUSIÓN

Factores de riesgos que influyen en la morbimortalidad materno neonatal

La predisposición de los estudios y el análisis de estos es infinita, variable y actualizada, sin embargo, estos estudios demuestran factores de riesgos en todos los ámbitos estos ya sean maternos o neonatales, sabiendo que la mayoría de los autores manifiestan en sus estudios un mejor control en la madre debido que de allí parte las circunstancias críticas que serán discutibles a continuación.

Ferrer et al.(37), Determino la relación estrecha de los factores de riesgos maternos en la infección respiratoria grave, tales como la edad de la mujer gestacional entre menos edad mayor riesgo, parto menor a 31 semanas de gestación, parto distócico, infecciones vaginales y urinarias, corioamnionitis, ruptura de membranas por más de 18 horas, son algunos factores de riesgos para la mortalidad neonatal, al igual que Rivera et al.(42), en su estudio determino exactamente factores maternos en relación integra con la asfixia neonatal, estos presentes en la atención de primer y segundo nivel, infecciones vaginales, urinaria, etc., trastornos hipertensivos, afectación del líquido amniótico, dificultades en el parto, en este caso se presenta un plan de acción para disminuir dichos factores críticos.

Huaryaca et al.(38), menciona en su apartado que la mortalidad neonatal tiene íntimamente relación con la características de riesgos maternos, indicando que los factores predisponentes en la mujer como lo es, la instrucción, la ocupación y el estado conyugal no estuvieron relacionados con el parto pretérmino; los pregestacionales (IMC

y antecedente de parto pretérmino) se asociaron con un parto pretérmino y los clínicos (infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia) demostraron muchas asociación.

Cantero et al.(47), y De las Mercedes et al. (39), en sus estudios determinaron las características clínicas de la mortalidad neonatal, De la Mercedes puntualizo a la cervicometría como uno de los factores de riesgo de mortalidad neonatal, en el cual obtuvo una relación hubo una asociación altamente significativa entre la longitud cervical y la embudización con el parto pretérmino siendo este uno de los factores que afecten al neonato. Cantero incidió en la descripción del peso y semanas de gestación del neonato en el parto, siendo menor de 2009 gr y 32 sg. Los datos obtenidos del estudio sugieren que existen factores de riesgo maternos y neonatales que están vinculados con la mortalidad neonatal.

Catacora A.(40), predetermino en su estudio algunos factores ginecobstetricos en la mujer conllevan a elevar la tasa de morbilidad en la madre y el neonato estas son multiparidad, el acretismo placentario y los trastornos hipertensivos del embarazo, son circunstancias criticas ginecobstetricos relacionadas a la histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia.

Promover estrategias para disminuir la incidencia de los principales factores de riesgos

De Mucio et al.(44), en su artículo pone a disposición una nueva escala y semaforización en el cual lo determina como Morbilidad Materna Extremadamente

Grave (MMEG), se muestra como una sectorización de probabilidades extremas la cual pueda sufrir la madre, tiene como objetivo ayudar a reducir la mortalidad mediante unas series de patologías y trastornos, que puedan presentarse durante el embarazo y así poder realizar la observación exhaustiva. Permitiendo tener un preámbulo y una prevención para que no se desarrolle dichos trastornos.

Alvarado Aguilar (50), sugiere en su estudio visualizar y valorar la eficacia de la gestión de riesgo para reducir la mortalidad maternoneonatal, sugiere recomendaciones para implementar en los establecimientos de salud y así se puedan dar una mejora en la gestión de riesgo y de esta manera disminuir el riesgo de mortalidad neonatal.

Camacho et al.(49), pone en marcha un proyecto que tiene como objetivo realizar un plan estratégico para la reducción de los factores que inciden en la morbimortalidad maternoneonatal, puntualizando en las normas políticas de salud, y reestructurando las instituciones de salud promoviendo la prevención de planes y programas para evitar los factores de riesgos prevenibles en la mujer.

