



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil epidemiológico de la muerte perinatal. Hospital Leoncio
Prado, 2014 – 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

Flores Horna, Luis Gianfranco (ORCID: 0000-0003-4972-2197)

ASESORES:

Mgtr. Rodríguez Díaz, David René (ORCID: 0000-0002-9203-3576)

Dra. Vega Fernández, Amalia Guadalupe (ORCID: 0000-0002-0274-7437)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud perinatal e infantil

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mis padres por todo el esfuerzo sacrificio y
A mis padres, quienes supieron tallar en mí
principios y valores que me permiten ser el
ciudadano que soy, demostrándome así que
con la perseverancia se vence obstáculos y
se alcanza metas.

Gracias, Natalia Horna Sánchez y Luis
Antonio Flores Sáenz, sabré valorar lo que
gracias a ustedes conseguí.

AGRADECIMIENTO

A Dios, Él es quien conoce de mis fortalezas
A la Universidad Cesar Vallejo, por haberme acogido como alumno de pregrado, lo cual me permitió adquirir las competencias necesarias para ejercer la carrera.

A los docentes de pregrado, por su capacidad para brindar las herramientas necesarias para llevar a cabo este estudio con éxito.

Al Hospital Leoncio Prado, representado por el Obstetra Hermes Wilfredo Jiménez Gordillo, y a la red de salud Sánchez Carrión, Representado por el Dr. Miguel Ángel Casanova Velarde, quienes me facilitaron el acceso a los datos requeridos para el estudio.

Luis G. Flores Horna

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE DE CONTENIDOS	iv
INDICE DE TABLAS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	9
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	9
3.2. Variables y Operacionalización (Ver anexo 03).....	9
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	9
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	10
3.5. Procedimiento	10
3.6. Método de análisis de datos	11
3.7. Aspectos éticos	11
IV. RESULTADOS	122
V. DISCUSIÓN.....	222
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muertes perinatales según condición al nacer, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.....	122
Tabla 2. Muertes perinatales según edad gestacional y sexo, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.....	133
Tabla 3. Muertes perinatales según peso, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019	144
Tabla 4. Muertes perinatales según afecciones del feto o neonato, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.....	155
Tabla 5. Muertes perinatales según número de nacidos en el mismo parto, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019	166
Tabla 6. Muertes perinatales según edad materna, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019	17
Tabla 7. Muertes perinatales según residencia habitual de la madre, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019	18
Tabla 8. Muertes perinatales según controles prenatales, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.....	19
Tabla 9. Muertes perinatales según tipo de parto, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019	20
Tabla 10. Muertes perinatales según afecciones de la madre, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.....	21

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo el estudio del perfil epidemiológico de la muerte perinatal, en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado durante el periodo de 2014 a 2019. De este modo, la investigación posee una metodología de tipo básica y un diseño transversal, descriptivo simple para el fenómeno de estudio. Para dichos efectos, el objeto de estudio se aplicó para una población conformada por la totalidad de las muertes perinatales sucedidas entre los años 2014 y 2019 en el hospital en mención. En cuanto a los resultados observados se pudo evidenciar las causas más críticas de muerte prematura, entre las que se destacaron aspectos como el bajo peso, sufrimiento agudo, sepsis, causas desconocidas, entre otros. Finalmente, las conclusiones giraron en torno a las caracterizaciones de las muertes referentes a los partos y a las condiciones de la madre; observándose que existía una relación directa de las causas con las condiciones preexistentes que se generan durante el periodo de gestación hasta el parto.

Palabras Clave: Perfil epidemiológico, muerte perinatal, mortalidad infantil.

ABSTRACT

The aim of this research is to study the epidemiological profile of perinatal death in patients treated at the Leoncio Prado Hospital during the period 2014-2019. Thus, the research has a basic methodology and a simple descriptive cross-sectional design for the study phenomenon. For these purposes, the object of study was applied to a population made up of all the perinatal deaths that occurred between 2014 and 2019 at the hospital in question. As for the results observed, the most critical causes of premature death were evident, among which aspects such as low weight, acute suffering, sepsis, and unknown causes, among others, stood out. Finally, the conclusions revolved around the characterizations of deaths related to childbirth and the mother's conditions; it was observed that there was a direct relationship between the causes and the pre-existing conditions that are generated during the gestation period until delivery.

Keywords: Epidemiological profile, perinatal death, infant mortality.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), durante los años 1990 y 2015 se planteó como objetivo reducir la cifra total niños fallecidos, comprendidos entre las edades de 0 a 5 años; logrando que de los 12.7 millones de decesos registrados durante los años 1990 se pudiese reducir a 6.3 millones de decesos en el año 2015, lo que representa una disminución del 49%. Esto se considera como una mejora importante en la tasa de mortalidad infantil, además refleja la eficacia de los programas implementados.¹

Numerosos sistemas de salud se han venido implementando y mejorando, a lo largo de los años, así como estrategias que buscan recopilar información sobre las muertes perinatales a fin de determinar las causas y así poner en marcha planes de mejora; todos estos haciendo énfasis en obtener datos clínicos detallados, otros sistemas, incluso han llegado a incorporar valores de laboratorio y resultados de autopsias.²

Sin embargo, desde la segunda guerra mundial, el continente africano ha mantenido la tasa de mortalidad infantil más alta, seguido de países ubicados en Asia y Latinoamérica. Por otro lado, los países más desarrollados económicamente logran tasas más bajas de mortalidad infantil.³

Al respecto, la mortalidad infantil señala que depende, en mayor medida, de las condiciones de vida de la población, entre estas se contemplan las condiciones de la infraestructura de la vivienda, el nivel de conocimiento de la madre, las migraciones de mujeres hacia otros países, la cultura de vida de otros países y, en general, los niveles de pobreza asociados a la misma, dado que pueden arrojar tasas de mortalidad de entre 80 y 100 muertes por cada mil recién nacidos.⁴

Por su parte, también surge la necesidad de mencionar la mortalidad neonatal, dado que esta hace referencia a la muerte de recién nacidos entre el periodo de 0 a 27 días y, a su vez, se subdivide en mortalidad neonatal precoz (MNP) y mortalidad neonatal tardía (MNT). La primera ocurre durante la primera semana de vida y pueden producirse en las 24 horas por motivos como asfixia, malas maniobras reanimación o malformaciones cardiovasculares y/o pulmonares; mientras que la segunda está comprendida por las condiciones ambientales o la atención infantil.⁵

En cuanto a la mortalidad perinatal, la misma se calcula a partir de las tasas de mortalidad infantil y neonatal, representando un indicador fino y sensible de salud.⁶ Entre las causas de la mortalidad perinatal se pueden mencionar, cada vez, mayores relaciones con condiciones como infecciones vaginales y la corioamnionitis, especialmente en gestantes jóvenes y cuyo agente presente se

denota como la *Cándida Albicans*, además de los hábitos sanitarios inadecuados que causan en los recién nacidos distrés respiratorio transitorio y la muerte fetal tardía.⁷ También pueden ser ocasionadas por otras condiciones naturales como partos prematuros, los cuales son responsables del 80% de esta ocurrencia, entre otras como complicaciones neurológicas y respiratorias presentes en los neonatos.⁸

En ese sentido, muchas de las causas que influyen en la morbimortalidad son potencialmente prevenibles mediante estrategias sencillas y de bajo costo, como son los métodos anticonceptivos, vacunación en gestantes, parto institucional que permita profilaxis y manejo adecuado de complicaciones, lactancia materna exclusiva, entre otros, evidenciando que la clave reside en la correcta implementación de políticas de salud para evitar incurrir en enfermedades con potencial mortal o fallecimientos prematuros.⁹

