

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



MORBIMORTALIDAD EN EL RECIÉN NACIDO DEL HOSPITAL

ILAVE II-I, ENERO - SETIEMBRE 2017

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

NORMA ADELAIDA LAUREANO SOSA

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERIA EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA.

PUNO – PERU

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
MORBIMORTALIDAD EN EL RECIEN NACIDO DEL HOSPITAL ILAVE  
II-I, ENERO - SETIEMBRE 2017

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

NORMA ADELAIDA LAUREANO SOSA

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:  
ENFERMERIA EN PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

APROBADO POR :

PRESIDENTE JURADO :

.....  
Lic. Julia Belizarío Gutiérrez

PRIMER MIEMBRO :

.....  
Dra. Denices Soledad Abarca Fernández

SEGUNDO MIEMBRO :

.....  
Dra. Angela Rosario Esteves Villanueva

ASESOR Y DIRECTOR :

.....  
Dra. Angela Rosario Esteves Villanueva.

Área : Enfermería en Pediatría y Neonatología

Tema : Morbimortalidad en el Recién Nacido

Fecha de Sustentación : 18/04/2018

## DEDICATORIA

A Dios por brindarme salud bienestar y permitirme alcanzar mis metas.

A mis hijos por ser el impulso de mi vida que durante años aun me enseñan con su ejemplo el valor del esfuerzo dedicación y responsabilidad, así como son los protagonistas principales en mi formación como Persona y profesional.

## AGRADECIMIENTOS

- A la Universidad Nacional del Altiplano, en especial a la Facultad de Enfermería – al programa de segunda especialización por el apoyo brindado durante mi tiempo de permanencia.
- Al hospital II-I llave por el apoyo prestado en la realización de la presente investigación, la misma que ha de servir como línea de base para la implementación de diferentes proyectos en beneficio de la misma institución.
- A los compañeros que se vienen formando en el programa de segunda especialización, por su invaluable apoyo durante la ejecución de esta investigación.
- A mi asesor y jurados, un eterno agradecimiento por haber contribuido en la mejora de mi práctica en investigación.

**INDICE**

INDICE .....	5
RESUMEN .....	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
II. JUSTIFICACION.....	11
III. OBJETIVOS.....	12
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	12
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
IV. REVISION TEORICA.....	13
4.1. MORBILIDAD NEONATAL .....	13
4.2. PRINCIPALES FACTORES MATERNOS DE MORBILIDAD NEONATAL .....	17
4.3. MORTALIDAD NEONATAL .....	18
4.4. MORTALIDAD NEONATAL HOSPITALARIA .....	20
V. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS .....	23
5.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	23
5.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS .....	23
VI. ANÁLISIS Y DISCUSION .....	28
VII. CONCLUSIONES .....	35
VIII. RECOMENDACIONES.....	36
ANEXO 01.....	37
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	40

## RESUMEN

La presente monografía titulado morbilidad en recién nacido del hospital ILAVE II-I enero- setiembre 2017 con el objetivo de determinar la morbilidad en recién nacido, identificar los factores personales de la madre en el embarazo, características del parto y del recién nacido en la morbilidad neonatal.

Se realizó búsquedas de artículos publicados del año 2009 al 2016 de Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA. Base de datos scielo, Lilacs .Historias clínicas, libro de registros, monografías y trabajos de investigación.

Llegando a la siguiente conclusión: en el hospital II I llave en los meses de enero a setiembre en el año 2017 se atendieron 547 neonatos de los cuales 33 enfermaron con los siguientes diagnósticos: hipoglicemia representando el 51.51 % (n=17), e ictericia el 15.15%(n=5), los factores personales de la madre en el embarazo influyeron para que el neonato sea susceptible a adquirir morbilidad durante esta época crítica de la vida, es así que los hijos de madres menores de 19 años están más propensos ,representando el 57.57%(n=19), las que tuvieron secundaria completa o no concluido el 63.63%(n=13), madres procedentes de la zona rural 75.75%(n=25), madres dedicadas a su casa el 75.75%(n=25), tuvieron más de 6 controles 72.72%(n=24) y las características del parto y del recién nacido fueron factores importantes para la presencia de alguna morbilidad del neonato ,es así que ,los nacidos por vía vaginal representan el 84.84%(n=28) ,de ellos con predominio en el sexo masculino el 57.5%(n=19), registrándose en las primeras 24 horas el 84.84%(n=28), Los que

pesaron de 2500 a 4000. el 84.84%(n=24), los recién nacidos a término representan el 90.90%(n=30), y los recién nacidos con buen APGAR de 7 a 10 puntos representan el mayor porcentaje 87.87%(n=29).

La mortalidad de neonatos, del total de RN con morbilidad representan el 9.99%(n=3) registrándose con sepsis neonatal el 66.66% (n=2) y por prematuridad el 33.33% (n=1).

**PALABRAS CLAVES:** morbilidad, mortalidad, neonatos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El periodo posnatal es fundamental para el desarrollo de la persona en la sociedad. Experimenta grandes cambios en todos los ámbitos: mental, motor, afectivo, social y lenguaje (1)

El período postnatal inmediato es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano, es un tiempo crítico debido a la especificidad y labilidad con que el recién nacido reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar(2) .Por ello posterior a su nacimiento el neonato recibe una atención inmediata (conjunto sistematizado de actividades que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente después al nacimiento, hasta las 2 primeras horas), con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte. Posterior a ello si es que no se ha presentado ninguna eventualidad que amerite el neonato sea hospitalizado, es llevado a alojamiento conjunto, que es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva (3).Cuando el recién nacido es llevado junto a su madre y si ella refiere algún problema o el profesional de enfermería observa algún signo o síntoma no habitual podría ser una manifestación inicial de cualquiera enfermedad en el recién nacido detectadas en las primeras horas de vida que pueden ocasionar secuelas permanentes.

