



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados
Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Torres Pinedo, Rosa Patricia (ORCID: 0000-0001-9467-9736)

ASESOR:

Dr. Ramírez García, Gustavo (ORCID: 0000-0003-0035-7088)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

TARAPOTO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios con mucho amor y gratitud, por darme como madre a Teodolinda Pinedo vela, ejemplo de honestidad, esfuerzo, perseverancia y deseos de superación, a la que debo lo que soy, por sus consejos y sacrificio abnegados le estaré eternamente agradecida.

Dedico este trabajo a mi amado esposo Harold Tobias del Aguila Vela, por su apoyo y ánimo que me brinda día a día para alcanzar nuevas metas, tanto profesional como personal.

A mis Hijos: Patricia Nicole, Harold Valentino y Tobias André, a quienes siempre cuidaré para verlos hechos personas capaces y que puedan valerse por sí mismos.

Rosa

Agradecimiento

Agradecimiento al Dr. Gustavo Ramírez García, por brindarme su apoyo y aportes en la elaboración del proyecto.

Agradecimiento a los Médicos Pediatras, Lic. Enfermería de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Lic. Enfermería de atención inmediata, Lic. Enfermería Del servicio de emergencia, al personal Técnico de enfermería del servicio de Neonatología y madres de los recién nacidos, que participaron en el estudio de inspección y colaboraron en la fase de recolección de información.

La autora

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	19
3.1. Tipo y diseño investigación	19
3.2. Variables, Operacionalización	19
3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	20
3.5. Procedimiento.....	24
3.6. Método de análisis de datos.....	24
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS.....	25
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS.....	48

Índice de tablas

Tabla 1.	Edad materna de los neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos	23
Tabla 2.	Número de atención prenatal durante la gestación de los neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos	23
Tabla 3.	Tipo de terminación de parto de los neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos	24
Tabla 4.	Edad materna con tipo de terminación de parto de los neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos	24
Tabla 5.	Paridad de las madres de los neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos	25
Tabla 6.	Apgar de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	26
Tabla 7.	Peso de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	26
Tabla 8.	Edad gestacional de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.....	27
Tabla 9.	Estancia hospitalaria de los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	27
Tabla 10.	Mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	29
Tabla 10.	Mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	28
Tabla 11.	Prueba de normalidad.....	28
Tabla 12.	Relación de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.....	29
Tabla 13.	Varianza de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.....	30

Índice de figuras

Figura 1. Dispersión de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.....	30
--	----

Resumen

La investigación tuvo como objetivo, determinar la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2. Investigación de tipo básica, con diseño no experimental, correlacional, de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 178 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. La técnica fue la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios. Como resultado se encontró que la estancia hospitalaria de los niños en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, muestra que un 45% de niños tuvieron entre 0 a 7 días. La mortalidad de los neonatos de acuerdo a la estancia hospitalaria, muestra que un 60% fallecieron entre los 0 a 7 días al ser admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se concluyó que, existe una correlación moderada positiva entre la mortalidad y estancia hospitalaria con un coeficiente de Pearson de 0.8103. Un coeficiente de determinación (0.6567) permite mencionar que 65,67% de la estancia hospitalaria afectada a la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2.

Palabras clave: Estancia hospitalaria, Cuidados intensivos, neonato

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between mortality and hospital stay in the Neonatal Intensive Care Unit of Hospital II-2. Basic research, with a non-experimental, correlational, cross-sectional design. The population and sample consisted of 178 patients from the Intensive Care Unit. The technique was the survey and two questionnaires as instruments. As a result, it was found that the hospital stay of children in the Neonatal Intensive Care Unit shows that 45% of children had between 0 to 7 days. The mortality of neonates according to hospital stay shows that 60% died between 0 and 7 days after being admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. It was concluded that there is a moderate positive correlation between mortality and hospital stay with a Pearson coefficient of 0.8103. A coefficient of determination (0.6567) allows mentioning that 65.67% of the hospital stay affected mortality in the Neonatal Intensive Care Unit of Hospital II-2.

Keywords: Hospital stay, Intensive care, neonate

I. INTRODUCCIÓN

Se aproxima que durante la gestación o el alumbramiento fallecen más de 500 mil mujeres por año, y que infantes menores de cinco años han llegado a cifras de fallecimientos que sobrepasan los 10 millones, del total de estos, fallecimientos en el primer mes de vida representan casi el 40%. Investigaciones recientes muestran que al menos dos tercios de estas muertes se pueden prevenir con intervenciones comprobadas y rentables que todas las mujeres y los niños pueden y deben usar hoy (Fernández et al, 2012).

La atención neonatal ha sufrido varios cambios, con el advenimiento de nuevas tecnologías para brindar una atención más amplia a los recién nacidos (RN). Los avances y cambios tecnológicos se han convertido en herramientas importantes para mantener la vida y mejorar la atención neonatal (Sá Neto & Rêgo, 2010). Por otro lado, la atención rutinaria rigurosa para sus emergencias ayuda a disminuir el índice de mortandad en menores y la probabilidad de supervivencia de estos niños (Dittz et al, 2009).

La mortalidad en los primeros días de vida expresa una mezcla compleja de aspectos biológicos, socioeconómicos y asistenciales, estos últimos relacionados con el cuidado de la gestante y del neonato. Mayormente, estas muertes perinatales se pueden evitar con atención prenatal, del parto y posnatal calificada y de los recién nacidos (Basso et al, 2012). Las causas principales de mortalidad neonatal posterior al ingreso en la UCIN estuvieron asociadas con la prematuridad, peso insuficiente al nacer y la presencia de dificultades a lo largo de la gestación y el alumbramiento (Schoeps et al, 2007).

La mortandad infantil es considerada uno de los indicadores principales de la salud de una comunidad, y es una medida considerablemente utilizada de la eficacia del sistema de salud de un país. Incluye el impacto que genera las circunstancias en la economía, en lo social y cultural, como también la calidad de atención en el tratamiento y prevención. Es un verdadero indicador de lo

bien que se ha desarrollado una comunidad entera, un espejo de su civilización (Álvarez et al, 2011).

Un reto en la mortalidad infantil es disminuir las muertes en las UCIN, sin incrementar las secuelas de los supervivientes. En países desarrollados estas metas se han ido logrando paulatinamente; sin embargo, existe un gran retraso en los países en desarrollo (Michel et al, 2018).

De los factores involucrados, dos son fundamentales para lograr estas metas: el nivel de equipamiento y la disponibilidad de recursos para tratar cada patología, incluyendo, personal de salud capacitado para atender a este grupo de pacientes (Wilkinson et al, 2006).

Además, es necesario mantener un volumen aceptable de ingresos, para alcanzar y mantener una experiencia necesaria capaz de dar solución a las dificultades que afrontan los recién nacidos (RN). Al respecto, Henstchel (2019), en su investigación mostraron que la supervivencia de prematuros < 33 meses de gestación podría ser menor en UCIN que atienden menos de 50 casos al año.

Igualmente, la mortalidad hospitalaria podría ser más alta, cuando falta experiencia en manejo de neonatos con malformaciones congénitas graves (McHugh & Sanders, 2000). En hospitales materno-infantiles, aunque no es inusual el manejo de neonatos con malformaciones congénitas graves, la mayoría corresponden a pacientes atendidos por complicaciones obstétricas, o bien, RN prematuros (Hagen & Hansen, 2004).

Aunque la tasa de mortalidad infantil continúa disminuyendo, las causas de muerte han cambiado. EL cofactor significativo que favorece a la disminución de la mortandad infantil es la disminución de la mortalidad neonatal asociada con los bajos pesos de los recién nacidos. A pesar de este cambio, está claro que las muertes que ocurren en la UCIN continúan teniendo un impacto importante en la mortalidad infantil (Michel et al, 2018).

El mayor conocimiento sobre la fisiología neonatal normal, junto con los avances tanto en la medicina como en la tecnología, ha llevado a un progreso

significativo en la disminución del índice de mortandad en menores, por todo lo expuesto el objetivo que tiene el presente trabajo es de determinar la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

En ese sentido se formula como **problema de estudio** ¿Cuál es la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021? De la misma manera, como **problemas específicos** ¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?

¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?

¿Qué estancia hospitalaria tienen los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?

¿Cómo es la mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?

El estudio se **justifica** por **Conveniencia**, el presente estudio permitió conocer como es el manejo de los pacientes neonatales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde es posible identificar el nivel de mortalidad de este importante grupo poblacional y al mismo tiempo determinar la estancia hospitalaria de los neonatos, considerando el espacio hospitalario altamente contaminante. **Relevancia social**, permitió reconocer las falencias en la UCIN, donde repercute en la salud de los neonatos, donde repercute en los padres de familia, y en su entorno debido a la estancia hospitalaria.

Valor teórico, permitió aportar al contexto sanitario un valioso hallazgo, especificando en un grupo etaria concreto y que no es muy estudiado, más aún en espacios hospitalarios. **Implicancia práctica**, permitió identificar nudos críticos en la UCIN, en base a ello poder generar planes de

mejoramientos en los procedimientos de atención a los neonatos del Hospital II-2.

Utilidad metodológica, permitió responder a las hipótesis del estudio mediante el uso adecuado del método científico, con ello poder llegar a una determinada conclusión.

El estudio presenta como su **objetivo general** determinar la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021. Como **objetivo específico** Conocer los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.

Conocer los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.

Conocer la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.

Conocer la mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.

Asimismo, el estudio presenta como **Hipótesis general** H_i : Existe relación significativa entre la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.

H_o : No existe relación significativa entre la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021. Como **hipótesis Específica** H_1 . El factor de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es la edad y la paridad. H_2 . El factor de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es el apgar y la edad gestacional. H_3 . La estancia hospitalaria de mayor predominancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital

II- 2, es mayor a 15 días. H4. La mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es mayor entre 0 a 7 días.

II. MARCO TEÓRICO

Subsiguientemente, son introducidos las investigaciones previas, destacando en dimensión internacional; Hernández (2020). Investigación de tipología descriptiva, de serie de casos en el Hospital Doctor Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. La serie incluye 145 pacientes con muy alta morbilidad materna y sus productos de concepción tratadas entre 2016-2018. Se analizaron variables como tipo de parto, causa de ingreso, morbilidad materna y neonatal, y mortalidad perinatal. Se concluye que La morbilidad materna extremadamente grave es una enfermedad con un gran impacto en la morbimortalidad perinatal.

Lorduy (2021). Investigación retrospectiva de casos y controles con una muestra esperada de 86 casos y 258 controles en proporción 1:3, que cumplían con sus respectivos criterios de elegibilidad, fue sometido a análisis bivariado seguido de análisis multivariado incluyendo métodos de regresión logística. Se concluye que En pacientes masculinos con cáncer o cualquier otra forma de inmunosupresión, que requieren ventiladores mecánicos o permanecen en cuidados intensivos, y que además están infectados por bacterias productoras de carbapenemasas, tienen mayor riesgo de morir por el agente infeccioso.

Villa (2021). Estudio descriptivo, mediante la revisión de expedientes de recién nacidos ingresados a la UCIN. Se registró los días de estancia hospitalaria, condición de egreso y causas de defunción. El análisis se realizó con tasas de mortalidad por cada 100 ingresos, de acuerdo con la SEG. Se concluye que, las tasas de mortalidad hospitalaria aquí descritas, se encuentran dentro de los valores de otras UCIN similares a la nuestra. En el futuro, el reto principal deberá concentrarse en los grupos de menor edad gestacional, a fin de mejorar la supervivencia.