En el Perú, durante los años 2010-2015, por cada 1000 recién nacidos, morían 18, en donde la mayor cantidad de estas muertes se concentraban en los departamentos ubicados en sierra y selva. Mientras que en la costa los números eran más bajos; esto debido a la heterogeneidad geográfica y económica de la región. Pese a esto, es claro el descenso en la mortalidad infantil, tal vez atribuido a que el acceso a las políticas de salud ha mejorado, como por ejemplo las campañas de vacunación nacional, entre otras.¹⁰

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) reportó que, durante el año 2012, en el Perú, fallecieron 12,365 niños, todos con menos de 5 años. De este grupo 10,000 tenían menos de un año y 5300 morían durante los primeros 30 días de vida. Asimismo, el organismo encargado ENDES mencionó, además, que las muertes fetales tenían cifras similares. Según datos epidemiológicos, los niños prematuros, con infecciones y cuadros de asfixia, representaban los principales factores de riesgo teniendo como frecuencia 29%, 20% y 16%, respectivamente. Numerosos estudios resaltan lo importante de priorizar los cuidados durante la etapa perinatal y así seguir disminuyendo esta cifra de mortalidad.¹¹

La tasa de mortalidad perinatal indica el bienestar en una sociedad, siendo un buen parámetro para evaluar la eficacia de los programas destinados a disminuir dicha tasa. Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil epidemiológico de la muerte perinatal en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado durante el Periodo 2014 - 2019?

Actualmente, las muertes durante la etapa perinatal constituyen un problema de salud importante a nivel mundial, para ello hay programas implementados que buscan erradicarlo, sin embargo, se observa un avance lento de los objetivos, lo que sugiere que hay estrategias por mejorar.

En la presente investigación, se recolecta y analiza la información inherente a las muertes perinatales, de modo que estas ayuden a conocer a fondo el problema y permitan dirigir programas de salud más efectivos para continuar disminuyendo la tasa de mortalidad, en función del perfil epidemiológico.

Es entonces donde se plantea, como objetivo general de este estudio, el determinar el perfil epidemiológico de la muerte perinatal, en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado, periodo 2014 – 2019.

Dentro de los objetivos específicos, se enuncian: determinar las características de muertes perinatales en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado, periodo 2014 – 2019; determinar el número de nacimientos y afecciones del feto o recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado, periodo 2014- 2019 y, finalmente, caracterizar a la madre según las condiciones y afecciones que afecten al feto o recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado, periodo 2014 – 2019.

II. MARCO TEÓRICO

Smith C. et al (Canadá, 2019) observaron que el 40% de gestantes a nivel mundial sufre de anemia, por lo que es importante conocer su rol en los resultados perinatales. Vieron que la gravedad de la anemia y los resultados adversos perinatales se relacionaban directamente, destacando patologías relacionadas con la placenta como la preeclampsia, además de parto prematuro, bajo peso al nacimiento, etc. Resaltan la naturaleza reversible de esta variable.¹²

Pérez R. et al (México, 2018) analizaron la historia clínica de todos los neonatos fallecidos durante el 2008 al 2012, encontrando 308 casos. Identificó a la inmadurez extrema (19%), seguida de asfixia neonatal (13%) como principales causas de mortalidad, por lo que los autores recomiendan incidir en mejorar el acceso al control prenatal adecuado.¹³

Echevarría L. et al (Cuba, 2018) aportaron datos sobre como el muy bajo peso al nacimiento influía en el desenlace de 58 neonatos en estudio, identificaron a la enfermedad de membrana hialina como la principal causa de morbilidad y a la hemorragia intraventricular como principal causa de muerte. Estos datos han permitido orientar nuevos estudios a fin de disminuir esta incidencia.¹⁴

Pasternak B. et al (USA, 2018) vieron que no se recomienda el uso de fluconazol oral durante la gestación, sin embargo, en USA un 4% lo usan; pese a que un estudio mostraba que dosis superiores a 300 mg se asociaba a muerte fetal. Su estudio sugiere no haber relación entre la exposición a fluconazol con la muerte fetal o neonatal, independientemente de la dosis. De igual manera se recomienda realizar estudios complementarios.¹⁵

Cheong F. et al (Reino Unido, 2016) determinaron el riesgo de morbimortalidad tanto en fetos como en neonatos basándose en la edad gestacional de embarazos gemelares, reportaron que tanto monocoriónicos como bicoriónicos mostraron aumentar el riesgo de morir al pasar las semanas 36 y 38 respectivamente, este último pudiendo llegar a 8.8 muertes adicionales por cada 1000 embarazos, esta cifra sería aún mayor, sin embargo, la programación electiva de cesáreas antes del término representa un factor protector.¹⁶

Demitto M. et al (México, 2016) buscaron identificar aquellas características presentes en gestantes de riesgo que llevaba a muerte neonatal, en una población que presentaba una mortalidad de 7.7 por cada 1000 nacidos vivos, produciéndose mayormente en el periodo neonatal precoz; en estos casos predominó la presencia de prematuridad, malformaciones congénitas y gestación múltiple, representando los principales factores de riesgo.¹⁷

Fermín (Colombia, 2013) estudió a 100 gestantes, todas con menos de 21 años, de las cuales solo 50 presentaron resultados perinatales adversos, siendo el parto pretérmino el que predomina con un 58% de frecuencia, además identificaron el inicio temprano de las relaciones sexuales, nivel educativo bajo, gestación no deseada, familias disfuncionales como factores de riesgo.¹⁸

Sueli Del Castanhel et al. (Brasil, 2011), caracterizaron la muerte neonatal durante 10 años, en una población con tasa de mortalidad de 8,69 por 1000 nacidos vivos, siendo el bajo peso al nacer y la prematuridad las principales causas, ambas potencialmente reversibles con solo mejorar el acceso a programas sanitarios que garanticen cuidados adecuados mediante el control prenatal, manejo institucional del parto y postparto. Su estudio demostró que no se está garantizando el acceso universal a los servicios de salud.¹⁹

Castañeda G. et al (México, 2010) observaron que la muerte fetal tardía representó el 59.8% de los casos, principalmente a causa de circulación transplacentaria y los neonatos precoces morían principalmente por asfixia. Concluyeron además que a menor cantidad de controles prenatales aumenta el riesgo de muerte.²⁰

Torres M. (Perú, 2016) vio que su población en estudio tenía una tasa de mortalidad neonatal de 7.9 por 1000 nacidos vivos, caracterizados principalmente por prematuros, muy bajo peso al nacimiento y sexo masculino, resaltando que el 67.31% de estas madres hicieron menos de 4 controles prenatales.²¹

Chan et al. (Perú, 2019) identificaron la brecha de oportunidad aplicando el método BABIES (*Birth Weight and Age-at-death Boxes for an Intervention and Evaluation System*) como herramienta para evaluar dos variables, para estos efectos, la edad y el peso del recién nacido. El periodo de análisis fue desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del año 2015 en el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SSVEPN). Entre los factores considerados, se estudió el año, sexo, edad gestacional, fecha de nacimiento, fecha de fallecimiento, hora de muerte, peso y tipo de muerte (fetal o neonatal). En los resultados del estudio se evidenciaron 317 registros asociados a mortalidad perinatal, predominando los varones recién nacidos en un 55,8% y con una edad gestacional media de $32,3 \pm 5,3$ semanas.²²

Hurtado (Perú, 2019) en su estudio se encargó de la determinación de causas asociadas a la mortalidad y morbilidad perinatal en recién nacidos de la unidad de neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero 2009 a diciembre 2018. En cuanto a los resultados del estudio, se pudo observar que, de los 389 hijos con madres diabéticas, la incidencia era del 47,03%, mientras

que las complicaciones metabólicas por hipoglicemia eran del 28%. Asimismo, se mencionan otras como asfixia (9,77%), cardiopatías (1,29%) y trombosis (0,51%). Demostrando que el riesgo de presentar complicaciones y potenciales muertes perinatales predominaban en las pacientes con diabetes gestacional.²³