A nivel mundial la mortalidad en niños menores de 5 años (año 2016) correspondieron a recién nacidos (es decir, se produjeron en los primeros 28 días de vida, también conocidos como periodo neonatal); en 1,990 ese porcentaje era del 40%(4).En el mundo fallecieron 2,6 millones de niños en su

primer mes de vida (aproximadamente 7000 al día); de ellos, un millón falleció el primer día de vida, y otro millón en los 6 días siguientes. Siendo las causas sepsis y meningitis 12%, neumonía 12%, diarrea 2%. Prematuros 34% bajo peso al nacer la asfixia, traumatismos en el parto (5).

En el Perú en el año 2013 ocurrieron 196.000 muertes en menores de 5 años equivalentes a una muerte cada minuto en algún lugar del Perú.

605 de estos niños mueren antes de cumplir el año y el 50% de muertes antes de los 28 días de vida. Las causas más frecuentes se consideran: asfixia, sepsis, EMH, prematurez extrema, malformación congénita letal y muerte súbita (6).

De acuerdo con el área de residencia, el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el área rural, representan el doble de aquellas en el área urbana. En efecto ,22 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 de edad son madres en el área rural, mientras que en el área urbana la relación es de 10 de cada 100 mujeres (23).

Según la dirección general de epidemiología del ministerio de salud se estima que la TMN es de 12.83 X 1000 NV; es decir; en promedio ocurre diariamente 21 defunciones neonatales además, por cada muerte materna se producirían 14 defunciones neonatales (4).

Las causa de morbilidad y mortalidad neonatal en el departamento de puno según análisis de la Mortalidad Infantil Fuente OEI – DIRESA Puno la primera causa de muerte son los Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, con una tasa de 30 por mil neonatos, en segundo lugar se ubica síndrome de aspiración neonatal con un 19 por mil neonatos, en tercer orden está sepsis bacteriana del recién nacido con un 18

por mil, en el cuarto lugar se encuentra asfixia del nacimiento, seguido de neumonía, sumando aproximadamente el 52% del total de defunciones en esta etapa(4).

Según los registros del servicio de alojamiento conjunto y recién nacido del hospital II-IILAVE enero a setiembre 2017 se atendió 545 recién nacidos entre las causas más frecuentes de morbilidad se registraron lo siguiente, hipoglicemia, ictericia, sepsis neonatal, malformación congénita, bajo peso o prematuridad entre otros.

## II. JUSTIFICACION

La presente monografía es importante porque en el HOSPITAL ILAVA II-I, en el servicio de alojamiento conjunto y recién nacido se registraron neonatos con morbilidad cuyos antecedentes neonatales no registran signos de alarma, recién nacidos con buen APGAR en la mayoría 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

La frecuencia con que se presenta recién nacidos con hipoglicemia e ictericia, sepsis neonatal, malformación congénita, bajo peso al nacer o prematuridad, sífilis, en la práctica diaria motiva a realizar la presente monografía con la finalidad de que el presente estudio constituya un aporte teórico para los profesionales de la salud que están al cuidado de los recién nacidos a identificar factores de riesgo aplicar medidas preventivas y realizar seguimiento a los neonatos que presenta alguna patología para identificar cualquier complicación que pueda conllevar al recién nacido a perder la vida.

Finalmente los resultados servirán como referencia para futuros trabajos de investigación para los profesionales de salud que labora en el servicio de alojamiento conjunto y recién nacido para así reorientar la planificación del trabajo conjunto y considerar las primeras 24 horas a todo recién nacido vulnerable de adquirir cualquier patología y optimizar la atención del neonato para evitar y prevenir la morbimortalidad neonatal.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la morbimortalidad en recién nacido del Hospital II-I de ILAVE entre enero a setiembre del 2017.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar factores personales de la madre: edad, grado de instrucción, procedencia, ocupación y controles prenatales en la morbilidad del recién nacido.
- Identificar características del parto y del recién nacido: tipo de parto, sexo, horas de vida, peso, edad gestacional y APGAR del recién nacido en la morbilidad del recién nacido en la morbilidad neonatal.

## IV. REVISION TEORICA

### 4.1. MORBILIDAD NEONATAL

Diversas afecciones son frecuentes en los recién nacidos en el momento inmediato al parto, como en las primeras semanas y muchas de ellas requieren de hospitalización, algunas derivadas de la inmadurez de diferentes sistemas corporales, en otros casos, por enfermedades congénitas y por trauma durante el parto. Entre las más frecuentes destacamos las siguientes:

#### 4.1.1. Hipoglucemia neonatal

La hipoglucemia es el trastorno más frecuente y precoz en los recién nacidos relacionados con el metabolismo de los carbohidratos puesto que en el periodo neonatal existe un momento de transición entre el aporte constante de glucosa, de la circulación materna placentaria y la homeostasis independiente de los carbohidratos y cualquier falla en los sistemas regulatorios podría resultar en hipoglucemia es recomendable el mantener los niveles de glucosa por encima de 45mg/dl a todas las edades. Tenemos otro tipo de patología como la hemorragia umbilical por cordón mal clampado, anemia, convulsiones, patologías quirúrgicas y trastornos de la coagulación en el neonato (23).

#### 4.1.2. Ictericia neonatal

La Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo, lo que

pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo. La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades. La progresión céfalo caudal puede ser útil para la valoración del grado de ictericia (15).

La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente (60% de recién nacidos) en el neonato a término, y se caracteriza por ser mono sintomática, fugaz (2º a 7º día), leve (bilirrubinemia inferior a 12,9 mg/dl si recibe lactancia artificial o a 15 mg/dl si recibe lactancia materna), y de predominio indirecto. Una ictericia será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dl diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dl o dure más de una semana en el RN a término (excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más) o más de dos semanas en el pre término (11).