En el nivel nacional, Valenzuela (2021). Estudios observacionales, descriptivos y retrospectivos realizados en la UCI del Hospital Uldarico Rocca Fernández, ciudad de Lima, Perú; esto engloba la hospitalización de pacientes con SARS-CoV-2 entre los meses de julio y septiembre del 2020. Los registros

de hospitalización e historia clínica fueron revisados priorizando las tipologías endémicas, particularidades hospitalarias, exámenes auxiliares, hospitalización y sus resultados al ingreso. Se concluye que, según los hallazgos, el estudio respalda la idea de que las poblaciones masculinas tienen riesgos mayores a desarrollar la enfermedad. Igualmente, coexisten elementos agrupados a peores resultados de mortandad, por ejemplo, la edad superior a 60 años, el ingreso en urgencias con una tasa de saturación inferior al 80% y la estancia hospitalaria prolongada.

Chilipio (2021). Estudios observacionales analíticos de casos y controles. Después de la validación de los juicios de inclusión y exclusión, un análisis censal es desarrollado con 889 recién nacidos de bajo Apgar (<7) que durante los años 2009 al 2018 fueron atendidos en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz. Fue utilizado el Sistema de Monitoreo Perinatal de EsSalud. También fue utilizada el análisis de chi-cuadrado y la ORc (Odds Ratios crudo) como medidas de agrupación. Igualmente, fue aplicada la regresión logística binaria con el fin de valorar el ORa (Odds Ratio ajustado). Se concluye que, la inhalación de líquido amniótico meconial y la manifestación de anomalías congénitas fue vaticinador en puntajes de Apgar fijamente bajos en el período perinatal en el Hospital EsSalud.

Chan (2019). Investigación de tipología observacional, metódico de caso y control. Fue ejecutada una investigación descriptiva transversal utilizando el banco de datos de atención epidemiológica perinatal y neonatal. La mortalidad perinatal fue determinada por región y potencial intervención según el enfoque BABIES. Se concluye que, El enfoque BABIES puede identificar brechas de oportunidad para guiar las intervenciones a nivel local.

En el nivel Regional y local, Adrianzén (2018). Estudios no experimentales, cuantitativos, retrospectivos, transversales, diseños de caso y control para la identificación de variables componentes de peligro, revisión de documentos fue la técnica y fichas de recolección de datos como instrumentos para variables estudiadas bajo peligro y peso insuficiente de nacimiento. Para medir la existencia y la dimensión de la agrupación del factor de interés y el evento, se utilizó la razón de probabilidades, una métrica que indica el peligro

del individuo a desarrollar la anomalía cuando se expone al factor de interés comparándolo con los individuos que no estuvieron a expensas. Se concluye que, el estudio encontró una relación entre los factores de riesgo y el peso insuficiente al nacer en neonatos de madres atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba de 2010 a 2016. Estos elementos de peligro incluyen: preñez múltiple, irregularidades innatas, revisión anterior al nacimiento incorrecto, alcoholismo, presión arterial alta, índice de masa corporal <30 y exceso de peso de la madre.

Castillo (2017). Estudio del tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo, diseñado creacionalmente con un corte transversal. Muestra poblacional consta de 258 embarazadas (Hospital II-1 MINSA Moyobamba), las técnicas utilizadas fueron entrevistas con una duración de 20 a 30 minutos, y como herramienta se utilizó cuestionarios estructurados los cuales ayudaron a calcular la eficacia del servicio. Concluyendo que, hubo una relación significativa de sobremanera entre la capacidad profesional de las embarazadas atendidas en el Hospital MINSA II-I Moyobamba y la calidad de la atención prenatal ($X^2 = 28.410$; $p = 0.0000$). ($p < 0,05$).

Saboya (2018). Investigación de tipología cuantitativa, explicativa, retrospectiva con corte transversal. Diseñado de caso y control. Las muestras incluyeron 58 recién nacidos que enfermaron antes de los 28 días (caso) y 58 recién nacidos sin ninguna enfermedad (control). Las listas de verificación se utilizan como herramientas. Concluyendo que, los principales elementos de peligro maternos relacionados a la morbilidad del recién nacido incluyeron control prenatal <6 ($RR = 25.650$), nivel educativo de analfabetismo ($RR = 4.125$), estado civil, unión inestable ($RR = 2.813$), sangrado vaginal ($RR = 2.261$), y preeclampsia/eclampsia ($RR = 2.234$). ($p < 0,05$).

En cuanto a la teoría relacionada con este tema, según de la Cruz (2009), la Organización Mundial de la Salud precisa que la **mortalidad neonatal** es la tasa de fallecimientos que ocurre dentro de los 28 días posteriores al nacimiento. La morbilidad y la mortalidad están relacionadas con varios

factores intrínsecos y extrínsecos de los neonatos, como el peso insuficiente de nacimiento, parto prematuro, menos visitas prenatales, edad materna, paridad, infección y educación materna. La mortalidad neonatal es una medida utilizada con el fin de dar a conocer el peligro de muerte o las posibilidades de supervivencia en los primeros días de vida de los neonatos establecido por el país, territorio o poblado curada por un establecimiento de salud (Ávila et al, 2015). Asimismo, Iannuccilli (2018), mencionó que la etapa más vulnerable de la vida humana es el período neonatal, ya que se encuentran en mayor riesgo de supervivencia, fallecimiento, enfermedad, complicación y secuela. Esta etapa es crítica para el desarrollo de una adecuada calidad de vida en el individuo a nivel físico, neurológico y espiritual. Se subdividió en dos como mortalidad neonatal temprana del día 1 al día 6 y mortalidad neonatal tardía del día 7 al día 28. La mortalidad neonatal temprana, a su vez, forma parte de la mortalidad perinatal, incluyendo la semana de muerte desde la semana 22 hasta la semana 1 de vida.

Factores de Peligro para Mortandad Neonatal: 1. **Antecedentes maternos:** **1.1.- Edad:** El tiempo de vida materna constituye un importante componente de peligro de muerte en recién nacidos, especialmente en los 2 grupos de edad con alto peligro establecido: mamás adolescentes y mamás con edades de 35 años a más. El primero se relaciona básicamente en una alta ocurrencia del peso insuficiente de nacimiento. La principal causa de mortandad de recién nacidos en mujeres con edades de 35 años a más es la patología, donde sobresalen la diabetes, la presión arterial alta, las anormalidades de los cromosomas y la placenta precedente (Mejía, 2000). **1.2.- Educación materna:** La educación materna está inversamente relacionada con la mortalidad y morbilidad neonatal. Esto podría explicarse por el hecho de que las madres más educadas retrasan la edad fértil o matrimonial y optan por la atención médica para controlar el embarazo y el parto, variable que está fuertemente asociada con las actitudes y comportamientos de las madres (Pino, Lorenza, & Estigarribia, 2016). **1.3.- Estado civil:** Esta variable se asoció primero con un mayor riesgo de peso insuficiente de nacimiento y se asoció fuertemente con diversos componentes

de peligro como la gestación adolescente, el alcoholismo y el consumo de tabaco. **1.4.- Situación económico-social:** La carencia de recursos interacciona de diferentes maneras con diversos otros elementos medibles, como la baja educación materna, las áreas rurales y la falta de servicios médicos, para ser un elemento de peligro fuertemente relacionado con la mortandad infantil y en recién nacidos. **1.5.- Paridad y espacio intergenésico:** Se utilizó la historia de la cantidad de alumbramientos anteriores determinando el peligro obstétrico neonatal y el eventual desenlace adverso. Se ha descubierto que un intervalo entre nacimientos de menos de 15 meses es un elemento de peligro de mortandad neonatal y post - neonatal. Las causas propuestas serían las madres depresivas, la competencia con los hermanos mayores e inseguridad de inafección cruzada. **1.6.- Control perinatal:** Controlar la perinatalidad (seguimiento perinatal, asistencia perinatal, atención perinatal, asesoramiento perinatal o cuidado perinatal) son todos los vinculados con las campañas de asistencia, prevención y sensibilización de las mujeres embarazadas para proteger la salubridad de la mamá y sus hijos. El servicio perinatal apropiado, diferenciado por riesgo y humanidad en términos de cuantías, calidades, contenidos y oportunidades, tienen una gran capacidad para promover la salubridad de la familia convirtiéndose en un modelo de medicinas preventivas. La OMS puntualiza que es ideal al menos cinco exámenes antenatales que comiencen antes de la semana 20 del embarazo (Tang, y otros, 2015). **1.7.- El alumbramiento y sus Condiciones de Atención:** El alumbramiento son acontecimientos orgánicos agrupados en la cavidad uterina que establecen y van acompañados de la expulsión del feto y sus ovocitos por medio del canal del alumbramiento. Cuenta con 3 fases: fase de ensanchamiento o dilatación (cambios en el intercambio gaseoso, sin embargo, el feto normal cuenta con las condiciones capaces de soportar este cambio temporal), fase de expulsión (en esta fase el feto soporta altas dificultades del intercambio gaseoso, su demora es acompañada por distocia y traumatismo obstétrico) y el parto. **1.8.- Distocias de Presentación:** El trabajo parto anormal o difícil es conocido como distocia, en mujeres nulíparas ocurre en menos el 10% y en las mujeres multíparas esta ocurrencia es menor. El motivo atribuido para que la distocia

se manifieste es la mezcla de cuatro elementos: cadera materna (estenosis pelviana, aparición de tumor), feto (tamaño del embrión > 4 kg, apariencia anormal), contracciones uterinas (hipertónicas o hipotónicas) y placenta (previa). **1.9.- Cesárea o Parto Quirúrgico:** Una cesárea significa que los peligros para el embrión y el neonato se pueden minimizar con la técnica adecuada y personal capacitado. Dicha metodología podría causar en el feto un trauma obstétrico, como extracción dificultosa del polo cefálico, varo para exposición de tronco y extracción para exposición de nalgas. El feto corre el peligro de sufrir una asfixia, esto puede ocurrir en fetos estables debido a la hipotensión materna en posición supina o bajo anestesia, así como a las dificultades con la extracción y aspiración del líquido amniótico. **2. Condición del Recién Nacido:** **2.1.- Puntaje de APGAR:** Es una representación numérica de la condición del recién nacido durante los primeros minutos de vida fuera del útero. La puntuación a los 60 segundos de Apgar está estrechamente relacionada con la sangre contenida en el cordón umbilical y el Ph de esta ya que es la indicación de sofocación durante el alumbramiento. Los infantes que obtuvieron una puntuación entre 0 y 4 tenían un pH de baja significancia y una presión parcial de dióxido de carbono más alta que los niños que obtuvieron una puntuación igual o mayor a 7. Es importante tener en cuenta que ciertos bebés obtienen puntuaciones bajas porque nacieron prematuramente, o por efecto de la anestesia tienen deformidades que al sistema nervioso terminan dañándolo (Zambrano, Amaya, & Yan, 2013). **2.2.- Peso de Nacimiento:** El peso al momento de nacimiento es importante en la previsión de la morbimortalidad de los recién nacidos, siendo incuestionable, investigaciones diversas hacen referencia a él como vaticinador primario. A pesar de ello por un lapso largo de tiempo, el peso al nacer y parto prematuro fueron esencialmente sinónimos, hasta que el pediatra Arvo Ylppo comenzando el siglo consideró las dificultades del cálculo del tiempo de embarazo, es por ello que estableció que 2500 gramos de peso sería el umbral para diferenciar a los infantes con requerimientos espaciales a esperar en recién nacidos. Esta regla práctica fue posteriormente adoptada por la OMS y confiada por la Academia Estadounidense de Pediatría por medio de su Comité Fetal y Neonatal, por lo que, independientemente del tiempo de