Llanca L (Perú, 2017) enfocó sus estudios hacia la construcción del perfil epidemiológico de la mortalidad perinatal asociada a gestantes con preeclampsia en la Unidad de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna. Bajo un diseño observacional, se pudo determinar que el predominio de los resultados comprendía el nivel educativo superior (85%), la nulípara (46,5%) y embarazos a término (83,7%). Concluyendo que dichos perfiles se caracterizaban por presentarse en pacientes de edades entre 20 y 35 años (67,4%), con antecedentes de hipertensión durante la etapa de gestación (39,5%), preeclampsia leve (62,8%) y, en su mayoría, sin morbilidad neonatal (86,7%).²⁴

Ruíz R (Perú, 2017) se encargó de la determinación de las complicaciones maternas y perinatales en madres añosas intervenidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital César Garaya durante enero – diciembre del año 2015. Aplicando un estudio de tipo no experimental y bajo diseño descriptivo transversal retrospectivo para 403 gestantes se pudo evidenciar en los resultados que el 75,6% de las madres analizadas no presentaron complicaciones maternas, el 75,6% no tuvieron complicaciones fetales, el 87,8% de las mismas llegaban a término, el 60,4% eran gran multíparas y el 83,8% fueron por parto vaginal. En conclusión, entre las relaciones analizadas, se encontró una relación bastante significativa entre la edad materna con las complicaciones perinatales.²⁵

Moya J. (Perú, 2016) estudió los factores de riesgo presentes en muertes neonatales tempranas; Identificó a la sepsis neonatal como principal característica presente en estas muertes, mientras que la neumonía, SALAM y malformaciones no se relacionaban significativamente.²⁶

Quispe H (Perú, 2015) identificó los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente y su incidencia en la mortalidad perinatal en los partos atendidos en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2015. En cuanto a los análisis estadísticos realizados, se pudo evidenciar que, para una muestra de 133 madres adolescentes, existía un 73% de recién nacidos con causas de mortalidad perinatal en madres de precedencia peri urbana y urbano, así como el 73% de estos casos encontrados en madres con educación secundaria no culminada y, el 84% de estas madres se realizaron más de 4 controles. En cuanto a las conclusiones, se evidenció que el 2% de los neonatos fallecieron en las primeras 28 semanas de gestación y los primeros 7 días posteriores al parto. Adicionalmente, entre los factores de riesgo, se señaló que se debían a aquellos asociados a la edad, procedencia, paridad, control prenatal y gestación.²⁷

Dámaso-Mata et al (Perú, 2014) analizaron los nacimientos durante un año, 50 fallecidos entre ellos. Vieron que ser madre analfabeta, recién nacido con bajo peso y parto pretérmino se relacionaban con mayor frecuencia a muerte perinatal, además, culminar el parto vía cesárea constituía un factor protector.²⁸

Ávila J. et al (Perú, 2013) calcularon en su población una tasa de mortalidad neonatal en 12,8 por cada 1000 nacidos vivos, una cifra alta teniendo en cuenta que hay estrategias implementadas dirigidas a reducirla. Destacaron la diferenciación entre regiones respecto a las causas de muerte, puesto que en la costa predomina la prematuridad, selva y sierra destacan por asfixia e infecciones.²⁹

Idrogo S. (Perú, 2013) relacionó los controles prenatales con morbimortalidad perinatal, siendo la tasa mortalidad para ese año de 17.3/1000, notó que las gestantes que tienen menos de 6 controles prenatales duplicaban el riesgo de morbimortalidad neonatal. Además, identificó en estas madres un predominio de enfermedades hipertensivas e infecciosas.³⁰

Velásquez H. et al (Perú, 2012) estudiaron las muertes neonatales ocurridas en Huánuco y Ucayali durante el 2011, calcularon la tasa de mortalidad en 14,5 y 12.1 respectivamente por cada 1000 nacidos vivos. Las muertes fueron atribuidas con mayor frecuencia a malformaciones congénitas, prematuridad e infecciones, siendo esta última la más representativa.³¹

El valor que cuantifica el riesgo de morir que tiene un feto o recién nacido se denomina tasa de mortalidad perinatal. Está influenciado por factores medioambientales y el nivel de desarrollo social, económico y sanitario de una sociedad.³²

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) nacido vivo hace referencia al producto del proceso de la concepción, que luego de su extracción total de la cavidad uterina presente signos vitales, independientemente de la edad gestacional (EG), pudiendo ser antes o después del corte del cordón umbilical; Así mismo, define como muerte fetal a la producida intraútero con un peso mayor de 500 gramos y/o con mayor de 22 de EG.¹

Para la OMS, mortalidad perinatal hace referencia a la muerte producida entre la semana 22 de EG y los 7 días posteriores al nacimiento, así mismo aclara que la muerte neonatal se produce entre el nacimiento y los primeros 28 días de nacido. Este último se divide en 3 categorías: Inmediato (en las 24 horas de nacido), temprano (primeros 7 días después del nacimiento) y tardío (7 a 28 días de nacido), siendo esta última la que tiene el mayor número de muertos.³³

Dentro de los factores que aumentan el riesgo de muerte perinatal, la edad materna cobra gran importancia, clasificándola en dos grupos de riesgo: Adolescentes y añosas (> 35 años). Las adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos con bajo peso al nacer, mientras que en las añosas influyen principalmente sus enfermedades previas (Diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedades genéticas, historia de patologías placentarias, etc.).⁵

La edad es un dato biológico importante que orienta en la detección de factores de riesgo por ciclo de vida, resalta su importancia en las mujeres de edad fértil, ya que su organismo está listo para el proceso reproductivo. Un embarazo, pese a ser fisiológico, representa un riesgo de enfermar o morir tanto para la madre y su producto.³⁴

El nivel educativo y socioeconómico junto al estado civil, son inversamente proporcionales con el número de neonatos enfermos y muertos, atribuido tal vez a que las madres de mayor nivel educativo retrasan la maternidad y al hacerlo buscan atención adecuada en control prenatal y atención del parto.³⁵

La edad gestacional hace referencia a la duración cronológica de un embarazo el cual se calcula desde del primer día de sangrado perteneciente al último periodo menstrual de características normales. Se expresa en días y/o semanas completas, este dato representa un punto de corte importante como característica que predice el riesgo de morbimortalidad.³⁶

La fórmula obstétrica y espacio intergenésico son útiles al momento de calcular el riesgo en el proceso de reproducción tanto para la madre como su producto. Si el espacio entre gestaciones no supera los 15 meses constituye un riesgo elevado de morbimortalidad, tal vez debido a cuadros depresivos, infección cruzada, sensibilización, etc.³⁷

El peso al nacer es útil para estimar la morbimortalidad neonatal, muchos investigadores lo resaltan como el factor de riesgo más importante. Durante mucho tiempo se consideró el peso al nacimiento y el ser prematuro como sinónimos, pero a inicios de siglo se fijó 2500 gramos como promedio para señalar que recién nacidos que estén por debajo, pueden requerir cuidados especiales en su etapa neonatal.^{38,39}

El peso al nacer también es usado como valor referencial para clasificar al recién nacido como macrosómico, si supera los 4 kilogramos, peso normal si se encuentra entre los 2500 y 3999 gramos, de bajo peso si se encuentra por debajo de 2500 gramos, pero si está por debajo de 1500 gramos se lo clasifica como muy bajo peso.^{40,41}

Los controles prenatales son un grupo de estrategias sanitarias que buscan asistir y prevenir patologías en la gestante para garantizar su salud y la del producto. Al identificar y corregir patologías que complican el embarazo, se logra disminuir la morbimortalidad. También otorga destrezas en la madre que le ayudaran a afrontar el trabajo de parto, proceso de lactancia y cuidados adecuados del bebe, haciendo énfasis en su esfera física y psicológica.²⁰ Para la OMS es adecuado no menos de 5 CP y deben iniciar antes de las 20 semanas de EG.⁴²

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Básica.