#### **4.1.3 .Sepsis neonatal**

Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo. Las infecciones neonatales que ocurren en la primera semana de vida y son consecuencia de la exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto. La sepsis neonatal es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de los signos sistémicos de infección acompañados de bacteriemia durante el primer mes de vida. La sepsis neonatal precoz se presenta generalmente como una enfermedad fulminante y multisistémica durante los primeros cuatro días de

vida. Estos recién nacidos tienen historia de uno o más factores de riesgo obstétrico, tales como rotura prematura de membrana parto prematuro corioamnionitis, fiebre materna peripato; además muchos de estos niños son prematuros o de bajo peso al nacer. Los gérmenes responsables se adquieren en el canal del parto. Uno de los gérmenes responsables de esta infección es el estreptococo beta-hemolítico el cual ocasiona morbilidad grave y con frecuencia, secuelas neurológicas de por vida. El EGB produce dos cuadros infecciosos graves en el recién nacido: enfermedad de comienzo precoz y enfermedad de comienzo tardío. La primera de ellas tiene una incidencia de 1-4 por 1000 RN vivos; es adquirida por transmisión vertical de madres colonizadas y puede ocurrir in útero o en los primeros 7 días de vida, habitualmente en las primeras horas; clínicamente se caracteriza por óbito fetal, neumonía, shock séptico y muerte neonatal. Los microorganismos patógenos pueden contaminar al RN a nivel de la piel y/o mucosas respiratoria o digestiva y posteriormente, según sus características, dividirse y ser capaces de atravesar la barrera cutáneo-mucosa y alcanzar el torrente circulatorio. Una vez en la sangre, las bacterias u hongos puede ser destruidas por las defensas del RN o por el contrario continuar dividiéndose de forma logarítmica y dar lugar a sepsis neonatal (20).

Las sepsis nosocomiales, que son debidas a microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología que son transportados al niño por el personal sanitario (manos contaminadas) y/o por el material de diagnóstico y/o tratamiento contaminado.

Las sepsis comunitarias, que son debidas a microorganismos que contaminan al RN en su domicilio y que son muy infrecuentes.

La etiología, mortalidad y tratamiento de las sepsis difieren según sean de transmisión vertical o nosocomial (12).

#### **4.1.4. Malformación congénita**

Toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque pueda manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple (10).

#### **4.1.5. Sífilis congénita**

Es una infección severa, incapacitante y con frecuencia potencialmente mortal que se observa en los bebés. Una mujer embarazada que tenga sífilis puede pasarle la enfermedad al feto a través de la placenta. La sífilis congénita es causada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de todos los recién nacidos infectados con sífilis mientras están en el útero muere poco antes o después del nacimiento. A pesar del hecho de que esta enfermedad puede curarse con antibióticos si se detecta de manera temprana, las crecientes tasas de sífilis entre mujeres embarazadas en los Estados Unidos han aumentado recientemente la cantidad de bebés nacidos con sífilis congénita. Los síntomas en los recién nacidos pueden incluir: Fiebre, Irritabilidad, Ausencia de puente nasal (nariz en silla de montar), Erupción en la boca, los genitales y el ano, Erupción cutánea: comenzando como pequeñas ampollas en las palmas de las manos y las plantas de los pies y posteriormente cambiando a erupciones en la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies de color cobrizo, planas o abultadas, Secreción nasal acuosa, Incapacidad para aumentar de peso o retraso en el desarrollo(10).

#### 4.1.6. Trauma obstétrico

Se denomina trauma obstétrico a las lesiones duraderas que suceden durante el trabajo de parto, el parto o las maniobras necesarias para la atención neonatal por acción u omisión y que las padece la madre y el recién nacido.

Los traumas obstétricos son causados por la mecánica del feto al pasar por el canal del parto o por la tracción y presión producidas por la manipulación durante parto. La variedad de estos traumas incluye a los casi fisiológicos y a los graves que pueden conducir a la muerte del recién nacido o dejar secuelas para el resto de la vida del niño. Entre las lesiones reportadas en recién nacidos se encuentran, entre otras: lesiones en la piel (erosiones, heridas, contusiones, equimosis necrosis grasa), lesiones craneales (capul sucedáneo, cefalohematoma, fracturas lineares), lesiones faciales (hemorragia sub conjuntival, hemorragia de retina), lesiones musculo esqueléticas (fracturas de clavículas, de huesos largos, lesiones de músculo esternocleidomastoideo), lesiones intra abdominales (hematoma hepático, hematoma esplénico, hemorragia adrenal, hemorragia renal), lesiones de nervios periféricos (parálisis facial y de nervio radial, lesiones del plexo lumbosacro y lesión del plexo braquial), atribuible a parto traumático (15).

#### 4.2. PRINCIPALES FACTORES MATERNOS DE MORBILIDAD NEONATAL

**Edad:** Se considera adolescentes a los jóvenes de 14 a 19 años, las menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50%, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del

departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS (34). Se denomina gestante añosa con una edad mayor igual de 35 años.

**Controles Pre-natales:** El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (19).

### 4.3. MORTALIDAD NEONATAL

En el Perú en el año 2013 ocurrieron 196.000 muertes en menores de 5 años, que equivale a una muerte cada 3 minutos en algún lugar de nuestro país. El 60% de estos niños muere antes de cumplir 1 año y el 50% muere antes de los 28 días de vida.

En los últimos 20 años la mortalidad infantil se redujo en 69%, la mortalidad neonatal se redujo sólo en 63%. Hoy el 59% de la mortalidad infantil corresponde a defunciones de neonato, constituyendo una de los principales logros sanitarios.