CAPITULO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo maternos encontrados y separados exhaustivamente de los estudios indagados son factores demográficos: edad, educación, estado civil, estado socioeconómico, antecedentes ginecológicos: infecciones vaginales o urinarias y riesgos obstétricos: paridad, período corto de intergenésico, atención prenatal, distocia en la presentación y el parto.
- Algunos factores de riesgos en el recién nacido encontrados sin olvidar que la salud de la madre depende en una mayor proporción el estado del neonato: APGAR, peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, edad gestacional, dificultades respiratorias, malformaciones genéticas.
- Las probabilidades de que los factores de riesgos estén presentes en la mujeres gestantes y neonatos son bastantes elevadas, dependiendo de esto el personal de salud (médicos, enfermeras, obstetras) tienen como principal labor concientizar y promocionar la salud óptima de la gestantes, hacer hincapiés en los controles prenatales, en la administración de las medicinas, promover las buenas prácticas médicas y guiar si en algún momento se encuentran con alguna afectación realizar la buena práctica para evitar cualquier daño consecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. De E, Ghetti P, Arandia Valdez R. Trabajo Original FACTORES PERINATALES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD NEONATAL Perinatal factors asociated to neonatal morbimortality Gaceta Médica Boliviana. 2018.
2. David J, Kahut V, Cordero González A. Morbimortalidad materna. Vol. 13, Panorama Cuba y Salud. Especial; 2018.
3. De Morbilidad C, Extrema M, El EN, Enrique A, Blanco R. FACTORES RELACIONADOS CON MUERTE MATERNA EN. 2023.
4. Inés Valeria Lagrava León. Mortalidad neonatal en Bolivia. 2018.
5. Tang P M, González N, Lugo L, Medina Y, Mendoza L, Vargas C. Algunos factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Central de Maracay, 2018. Comunidad y Salud [Internet]. 2018 [citado el 2 de junio de 2023];13(1):38–45. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Luis Simón Páez, Santiago Novoa, Belen Nieto, Eduardo Yépez. COVID – 19 y EMBARAZO. SEGO. 2020;
7. Tang P M. Factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital José María Benítez - La Victoria estado Aragua. Comunidad y Salud [Internet]. 2018 [citado el 2 de junio de 2023];8(1):007–15. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. de Souza C, Baccarat de Godoy C, Cristina Aguiar F, Aparecida Munhoz M. Enfermería Global Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica Morbidade e mortalidade entre recém-nascidos de risco: uma revisão bibliográfica Morbidity and mortality among the high-risk newborns: a bibliography review. 2019.
9. Encalada Marín GF, Aguirre Realpe KL, Calero Correa AJ. Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos. Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019. RECIMUNDO. el 1 de diciembre de 2019;4(1):306–14.
10. SARA ELIZABETH ORDOÑEZ PORTILLA, ISABEL LEONOR ZEBALLOS SORIANO. DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS DE MEJORAS PARA LA REDUCCION DE MUERTE MATERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ORAMAS

GONZALEZ DEL DISTRITO 09D24 CANTON DURAN DE LA
COORDINACION DE SALUD ZONAL 8. ESCUELA SUPERIOR
POLITECNICA DEL LITORAL. 2019;

11. Gobierno de Chile, The Partnership, OPS. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. 2022 [citado el 23 de agosto de 2023]; Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://saludecuador.org/materno-infantil/archivos/smi_D15.pdf
12. MARÍA FERNANDA MOLANO LOZADA. MONOGRAFIA FINAL - TEORIAS. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES [Internet]. 2021 [citado el 9 de noviembre de 2023]; Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/4395/MONOGRAFIA%20FINAL%20-%20MARIA%20FERNANDA%20MOLANO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad-Roudsari R, Mazloum SR, Abbasi Z. The effect of prenatal self-care based on orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iran J Nurs Midwifery Res.* el 1 de mayo de 2020;25(3):242–8.
14. Celmira Laza Vásquez FJC. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *SCIELO* [Internet]. 2020 [citado el 9 de noviembre de 2023]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Caires TLG, Santos R da S. Malformation and death X Alcoholism: perspective of Nursing the Theory of Transitions for alcoholic pregnant women. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1).
16. Rosa del Rocio Pinargote Chancay, Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga, Yasmin Alejandra Castillo Merino, Monserrate Cristina Merino Conforme, Gina Rosa Alonso Muñiz. *Fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.* Mawil Publicaciones de Ecuador. 2018;
17. Estrategia de reducción de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil Trébol de Cuatro Hojas Brasil [Internet]. Disponible en: www.unicef.org/lac
18. Kasmauski K, Mcsp /, Unicef •, Dormino /, Shafiqul •, Kiron A, et al. Crédito de las fotos (de arriba hacia abajo) [Internet]. 2019. Disponible en: www.paho.org/permissions.

19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Gaceta De Muerte Materna Se 50. MSP Ecuador [Internet]. 2020;8. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/MUERTE-MATERNA-SE_15_2020.pdf
20. John J. Sciarra MD P. FIGO a los 65_ reduciendo la mortalidad materna _ Figo. FIGO [Internet]. 2019 [citado el 12 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.figo.org/es/news/figo-los-65-reduciendo-la-mortalidad-materna>
21. Schmidt S de Q, Pina JC, Costa R, Souza AIJ de, Lima MM de, Anders JC. Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. Escola Anna Nery. 2020;24(4).
22. Ferrer. Multimed 2020; 24(5) Septiembre-October. MULTIMED [Internet]. 2020; Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-1819-5363>
23. CUIDEMOS A LA MUJER DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA. Edad materna [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/informacion-mujer/edad-materna>
24. EDGAR DE LEON. MORTALIDAD MATERNA. 2023;
25. Adelaida •, Cornejo Gamboa T. UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD TRABAJO DE TITULACION DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA PROPUESTA PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO TEMA: FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL AUTORES. 2019.
26. Gabriela González Zhindón P, Gabriela DJG. “MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO NEONATAL Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL AIDA DE LEÓN RODRÍGUEZ LARA, GIRÓN,. 2019.
27. Del G, González Zhindón P, Gabriela D, Juca G. UNIVERSIDAD DE CUENCA. 2020.
28. Encalada Marín GF, Aguirre Realpe KL, Calero Correa AJ. Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos. Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019. RECIMUNDO. el 1 de diciembre de 2019;4(1):306–14.
29. UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA. Situación epidemiología de la muerte fetal y neonatal HNCH 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>