Diseño de investigación: Transversal, descriptivo simple.⁴³

3.2. Variables y Operacionalización (Ver anexo 03)

Variable: Muerte perinatal

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Población: Constituido por la totalidad de las muertes perinatales sucedidas entre los años 2014 y 2019 en el Hospital Leoncio Prado.

Criterios de inclusión:

- Fallecidos entre las 22 semanas de gestación y los primeros 7 días de nacido.
- Fallecidos que cuenten con datos completos en la ficha de investigación epidemiológica defunción perinatal y neonatal.
- Fallecidos durante el periodo de estudio 2014 – 2019
- Fallecidos dentro del Hospital Leoncio Prado.

Criterios de exclusión:

- Fallecidos que tengan datos incompletos en la ficha de investigación epidemiológica defunción perinatal y neonatal.
- Fallecidos a causa de accidentes.
- Fallecidos fuera del periodo de estudio 2014 – 2019
- Fallecidos fuera del Hospital Leoncio Prado.

Muestreo: Se trabajará con la población total, no se requiere realizar muestreo.

Unidad de análisis: Cada ficha de investigación epidemiológica de muerte perinatal y neonatal.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se analizan los registros de cada muerte perinatal.

Dicha información está registrada en la base de datos estadística del Hospital Leoncio Prado, que se actualiza mediante la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal, además, esta representa el instrumento de recolección de datos.

Instrumento de recolección de datos:

Base de datos estadística del Hospital Leoncio Prado, la cual es actualizada mediante la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal. (Ver anexo N° 04)

Validez y confiabilidad del instrumento:

Norma técnica de salud número 078 - MINSA / DGE V.01, Mediante la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal, adaptada por la oficina de epidemiología de la gerencia de salud la libertad.

3.5. Procedimiento:

Esta investigación fue presentada al comité de investigación de la Universidad Cesar Vallejo para su aprobación. Una vez aprobada, se llevó en versión impresa y digital a la dirección del Hospital Leoncio Prado, acompañado de una solicitud dirigida al director del hospital, para que autorice mi acceso a la Oficina de Epidemiología y de Estadística e Informática, de donde pude acceder a la base de datos de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal, correspondiente al periodo 2014 – 2019 (Ver anexo N° 05).

3.6. Método de análisis de datos

El análisis fue realizado usando STATA 15.0 para Windows (Stata Corp, College Station, TX, US). Se describieron las características de la muestra usando proporciones para las variables categóricas, y media y desviación estándar (DE) para variables numéricas.

3.7. Aspectos éticos

En todo momento se cuidará la confidencialidad de los datos obtenidos como lo señala el documento International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies de CIOMS – 1991 y la ley peruana de protección de los datos personales Ley N° 29733. Además, se realizará dentro de las normas éticas, según la Declaración de Helsinki.⁴⁴

Se trabajará con la autorización al director del Hospital Regional Docente de Trujillo, para que la recolección de datos sea significativa para el estudio.

IV. RESULTADOS

En cuanto a los resultados, se presentan, a continuación, las muertes perinatales según condición al nacer sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante el periodo 2014 a 2019:

Tabla 1. Muertes perinatales según condición al nacer, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

AÑO	NACIDO VIVO		NACIDO MUERTO		TOTAL, MUERTES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2014	4	1.3	47	15.7	51	17.1
2015	5	1.7	25	8.4	30	10.0
2016	4	1.3	48	16.1	52	17.4
2017	2	0.7	57	19.1	59	19.7
2018	3	1.0	60	20.1	63	21.1
2019	2	0.7	42	14.0	44	14.7
TOTAL	93	6.7	206	93.3	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo a lo presentado en la Tabla 1, se puede evidenciar que, durante el periodo de 2014 a 2019 la cantidad de muertes perinatales entre nacidos vivos y nacidos muertos incrementaba significativamente, llegando a acumular el 21.1% de las mismas. A diferencia del año 2015, donde la tasa se redujo a un 10%, observándose que el 1.7% se atribuían a nacidos vivos y el 8.4% a nacidos muertos.

En el mismo sentido, se presenta, a continuación, la relación de muertes perinatales según los criterios de edad gestacional y sexo sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante el periodo de 2014 al 2019:

Tabla 2. Muertes perinatales según edad gestacional y sexo, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

EDAD GESTACIONAL	MASCULINO		FEMENINO		INDEFINIDO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Prematuro extremo: < 28 semanas	22	7	27	9	2	1	51	17
Muy Prematuro: entre 28 y 32 semanas	25	8	19	6	0	0	44	15
Prematuro moderado a tardío: < 37 semanas	35	12	32	11	0	0	67	22
A término: de 37 a 42 semanas	78	26	57	19	0	0	135	45
Postérmino: ≥ 42 semanas	2	1	0	0	0	0	2	1
TOTAL	162	54	135	45	2	1	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

Asimismo, en la Tabla 2 se pueden apreciar las muertes perinatales de prematuros extremos masculinos (menos de 28 semanas) al representar un 7% con respecto al sexo femenino y tan solo el 1% indefinido, representando un total del 17%. Por otra parte, la edad gestacional muy prematuro (entre 28 y 32 semanas) arrojó un 8% para el sexo masculino, 6% para el femenino y 0% para el sexo indefinido; presentando un total del 15%.

Posteriormente, aquellos prematuros moderados a tardíos (menos de 37 semanas) englobaron el 12% y el 11% para los sexos masculinos y femeninos, respectivamente, acumulando un total del 22% para esta clasificación. Finalmente, los casos postérminos arrojaron resultados de 1% para el sexo masculino.

En el mismo orden, se presentan, a continuación, las muertes perinatales según peso sucedidas en el Hospital en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019:

Tabla 3. Muertes perinatales según peso, sucedidas en el Hospital Leoncio prado durante los años 2014 al 2019.

PESO	N°	%
Macrosómico: > 4 kg	9	3.01
Normal: 2500 g a 3999 g	97	32.44
Bajo peso: entre 1500 g y 2500 g	77	25.75
Muy bajo peso:< 1500 g	116	38.80
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 3, se evidencia mayor porcentaje de incidencia en aquellos recién nacidos con muy bajo peso, en este caso, menor que 1500 g, obteniendo un valor de 38.80% con respecto a los casos de macrosómicos, cuyo porcentaje se situaba en 3.01%

Análogamente, se presenta, a continuación, la tabla de muertes perinatales según afecciones del feto o neonato, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019:

Tabla 4. Muertes perinatales según afecciones del feto o neonato, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

CAUSA DE MUERTE	NEONATO		FETO		TOTAL	
	n _o	%	n _o	%	n _o	%
ASFIXIA AL NACIMIENTO	63	21.1	0	0.0	63	21.1
BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	16	5.4	0	0.0	16	5.4
HIPOXIA INTRAUTERINA NO ESPECIFICADA	0	0.0	59	19.7	59	19.7
PREMATURIDAD EXTREMA	0	0.0	11	3.7	11	3.7
MALFORMACIÓN CONGÉNITA NO ESPECIFICADA	0	0.0	23	7.7	23	7.7
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	0	0.0	113	37.8	113	37.8
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO NO ESPECIFICADA	2	0.7	0	0.0	2	0.7
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	12	4.0	0	0.0	12	4.0
TOTAL	93.0	31.1	206.0	68.9	299.0	100.0

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

Con respecto a la Tabla 4, se evidencian las causas de muertes perinatales más resaltantes, entre las que se menciona la asfixia del nacimiento en el neonato (21.1%), bajo peso para la edad gestacional en el neonato (5.4%), hipoxia intrauterina no especificada en el feto (19.7%) y muerte fetal de causa no especificada en el feto (37.8%).