embarazo, el peso de nacimiento se subdivide en dos grupos: peso de nacimiento bajo (<2.500 g) y peso de nacimiento ideal (2.500 gramos). Las condiciones de peso al nacer son trascendentales en la identificación del 66% de las muertes neonatales en bebés y también permiten contrastar con acontecimiento de peso de nacimiento bajo en diferentes localidades para identificar ubicaciones con riesgos altos. Se estima que el riesgo de muerte es 40 veces mayor para los lactantes de bajo peso al nacer que para los lactantes de peso normal al nacer, y hasta 200 veces mayor para los recién nacidos de peso de nacimiento bajo (<1500 gramos) (Ticona, Huanco, & Ticona, 2015). A lo largo de los años, con la progresiva mejora de la supervivencia en la población de bajo peso al nacer, en los países desarrollados y gracias a los avances de la neonatología, se han establecido las consiguientes poblaciones: neonatos con peso de nacimiento bajo (<1.500 g) y neonatos con peso de nacimiento muy bajo (<1.000g)(Ramos & Castillo, 2013). Al igual que con los diversos escenarios en salubridad, el peso de nacimiento bajo está estrechamente relacionado con el nivel económico-social. En diversos países los estudios han demostrado que los índices del peso de nacimiento bajo aumentan cuando el estatus de económico-social decae. La relación persistió por medio de diversas mediciones de estatus económico-social, implicando la profesión, ingresos, educación, etc. de la mamá y/o el papá. Distintos elementos de peligro relacionados con el peso corporal bajo incluyen: linaje, paridad, carencia de control perinatal, gestación adolescente, alcoholismo y tabaquismo materno (Zupan & Aahman, 2005).

2.3.- Edad Gestacional: La mortalidad neonatal está inversamente relacionada con el tiempo de embarazo; diversas investigaciones sugieren que el tiempo de embarazo correcto para el alumbramiento es en parámetros de 37 a 41 semanas. Cabe señalar que los neonatos posmaduros igualmente tenían una alta probabilidad de peligro de fallecimiento en comparación con los recién nacidos a tiempo ideal. La mortandad del parto prematuro depende principalmente de las dificultades para adaptarse a la vida fuera del útero, esto se debe a que los órganos y sistemas todavía están en proceso de maduración, lo que resulta en dificultades con la respiración, dificultades neurológicas, dificultades cardíacas, hematológica, renal, nutricional, de

metabolismo, inmunitarias y termorreguladoras (Valdés & Reyes, 2002). **2.4.- Complicaciones Respiratorias:** La insuficiencia respiratoria es una de las causas más comunes de muerte en los recién nacidos, principalmente en bebés prematuros, muchos de los cuales solo se desarrollan durante sus años de desarrollo (Barros et al, 2005). La dificultad para respirar y la respiración anormal pueden ser secundarias a una variedad de causas, que no siempre se originan en los pulmones. El causal con más frecuencia para los problemas respiratorios son: a) síndrome de dificultad respiratoria, especialmente causado por la insuficiencia de agentes tensoactivos, que se presenta en prematuros. Sin embargo, la deficiencia corresponde más de la etapa de madurez pulmonar al instante del alumbramiento. El suceso aumenta con los prematuros, y la estimación es que el 30% de los neonatos a las 30 semanas de embarazo requieren ventilación asistida para su manejo (Oza et al, 2015). b) La excreción de meconio se utiliza como marcador de asfixia prenatal o intraparto, suponiendo que la anoxia intrauterina provoca un aumento de la motilidad digestiva y la relajación del esfínter anal. c) La gravedad de la afección está relacionada con la eficacia del fluido amniótico pintado de meconio: una vez que el líquido amniótico es denso, granular o bien denominado puré de guisantes; el obstáculo aéreo y las dificultades como atelectasia o neumotórax son graves. **2.5.- Infecciones:** Las principales fuentes de infecciones neonatales es la mama y ambiente, y consiguen transmitirse mediante la placenta, en el alumbramiento y después del parto. Después del nacimiento, los recién nacidos pueden infectarse a partir de fuentes ambientales como equipos médicos, incubadoras, etc. Con lo que respecta a la causa, logramos diferenciar dos conjuntos: Infección por bacteria, cuya primordial manifestación es la septicemia neonata, y las infecciones prenatales víricas, que se agrupan bajo el acrónimo TORCH (Fariña, y otros, 2012). **2.6.- Malformaciones Congénitas:** A pesar de los avances en neonatología, las malformaciones congénitas son causales de muerte neonatal hasta ahora. Se estima que 276.000 neonatos en todo el mundo mueren cada año debido a anomalías congénitas en las primeras 4 semanas de vida (Avila, 2014). La mayoría de las deformidades pueden provocar una discapacidad crónica y un grupo puede provocar la muerte. Las

taras congénitas graves de mayor incidencia son las deficiencias cardíacas, las deficiencias neuronales y el síndrome de Down. Las taras de nacimiento pueden tener como origen la genética, una infección o el medio ambiente, aunque mayormente su causa es complicada de determinar. Algunos defectos congénitos se pueden prevenir; tome las precauciones necesarias, como las vacunas, ingestión apropiada de ácido fólico y yodo a través de la fortificación de los alimentos esenciales o la provisión de agregados, y el cuidado perinatal apropiada (Torres, 2016).

Causas de muerte neonatal: El causal de fallecimiento neonatal incluyen trastornos perinatales (retraso del crecimiento intrauterino, lactantes perjudicados por dificultades en las madres, síntoma de distrés respiratorio, infección, anoxia en el interior del útero y sofocación prenatal), deformaciones hereditarias y fallecimiento repentino (Blasco et al, 2018). La infección aguda, el parto precoz y la sofocación son las principales causales, continuas del peso de nacimiento bajo y las dificultades en el alumbramiento; Sin embargo, en otros países de desarrollo menor la escasez, la salubridad materna y la calidad del servicio perinatal son elementos determinantes de la mortandad fetal y recién nacidos (Vidal, 2009).

Morbilidad de los prematuros extremos: Según Ota (Ota, 2018), los recién nacidos antes del embarazo debido a la inmadurez de la mayoría de los órganos y sistemas tienen una alta morbilidad. Coexiste una correlación contrapuesta entre el tiempo de embarazo y la incidencia, dicho de otra manera, tiempo de embarazo menor, la incidencia es mayor. Principales características patológicas de los bebés prematuros (en orden de aparición). Los bebés prematuros, especialmente los extremadamente prematuros, no están preparados para la vida fuera del útero y el transcendental inconveniente es la sofocación. Subsiguientemente, la inmadurez del pulmón es un desafío mayoritario al que se enfrenta un recién nacido prematuro, el síndrome de dificultad respiratoria, patología que es dependiente del manejo adecuado para salvaguardar su vida. A esto le sigue el control y seguimiento de las apneas en prematuros y la cautela de la displasia broncopulmonar con un manejo adecuado de la terapia con oxígeno. Como segunda complicación

en los recién nacidos extremadamente prematuros es la persistencia de circulación fetal con pulmones inmaduros. La vida de este bebé también puede depender de medicamentos o cirugía para un conducto arterioso permeable. Una enfermedad habitual en los recién nacidos muy precoces es la hemorragia periventricular, originada por un cambio brusco de la presión arterial, que al llegar al grado IV su mortalidad puede ser apreciada, y hasta ahora no se conoce tratamiento. La leucomalacia periventricular es otra enfermedad distinta a la predecesora, asociada a anoxia amplia. Si es capaz de subsistir a las condiciones anteriores, el próximo desafío sería sortear las contaminaciones nosocomiales capaces de conducir a la sepsis, ya sea con afectación gástrico o no (enterocolitis necrotizante) o con o sin afectación neurológica (meningoencefalitis). Sin el manejo acorde, pertinente y razonado del oxígeno, conseguimos desarrollar consecuencias oftálmicas, como la retinopatía del precoz. La victoria en la administración de los bebés muy prematuros está en manos del tratamiento adecuado en cada una de estas condiciones "principales" para que estos bebés tengan las tasas de supervivencia más bajas y el riesgo más bajo de secuelas posteriores.

Respecto a la **estancia hospitalaria**, se definió como una medida de la durabilidad de un régimen de tratamiento hospitalario en el que un paciente ocupó una cama durante un período de tiempo, y se computarizó como la discrepancia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso. También se definió como el número total de días que un paciente estuvo hospitalizado desde el día de ingreso hasta el día de alta (Anyarin, 2017). La duración de la estancia hospitalaria es un buen indicador de la eficiencia del servicio sanitario (O'Keefe, Jurkovich, & Maier, 1999).

Estancia prolongada: Las estancias hospitalarias a largo plazo en la UCI se definieron arbitrariamente, con un rango de 3 a 30 días, lo que afectó las tasas de morbilidad en varios estudios, que oscilaron entre el 5 % y el 34,2 % (Mendoza, Arias, & Osorio, 2014). La duración de la estancia hospitalaria depende de varios factores, de los cuales los más destacados son las complicaciones y la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones (Cotten et al, 2005).

Determinantes de mayor estancia neonatal en la UCI: Cuanto mayor sea la estancia neonatal en la UCI, mayor será el impacto en la calidad de vida futura del niño, la salud mental de los padres y los problemas psicosociales (depresión y angustia posparto), especialmente a las 4 o 6 semanas después del alumbramiento (Carrasco et al, 2006). Investigaciones empíricas sugieren que la estancia prolongada en UCI es un vaticinador de mala calidad de vida neonatal. La estimación de los neonatos hospitalizados a largo plazo tienen tasas más altas de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, cambios en el desarrollo neurológico y mortalidad (Marrugo et al, 2019). Mas adelante, esta anomalía se verá reflejado en perturbaciones cerebrales, dificultades de aprendizaje, hemiplejía mental y cambios en la visión y la audición (Contreras et al, 2011). Además, las estancias prolongadas en salas neonatales afectan la calidad, imponen altos costos al país y sus familias, afectan las relaciones de los padres y la situación laboral, y conducen al empeoramiento de la salud de los pacientes (White et al, 1992).

Seguridad del neonato en estancia hospitalaria: Hablar de la seguridad de los pacientes neonatales significa, un estudio y una deliberación bioética que involucre a profesionales que ofrecen sus servicios para mostrarse de acuerdo con la jerarquía del reporte y comunicación de los sucesos hostiles. En vista de lo preliminar, como una de sus cuatro acciones iniciales, la OMS estableció en ese momento desarrollar una taxonomía de seguridad del paciente para la notificación de eventos desfavorables y desarrollar métodos de comunicación y lucubración para proporcionar el estudio de los principios de las equivocaciones, prevenirlos y así impedir eventos innecesarios (Montserrat, 2010).