Las defunciones neonatales evitables son aquellas que cumplen con todos los siguientes criterios:

- recién nacidos con peso igual o mayor a 2500 gr.
- recién nacidos con 37 o más semanas de gestación,
- recién nacidos sin malformaciones congénitas letales

Estas defunciones deberían ser analizadas oportunamente por los Comités de Vigilancia Perinatal Neonatal de la jurisdicción donde ocurrieron para identificar los puntos críticos durante el proceso de atención del RN. La mortalidad neonatal se redujo en 67% en los últimos 20 años, sin embargo la

proporción de la mortalidad neonatal frente a la mortalidad infantil se mantiene estacionaria en el tiempo; actualmente la mortalidad neonatal representa el 52.9% de la mortalidad infantil.

Nacen 628 mil niños anualmente, más de 20 mil de ellos mueren antes de cumplir el primer año de vida y 8 mil antes de la primera semana de nacidos. La mayor parte de muertes infantiles (38%) ocurre durante el período perinatal y las causas principales son asfixia, prematuridad e infecciones. Estos altos niveles de mortalidad en el recién nacido son directamente atribuibles a la baja cobertura de atención del parto en los establecimientos de salud y a la falta de atención inmediata del recién nacido (21).

La condición orgánica del recién nacido influye en la mortalidad perinatal; el peso y la edad gestacional son indicadores para señalar tal condición, El bajo peso al nacer representa la mitad de las muertes perinatales asociándose a la prematuridad lo que determina la mortalidad elevada, o las secuelas posteriores que se originan en esta etapa . Los pequeños para la edad gestacional (PEG) que en los países en vías de desarrollo representan las dos terceras partes de los RN de bajo peso es la segunda causa de muerte perinatal después de la prematuridad. El recién nacido con APGAR menor de 7 al minuto y a los 5 minutos presentó riesgo de morir de 43 y 4.6 veces mayor que si hubiera nacido vigoroso. Las patologías del neonato son factores de riesgo de gran importancia que lo llevan a la muerte o secuelas irreparables teniendo 56,7 veces mayor riesgo de muerte perinatal que si el recién nacido hubiera nacido sin patología.

La mortalidad neonatal evitable fue 33% siendo mayor en la zona urbana y sierra. El 25.1% falleció por causas relacionadas con la prematuridad-

inmadurez; 23.5% por infecciones; 14.1% por asfixia y causas relacionadas con la atención del parto y 11% por malformación congénita letal. Conclusiones. La mortalidad neonatal en el Perú es diferenciado por escenarios; mientras en la costa predominan los daños relacionados con prematuridad-inmadurez, la sierra y selva registran mayor mortalidad neonatal evitable con predominancia de asfixia e infecciones(21).

#### **4.4. MORTALIDAD NEONATAL HOSPITALARIA**

El conocimiento de la mortalidad neonatal es de gran importancia nos proporciona imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, mide el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina (23).

En el Perú como en la mayoría de países latinoamericanos la etapa neonatal es la más crítica de la vida y la que presenta mayor riesgo de enfermar y morir, siendo el 56% de la mortalidad infantil. Dentro de las causas encontramos:

##### **4.4.1. Asfixia neonatal**

Asfixia se define como la falta de oxígeno (hipoxia) o la falta de perfusión (isquemia) en diversos órganos. Se acompaña de acidosis láctica en los tejidos y si se asocia a hipo ventilación, presenta hipercapnia.

Es responsable del 20% de las muertes perinatales. La incidencia aumenta en hijos de madres diabéticas y toxémicas, también está en relación con parto en presentación de nalgas, retraso de crecimiento intrauterino y recién nacidos postmaduros (24).

#### 4.4.2. Sepsis neonatal

La sepsis neonatal se define como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o fetal (SRIF), asociado a un conjunto de signos y síntomas de infección, y al aislamiento (idealmente) en sangre de un patógeno causal, que ocurre en el primer mes de vida. El siguiente no se considera un signo de respuesta inflamatoria sistémica o fetal. El diagnóstico de sepsis neonatal se basa en una combinación de la presentación clínica y el uso de marcadores no específicos, incluyendo: el hemograma, la proteína C reactiva (PCR), la pro calcitonina y hemocultivos en primera instancia, evaluando en cada caso particular la indicación de cultivo de líquido cefalorraquídeo y uro cultivo. Hemograma: el conteo de glóbulos blancos, la sepsis neonatal constituye el 20% de muertes neonatales (12).

#### 4.4.3 Muerte súbita neonatal

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) se define como la muerte súbita de un lactante de menos de un año, cuya causa permanece inexplicada después de una minuciosa investigación del caso que incluya autopsia completa, examen del lugar de fallecimiento y revisión de la historia clínica. Se trata de un diagnóstico sindrómico al que se llega por exclusión y que es probable que tenga diferentes etiologías.

Aunque se ha invocado un defecto en la auto resucitación durante el sueño y la re inhalación del aire espirado como posibles causas, no hay aún pruebas suficientes para admitirlas definitivamente. Actualmente entre otras causas posibles se estudian los siguientes factores genéticos, procesos inflamatorio-infecciosos en conjunción con alteraciones del sistema

inmunológico, etc. Estos factores, interactuando con otros ambientales específicos aún no bien conocidos podrían aumentar la susceptibilidad al SMSL.

## V. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

### 5.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se realizó búsqueda de artículos publicados con las siguientes palabras mortalidad, morbilidad, neonato, sepsis en las bases de datos Scielo, LILACS, CINAHL y trabajos de investigaciones en repositorios de universidades, en la biblioteca Cochrane, identificándose 06 artículos relacionados con el tema de la monografía morbilidad en neonatos.