Continuando con los resultados, se presenta, a continuación, las muertes perinatales según el número de nacidos en el mismo parto, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 y 2019:

Tabla 5. Muertes perinatales según número de nacidos en el mismo parto, sucedidas en el Hospital Leoncio prado durante los años 2014 al 2019.

NÚMERO DE NACIDOS POR PARTO	N°	%
UNO	267	89.30
DOS	29	9.70
TRES	3	1.0
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 5, el número de muertes perinatales asociadas al número de nacidos en el mismo parto acumula un porcentaje del 89.30% para partos de un solo recién nacido, a diferencia de aquellos que presentaron menor incidencia en partos múltiples o triples con porcentajes de 9.70% y 1%, respectivamente.

Del mismo modo, se presentan, a continuación, los resultados correspondientes a las muertes perinatales según edad materna, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 y 2019:

Tabla 6. Muertes perinatales según edad materna, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

EDAD MATERNA (Años)	N°	%
> 18	73	24.41
18 - 24	92	30.77
25 – 29	42	14.05
30 – 40	66	22.07
> 40	26	8.70
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 6, se evidenciaron las causas asignables a la edad materna para las muertes perinatales, entre las que se destacó un porcentaje de incidencia (24.41%) para aquellas con edades inferiores a los 18 años y un mayor porcentaje (30.77%) para aquellas entre edades comprendidas de 18 y 24 años de edad.

Adicionalmente, se presentan, a continuación, los resultados de las muertes perinatales según la residencia habitual de la madre, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 y 2019:

Tabla 7. Muertes perinatales según residencia habitual de la madre, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

RESIDENCIA HABITUAL	N°	%
URBANO	85	28.43
RURAL	214	71.57
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 7, se asigna el mayor porcentaje a aquellas muertes perinatales de madres provenientes de residencias habituales rurales, obteniendo un 71.57% sobre aquellas que residen en zonas urbanas, cuyas madres obtuvieron un porcentaje del 28.43%

También, se presenta, a continuación, las muertes perinatales según controles prenatales sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019:

Tabla 8. Muertes perinatales según controles prenatales, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

CONTROL PRENATAL	N°	%
CONTROLADA > 5 CPN	79	26.42
CONTROL INCOMPLETO < 5 CPN	169	56.52
NO CONTROLADA 0 CPN	51	17.06
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

Asimismo, se presentan, a continuación, las muertes perinatales según el tipo de parto sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019:

Tabla 9. Muertes perinatales según tipo de parto, sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019.

TIPO DE PARTO	N°	%
EUTÓCICO	202	67.56
CESÁREA	97	32.44
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 9, se evidencia que las causas de mayor incidencia de las muertes perinatales se deben a los tipos de parto eutócicos, obteniendo un porcentaje del 67.56% con respecto a aquellos ocurridos por cesárea (32.44%).

Finalmente, se presentan, a continuación, las muertes perinatales según afecciones de la madre sucedidas en el Hospital Leoncio Prado durante los años 2014 al 2019:

Tabla 10. Muertes perinatales según afecciones de la madre, sucedidas en el Hospital Leoncio prado durante los años 2014 al 2019.

AFECCIONES DE LA MADRE	N°	%
CORIOAMNIONITIS	136	45.48
POLIHIDRAMMIOS	20	6.69
OLIGOHIDRAMNIOS	24	8.03
PREECLAMPSIA	65	21.74
HELLP	41	13.71
DESCONOCIDO	13	4.35
TOTAL	299	100

Fuente: base de datos estadística de la ficha de investigación epidemiológica de defunción perinatal y neonatal.

De acuerdo con la Tabla 10, se evidencia que, entre las afecciones de la madre causantes de las muertes perinatales, se destacan aquellas sucedidas por corioamnionitis (45.48%), seguido por aquellas provocadas por preeclampsia (21.74%) y HELLp (13.71%), con respecto a aquellas que presentaron menor porcentaje de incidencia, entre las que se mencionan la oligohidramnios (8.03%), la polihidramnios (6.69%) y aquellas de origen desconocido (4.35%).

V. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos del estudio realizado, donde el objetivo se basó el estudio de la muerte perinatal en los pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado durante el periodo de 2014 a 2019, se pueden destacar ciertos aspectos que influyen en la mortalidad perinatal, entre los que se mencionan, en primer lugar, aquellos relacionados con la edad gestacional y sexo; cuyos resultados se asemejan a las comparaciones realizadas por Cheong F et al.¹⁶, donde las causas de las muertes perinatales señalaban aquellas que se producían entre los periodos de gestación de 36 y 38 semanas. Esto, motivado, en su mayoría, a la capacidad resolutoria del hospital al referir a estas madres a los controles prenatales (CPN).

Asimismo, Chan et al.²² aportó conocimiento adicional acerca de las variables en torno al sexo y a la edad gestacional, dejando en evidencia que las mismas influían de manera significativa en las gestantes observadas dado que los resultados se inclinaban a pensar que aquellos neonatos del sexo masculino tenían menores probabilidades de sobrevivir a las complicaciones por el parto con complicaciones a diferencia del sexo femenino.

Además de ello, el periodo de gestación relativamente corto conllevaba a obtener resultados aún más preocupantes, dado que un neonato no maduro presentaba mayores probabilidades de desarrollar condiciones que perjudicaran su calidad de vida.

Asimismo, respecto a otros factores considerables como el peso al nacimiento, el cual fue observado en este estudio, debe destacarse la relación con lo evidenciado por Echevarría L et al.¹⁴, donde los recién nacidos desarrollaban enfermedades de membrana hialina y de hemorragia intraventricular como causas de muerte producto del peso bajo al nacer.

Al igual que Chan et al.²², quienes también consideraron el peso del recién nacido como una variable que incidía, de manera significativa, en la mortalidad perinatal. Esto, a su vez, se puede respaldar por Navarro et al.⁵ respecto a que los mayores riesgos los presentan aquellas madres adolescentes menores de 18 años, quienes, por lo general, están más expuestas a tener periodos de gestación más cortos.

En cuanto a las causas de la mortalidad perinatal, se asociaron aquellas relacionadas con la asfixia al nacimiento y la hipoxia intrauterina como segunda causa considerable. Esto, en relación con los estudios realizados por autores como Pérez et al.¹³ y Castañeda et al.²⁰, guarda una relación estrecha entre estas mismas causas, las cuales pueden suscitarse por deficiencias de diagnósticos especializados para realizar la investigación, por la cultura de la ciudad o simplemente por negación de los familiares a practicar estas pruebas adicionales.

Un resultado compartido con estudios similares, es la prevalencia de partos únicos, los cuales fueron identificados en estudios como el de Ruíz²⁵, donde aquellas madres que pasaban por partos dobles o múltiples no presentaban un porcentaje significativo acerca de complicaciones referentes a las muertes perinatales.

Mientras que, por su parte, aquellas que pasaban por partos únicos, acumulaban mayores probabilidades de desarrollar complicaciones que conllevaran a la mortalidad perinatal. Del mismo modo, Quispe²⁷ evidenció que la variable asociada a las gestantes adolescentes y adultos jóvenes que provenían de la selva y sierra eran más propensas a incurrir en la mortalidad perinatal producto de riesgos, entre los que se menciona el peso y las enfermedades previas como la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, enfermedades genéticas e historia de patologías placentarias³⁴.

Este último aspecto se relaciona, a su vez, con la residencia habitual de la madre, dado que, como es conocido, en las regiones de la selva y sierra, existe un mayor número de gestantes que viven en zonas rurales y las cuales llevan una cultura de vida que incentiva a manejos domiciliarios y tratamientos naturales, los cuales no cumplen con los estándares médicos que permitan salvaguardar la vida e integridad de la madre y su hijo.