30. Licet G, Cherres L. PORTADA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA TESIS. 2023.
31. Fernanda Porras M, para la Innovación Educativa el Buen Vivir S, Eulalia Alvear M, de Protección Especial Ministerio de Justicia Rosana Alvarado Carrión S, de Justicia M, Humanos Cultos D, et al. POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES. 2018.
32. Valdiviezo Maygua MARH. Características de la maternidad adolescente en un hospital del segundo nivel del contexto ecuatoriano. REVISTA EUGENIO ESPEJO. el 1 de junio de 2021;15(2):28–38.
33. Velasquez Pongo LL. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA [Internet]. 2019 [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56106/Velasquez_PLL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Yanett Sarmiento Portal ACCEPMMDPR. Análisis de la morbilidad y mortalidad en recién nacidos con peso inferior a 1500 g. 2019 [citado el 21 de febrero de 2024]; Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v81n4/ped02409.pdf
35. Marilin D, Navarro B, Margarita D, Cobas C, Yuleiska D, Duvergel C, et al. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales Main risk factors of neonates morbidity and mortality. Vol. 22, MEDISAN. 2018.
36. SALVO F H, FLORES A J, ALARCÓN R J, NACHAR H R, PAREDES V A. Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos. Rev Chil Pediatr [Internet]. junio de 2020 [citado el 21 de febrero de 2024];78(3):253–60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
37. Ferrer Rafael, Montero Alexis, Perez Maria, Green Marisel. Factores de riesgo materno y neonatal en la infección probada de inicio precoz en pretérminos. MULTIMED [Internet]. septiembre de 2020;5:1163. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-1819-5363>
38. Huarcaya Rocio, Cerda Mayra, John Barja. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN [Internet]. 2021;25(2):346. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-7978-3279>

39. de las Mercedes Cairo González V, Jiménez Puñales S, Lianet Machado Benavides H, Marín Tápanes Y, Cardet Niebla Y, Ocenés Reinoso R, et al. Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional-CC BY-NC 4.0 ARTÍCULO ORIGINAL. *Acta Médica del Centro*. 2021;15(4):531.
40. Catacora A, Gabriela A, Rojas E. FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN MUJERES CON HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2014-2022. 2023.
41. Dianela Zúñiga-Dominguez K, Alejandra Yépez-Salame D, Salomé Vayas-Tapia S, Sánchez-Garrido A, Roberto Villamarín-Ponce L. Intervention project to reduce maternal mortality in Ambato [Internet]. 2023. Disponible en: www.revgacetaestudiantil.sld.cu
42. Rivera Maria, Lara Nadia, Baro Tania. Asfixia al nacer: factores de riesgo materno y su repercusión en la mortalidad neonatal. *Revista Información Científica*. 2018;97:1020.
43. Gisella Ruiz Ortega Elaborado Tcnlga Nadia Guerrero R V. “UTILIDAD DE LA ESCALA DE FACTORES DE RIESGO COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN PREECLAMPSIA SEGÚN RESULTADOS MATERNO NEONATALES”. 2021.
44. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Maternal Near Miss: a key step towards reducing maternal death. *Revista Médica Clínica Las Condes*. el 1 de enero de 2023;34(1):26–32.
45. de Souza BFN, de Sousa NFC, Sette GCS, Lima APE, Leal LP, de Holanda ER. Determinants of neonatal mortality in a municipality of the Zona da Mata in Pernambuco*. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2021;55:1–9.
46. Puello Ávila AC, Laisecca Torres EF. Morbilidad y mortalidad en recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas en una unidad de cuidados intensivos neonatal de la ciudad de Bogotá (Colombia). *Universitas Médica*. el 15 de octubre de 2021;62(4).
47. Cantero-Noguera CJ, Colmán-Gómez DB, Oviedo-Ramírez SR, Cordone-Ramos AM. Clinical characteristics of neonatal mortality in a tertiary level hospital in Paraguay: a retrospective observational study. *Medicina Clínica y Social*. el 5 de mayo de 2023;7(2):107–12.
48. Velho MB, Brüggemann OM, McCourt C, Da Gama SGN, Knobel R, De Carvalho Gonçalves A, et al. Obstetric care models in the Southern Region of Brazil and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3).

49. Camacho Alma, Capasso Ariadna, Murcio Bremen. Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030 [Internet]. 2021 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/gtr>
50. Alvarado Rocio, Mercado Celia, Alza Silvia. Gestión del riesgo para disminuir la mortalidad neonatal en el Perú. Revisión Sistemática 2019 – 2022. Universidad Cesar Vallejo. 2023;

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Nailly Gabriela Solis Carranza portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0942357609** En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Factores de riesgo que inciden en la morbi-mortalidad materno neonatal”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

La Troncal, **16/05/2024**



firmado electrónicamente por:
**NAILLY GABRIELA
SOLIS CARRANZA**

F:

Nailly Gabriela Solis Carranza

C.I. 0942357609