### 5.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Jeannette Ávila, Mario Tavera, Marco Carrasco, realizado por dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Lima, Perú Titulado: características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012 con Objetivos. Describir las características epidemiológicas de las defunciones neonatales en el Perú, Materiales y métodos. Estudio descriptivo basado en notificaciones al Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SNVEPN) realizadas en los años 2011-2012. Se aplicó el método de captura y recaptura para calcular el sub registro de la notificación y estimar la tasa de mortalidad neonatal (TMN) nacional y por departamentos. Se respondieron las preguntas dónde, cuándo, quiénes y por qué fallecen los recién nacidos (RN) llegando a los siguientes Resultados: Se notificaron al SNVEPN 6,748 defunciones neonatales, sub registró 52,9%. Se estimó una TMN nacional de 12,8 muertes/1000 nacidos vivos. Se encontró que 16% de las defunciones ocurrieron en domicilio y de estas 74,2% fueron en la región sierra, con predominio de zonas rurales y distritos pobres. El 30% falleció en las primeras 24 horas y el 42% entre los días 1 y 7 de vida. El 60,6% fueron RN prematuros y un 39,4% fueron RN de término. El 37% tuvieron peso normal, el

29,4% bajo peso y un 33,6%, muy bajo peso. La mortalidad neonatal evitable fue 33% siendo mayor en la zona urbana y sierra. El 25,1% falleció por causas relacionadas con la prematuridad 23,5% por infecciones; 14,1% por asfixia y causas relacionadas con la atención del parto y 11% por malformación congénita letal. Conclusiones: La mortalidad neonatal en el Perú es diferenciado por escenarios; mientras en la costa predominan los daños relacionados con prematuridad la sierra y selva registran mayor mortalidad neonatal evitable con predominancia de asfixia e infecciones.

Yulemy Mariluz Cutipa Ventura para optar el título de médico cirujano de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa con el título "Morbimortalidad en el área de neonatología del Hospital III Es Salud", la metodología; según Altman es observacional, retrospectivo de corte transversal, se revisó 370 historias clínicas de recién nacidos hospitalizados en el área de neonatología. Llegando a las siguientes conclusiones: en el Hospital III Yanahuara durante el año 2017 se encontró :1.-la prevalencia de morbilidad de los recién nacidos fue de 11.2 por cien recién nacidos vivos .2.-las principales causas de morbilidad en orden decreciente fueron las alteraciones alimenticias hipoglicemia 14%, sepsis neonatal con un 11.6%, fractura de clavícula 8.9%, ictericia neonatal 7.8%, desnutrición 7.5%, malformaciones cardíacas y cefalohematoma 6.22%. Respecto a las características de los recién nacidos se encontró ; ligero predominio del sexo masculino (51.6%), peso entre 2,500 a 4,000(83.24%), la mayoría tuvieron edad gestacional mayor de 37 semana(95.4%), nacieron por cesárea (56.6%) y en general con APGAR favorable al minuto y a los cinco minutos respectivamente (96.7 99.4%).3.-No se registró casos de mortalidad, puesto que los casos graves son referidos al

hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, correspondiendo al 2.43%, entre ellos predominaron las malformaciones congénitas, problemas respiratorios. Sepsis neonatal y alteraciones hematológicas.

Luis Alfonso Mendoza T, Martha Arias G, Laura Isabel Mendoza, División de Epidemiología Hospitalaria y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Fundación Hospital San José de Buga. Unidad Central del Valle, Tuluá, Colombia realizaron un trabajo de investigación titulado: Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal con el Objetivo: Determinar las características y riesgos en madres adolescentes y sus hijos (antropometría, condición de nacimiento y morbimortalidad), en comparación con un grupo de madres adultas control de 20-34 años los métodos de Estudio de cohorte prospectiva con 379 hijos de mujeres adolescentes y 928 adultas. Los datos fueron analizados empleando mediana, promedio y medidas de dispersión, pruebas t-test no pareado o Wilcoxon rank-sum (Prueba de Mann-Whitney), ANOVA o Kruskal-Wallis, Chi<sup>2</sup> o Exacta de Fisher, riesgo relativo y riesgo atribuible a la exposición porcentual con sus intervalos de confianza de 95%. Resultados: Entre adolescentes hubo mayor número de madres solteras (25,6%), menor escolaridad y seguridad social en salud (25,9%) ( $p < 0,05$ ). En adolescentes tempranas hubo más casos de pre eclampsia (26,3%) y trabajo de parto prematuro (10,5%). Entre madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros, y presentaron más patología cardíaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: La maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad,

mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras y sin pareja.

Marianela Apaza Canaza, para optar el título de médico cirujano de la Universidad Nacional del altiplano, con el trabajo de investigación Morbimortalidad en neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología, procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del hospital regional Manuel Núñez butrón –puno (octubre de 2016 a febrero 2017) con el objetivo de Establecer la frecuencia de morbilidad y mortalidad en neonatos procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del hospital regional Manuel Núñez Butrón - Puno entre octubre del 2016 a febrero del 2017. Metodología: Tipo observacional descriptivo, retrospectivo y transversal, se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Manuel Núñez Butrón -Puno en Resultados: Durante este periodo estuvieron hospitalizados 494 neonatos, de estos 209 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión; los recién nacidos con el diagnóstico de sepsis neonatal representaron 40,19% (n=84); los recién nacidos con el diagnóstico de recién nacidos pre término representaron el 25,36 % (n=53); los recién nacidos con el diagnóstico de ictericia neonatal representaron el 18,18% (n=38). Conclusión: La mortalidad de los neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología en el período entre octubre del 2016 a febrero del 2017 represento el 2.59% (n=17) de todos los hospitalizados. Siendo las causas de mortalidad las siguientes: Sepsis neonatal represento el 47.06%; enfermedad de membrana hialina represento el 29.41%; malformaciones congénitas represento el 11.76%; hipoglicemia neonatal represento el 5.88% de todas las causas de mortalidad y la asfixia neonatal severa represento el 5.88%. Las principales causas de morbilidad fueron:

sepsis neonatal representaron 40,19% (n=84); recién nacidos pre término representaron el 25,36 %; ictericia neonatal con el 18,18% (n=38); los recién nacidos con el diagnóstico de dificultad respiratoria del recién nacido (enfermedad de membrana hialina) representaron el 7,18%; hipoglicemia neonatal representaron el 2,39%; neumonía congénita representaron el 2,87 %; depresión neonatal severa representaron el 0,96 %; malformación congénita(diagnóstico postnatal) representaron el 0.96 .