Esta aseveración pudo observarse en el estudio realizado por Quispe²⁷, quien señaló que el mayor porcentaje de muertes perinatales se asociaban a madres de precedencia rural, producto de demoras en diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Dicho lo anterior, se destaca la importancia de los CPN, puesto que representa una herramienta que ayuda a evitar la morbimortalidad. Autores como Pérez et al.¹³, Sueli del Castanhel et al.¹⁹ y Quispe²⁷ coinciden, en sus estudios, en que los controles prenatales que son llevados de manera adecuada de inicio a fin garantizan una mayor probabilidad de llegar a término, puesto que permiten diagnosticar las complicaciones que pudiesen suscitarse postérmino para evitar incurrir en las muertes perinatales.

A pesar de ello, los niveles educativos y socioeconómicos influyen en este tipo de decisiones, observándose mayor inclinación por las madres maduras a tomar las previsiones inherentes al caso con anticipación³⁶.

Ahora bien, con respecto a las muertes perinatales según el tipo de parto, en aquellos países ubicados en el Reino Unido, se evidencia mayor interés por las madres en programar sus cesáreas antes del término¹⁶, garantizando el bienestar del recién nacido y de la madre.

En contraste, este comportamiento no ocurre de la misma manera en países de Latinoamérica, donde prevalecen los partos eutócicos en madres jóvenes, lo cual

se atribuye a la negativa, tanto de los familiares como de la madre en dar consentimiento de llevar a cabo una cesárea en caso de que así lo requieran las condiciones.

Consecutivamente, los factores de riesgo de las muertes perinatales asociados a las afecciones de la madre, resultan de carácter considerable al ser estos lo que se presentan de manera más constante y bajo diversas modalidades que involucran antecedentes de la madre y hábitos higiénicos inherentes al proceso.

Al respecto, entre las causas resaltadas se encuentran aquellas inherentes a la *Candida albicans*, cuya fuente de origen proviene de costumbres de mala higiene en la mujer a raíz de infecciones vaginales que ocasionan en los recién nacidos distrés respiratorio transitorio y la muerte fetal tardía⁷. Asimismo, Smith et al.¹² atribuyó la preeclampsia, además del parto prematuro, como una de las patologías relacionadas con la placenta que producían la mortalidad perinatal.

En tanto, Llanca²⁴, en su estudio, enfocó sus esfuerzos hacia aquellas gestantes con preeclampsia, indicando que los antecedentes que presentaban las mismas se asociaban con afecciones observadas en los CPN como presión arterial elevada, hinchazón en manos y pies, así como proteína en la orina.

El desarrollo de la preeclampsia no está exento a ningún patrón de edad específico pero que sí respondía a acciones preventivas que se pueden diagnosticar en un CPN adecuado de inicio a fin para reducir las tasas de mortalidad perinatal.

De ese modo, conociendo las fuentes potenciales que conllevan a la mortalidad perinatal, entre las debilidades de la metodología aplicada se pueden destacar la falta de precisión para abarcar el estudio a un nivel más riguroso y amplio para poder construir un perfil epidemiológico acerca de las muertes perinatales que ocurren de manera diaria a nivel mundial.

Por lo anterior, este estudio solo se ubica dentro de un margen de sujetos elegidos de manera aislada para poder realizar los análisis e inferencias respecto a cada caso observado y con respecto a las variables de estudio desarrolladas.

Asimismo, se considera preciso realizar análisis más profundos, empleando técnicas e instrumentos de recolección de datos para relaciones multivariadas que representen todos los factores de riesgos asociados a las muertes perinatales, de modo que se puedan proponer soluciones efectivas para reducir la incidencia de los mismos a nivel científico.

Finalmente, cabe mencionar que la mortalidad perinatal, cuyo indicador representativo abarca la fiabilidad y calidad de un objeto de estudio, requiere de datos como las defunciones perinatales y el número total de nacimientos estimados donde resulta imperativo conocer los registros vitales, encuestas comunales,

registros de hospitales e información de las parteras como principales fuentes de información para recabar los datos y efectuar los cálculos en función de los mismos.

Además de ello, se debe tener presente la constante evolución de la medicina, la cual requiere de las mejoras continuas pertinentes y de la implementación de procedimientos innovadores para diagnosticar de manera más efectiva la incidencia de la mortalidad perinatal en gestantes de todas las edades, así como el desarrollo para mitigar la incidencia de los factores que se asocian a su ocurrencia.

VI. CONCLUSIONES

1. En cuanto al perfil epidemiológico de la muerte perinatal, en pacientes atendidos en el Hospital Leoncio Prado, periodo 2014 -2019, se obtuvo que, en los 6 años de investigación, se encontraron 299 muertes perinatales que cumplían con los criterios de inclusión, siendo el 2015 el año donde se reportó la menor cantidad de muertes.
2. Por otra parte, la determinación de las características de muertes perinatales arrojó que, del total de los casos, 135 (45 %) llegan a gestación a término, y en menor frecuencia se trata de prematuros extremos o Postérmino. Respecto al peso en el nacimiento, 116 (38.80 %) presentaron muy bajo peso al nacer, lo que representa la mayoría de la población.
3. Respecto a las causas directas de muertes fetales, en su mayoría se reportaron como muertes no especificada 113 (37.8 %), seguida de hipoxia intrauterina no especificada con 59 casos (19.7 %) y malformación congénita no especificada 23 (7.7 %), y respecto a las muertes neonatales, la asfixia al nacimiento 63 (21.1 %) es la más frecuente, seguida de bajo peso para la edad gestacional 16 (5.4 %) y síndrome de dificultad respiratoria 12 (4.0%).
4. Con respecto al número de nacimientos, se encontró que el 267 (89.30 %) de casos de muertes perinatales hacían mención a aquellos por parto único, seguido de 29 (9.70 %) gemelares y 3 (1 %) pacientes fallecidos con parto triple.
5. Finalmente, al caracterizar a la madre según factores como la edad, se encontró que en su mayoría está constituida por edades entre los 18 y 24 años (30.77 %), seguida de edades < 18 años (24.14%). Posteriormente, respecto a la residencia habitual, 214 (71.57 %) procedían de zona rural, mientras que 85 (28.43 %) procedían de zona urbana. Adicionalmente a ello, la mayor parte de las muertes se caracterizaron por controles prenatales incompletos y por partos eutócicos, así como condiciones infecciosas y del útero que incidían en las muertes perinatales de los neonatos.

VII. RECOMENDACIONES

Este estudio demostró que las causas básicas de muerte perinatal, varían muy poco en el tiempo, hecho que se reafirma en los resultados de estudios similares, por lo tanto, sigue siendo un problema de salud importante, pese a que hay estrategias de salud que buscan reducirlo.

Es necesario tomar medidas correctivas en base a los hallazgos, es por ello que se recomienda a las autoridades en salud reforzar la vigilancia en zonas rurales, aumentando el personal de salud encargado, con la finalidad que se den abasto para cubrir a la totalidad de la población, esto conseguirá no solo detectar a tiempo problemas de salud, debido a que mediante campañas educativas constantes de logrará educar a la población para erradicar creencias populares, evitando el rechazo a los servicios de salud, previniendo incluso embarazos no deseados.

La implementación de los puestos de salud con tecnologías de diagnóstico y capacitación constante del personal de salud será una estrategia importante para detectar comorbilidades que lleven a resultados perinatales adversos.

El hospital deberá contar con mayor capacidad resolutive, teniendo en cuenta que el centro referencial más cercano está a 5 horas de distancia aproximadamente, esto permitirá mejorar considerablemente el resultado perinatal.