Estrategias de seguridad en el neonatos estancia hospitalaria: Según Sánchez (2012), el objetivo es minimizar la probabilidad de que ocurran acontecimientos desfavorables en el trascurso de la atención de los pacientes visitantes, la OMS ha desarrollado las siguientes estrategias: **1. Caracterización educada del paciente:** esto significa que el paciente (un recién nacido en este caso) tiene un brazalete de identificación y fecha de nacimiento) para verificar su identidad. **2. Progresos en la comunicación**

efectiva: El personal de salud debe tener una comunicación completa, oportuna, precisa y comprensible, y por parte de los destinatarios sobre las recetas que se utilizarán para los neonatos. **3. Optimizar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo:** El alto riesgo farmacológico de los medicamentos deben estar bien identificados y tener cierta singularidad. Es mejor mantenerse alejado de otros medicamentos para que puedan diferenciarse y evitar confusiones. **4. Asegúrese de que la cirugía se realice en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y con el paciente correcto:** Verifique en cualquier instante durante el procedimiento (antes y después de la operación) que el procedimiento se esté realizando donde se esté programado para intervenir al paciente. **5. Disminución de las infecciones adquiridas en la atención:** el personal de salud que interviene con los pacientes siempre debe tomar medidas estándar para prevenir las infecciones nosocomiales en los pacientes. **6. Disminuir la inseguridad de lesión del paciente por caídas:** los pacientes con mayor riesgo de caídas deben ser evaluados y actuar en consecuencia, y las familias deben recibir orientación.

Todo esto se desarrolla en la UCI, un servicio en el marco de una institución hospitalaria estructurada para conservar las funciones vitales de los pacientes que amenazan la vida, encaminada a la recuperación (Perdomo, 1992). Los pacientes en la UCI requieren cuidados ininterrumpidos y atención dedicada las 24 horas del día porque su estado es crítico. Este es un departamento donde los profesionales educados y profesionales se dedican a brindar a los pacientes la atención que se merecen. Médicos, enfermeros y diferentes técnicos y paramédicos con formación médica intensiva en estos campos. Se denominan médicos de cuidados intensivos y suelen estar formados en medicina, cirugía, anestesiología o medicina de urgencias (Aguilar & Martínez, 2017).

La UCIN es para neonatos en estado crítico o con riesgo de muerte, por lo que considerar: Neonatos de cualquier tiempo de embarazo que requieran ventilación mecánica o en fase aguda de escasez respiratoria con proporción de oxígeno inspirado mayor al 30%; tiempo de embarazo menor de 30

semanas o recién nacidos con un peso al nacer de menos de 1.000 gramos; quienes requieran cirugía mayor o postoperatorio inmediato de microcirugía o cirugía menor; recién nacidos que requieren alimentación parenteral y neonatos en estado crítico que requieren cuidados especiales, como catéteres venosos centrales, antibióticos para infecciones graves, fármacos vasoactivos, prostaglandinas, productos de transfusión sanguínea y ventilación mecánica u oxígeno inspirado superior al 30 % (Faraj & Kamada, 2020).

La estancia o permanencia hospitalaria de acuerdo al Ministerio de Salud (2013), se considera una medida de uso de camas hospitalarias y una medida indirecta de la calidad del servicio, ya que las largas estancias hospitalarias pueden reflejar razones como deficiencias técnicas, y puede determinar el promedio de días de atención por paciente hospitalizado en un período de tiempo. Por lo tanto, para los hospitales el tiempo de estadía debe fluctuar entre 6 y 8 días, y para las instituciones debe fluctuar entre 6 y más días, que es el estándar propuesto en la normativa.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño investigación

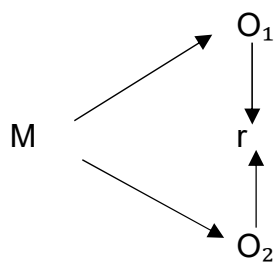
Tipo investigación

Esta investigación fue de tipología básica, ya que durante su desarrollo no se modificaron las variables mencionadas para obtener resultados confiables. En otro orden de las cosas, a partir de la observación se puede determinar su comportamiento y características en el medio natural (Hernández, 2016).

Diseño investigación

El estudio utilizó un diseño de correlación, ya que revisó la correlación entre dos variables, dentro de la misma unidad de investigación o tema (Hernández, 2016).

Esquema:



M = Muestra

O₁ = Mortalidad neonatal

O₂ = Estancia hospitalaria

r = Relación de las variables de estudio

3.2. Variables, Operacionalización

Variables

Variable 1.- Mortalidad neonatal

Variable 2.- Estancia hospitalaria

3.3. Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

Población

El estudio como población incluyó a 178 neonatos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II 2, hospitalizados en el año 2021.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

- Neonatos nacidos por cesárea
- Neonatos nacidos por parto vaginal
- Neonatos nacidos en el hospital

- **Criterios de exclusión**

- Neonatos de madres con residencia en la ciudad de Tarapoto.

Muestra

Estuvo constituida por 178 neonatos, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, hospitalizados en el primer semestre del año 2021.

Muestreo

No se utiliza muestreo, con el número total de muestras.

Unidad de análisis

El estudio tuvo como unidad de análisis a una historia clínica de un neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

La recolección de información se realiza a través de un formulario de recolección de datos, donde se protege la seriedad de la recolección de datos de fuente primaria.

Instrumentos

Se especifica de forma estructurada expresando los requisitos de forma ordenada y coherente con el fin de alcanzar los objetivos (Ñaupas, 2009). En este sentido, se construyeron dos cuestionarios para cada variable estudiada.

Para la variable mortalidad neonatal, tiene dos dimensiones (factor materno y neonatal) haciendo una sumatoria de 10 ítems a ser evaluados, el instrumento fue diseñado en base al estudio de Villa (2021). Para la valoración, se identifica los factores de cada paciente para ser marcado en la ficha de recojo de datos.

Para la variable estancia hospitalaria, formado por una sola dimensión, en las que se identifica 4 ítems haciendo un total de 18 ítems, la herramienta se basa en la investigación de Chilipio (2021). Respecto a la valoración, se considera la temporalidad de permanencia en la UCI.

Validez

La validación es realizada por jueces expertos familiarizados con el tema de investigación, el mismo que se presenta en tabla adjunta.

Variable	N.º	Especialidad	Promedio	Opinión
Mortalidad neonatal	1	Metodólogo	4.6	-Instrumentos coherentes, eficaces y pertinentes
	2	Metodólogo	4.4	-Instrumentos coherentes, eficaces y pertinentes
	3	Metodólogo	4.4	- Instrumentos coherentemente aplicables
Estancia hospitalaria	1	Metodólogo	4.6	- Instrumentos coherentes, eficaces y pertinentes
	2	Metodólogo	4.4	- Instrumentos coherentes, eficaces y pertinentes
	3	Metodólogo	4.4	- Instrumentos coherentemente aplicables

Instrumentación de recopilación de información validadas por personal de campo capacitado, los cuales son también responsable de las evaluaciones de coherencia y membresía. El resultado muestra que, para la primera variable, el valor promedio es 4.46, que equivale a

89.2%, y la segunda variable es 4.46, que equivale a 89.2%, lo cual es consistente con expertos; indica la verificación del instrumento o herramienta, y además se ajusta a las características metodológicas. Y se puede aplicar.

Confiabilidad del instrumento

George & Mallery (2003), la reevaluación del coeficiente alfa de Cronbach, como elemento de confiabilidad del instrumento, encontró un valor superior a 0,7.

Fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

K: N° de criterios

Si : Sumatoria de Varianzas

St : Varianza de la suma

α : Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach presenta el coeficiente de confiabilidad:

Rango	Descripción
-1 a 0	No confiable
0.01 a 0.49	Baja confiabilidad
0.50 a 0.75	Moderada Confiabilidad
0.76 a 0.89	Fuerte Confiabilidad
0.9 a 1.0	Alta Confiabilidad

Es decir, estas herramientas fueron originalmente diseñadas y definidas por investigadores especialistas para analizar y evaluar su estructura de acuerdo al formato proporcionado. En el segundo paso, luego de muchos comentarios del jurado, también se revisan las sugerencias de los expertos y se mejora el equipo para adaptarlo al respectivo grupo de

personas. En tercer lugar, se aplicó tecnología piloto a dos instrumentos de investigación, incluidos 12 funcionarios del hospital, cuyas características eran equivalentes a la población.

Análisis de confiabilidad: Mortalidad neonatal

Procesamiento			
		N	%
Casos	Válido	12	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Eliminación de lista basada en todas las variables en el procedimiento.

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,817	10

Análisis de confiabilidad: Estancia hospitalaria

Procesamiento			
		N	%
Casos	Válido	12	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	12	100,0

a. Eliminación de lista basada en todas las variables en el procedimiento.

Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
,819	4

La confiabilidad del instrumento sobre la mortalidad neonatal es de 0.817 y la confiabilidad del instrumento de estancia hospitalaria es de 0,819 lo que muestra una alta confiabilidad.

3.5. Procedimiento

Las investigaciones tienen diferentes procesos, el mismo proceso que comienza con la identificación de posibles colaboradores y agencias para la investigación y luego emite una solicitud para realizar la investigación. Luego, en espera de una respuesta de la agencia, brindamos autorización para ingresar a sus instalaciones y recopilar los documentos pertinentes.

3.6. Método de análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS Ver 25, que también utilizó la estadística R de Pearson, que permitió determinar las relaciones entre los elementos de interés.

Para comprobar la relación, se empleó la valorizar de independencia o dependencia de las variables de estudio (Valderrama, 2016).

3.7. Aspectos éticos

Esta sección responde a principios éticos internacionales, es vital para mantener la integridad de las personas, y es muy respetuosa, ya que su inserción en la investigación es gratuita, la participación de los residentes mantendrá sus aportes a la investigación confidenciales, permanecerán en el anonimato y la utilidad de investigación puramente académica, cada proceso se desarrollará de acuerdo al cronograma establecido en el estudio.

IV. RESULTADOS

4.1. Factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un Hospital II- 2, 2021.

Tabla 1

Edad materna de los neonatos en UCI.

Edad	N°	%
11 - 17 años	15	8
18 - 29 años	94	53
30 - 59 años	69	39
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.

Interpretación:

La edad de las madres de los niños internados en la UCIN muestra una predominancia de las edades de 18 a 29 años en un 53 % (94), seguido de las edades de 30 a años a más en un 39% (69). Asimismo, las edades de 11 a 17 años en un 8% (15).

Tabla 2

Número de atención prenatal durante la gestación de los neonatos en UCI.

Atención prenatal (APN)	N°	%
Ningún APN	15	8
1 – 3 APN	42	24
4 – 6 APN	89	50
Mayor a 6 APN	32	18
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.

Interpretación:

Las Atenciones Prenatales (APN) recibidas por las madres durante la gestación muestra que un 50% (89) tuvieron entre 4 a 6 APN, de la misma manera un 24% (42) de madres tuvieron entre 1 a 3 APN. Un 18% (32) de madres registraron más de 6 APN. Mientras que un 8% (15) no tuvieron ninguna APN durante la gestación.

Tabla 3*Tipo de terminación de parto de los neonatos en UCI.*

Tipo de parto	N°	%
Vaginal	28	16
Cesarea	150	84
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.**Interpretación:**

La terminación de la gestación, registra que un 84% (150) culminaron vía cesárea y vía vaginal un 16% (28). Observando un mayor porcentaje en mujeres cesareadas.

Tabla 4*Edad materna con tipo de terminación de parto de los neonatos en UCI.*

Edad materna	Vaginal		Cesarea	
	N°	%	N°	%
11 - 17 años	4	14	11	7
18 - 29 años	13	46	80	53
30 - 59 años	11	40	59	40
Total	28	100	150	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.**Interpretación:**

Se observa una predominancia de las cesáreas en el grupo de estudio, donde mujeres con edades entre los 18 y 29 años tuvieron parto por cesárea en una 53% (80) en comparación de un 46% (13) que tuvieron vía vaginal. Mientras que mujeres con edades entre los 30 y 59 años, las cesáreas alcanzo un 40% (59) y vía vaginal un 40% (11). En tanto, las mujeres de 11 a 17 años muestran un 7% (11) de cesáreas y un 14% (4) vía vaginal.