Marcelo Armadans, maría Fabiana Ossorio, Carlos Pedicone, pablo Durán, Fernando Ferrero ,hospital de niños pedro de Elizalde, buenos aires, argentina, instituto argentino de diagnóstico y tratamiento, buenos aires realizaron el trabajo titulado morbilidad en recién nacidos de término en relación a su edad gestación a pesar de considerarse recién nacidos (RN) de término a aquellos con edad gestacional (EG) 37 semanas, aún dentro de este grupo, los de menor EG podrían presentar mayor morbilidad. Objetivo: evaluar si existen diferencias en la frecuencia de morbilidad entre recién nacidos de 37-38 semanas de EG y aquellos de EG de 39 semanas. pacientes y método: estudio de cohorte incluyendo todos los RN de una institución privada de buenos aires, nacidos entre 01/01/06 y 31/07/07, con EG 37 semanas, producto de gestas simples y sin malformaciones congénitas mayores (n = 182RN9) de ellos, 823 (45%) tenían EG 37-38 semanas y 1006 (55 %) EG > 39 semanas. se registró vía de nacimiento, antecedentes maternos y morbilidad .

## VI. ANÁLISIS Y DISCUSION

## CUADRO N° 01

## MORBIMORTALIDAD EN RECIEN NACIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL

MORBILIDAD EN RECIÉN NACIDOS	NUMER O TOTAL	%	MORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS	NUMER O TOTAL	%
HIPOGLICEMIA	17	51.51	SEPSIS NEONATAL	2	66.6
ICTERICIA	05	15.15	PREMATURIDAD	1	33.3
SEPSIS NEONATAL	03	9.09			
MALFORMACION CONGENITA	03	9.09			
SIFILIS	01	3.03			
OTROS	04	12.12			
TOTAL	33	100	TOTAL	3	100

ILAVE II-I, ENERO - SETIEMBRE 2017

FUENTE: LIBRO DE REGISTROS DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO E HISTORIAS CLINICAS

En el cuadro se puede observar Los recién nacidos con morbimortalidad siendo las principales causas :hipoglicemia representando un 51.51% (n=17), con ictericia 15.15%(n=5), sepsis neonatal 9.09%(n=3), malformación

congénita 9.09% (n=3), sífilis neonatal 3.03% (n=1), los recién nacidos con otras patologías representan 12.12 % (n=4). La mortalidad en neonatos fue el 9.09 % , con sepsis neonatal el 66.66% (n=2) y prematuridad el 33.33(n=1).

Los resultados se asemejan al estudio de investigación realizado por Yumely Mariluz Cutipa, “morbimortalidad en el área de Neonatología del Hospital III Es Salud 20017” la prevalencia de morbilidad de los recién nacidos fue de 11.23 por cien nacidos vivos y las principales causas de morbilidad en orden decreciente fueron las alteraciones alimenticias (hipoglicemia) 14.05%, sepsis neonatal con un 11.62% ictericia neonatal 7.845 y cefalohematomas con 6.22% y policitemia 5.68%, en este estudio no se registraron casos de mortalidad, puesto que los casos graves son referidos al Hospital Carlos Alberto Según Escobedo de la ciudad de Arequipa, .también los resultados son similares al trabajo de investigación de Apaza, M. “Morbimortalidad en neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología, procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno (octubre de 2016 a febrero 2017)” la mortalidad representó el 2.59% Siendo las causas de mortalidad las siguientes: Sepsis neonatal 47.06%; enfermedad de membrana hialina 29.41%; malformaciones congénitas 11.76%; hipoglicemia neonatal 5.88% y la asfixia neonatal severa el 5.88%. La causa más frecuente de morbilidad en el Hospital de llave es la hipoglicemia , presentándose en las primeras 24 horas de vida, esto relacionado con el metabolismo de los carbohidratos existiendo una transición entre el aporte constante de glucosa de la circulación materna placentaria y la homeostasis, el peso del recién nacido es un indicador importante para que la presencia de la hipoglicemia , añadiendo a ello las creencias y costumbres perjudiciales para

la salud del recién nacido ,la segunda causa de morbilidad es la ictericia neonatal considerándose la sepsis neonatal como una de las primeras causas de morbilidad neonatal a nivel local, regional, nacional y Latinoamérica se presenta como una enfermedad fulminante y multisistémico durante los cuatro días de vida éstos recién nacidos tienen el mismo historial de uno o más factores al nacer que son semejantes a los resultados encontrados en las investigaciones citadas.

**CUADRO No 02**

FACTORES PERSONALES DE LA MADRE EN EL EMBARAZO QUE INFLUYEN EN LA MORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL

CARACTERISTICAS DE LA MADRE Y DEL EMBARAZO	No	No	%
EDAD DE LA MADRE	Menor de 19 años	19	57.57
	20-34años	10	30.30
	Mayor de 35 años	4	12.12
GRADO DE INSTRUCCION	Sin instrucción	3	9.09
	primaria	4	12.12
	secundaria	21	63.63
	superior	5	15.15
PROCEDENCIA	rural	25	75.75
	urbano	8	24.24
OCUPACION	Su casa	25	75.75
	Independiente	7	21.21
	empleado	1	3.03
.No DE CONTROLES	Cero controles	1	3.03
	1-5 controles	8	24.24
	De 6 controles	24	72.72

ILAVE II-I, ENERO – SETIEMBRE 2017

FUENTE: LIBRO DE REGISTRO DE ATENCION DE RECIEN NACIDO E HISTORIAS CLINICAS DE LOS RECIEN NACIDOS.