Es importante simplificar y digitalizar procesos de gestión de datos, que permitan en menor tiempo el llenado de información más completa, a manos del mismo personal de salud, de esta manera garantizar que los datos clínicos, epidemiológicos de cada paciente estén completos, previniendo además errores de interpretación. Para ello se recomienda uso de historias clínicas digitales a las que se pueda acceder mediante dispositivos portátiles y programación del personal de salud con tiempos destinados al análisis y procesamiento de esta información, sin que esto represente mayor carga laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos [Internet]. [cited 2019 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-recién-nacidos>
2. Aminu M, Bar-Zeev S, van den Broek N. Cause of and factors associated with stillbirth: a systematic review of classification systems. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 May;96(5):519–28.
3. Organización Mundial de la Salud. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales Para que cada bebé cuente [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 23]. Available from: <http://www.who>.
4. Chico Aldama P, Hidalgo García F de J. Factores de riesgo en la mortalidad infantil. *Acta Pediatr Méx* [Internet]. 2004;25(1):25–30. Available from: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1528/1/ActPed2004-06.pdf>
5. Navarro MB, Cobas MC, Duvergel YC, Tordera MN, Docente HG, Bruno J, et al. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *Medisan* [Internet]. 2018;22(7):578–99. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
6. Díaz Huertas J, Marín López L, Muños Hoyos A. Manual de pediatría social [Internet]. Ediciones. España; 2013. Available from: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual_Pediatría_Social.pdf
7. Granma M-. Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. *Multimed* [Internet]. 2017;21(2):52–65. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul172f.pdf>
8. Ovalle S A, Kakarieka W E, Díaz C M, García H T, Acuña M MJ, Morong C C, et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2012;77(4):263–70. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n4/art05.pdf>
9. Lehtonen L, Gimeno A, Parra Llorca A, Vento M. Early neonatal death: A challenge worldwide. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2017;22(3):153–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238633/>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Comportamiento de la Mortalidad Infantil por Departamento. 2017;1–36. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1478/libro.pdf
11. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar, 2012. INEI [Internet]. 2013; Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Lib1075/Libro.pdf>

12. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;134(6):1234–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6882541/pdf/ong-134-1234.pdf>
13. Pérez Díaz R, Rosas Lozano AL, Islas Ruz FG, Baltazar Merino RN, Mata Miranda MP. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2018;39(1):23–32. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v39n1/2395-8235-39-01-23.pdf>
14. Echevarría Matínez L, Suárez García N, Linares Cánovas L. Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer. 2018;22(8):720–32. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n8/1029-3019-san-22-08-720.pdf>
15. Pasternak B, Wintzell V, Furu K, Engeland A, Neovius M, Stephansson O. Oral fluconazole in pregnancy and risk of stillbirth and neonatal death. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2018;319(22):2333–5. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2684598>
16. Cheong See F, Schuit, Arroyo Manzano E, Barrett J, Joseph KS, Asztalos E, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016;354.
17. Oliveira Demitto M, Franca Gravena A, Benatti Antunes M, Marisa Pelloso S. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev da Esc Enferm*. 2017;51:1–8.
18. Hoyos de Arce D, Fernández Calderón F. Factores de riesgo asociados a resultados perinatales adversos en población gestante adolescente. Barranquilla, enero de 2012-abril de 2013. 2013; Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2822/2239>
19. Sueli del Castanhel M, Bonissoni da Silva JC. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil [Internet]. Vol. 29, *Revista Cubana de Enfermería*. 2013 [cited 2019 Aug 23]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/62/59>
20. Castañeda Casale G, Márquez González H, Rodríguez Reyes ER. Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2010;48(3):237–42. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im103b.pdf>
21. Melissa T palacios. Mortalidad neonatal y características clínicas y epidemiológicas de las defunciones en el servicio de neonatología del hospital nacional Sergio Bernales, año 2014 [Internet]. Lima; 2016 [cited 2019 Aug 23]. Available from: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/787/TorresMelissa_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Chan LE, Cahuana Aparco J, Tejada Llacsá PJ, Reyes LG. Análisis de la

- mortalidad perinatal en Lima Norte: uso del método BABIES. Horiz méd [Internet]. 2019;19(2):19–27. Available from: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n2.04>
23. Hurtado de Mendoza Cáceres D. Vicerrectorado de Investigación [Internet]. Vol. 10, Vicerrectorado de Investigación. Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Available from: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2980/UNFV_HURTADO DE MENDOZA_CACERES_DANIEL_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 24. Llanca Ramos L. Perfil epidemiológico clínico y resultados perinatales de gestantes con preeclampsia en el servicio de obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. Periodo junio diciembre 2016 [Internet]. Jorge Basadre Grohmann; 2017. Available from: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3389/64_2017_llanca_ramos_lh_facst_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 25. Ruiz Vásquez R. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el hospital Iquitos Cesar Garayar. Enero 2015 a diciembre 2015 [Internet]. Universidad Científica del Perú; 2017. Available from: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/482/RUIZ-1-Trabajo-Complicaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 26. Moya Calderon J. Factores de riesgo de mortalidad neonatal temprana en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo 2011 - 2015 [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2158/1/RE_MED.HUMA-JHONATAN.MOYA_MOTALIDAD.NEONATAL.TEMPRANA.EN EL.HOSPITAL_DATOS.PDF
 27. Quispe Quispe H. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y su influencia en la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Mongue Medrano de Juliaca - 2015 [Internet]. Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez; 2015. Available from: http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/3034/INFORME_FINAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 28. Dámaso Mata B, Carbajal Álvarez C, Loza Munarriz C, Raraz Vidal O, Raraz Vidal J. Factores relacionados a la mortalidad perinatal en un hospital público de Huánuco. Acta Médica Peru [Internet]. 2014;31(1):15–22. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n1/a04v31n1.pdf>
 29. Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015;32(3):423. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a03v32n3.pdf>
 30. Idrogo Tuesta S. Control prenatal y su relación con la morbimortalidad perinatal. 2013 [cited 2019 Aug 23]; Available from:

- http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3716/Siria_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Enrique J, Hurtado V, Fuero LK, Gisella T, Quiliche P, Hurtado R, et al. Mortalidad neonatal, análisis de registros de bigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú. [Internet]. [cited 2019 Aug 23]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/a06v31n2.pdf>
 32. Donoso siña E. Mortalidad perinatal en las américas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [cited 2019 Aug 23];70(5). Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n5/art01.pdf>
 33. Nelson. Tratado de pediatría. 19th ed. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Barcelona: 2013; 2013. 1689–1699 p.
 34. Donoso E, Carbajal J, Vera C. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chil [Internet]. 2014;16(4):457–66. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
 35. Carlos OA, Argeo RV. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal precoz. Hospital General “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez,.” Salud en Tabasco. 2009;14(1–2):721–6.
 36. Ventura Laveriano W. Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2014;67:115–20. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v61n2/a04v61n2.pdf>
 37. Arrieta herrera A. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana : análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. 2009;70(4). Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a03v70n4.pdf>
 38. Maya WZ, Amaya WY. Factores de riesgo de mortalidad en neonatos de muy bajo peso al nacer [Internet]. Trujillo: 2013; 2013. Available from: <http://journal.upao.edu.pe/HAMPIRUNA/article/view/146/142>
 39. Pérez González J, Martínez Lemus O, Jiménez Abreu S, Rodríguez Díaz H. Morbilidad, mortalidad y supervivencia en recién nacidos con peso menor a 1500 gr. Rev Cuba Med y Emergencias [Internet]. 2018;17(1):71–80. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cie181g.pdf>
 40. Rellan Rodriguez S, Garcia de Ribera C, Aragón García P. El recién nacido prematuro. Asoc Española Pediatría [Internet]. 1953;40(38):2532–7. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
 41. Angulo Castellanos E, García Morales E. PAC Neonatología [Internet]. Alimentacion en el recién nacido. Mexico; 2016. 64 p. Available from: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf

42. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An la Fac Med [Internet]. 2018;79(2):131. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n2/a05v79n2.pdf>
43. Hernández Sampieri R, Dernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México; 2014.
44. Manzini JL. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth [Internet]. 2000;6(2):321–34. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo Flores Horna Luis Gianfranco, egresado de la Facultad de ciencias de la salud / Escuela profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo (Sede Trujillo), declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan al Trabajo de Investigación / Tesis titulado: "Perfil epidemiológico de la muerte perinatal. Hospital Leoncio Prado, 2014 – 2019", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que el Trabajo de Investigación / Tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He (Hemos) mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 31 de julio del 2020.