Tabla 5*Paridad de las madres de los neonatos en UCI.*

Edad	11 - 17 años	18 - 29 años	30 - 59 años
G1P1	10	35	5
G1P2		2	1
G1P3			1
G2P1	1	4	3
G2P2	3	19	9
G2P3		2	
G2P4			
G3P1		1	1
G3P2		5	4
G3P3	1	10	12
G3P4			1
G3P5		1	
G4P1			
G4P2		1	4
G4P3			6
G4P4		5	7
G5P3		3	3
G5P4		3	
G5P5		1	4
G6P2			2
G6P3		1	
G6P4			2
G6P5			1
G6P6			2
G7P1		1	
G8P5			1

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.**Interpretación:**

La paridad de las madres de los niños en UCIN, muestra que las madres entre las edades de 11 a 17 años tienen una sola gestación y un parto, existe una madre con tres gestaciones y un parto. En tanto, madres entre las edades de 18 a 29 años tiene una mayor predominancia de una gestación y un parto (35), en cambio hay 19 madres que experimentaron dos gestaciones y dos partos. De la misma manera, existe una madre con cuatro gestaciones y cuatro partos; resaltando en este grupo

población que una madre muestra seis gestaciones y con tres partos, y una madre con siete gestaciones y solo un parto. Mientras que mujeres con edades entre los 30 y 59 años, muestra que 12 mujeres tuvieron tres gestaciones con tres partos, dos mujeres con seis gestaciones y seis partos, finalmente lo que destaca en este grupo es una mujer con ocho gestaciones con cinco partos.

4.2. Factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Tabla 6

Apgar de los neonatos en la UCIN.

Puntaje de Apgar	N°	%
0 – 4	6	3
5 – 7	34	19
Mayor a 7	138	78
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.

Interpretación:

De acuerdo a la tabla, se aprecia que un 78% (138) de niños al nacimiento mostraron un Apgar superior a 7 puntos. Un 19% (34) de niños tuvieron Apgar de 5 a 7 puntos al nacimiento. Solo un 3% (6) muestran un Apgar de 0 a 4 puntos al momento de nacer.

Tabla 7

Peso de los neonatos en la UCIN.

Peso de Nacimiento	N°	%
Menor a 2.500 g	129	72
Igual o Mayor a 2.500 g	49	28
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.

Interpretación:

De acuerdo a los pesos de los recién nacidos, destaca que un 72% (129) tuvieron menos de 2.500 gr. Solo un 28% (49) de niños muestra un peso mayor a 2.500 gr.

Tabla 8*Edad gestacional de los neonatos en la UCIN.*

Edad gestacional	N°	%
Pequeño para la edad gestacional	20	11
Adecuado para la edad gestacional	153	86
Grande para la edad gestacional	5	3
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.**Interpretación:**

El tiempo de embarazo de los neonatos, muestra que el 86% (153) niños tiene adecuada edad gestacional, un 11% (20) muestra que son pequeños para el tiempo de embarazo y un 3% (5) muestra que son grandes para el tiempo de embarazo.

4.3. Estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Tabla 9*Estancia hospitalaria de los neonatos en la UCIN.*

Tiempo	N°	%
0 - 7 días	80	45
8 - 15 días	52	29
16 - 30 días	27	15
Mayor a 30 días	19	11
Total	178	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.**Interpretación:**

La estancia hospitalaria de los niños en la UCIN, muestra que un 45% (80) de niños tuvieron entre 0 a 7 días. Un 29% (52) tuvieron entre 8 a 15 días. Un 15% (27) tuvieron en la UCIN entre 16 a 30 días. Un 11% (19) de niños sobrepasaron los 30 días en la UCIN.

4.4. Mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Tabla 10

Mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la UCIN.

Tiempo	N°	%
0 - 7 días	18	60
8 - 15 días	4	13
16 - 30 días	2	7
Mayor a 30 días	6	20
Total	30	100

Fuente: Datos del Servicio de Neonatología del Hospital II-2.

Interpretación:

La mortalidad de los neonatos de acuerdo a la estancia hospitalaria, muestra que un 60% (18) fallecieron entre los 0 a 7 días al ser admitidos en la UCIN. Un 20% (6) de niños fallecieron con una permanencia mayor a 30 días de estar internados en la UCI. Un 13% (4) de niños fallecieron entre los 8 a 15 días al estar en la UCIN. Y un 7% (2) de niños perecieron entre los 16 a 30 días al ser internados en la UCIN.

Análisis correlacional

Presenta un análisis de correlación para establecer la correlación entre las variables estudiadas; utiliza el coeficiente de correlación lineal de Pearson o el coeficiente de Spearman; mismos resultados que las pruebas de normalidad.

Tabla 11

Normalidad del estudio

	kolmogorov-smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
Mortalidad neonatal	,933	178	,057
Estancia hospitalaria	,933	178	,056

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: Según la investigación, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov (sobre 50 datos), este descubrimiento supera la

probabilidad de 0,05, lo que permite concluir que se trata de una población normal.

4.5. Mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Previamente se plantea la hipótesis:

Ho: La mortalidad no se relaciona significativamente con la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

H₁: La mortalidad se relaciona significativamente con la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Nivel de significación:

Es necesario considerar la importancia de 0,05; representación fiable al 95 %.

Tabla 12

Relación de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021

Estadísticas de la correlación	
Coeficiente de correlación	0.8103
Coeficiente de determinación R ²	0.6566
R ² ajustado	0.4850
Error típico	19.7528
Observaciones	4

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

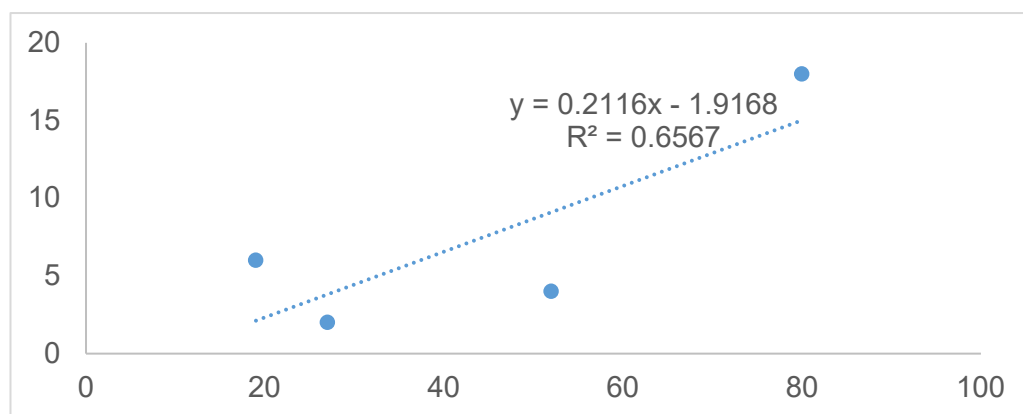


Figura 1. *Dispersión de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021*

Fuente: Base de datos en SPSS ver 25.

Interpretación:

Se observó un coeficiente de Pearson de 0,8103, lo que indica una correlación moderadamente positiva entre la mortalidad y la estancia hospitalaria. Además, el coeficiente de determinación (0.6567) nos permite mencionar que el 65.67% de la estancia hospitalaria afecta la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Tabla 13

Varianza de la mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Promedio de los cuadrados	F	Valor crítico de F
Regresión	1	1492.6516	1492.6516	3.8256	0.000
Residuos	2	780.3483	390.1741		
Total	3	2273			

Fuente: Base de datos de SPSS ver 25.

Interpretación:

La tabla adjunta es el valor de Fisher (0.000), indicando que el resultado es menor al 5% (0.05); en este sentido, admite concluir que la correlación de Pearson, por lo que se acepta la relación de la variable investigada.

V. DISCUSIÓN

En este capítulo se muestra una comparación con resultados de otros estudios, destacando los factores con mayor mortalidad neonatal de dimensión materna en unidades de cuidados intensivos neonatales hospitalarias II-2. Es la edad de las madres de los niños internados en la UCIN, donde las edades entre 18 a 29 años con un 53% tienen más niños internados en la unidad, seguido de las edades de 30 años a más en un 39%. Mientras, que las edades de 11 a 17 años en un 8%. De acuerdo a lo descrito, se infiere que las madres de 18 a 29 años son las que tienen una gestión, pero a la vez es una propicia para su ciclo reproductivo, mientras que las madres mayores a 30 años, muestran cierto riesgo en la gestación, así como las mujeres menos de 17 años, que sin lugar a duda en el estudio obtuvo un 8%, eso hace de ver que muchas mujeres por responsabilizarse de la parte materna, dejan de estudiar y continuar con su visión de crecimiento personal.

En ese sentido, es necesario realizar un plan de intervención educacional para evitar los embarazos no deseados y a corta edad, evitando que su proyecto de vida se vea truncada. En el estudio de Chan (2019), mencionara que el enfoque BABIES puede identificar brechas de oportunidades para que las intervenciones puedan dirigirse a nivel local para facilitar las intervenciones con la sociedad civil y los gobiernos locales.

En cuanto a las Atenciones Prenatales (APN) recibidas por las madres durante la gestación muestra que un 50% tuvieron entre 4 a 6 APN, un 24% de madres tuvieron entre 1 a 3 APN. Un 18% de madres registraron más de 6 APN. Mientras que un 8% no tuvieron ninguna APN durante la gestación. Se observa que un 68% de mujeres se encuentran contraladas basados en la normatividad del MINSA, donde refiere que una mujer para ser controlada debe tener igual o mayor a 4 APN, eso hace de ver que muchas de las mujeres no fueron detectadas algunos factores de riesgo. Lo que preocupa que un 8% de mujeres no tuvieron APN, con ello afirma que el acceso a los establecimientos de salud no está garantizado en la región San Martín, debiéndose impulsar el aseguramiento masivo para contar con mayor acceso y uso de los servicios maternos neonatales.

Al comparar con el estudio de Castillo (2017) donde demuestra que hubo una relación de alta significancia entre el desempeño profesional de las embarazadas atendidas en el Hospital MINSA II-I Moyobamba y la calidad de la atención prenatal. De acuerdo a lo mencionado por el autor refiere que indispensable contar con personal de salud calificado y comprometido para incrementar su productividad laboral, el mismo que se reflejara en la satisfacción de las usuarias.

Respecto a la terminación de la gestación, registra que un 84% culminaron vía cesárea y vía vaginal un 16%. Donde las cesáreas, en mujeres con edades entre los 18 y 29 años fue de 53% en comparación de un 46% que tuvieron vía vaginal. Mientras que en mujeres con edades entre los 30 a 59 años, las cesáreas alcanzo un 40% y vía vaginal un 40%. En tanto, las mujeres de 11 a 17 años muestran un 7% de cesáreas y un 14% vía vaginal. Este resultado demuestra y coincide con la alta preocupación de los altos índices de cesáreas que son practicadas en mujeres, en donde ponen en riesgo a la mujer y al producto de la concepción.

En ese sentido, Saboya (2018), los elementos primordiales de peligro maternos mencionados como relacionados con la morbilidad en recién nacidos incluyeron atención prenatal <6 (RR = 25,650), nivel educativo de analfabetismo (RR = 4,125), estado civil, unión inestable (RR = 2,813), sangrado vaginal (RR = 2,261) y preeclampsia/eclampsia (RR = 2,234). ($p < 0,05$) los mismos que se complementan con las cesáreas que se practican en los hospitales públicos.