En el cuadro se puede observar que de los 33 recién nacidos con morbilidad en el hospital llave II-I, los factores personales de la madre influyen en la presencia de la morbilidad en neonatos, tal es que las menores de 19 años representa el 57.57% (n=19), grado de instrucción madres con secundaria completa o incompleta el 63.63(n= 13), madres procedentes de la zona rural 75.75% (n=25), dedicados a su casa el 75.75 (n=25), tuvieron más de 6 controles prenatales representan el 72.72% ( n =24).

Resultados similares en el trabajo de Luis Alfonso Mendoza T. , Martha Arias G., Laura Isabel Mendoza T. realizado en la División de Epidemiología Hospitalaria y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Fundación Hospital San José de Buga. Unidad Central del Valle, Tuluá llegando a los resultado llegando a los siguientes resultados; entre adolescentes hubo mayor número de madres solteras (25,6%), menor escolaridad y seguridad social en salud (25,9%) En adolescentes tempranas hubo más casos de pre eclampsia (26,3%) y trabajo de parto prematuro (10,5%). Entre madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros, y presentaron más patología cardiaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido.

La maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus neonatos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación, madres solteras, sin pareja y madres provenientes de la zona rural (las costumbre y las creencias aún se consideran perjudiciales para la salud del recién nacido).

**CUADRO No 03**

CARACTERISTICAS DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO PRESENTES EN  
LA MORBILIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL ILAVE II-I, ENERO

CARACTERISTICAS DEL PARTO Y RN		No	%
tipo de parto	Vaginal	28	84.84
	cesárea	05	15.15
Sexo	Masculino	19	57.57
	femenino	14	42.42
Edad	0-24horas	28	84.84
	24 a mas	05	15.15
Peso del RN	Menor de 2,500g	02	6.06
	2,500 a 4,000g	28	84.84
	Más de 4000g	02	6.06
Edad gestacional	Pre termino	02	6.06
	A termino(37-38- 39 sem)	30	90.90
		01	3.03
	Post termino		
APGAR	Menor de 3	01	3.03
	4-6 punto	03	9.09
	7-10 puntos	29	87.87

SETIEMBRE 2017.

FUENTE: LIBRO DE REGISTRO DE ATENCION DE RECIEN NACIDO  
E HISTORIAS CLINICAS DE LOS RECIEN NACIDOS.

En el presente cuadro se visualiza las características del parto y del recién nacido, de los 33 neonatos que presentaron alguna morbilidad fueron producto de parto vaginal registrándose el 84.84% (n=28), de ellos fueron

varones el 57.57 %(n=19), registrándose en las primeras 24 horas representando el 84.84 %(n=28), pesando entre 2,500 a 4,000gr. representando el 84.84%(n=28), los recién nacido a término de 37 a 39 semanas representan el 90.90%(n=30), los recién nacido con APGAR de 7 a 10 puntos representan el mayor porcentaje 87.87% (n=29).

Estos datos se asemejan al trabajo realizado por Marcelo Armadans, María Fabiana Osorio, Carlos Pedicone, Pablo Durán, Fernando Ferrero en un trabajo realizado en el Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina cuyo resultado fue, los recién nacidos menores de 39 semanas de gestación, y los recién nacidos productos de parto vaginal podrían presentar mayor morbilidad las primeras 24 horas de vida siendo el sexo masculino el más vulnerable a cualquier infección neonatal.

## VII. CONCLUSIONES

La mortalidad de los neonatos en el hospital II-I llave en los meses de enero a setiembre del año 2017 del total de recién nacidos atendidos con alguna morbilidad que fueron 33 de los cuales fallecieron 3 neonatos representando el 9.09 % siendo las principales causas: sepsis neonatal y prematuridad. Con respecto a la morbilidad la hipoglicemia se presentó en un 51.5%(n=17), ictericia un 15.15%(n=5) y sepsis neonatal el 9%(n=3).

Los factores personales de la madre en el embarazo también influyen para que un neonato sea susceptible a adquirir cualquier morbilidad durante esta época crítica de la vida ,es así que los hijos de madres menores de 19 años de edad representaron una morbilidad del 57.57%(n=19),los que tuvieron secundaria completa o no concluido el 63.63%(n=13),madres procedentes de la zona rural 75.75%(n=25) y las que tuvieron más de 6 controles prenatales el 72.72%(n=25).

Las características del parto y del recién nacido fueron factores importantes en la presencia de alguna morbilidad del neonato, los recién nacidos por vía vaginal representaron el 84.84%(n=19),de ellos con predominio el sexo masculino con el 57.5%(n=19),registrándose en la primeras 24 horas el 84.84%(n=28), pesando entre el 90.90%(n=30) y los recién nacidos con buen APGAR de 7 a 10 puntos representa el mayor porcentaje del 87.87(n=29).

## VIII. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados y conclusiones obtenidas en la presente monografía se puede recomendar lo siguiente:

- Realizar trabajos relacionados con la morbilidad y mortalidad en recién nacidos de nuestra región.
- ampliar estudios de recién nacidos con mortalidad de sepsis neonatal y presencia de hipoglicemia.
- que el profesional de enfermería considere los factores personales de la madre, antecedentes perinatales y propios del neonato en la atención y así intervenir y prevenir la morbilidad y mortalidad en esta etapa de vida.
- Considerar a todo recién nacido aparentemente sano con buen APGAR, peso adecuado para la edad gestacional adecuada, vulnerable a presentar morbilidad y mortalidad neonatal.
- Identificar precozmente los signos y síntomas de alguna morbilidad en el recién nacido evitando complicaciones y muerte del neonato.
- Fomentar la lactancia materna y educar a la madre para la identificación de signos de alarma del R.N.
- Contar con personal profesional especializado e identificado con el servicio.
- Mejorar y ampliar el libro de registro en el servicio de alojamiento conjunto y recién nacido en el Hospital de Ilave.