AUTOR: Flores Horna, Luis Gianfranco	
DNI: 46977154	Firma: 
ORCID: 0000-0003-4972-2197	

Anexo 2.

Anexo 3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición
Perfil epidemiológico de la Muerte perinatal	Expresa la carga de enfermedad (condición de salud) que afecta a una sociedad y para describirla es necesario identificar las características que la componen.	DATOS DEL RECIÉN NACIDO: Condición al nacer	<ul style="list-style-type: none"> • Vivo • Muerto 	Cualitativa nominal
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer • Indefinido 	Cualitativa nominal
		Peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosómico: > 4 kg • Normal: 2500 a 3999g • Bajo peso: < 2500 y >1500 g • Muy bajo peso:< 1500 gr 	Cuantitativa ordinal
		Número de nacidos en un mismo parto	<ul style="list-style-type: none"> • Único • Gemelar • Trillizos 	Cuantitativa de razón
		DATOS DE LA MADRE: Edad (Años)	<ul style="list-style-type: none"> • < 18 • 18 - 24 • 24 – 30 • 30 – 40 • > 40 	Cuantitativa ordinal
		Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Controlada • Controles incompletos • No controlada 	Cualitativa Nominal

		Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto: < 22 semanas • Prematuro extremo: < 28 semanas • Muy Prematuro: entre 28 y < 32 semanas • Prematuro moderado a tardío: 32 – 37 semanas • A término: de 37 a 42 semanas • Postérmino: >42 semanas. 	Cuantitativa ordinal
		Residencia habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	Cualitativa Nominal
		DATOS DEL PARTO Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Cesárea 	Cualitativa nominal
		CAUSAS DE DEFUNCIÓN: Afecciones del feto o RN	<ul style="list-style-type: none"> • RCIU • SFA • Malformación congénita • Sepsis • Desconocido 	Cualitativa nominal
		Afecciones de la madre que afecta al feto o RN	<ul style="list-style-type: none"> • Corioamnionitis • Polihidramnios • Oligohidramnios • Preeclampsia • HELLP • Desconocido 	Cualitativa nominal

Anexo 4. Ficha de investigación epidemiológica defunción perinatal y neonatal

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA DEFUNCION PERINATAL Y NEONATAL		GERENCIA DE SALUD LA LIBERTAD OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
I. DEFINICIÓN: <ul style="list-style-type: none"> ° Fetos o recién nacidos muertos a partir de las 22 semanas de edad gestacional 0 > 499 gr. De peso al nacer. ° Recién nacidos vivos que fallecen dentro de las 168 horas (1 semana) después del nacimiento ° Recién nacidos vivos que fallecen dentro de los 28 días después del nacimiento. 		
II. CONOCIMIENTO DEL CASO		
ESTABLECIMIENTO QUE NOTIFICA: _____ <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> SANIDAD FF.AA Y P.N.P <input type="checkbox"/> PRIVADO		ESTABLECIMIENTO QUE REFIRIO: _____ <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> ESALUD <input type="checkbox"/> SANIDAD FF.AA Y P.N.P <input type="checkbox"/> PRIVADO
Distrito: _____ Provincia: _____		Distrito: _____ Provincia: _____
III. NOTIFICADO POR: _____ Profesión: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico Sanitario <input type="checkbox"/> Otro: _____		
IV. FECHA DE CONOCIMIENTO LOCAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REGIONAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE INVESTIGACIÓN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
V. DATOS DEL NIÑO		
Nació vivo el ____/____/____ a las ____ ____ y murió el ____/____/____ a las ____ ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Día Mes Año hrs Día Mes Año hrs min. </small>		
Este niño nació muerto el ____/____/____ a las ____ ____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Día Mes Año hrs min. </small>		
Murió antes del inicio del trabajo de parto <input type="checkbox"/> Durante el trabajo de parto <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
Lugar de nacimiento _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> Localidad Distrito Provincia </small>		Institución: <input type="checkbox"/> Domicilio: <input type="checkbox"/>
Lugar de fallecimiento _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> Localidad Distrito Provincia </small>		Institución: <input type="checkbox"/> Domicilio: <input type="checkbox"/>
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ HC. N° _____		
Sexo: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/> Indeterminado: <input type="checkbox"/>		
Peso: _____ gr. Talla: _____ cm.		
Nacimiento Único: <input type="checkbox"/> 1er. Gemelo: <input type="checkbox"/> 2do. Gemelo: <input type="checkbox"/> Otros Nac.: <input type="checkbox"/>		
Especificar: _____		
VI. DATOS DE LA MADRE		
Nombres y Apellidos: _____ Edad _____ Años Cumplidos		
Fecha de última menstruación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Atención Prenatal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Numero de CPN: <input type="text"/>		
Duración del embarazo (Semanas Completas) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de embarazos previos: <input type="text"/> <input type="text"/>		Resultado de embarazo anterior:
Nacidos vivos <input type="text"/> <input type="text"/> Nacidos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> Abortos <input type="text"/> <input type="text"/>		Nacidos vivos <input type="text"/> <input type="text"/> Nacidos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> Abortos <input type="text"/> <input type="text"/>
Residencia Habitual (Marca Tipo y Especificar Nombre) _____		Fecha de terminación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>N° Calle /N° Lote</small>	<small>Calle/Jr./Av./Pj/Mz</small>	<small>AA,HH/Barrio/Urb./Localidad</small>
		<small>Distrito</small>
		<small>Provincia</small>

VII. DATOS DEL PARTO

Tipo de parto: Eutócico: Fórceps: Cesárea: Vaginal Podálico: Otro: _____

Persona que atendió el parto: Médico: Obstetra: Partera adiestrada: Partera no adiestrada: Especificar

Otro personal de Salud: _____ Especificar
Otra persona: _____ Especificar

Lugar de Ocurrencia del Parto: Domicilio: Estable. De Salud: Otro: _____ Especificar

Persona que atendió al recién nacido (RN)

Médico: Enfermera: obstetra: Partera adiestrada: Otra persona: _____

VIII. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

CODIGO: CIE 10

a. Enfermedad o afección principal del feto o del RN:

b. Otras enfermedades o afecciones del feto o del RN:

c. Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto o al RN:

d. Otras enfermedades o afecciones de la madre que afecta al feto o al RN:

e. Otras circunstancias pertinentes:

La causa certificada de la defunción ha sido confirmada por autopsia.

Puede que se disponga de un informe de autopsia más adelante.

No se efectuó autopsia.

IX. INVESTIGADOR:

Nombre la persona que realizo la investigación: _____

CARGO: _____ Est. Salud: _____ Firma: _____

Anexo 5. Solicitud de autorización dirigida a director del hospital.

AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD

Trujillo, 13 de julio del 2020

Obstetra. Hermes Wilfredo Jiménez Gordillo

Director del Hospital Leoncio Prado



ASUNTO: Solicito autorización para desarrollar investigación con carácter académico.

Yo, Luis Gianfranco Flores Horna con DNI N° 46977154, interno de medicina de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo, con email: luisfloreshorna@gmail.com, me presento y expongo lo siguiente:

Que, por motivos de interés en el tema "Perfil epidemiológico de la muerte perinatal, Hospital Leoncio Prado, periodo 2014 - 2019" solicito a usted, me permita acceso a la base datos estadística de la FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE DEFUNSION PERINATAL Y NEONATAL y del SIP 2000 para poder desarrollar dicha investigación y así cumplir mis objetivos.

Es justicia que espero alcanzar.

Handwritten signature of Luis Gianfranco Flores Horna and a fingerprint.

Luis Gianfranco Flores Horna

DNI N° 46977154