Otro de los hallazgos en la paridad de las madres de los niños en UCIN, muestra que las madres entre las edades de 11 a 17 años tienen una sola (1) gestación y un (1) parto, existe una madre con 3 gestaciones y un (1) parto. En tanto, madres entre las edades de 18 a 29 años tiene una mayor predominancia de una (1) gestación y un (1) parto (35), en cambio hay 19 madres que experimentaron dos gestaciones y dos partos. De la misma manera, existe una madre con cuatro gestaciones y cuatro partos; resaltando en este grupo población que una madre muestra seis gestaciones y con tres partos, una madre con siete gestaciones y solo un parto. Mientras mujeres

con edades entre los 30 a 59 años, muestra que 12 mujeres tuvieron tres gestaciones con tres partos, dos mujeres con seis gestaciones y seis partos, finalmente lo que destaca en este grupo es una mujer con ocho gestaciones con cinco partos. Al respecto, a un mayor incremento de la paridad y de la gestación, se identifica mayores riesgos; por ende, Villa (2021) refiere que las tasas de mortalidad hospitalaria se encuentran dentro de los valores de otras UCIN similares a la nuestra. En el futuro, el reto principal deberá concentrarse en los grupos de menor edad gestacional, a fin de mejorar la supervivencia.

En cuanto a los elementos con más alta incidencia en la mortandad en recién nacidos desde la dimensión neonatal en la UCIN del Hospital II- 2; muestra que un 78% de niños al nacimiento mostraron un apgar superior a 7 puntos. Un 19% de niños tuvieron apgar de 5 a 7 puntos al nacimiento. Solo un 3% muestran un apgar de 0 a 4 puntos al momento de nacer. Este hallazgo, pone en alerta que un 22% no llegar al apgar adecuado al nacimiento, requiriendo una respuesta rápida por parte del equipo sanitario, para identificar las causas, ya que es signo que pone en evidencia que los neonatos requieren una atención acorde para evitar efectos en su salud.

En tal sentido, Chilipio (2021) encontró que la inhalación de líquido amniótico meconial y la aparición de anomalías congénitas son predictores prenatales de puntajes de Apgar permanentemente bajos en el minuto 5 de vida fuera del útero. Por tanto, con ambos hallazgos es necesario considerar y poner como una prioridad en el servicio materna una atención acorde a lo que requiere cada caso en particular.

Respecto a los pesos de los recién nacidos, destaca que un 72% tuvieron menos de 2.500 gr. Solo un 28% de niños muestran un peso mayor a 2.500 gr.

El tiempo de embarazo de los neonatos, muestra que el 86% niños tiene adecuada edad gestacional, un 11% muestra que son pequeños para el tiempo de embarazo y un 3% muestra que son grandes para el tiempo de embarazo. Este hallazgo, sin duda debe poner una mayor atención al prestador de salud para implementar un protocolo que permita una atención

especializada a estos casos, sabido es que estos niños tienen poca respuesta, el mismo que los conlleva a tener una mayor morbilidad por la poca respuesta fisiológica que presentan.

En cuanto a la estancia hospitalaria de los niños en la UCIN, muestra que un 45% de niños tuvieron entre 0 a 7 días. Un 29% tuvieron entre 8 a 15 días. Un 15% tuvieron en la UCIN entre 16 a 30 días. Un 11% de niños sobrepasaron los 30 días en la UCIN. Un gran porcentaje muestra que permanece entre 0 a 7 días, eso quiere decir que puede haber una adecuada capacidad de respuesta para absolver las necesidades de los pacientes. A ello se adiciona que un 11% de niños superan más de 30 días internados en UCI, sin duda es prioritario atender de manera integral.

Hernández (2020) en su estudio analizó variables como tipo de parto, causa de ingreso, morbilidad materna y neonatal y mortalidad perinatal, son condiciones de alta repercusión sobre la morbimortalidad perinatal.

Respecto a la mortalidad de los neonatos de acuerdo a la estancia hospitalaria, muestra que un 60% fallecieron entre los 0 a 7 días al ser admitidos en la UCIN. Un 20% de niños fallecieron con una permanencia mayor a 30 días de estar internados en la UCI. Un 13% de niños fallecieron entre los 8 a 15 días al estar en la UCIN. Y un 7% de niños perecieron entre los 16 a 30 días al ser internados en la UCIN. Son los niños que están menos días que fallecen más, ello se aduce a su complicada situación de salud, desde su primer contacto con el mundo extrauterino, como su bajo peso, apgar menos de 7 puntos, que son factores que predeterminan su situación de salud.

Lorduy (2021) en su estudio menciona que los pacientes con ventiladores mecánicos o en unidades de cuidados intensivos infectados con bacterias productoras de carbapenemasas tienen un mayor riesgo de muerte por patógenos.

Finalmente, el estudio mostró una correlación moderadamente positiva entre la mortalidad y la estancia hospitalaria, con un coeficiente de Pearson de 0,8103. Coeficiente de Determinación (0.6567) Mencionemos que el 65.67%

de la estancia afectó la mortalidad en la UCIN del hospital II-2. Este hallazgo sugiere que las horas más largas de cuidados intensivos se asocian con una mayor probabilidad de daño e incluso la muerte.

Adrianzén (2018), en su estudio, se encontró relación entre elementos de peligro y peso de nacimiento bajo en neonatos de mamás atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba del 2010 al 2016. Estos elementos de peligro son: embarazo múltiple, anomalías hereditarias, examen perinatal inoportuno, alcoholismo, presión arterial alta, índice de masa corporal menor de 30 y sobrepeso materno. En tal sentido, es necesario prestar mayor atención a los elementos de peligro maternos y neonatales para controlar la alta tasa de morbimortalidad neonatal.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1.** La mortalidad se asoció moderadamente positivamente con la estancia hospitalaria, con un coeficiente de Pearson de 0,8103. El coeficiente de determinación (0.6567) permite mencionar que el 65.67% de la estancia afecta la mortalidad en el UCIN de Hospital II-2.
- 6.2.** Los factores de mayor incidencia en la mortandad de recién nacidos desde la dimensión materna en la UCIN de un Hospital II- 2; destaca la edad de las madres de los niños entre las edades de 18 a 29 años en un 53%, seguido de las edades de 30 años a más en un 39%. Las Atenciones Prenatales (APN) recibidas por las madres durante la gestación muestra que un 50% tuvieron entre 4 a 6 APN, un 24% de madres tuvieron entre 1 a 3 APN. Mientras que un 8% no tuvieron ninguna APN. En cuanto al factor terminación de la gestación, registra que un 84% culminaron vía cesárea y vía vaginal un 16%. Donde las mujeres cesareadas se encuentran en las edades entre 18 y 29 años en de 53% en comparación de un 16% que tuvieron vía vaginal. Mientras que en mujeres de edades entre los 30 y 59 años, las cesáreas alcanzo un 40% y vía vaginal un 40%. Respecto a la paridad de las madres, muestra que las madres entre las edades de 11 a 17 años tienen una sola (1) gestación y un (1) parto, existe una madre con 3 gestaciones y un (1) parto. En tanto, madres entre las edades de 18 a 29 años tiene una mayor predominancia de una (1) gestación y un (1) parto, en cambio hay 19 madres que experimentaron dos gestaciones y dos partos. De la misma manera, existe una madre con cuatro gestaciones y cuatro partos; resaltando en este grupo población que una madre muestra seis gestaciones y con tres partos, una madre con siete gestaciones y solo un parto. Mientras que mujeres con edades entre los 30 a 59 años, muestra que 12 mujeres tuvieron tres gestaciones con tres partos, dos mujeres con seis gestaciones y seis partos, finalmente lo que destaca en este grupo es una mujer con ocho gestaciones con cinco partos.

- 6.3.** Los factores de mayor incidencia en la mortandad en recién nacidos desde la dimensión neonatal en la UCIN del Hospital II- 2; muestra que un 78% de niños al nacimiento mostraron un apgar superior a 7 puntos. Un 19% de niños tuvieron apgar de 5 a 7 puntos al nacimiento. Solo un 3% muestran un apgar de 0 a 4 puntos al momento de nacer. De acuerdo a los pesos de los recién nacidos, destaca que un 72% tuvieron menos de 2.500 gr. Solo un 28% de niños muestran un peso mayor a 2.500 gr. Para el tiempo de embarazo de los neonatos, muestra que el 86% niños tiene adecuada edad gestacional, un 11% muestra que son pequeños para el tiempo de embarazo y un 3% muestra que son grandes para el tiempo de embarazo.
- 6.4.** La estancia hospitalaria de los niños en la UCIN, muestra que un 45% de niños tuvieron entre 0 a 7 días. Un 29% tuvieron entre 8 a 15 días. Un 15% tuvieron en la UCIN entre 16 a 30 días. Un 11% de niños sobrepasaron los 30 días en la UCIN.
- 6.5.** La mortalidad de los neonatos de acuerdo a la estancia hospitalaria, muestra que un 60% fallecieron entre los 0 a 7 días al ser admitidos en la UCIN. Un 20% de niños fallecieron con una permanencia mayor a 30 días de estar internados en la UCIN. Un 13% de niños fallecieron entre los 8 a 15 días al estar en la UCIN. Y un 7% de niños perecieron entre los 16 a 30 días al ser internados en la UCIN.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1.** Al responsable del nosocomio, fortalecer las competencias del talento humano para un manejo garantizar un manejo propicio de cada uno de los casos. Asimismo, proveer con equipos e insumos oportunos y de calidad que permitan salvaguardar la integridad de los neonatos hospitalizados.
- 7.2.** A los responsables de los establecimientos de salud que refieren a sus pacientes, enfatizar en las atenciones prenatales y en el trabajo extramural, con el fin de diagnosticar factores que predisponen a interrumpir el proceso fisiológico de la gestación.
- 7.3.** A los profesionales del primer nivel de atención, ofertar servicios maternos oportunos, integrales y de calidad que permiten garantizar la salud y bienestar del binomio madre niño, ello desde la etapa preconcepcional para tener un producto saludable.
- 7.4.** Al responsable de la UCIN, realizar requerimientos y seguimientos de las necesidades del servicio para garantizar una atención adecuada a los neonatos. De la misma manera, propiciar e implementar un protocolizado estandarizado y humanizado que permitan minimizar los riesgos y efectos en los neonatos.
- 7.5.** Al responsable de la UCIN y del hospital, promover iniciativas de planes de mejora para hacer frente a la mortalidad neonatal para visibilizar como un problema real de salud pública.