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### PRESENTACION DEL CASO

Se presenta a un recién nacido de sexo masculino, nacido en el hospital II-I llave en el servicio de recién nacido de raza mestizo reingreso al servicio dentro de 24 hora de alta

El motivo de consulta: recién nacido no lacta, coloración amarillenta de la piel, difícil de despertar Con diagnóstico médico: recién nacido a término de 39 semanas por test de Capurro PAEG, mayor de percentil 50, producto de parto eutócico con ictericia, d/c sepsis neonatal, kernecturus, hipoglicemia.

Los resultados de laboratorio muestran: bilirrubina total 30mg/dl, bilirrubina directa 25mg 7dl y bilirrubina indirecta 5mg/dl., PCR +++, glicemia 25mg/dl

Antecedentes Prenatales: la madre del recién nacido refiere 7 controles prenatales, presento infección urinaria 20 a 30 leucocitos por campo (refiere que recibió tratamiento), hemoglobina 14mg.

Antecedentes natales: recién nacido nace con APGAR 8 al minuto 9 a los 5 minutos, líquido amniótico claro, producto de parto eutócico.

Examen Físico General: Fs Vs FC 145 FR 58 por minuto t°38 °C AMEG (Aparentemente Mal Estado General)

Examen Físico Regional: piel tibia se observa acrocianosis trigueña con tejido celular sub cutáneo en regular cantidad y distribución llenado capilar 2 segundos.

Cabeza grande con relación al resto del cuerpo, presenta caput succedáneo en parietal derecha, fontanelas: anterior varía en tamaño entre 3cm de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida, La posterior es pequeña de forma triangular, menor a 1 cm, suturas: afrontadas

Cara Ojos: cerrados pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. escleras color amarillo que no requieren tratamiento .

Nariz: coanas permeables

Boca: labios cianóticos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, paladar no fisuras.

Oídos: pabellón auricular bien implantado.

Cuello Es corto y simétrico, con movilidad

Tórax Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales 58 por minuto Clavículas:se palpan de superficie lisa y uniforme. Nódulo mamario es palpable de 6mm .Pulmones: respiración del RN es abdominal, murmullo vesicular en ambos campos pulmonares Corazón: Frecuencias cardiacas 145 por minuto.

Abdomen,: forma ligeramente distendido, Ombligo y cordón umbilical: seco dos arterias y una vena.

Ano y recto permeable

Genitales Masculinos: escroto pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Testículos descendidos. Pene prepucio adherido al glande y ei meato urinario es pequeño.

Extremidades brazos y piernas simétricos en anatomía y función.

Examen neurológico recién nacido aparentemente mal estado general

Llanto agudo y permanente, la cabeza del bebe cae pesadamente hacia uno de los lados

Recién nacido, reflejo de Moro, aprehensión, búsqueda y succión débil

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mosquera M., Acanto J. & Márquez Y. (2013). *Psicología evolutiva etapa post neonatal 1 mes a 2 años*. (1° edición). Venezuela: Carora.
2. Organización Mundial de la Salud. (2009). Baby-Friendly, Hospital Initiative. Recuperado de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593>
3. UNICEF. (1990). The Innocenti Declaration at the WHO. Recuperado de: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti>
4. Ministerio de Salud. (2015). Norma Técnica De Salud Para La Atención. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
5. Osorio R.(2014). *Boletín Del Instituto Interamericano Del Niño* (1° edición). California: Instituto Interamericano del Niño.
6. Islas DLP, Ortiz AR & Verduzco GM (2003). *Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente*. (5° edición). México: Rev Mex Pediatría.
7. Thilo E, Townsend S & Merenstein G.(1998). *Historia de la política y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal* (1° edición.). Colombia: Clínica perinatal.
8. Osorio R. (1990). *Alojamiento Conjunto para La Madre y El Recién Nacido*. (1° edición). Uruguay: Ed OPS.
9. Alarcón G. (2013). Asociación Española de Pediatría. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos>

10. Rodríguez M. (2008). *Ictericia neonatal*. (2ª edición). España: Asociación Española de Pediatría.
11. Monografias.com. (2001). Sepsis Neonatal. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos20/sepsis-neonatal/sepsis-neonatal.shtml>
12. Who.int. (2002). Embarazo en adolescentes un problema culturalmente complejo. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.
13. Epiredperu. (2011). rpmesp.ins.gob.pe. Recuperado de: [http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/2014\\_v18\\_n02](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2014_v18_n02).
14. Minsa.gob.pe. (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)
15. Ávila J, Vargas J, Machuca M., Tavera S. & Marco C. (2015). *Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.
16. INEI (2016). Estado de la niñez en el Perú. Abril Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0930/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0930/Libro.pdf)
17. Ticona M. (1998). *Factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal. Experiencia en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna*. Tacna: Rev Peruana Gineco. Obstet

18. BVS. (2017). Documento Interno del CLAP N° 3/86. Recuperado de:  
[www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/.../docs/4044\\_mortalidad\\_perinat](http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/.../docs/4044_mortalidad_perinat)
19. Scielo (2016). Revista Boliviana de pediatría. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.bo/scielo>.
20. Ávila J. & Vargas M.(2015). *Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú 2015*. Perú: Direccion General de Epidemiologia
21. Ávila J., Tavera M. & Carrasco M. (2011). *Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú*. Perú: Ed. Carrasco
22. Baby-Friendly Hospital Initiative (2009). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593>.