REFERENCIAS

- Adrianzén, S. (2018). *Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital II - 1 Moyobamba 2010 a 2016*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. doi:<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3244>
- Aguilar, C., & Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173. doi:<http://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf>
- Álvarez, V., Alonso, R., Muñiz, M., Galbán, O., & Pardo, J. (2011). Mortalidad infantil en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (1998-2010). *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 495-503. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400008
- Anyarin, Y. (2017). *Factores que influyen en las estancias prolongada en el servicio de medicina del hospital Félix Torrealva Gutiérrez. Ica-2016*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Avila, J. (2014). Vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal. Perú, año 2014. *Boletín Epidemiológico*, 23(13), 247-249. doi:<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/13.pdf>
- Ávila, J., Tavera, M., & Carrasco, M. (2015). Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(3), 423-430. doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a03v32n3.pdf>
- Barros, F., Victora, C., Barros, A., Santos, I., Albernaz, E., Matijasevich, A., . . . Vaughan, P. (2005). El desafío de reducir la mortalidad neonatal en los países de ingresos medios: hallazgos de tres cohortes de nacimientos brasileños en 1982, 1993 y 2004. *The Lancet*, 365(9462), 847-854. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71042-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71042-4)
- Basso, C., Tatsch, E., & da Silveira, A. (2012). Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 21(2), 269-276. doi:<http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-269.pdf>

- Blasco, M., Cruz, M., Cogle, Y., & Navarro, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN*, 22(7), 1-22. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>
- Bolaños, J., & Bolaños, M. (2013). *MECI y Sistema de Gestión de Calidad: Correspondencia entre MECI y la NTCGP 1000:2009*. México: Academia Española.
- Carrasco, G., Pallarés, Á., & Cabré, L. (2006). Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. *Medicina Intensiva*, 30(4), 167-179. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v30n4/especial.pdf>
- Castillo, N. (2017). *El desempeño profesional y la calidad de atención prenatal en gestantes del Hospital II-1-MINSA Moyobamba: enero - marzo 2016*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. doi:<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3486>
- Chan, L., Reyes, L., Cahuana, J., & Tejada, P. (2019). Análisis de la mortalidad perinatal en Lima Norte: uso del método BABIES. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(2), 19-27. doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n2/a04v19n2.pdf>
- Chilipio, M., Atencio, K., & Santillán, J. (2021). Predictores perinatales de APGAR persistentemente bajo a los 5 minutos en un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 40-49. doi:http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/en_2308-0531-rfmh-21-01-40.pdf
- Contreras, H., Mori, E., Lam, N., & Luna, M. (2011). Evaluación de la salud mental de madres puérperas con recién nacidos de bajo peso al nacer. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(1), 43-49. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119644007.pdf>
- Cotten, C., Oh, W., McDonald, S., Carlo, W., Fanaroff, A., Duara, S., . . . Goldberg, R. (2005). Estadía hospitalaria prolongada para bebés extremadamente prematuros: factores de riesgo, diferencias entre centros e impacto de la mortalidad en la selección del centro con mejor desempeño. *J Perinatol*, 25(10), 650-655. doi:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16079906/>
- de la Cruz, C., Robles, V., & Hernández, J. (2009). Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 1-12. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu16109.pdf>

- Dittz, E., de Sena, R., & Coelho, C. (2009). Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 647-654. doi:<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3dqYvJP3DpRFnKvwtWyRFfr/?lang=pt&format=pdf>
- Faraj, T., & Kamada, I. (2020). Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. *Enfermería Global*(49), 211-219. doi:<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00211.pdf>
- Fariña, D., Rodríguez, S., Vaihinger, M., Salva, V., Porto, R., Ganduglia, M., & Naves, M. (2012). Mortalidad Neonatal: Análisis Causa Raíz. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(3), 117-124. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/912/91225251004.pdf>
- Fernández, S., Gutiérrez, G., & Viguri, R. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(2), 114-148. doi:<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n2/v69n2a11.pdf>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hagen, C., & Hansen, T. (2004). Muertes en una unidad de cuidados intensivos neonatales: una perspectiva a 10 años. *Pediatr Crit Care Med*, 5(5), 463-468. doi:10.1097 / 01.pcc.0000128893.23327.c1
- Henstchel, R., Guenther, K., Vach, W., & Bruder, I. (2019). Risk-adjusted mortality of VLBW infants in high-volume versus low-volume NICUs. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 104(4), 390-395. doi:10.1136/archdischild-2018-314956
- Hernández Sampieri, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. Lima: Mc Graw Hill.
- Hernández, Y., León, M., Díaz, J., Ocampo, A., Rodríguez, A., & Ruiz, M. (2020). Caracterización clínica de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave y su repercusión perinatal. Cienfuegos 2016-2018. *MediSur*, 18(5), 789-799. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n5/1727-897X-ms-18-05-789.pdf>
- Iannuccilli, P. (2018). *Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora año 2016*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

doi:[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1174/TESIS%20IANN UCCILLI%20LLERENA%20HECHO.pdf?sequence=1](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1174/TESIS%20IANN%20UCCILLI%20LLERENA%20HECHO.pdf?sequence=1)

- INEI. (2017). *Censos nacionales 2007. XI de población y VI de vivienda*. Lima: INEI.
- Lorduy, J., Díaz, G., Sandoval, E., Salinas, R., Ascencio, K., Jiménez, J., & Guerra, A. (2021). Factores pronósticos de mortalidad por agente infeccioso en un hospital de alta complejidad de Cartagena-Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(3), 1-10. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v20n3/1729-519X-rhcm-20-03-e3647.pdf>
- Marrugo, C., Arrieta, A., Herrera, D., Díaz, L., Pérez, C., Dueñas, C., . . . Alvis, N. (2019). Determinantes de estancia prolongada de neonatos en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencia de la Salud*, 17(2), 259-275. doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n2/1692-7273-recis-17-02-259.pdf>
- McHugh, C., & Sanders, M. (2000). Experiencia con muertes de recién nacidos en cuidados intensivos en un entorno terciario. *Am J Perinatol*, 17(1), 27-34. doi:10.1055 / s-2000-7291
- Mejía, H. (2000). Factores de riesgo para muerte neonatal: Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Boliviana Pediatr*, 39(3), 1-13.
- Mendoza, L., Arias, M., & Osorio, M. (2014). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. *Revista chilena de pediatría*, 85(2), 164-173. doi:<https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n2/art05.pdf>
- Michel , M., Colaizy, T., Klein, J., Segar, J., & Bell, E. (2018). Causas y circunstancias de muerte en una unidad neonatal durante 20 años. *Pediatr Res*, 83(4), 829-833. doi:10.1038 / pr.2018.1
- Montserrat, D. (2010). *Taller regional Sistemas de Notificación*. México D.F.: OMS/OPS/ CONAMED.
- Ñaupas, H. (2009). *Metodología de la Investigación científica y asesoramiento de tesis*. Lima - Perú.
- O'Keefe, G., Jurkovich, G., & Maier, R. (1999). Definición del uso excesivo de recursos e identificación de factores asociados para las víctimas de trauma. *J Trauma*, 46(3), 473-478. doi:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10088854/>

- Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 415-422. doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a15v64n3.pdf>
- Oza, S., Lawn, J., & Hogan, D. (2015). *Estimaciones de las causas de muerte neonatal en los periodos neonatales tempranos y tardíos de 194 países*. Ginebra: Bull World Health Organ.
- Perdomo, R. (1992). Medicina intensiva y las unidades de cuidados intensivos. *Revista Medica de Honduras*, 60(1), 49-52. doi:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-124180>
- Pino, L., Lorenza, C., & Estigarribia, G. (2016). Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Coronel Oviedo Dr. José Ángel Samudio, Periodo 2013- 2014. *Rev. Inst. Med. Trop*, 11(1), 22-34. doi:<http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/v11n1a04.pdf>
- Prieto, M. (10 de Mayo de 2018). *Sistema de gestión ambiental*. Obtenido de AENOR-Asociación Española de Normalización y Certificación: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/elibroindividuales/reader.action?docID=3205828&query=gesti%C3%B3n+ambiental>
- Ramos, R., & Castillo, P. (2013). Características epidemiológicas del recién nacido con peso inferior a 1500 gramos en el Hospital Regional de Ica. *Rev méd panacea*, 3(2), 47-50. doi:<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/200/228>
- Sá Neto, J., & Rêgo, B. (2010). La tecnología como fundamento de la atención en neonatología. *Reflexão*, 19(2), 372-377. doi:<https://www.scielo.br/j/tce/a/pYyrSKWCKYMLgZgJSTrGqsz/?format=pdf&lang=pt>
- Saboya, R. (2018). *Factores de riesgo asociado a morbilidad neonatal, Hospital II – 2 Tarapoto, 2017*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. doi:<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3881>
- Sánchez , L., Pérez, J., Tamariz, F., & Delgado, M. (2012). Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. *Enfermería universitaria*, 9(2), 27-36. doi:<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n2/v9n2a4.pdf>
- Schoeps, D., Furquim , M., Pereira, G., França Jr, I., Dutilh, H., Franco, A., . . . Cunha, L. (2007). Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev*

Saúde Pública, 41(6), 1013-1022.
doi:<https://www.scielo.br/j/rsp/a/nDL9m4PWWdHdBG7qVJk7QnrP/?format=pdf&lang=pt>

- Tang, M., González, N., Lugo, L., Medina, Y., Mendoza, L., & Vargas, C. (2015). Algunos factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital Central de Maracay, 2012. *Comunidad y Salud*, 13(1), 38-45. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740825006>
- Ticona, M., Huanco, D., & Ticona, D. (2015). ; Incidencia y mortalidad del recién nacido de extremo bajo peso al nacer en el Hospital Unanue de Ica 2000-2014. *Médica Basadrina*, 9(1), 20-24. doi:http://www.unjbg.edu.pe/revistas/pdf/20151202_revista_medica_1_2015.pdf#page=21
- Torres, M. (2016). *Mortalidad Neonatal y características clínicas y epidemiológicas de las defunciones neonatales en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2014*. Lma: Universidad ricardo Palma. doi:<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/787>
- Valderrama, S. (2016). *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* (6 ta ed.). Lima: San Marcos.
- Valdés, R., & Reyes, D. (2002). *Examen Clínico al Recién Nacido*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Valenzuela, K., Espinoza, A., & Quispe, J. (2021). Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público de Lima, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(1), 1-6. doi:<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v21n1/1727-558X-hm-21-01-e1370.pdf>
- Vidal, E. (2009). Análisis de la mortalidad neonatal precoz en San Miguel del Padrón (La Habana). *Revista Cubana de Pediatría*, 81(4), 1-7. doi:<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v81n4/ped03409.pdf>
- Villa, S., Iglesias, J., Bernárdez, I., Rendón, M., Acuña, P., Luna, I., & Hernando, G. (2021). Mortalidad hospitalaria en una unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital privado. *Revista Mexicana de PEDIATRÍA*, 88(1), 5-9. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2021/sp211b.pdf>

- White, K., Frenk, J., Ordoñez, C., Paganini, J., & Starfield, B. (1992). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Wilkinson, D., Fitzsimons, J., Daragville, P., Loughnan, P., Mc Dougall, P., & Mills, J. (2006). Death in the neonatal intensive care unit: changing patterns of end of life care over two decades. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*(91), 268-271. doi:10.1136/adc.2005.074971
- Zambrano, W., Amaya, W., & Yan, E. (2013). Factores de Riesgo de Mortalidad de recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Hospital Belén de Trujillo. *Orreguiana Hampi Runa*, 13(1), 49-74. doi:<http://journal.upao.edu.pe/HAMPIRUNA/article/view/146>
- Zupan, J., & Aahman, E. (2005). *Perinatal mortality for the year 2000: estimates developed by WHO*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Mortalidad neonatal	Cruz (2009) La morbilidad y mortalidad están asociadas a diversos factores intrínsecos y extrínsecos del recién nacido.	La muerte del recién nacido que no sobre pasa los 28 días, el mismo que será medido mediante un instrumento	Materno	Edad	Nominal
				Educación	
				Estado civil	
				Paridad y espacio intergenesico	
				Control prenatal	
			Neonatal	Punto de parto	
				Peso nacimiento	
				Edad gestacional	
				Prematurez	
Estancia hospitalaria	Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización ocupando una cama en un intervalo de tiempo y se calcula por la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. Se define también como el número total de días que permanece hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta el día de alta del hospital (Anyarin, 2017). La estancia hospitalaria es un buen indicador de calidad de la atención en salud (O'Keefe, Jurkovich, & Maier, 1999).	Tiempo que permanece en el nosocomio, especialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos	Diagnóstico	Ingreso	Nominal
				Hospitalización	
			Tiempo	0 - 7 días	
				8 - 15 días	
				16 - 30 días	
				Mayor a 30 días	

Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e Instrumentos								
<p>Problema general ¿Cuál es la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021? ¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021? ¿Qué estancia hospitalaria tienen los neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021? ¿Cómo es la mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación de la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.</p> <p>Objetivos específicos Conocer los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021. Conocer los factores de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021. Conocer la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021. Conocer la mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación significativa entre la mortalidad y la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021.</p> <p>Hipótesis específicas H1. El factor de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es la edad y la paridad. H2. El factor de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es el apgar y la edad gestacional. H3. La estancia hospitalaria de mayor predominancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, es mayor a 15 días. H4. La mortalidad neonatal de acuerdo a estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, es mayor entre 0 a 7 días.</p>	<p>Técnica Ficha de recojo de datos</p> <p>Instrumentos Guía de recojo de datos</p>								
Diseño de investigación	Población y muestra	Variables dimensiones									
<p>Diseño de Investigación: Tipo no experimental, diseño correlacional.</p> <p>V1: Mortalidad neonatal V2: Estancia hospitalaria</p>	<p>Población La población conforma por 178 neonatos.</p> <p>Muestra Constituida por 178 neonatos</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Variables</th> <th style="width: 50%;">Dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Mortalidad neonatal</td> <td style="text-align: center;">Materno</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Neonatal</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Estancia hospitalaria</td> <td style="text-align: center;">Diagnóstico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tiempo</td> </tr> </tbody> </table>		Variables	Dimensiones	Mortalidad neonatal	Materno	Neonatal	Estancia hospitalaria	Diagnóstico	Tiempo
Variables	Dimensiones										
Mortalidad neonatal	Materno										
	Neonatal										
Estancia hospitalaria	Diagnóstico										
	Tiempo										

Guía de recojo de datos: Mortalidad neonatal

Datos generales:

N° de ficha: Fecha de recolección:/...../.....

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad conocer el factor de mayor incidencia en la mortalidad neonatal desde la dimensión materna y neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Instrucción:

Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas, la que sea la más apropiada para Usted. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida. Asimismo, no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems.

N°	Criterios a evaluar	Marca lo que corresponde
Factores maternos		
1	Edad	
	11 - 17 años	
	18 - 29 años	
	30 - 59 años	
2	Educación materna	
	Sin instrucción	
	Primaria completa o incompleta	
	Secundaria completa o incompleta	
	Superior no universitaria completa o incompleta	
	Superior universitaria completa o incompleta	
3	Estado civil	
	Soltera	
	Casada	
	Conviviente	
	Desconocido	
4	Paridad y espacio intergenésico	
	N° de Embarazos	

	N° de Parto	
	Periodo de último embarazo	
5	Control prenatal	
	Ningún control prenatal	
	1 – 4	
	4 – 6	
	Mayor a 6	
6	Parto y sus condiciones de atención	
	Parto vaginal	
	Parto Cesárea	
Factores de Recién Nacido		
7	Puntaje de APGAR	
	0 – 4	
	5 – 7	
	Mayor a 7	
8	Peso de Nacimiento	
	Menor a 2.500 g	
	Mayor a 2.500 g	
	Adecuados para la edad gestacional	
	Grandes para la edad gestacional	
9	Edad Gestacional	
	Menor a 37 semanas	
	37 y 41 semanas	
	42 a más semanas	
10	Recién nacidos prematuras	
	Prematuros Extremos (< 28 semanas)	
	Muy prematuros (28-31 semanas),	
	Prematuros Moderados (32-33 semanas)	
	Prematuros Tardíos (34-36 semanas)	

Fuente: Villa (2021). Mortalidad hospitalaria en una unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital privado.

Guía de recojo de datos: Estancia hospitalaria

Datos generales:

N° de ficha: Fecha de recolección:/...../.....

Introducción:

El presente instrumento tiene como finalidad conocer la estancia hospitalaria de mayor predominancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital II- 2, 2021.

Instrucción:

Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas, la que sea la más apropiada para Usted. Asimismo, debe marcar con un aspa la alternativa elegida. Asimismo, no existen respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Solo se solicita honestidad y sinceridad de acuerdo a su contextualización.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad y marque todos los ítems.

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de hospitalización:

N°	Tiempo	Marca lo que corresponde
1	0 - 7 días	
2	8 - 15 días	
3	16 - 30 días	
4	Mayor a 30 días	

Fuente: Chilipio (2021). Predictores perinatales de APGAR persistentemente bajo a los 5 minutos en un hospital peruano

Informe de opinión sobre instrumento de investigación científica



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila, Keller
Institución donde labora : Universidad César Vallejo
Especialidad : Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad
Instrumento de evaluación : Ficha de Recojo de datos: Mortalidad neonatal
Autor (s) del instrumento (s) : Torres Pinedo, Rosa Patricia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (6)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	6
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad neonatal				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Mortalidad neonatal					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad neonatal					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL		46				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

46

Tarapoto, 10 de enero de 2022


Dr. Keller Sánchez Dávila
DOCENTE POS GRADO



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

II. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez Dávila, Keller
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad
 Instrumento de evaluación : Ficha de Recajo de datos: Estancia hospitalaria
 Autor (s) del instrumento (s) : Torres Pinedo, Rosa Patricia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Estancia hospitalaria				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Estancia hospitalaria					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Estancia hospitalaria					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					46	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

46

Tarapoto, 10 de enero de 2022


 Dr. Keller Sánchez Dávila
 DOCENTE POS GRADO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Delgado Bardales, José Manuel
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : : Ficha de Recajo de datos: Mortalidad neonatal
 Autor (s) del Instrumento (s) : Torres Pinedo, Rosa Patricia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad neonatal					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Mortalidad neonatal					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad neonatal					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					44	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

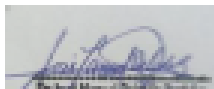
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.4

Tarapoto, 12 de enero de 2022



José Manuel Delgado Bardales
 DOCTOR EN GESTIÓN



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

II. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Dr. Delgado Bardales, José Manuel
 Institución donde labora : Universidad César Vallejo
 Especialidad : Doctor en Gestión Universitaria
 Instrumento de evaluación : : Ficha de Recojo de datos: Estancia hospitalaria
 Autor (s) del Instrumento (s) : Torres Pinedo, Rosa Patricia

III. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (6)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	6
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Estancia hospitalaria					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Estancia hospitalaria					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Estancia hospitalaria					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL		44				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y apto para su aplicación.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4.4

Tarapoto, 12 de enero de 2022



José Manuel Delgado Bardales
 EXPERTO EN INVESTIGACIÓN

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Encomenderos Bancallán, Ivo Martín
 Institución donde labora : Escuela de Posgrado - Universidad César Vallejo
 Especialidad : Magister en Docencia Universitaria – Docente de Investigación
 Instrumento de evaluación : Ficha de Recajo de datos: Mortalidad neonatal
 Autor (s) del Instrumento (s): Torres Pinedo, Rosa Patricia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Mortalidad neonatal				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Mortalidad neonatal					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Mortalidad neonatal				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					44	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 4.4

Tarapoto, 15 de enero de 2022



Sello personal y firma



INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Encomenderos Bancallán, Ivo Martín

Institución donde labora : Escuela de Posgrado - Universidad César Vallejo

Especialidad : Magíster en Docencia Universitaria – Docente de Investigación

Instrumento de evaluación : Ficha de Recojo de Datos: Estancia hospitalaria

Autor (s) del instrumento (s): Torres Pinedo, Rosa Patricia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Estancia hospitalaria				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organización lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio: Estancia hospitalaria					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: Estancia hospitalaria				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL		44				

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Instrumento coherente y aplicable

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

4,4

Tarapoto, 15 de enero de 2022



Sello personal y firma

Base de datos estadísticos

MES	N°	EDAD	CPN	DIRECCION	PARIDAD	OBSERVACIONES	TIPO DE PARTO	FECHA	HORA	SEXO	PESO (GRAMOS)	APGAR	CAPURRO	INGRESO UCI	EGRESO UCI	OBSERVACION	TIEMPO
ENERO	1	35	5	JR. BELEN 265	G3P3	SINDROMEDELHELL /RPM-APP	CESARE A	1/01/2021	15:09	MASCULINO	1600	7/9PTS	31SSAEG	1/01/2021	20/01/2021	REFERENCIA ESSALUD	19
ENERO	2	18	5	JR. RIOJA S/N	G2P1		VAGINAL	3/01/2021	13:10	FEMENINO	770	3/5PTS	25SSPEG	3/01/2021		FALLECIDO	1
ENERO	3	30	4	GR MIGUEL GRAU S/N	G4P2	PROLAPSO DE CORDON	CESARE A	7/01/2021	03:25	FEMENINO	1300	9/9PTS	31SS AEG	7/01/2021	22/01/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	15
ENERO	4	20	4	EL PAVO KM 45	G1P1	GEMELAR /TRABAJO DE PARTO	CESARE A	7/01/2021	05:23	MASCULINO	2800	9/9PTS	34SS GEG	9/01/2021	19/01/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	10
ENERO	5	30	7	JR. MALECON HUALLAGA S/N	G2P1	FETO PODALICO	CESARE A	13/01/2021	21:00	MASCULINO	2960	7/8PTS	36SSAEG	14/01/2021	15/01/2021	FALLECIDO	1
ENERO	6	20	5	PASAJE RIO MAYO S/N	G2P2	PES /C.A 1VEZ	CESARE A	18/01/2021	17:15	FEMENINO	1430	8/9PTS	31SSAEG	18/01/2021	28/01/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
ENERO	7	29	6	JR LOS ANGELES 309	G3P3	C.A 1VEZ	CESARE A	20/01/2021	15:22	FEMENINO	1820	879PTS	31SSAEG	20/01/2021	27.01-2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
ENERO	8	25	0	CASERIO CENTRO AMERICA	G1P2	ECLAMPسيا	CESARE A	21/01/2021	16:01	MASCULINO	1950	7/9PTS	35SSAEG	21/01/2021	28/01/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
ENERO	9	18	2	AA.HH.ANGEL MANANTAY C/8	G1P1	RPM/CORIOAMNIOLITIS/PODALICO	CESARE A	22/01/2021	00:20	FEMENINO	1050	8/8PTS	26SSPEG	23/01/2021	3/03/2021	FALLECIDO	39
ENERO	10	26	3	JR. ALFONSO UGARTE MZ A LT 10	G1P1	SEPSIS/ CORIOAMNIONITIS/ PODALICO	CESARE A	28/01/2021	14:17	FEMENINO	1450	7/8PTS	31SSPEGO	28/01/2021	11/02/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	14
ENERO	11	39	8	CAS. NVA ESPERANZA	G5P5	DIABETES GESTACIONA/MACROSOMIA FETAL/ PES	CESARE A	30/01/2021	16:42	MASCULINO	3280	7/9PTS	37SSAEG	30/01/2021	1/02/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	2
ENERO	12	46	6	ALTO BIAVO	G2P2	PODALICO	CESARE A	30/01/2021	22:13	FEMENINO	1940	8/9PTS	36SS PEG	6/02/2021	8/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	30
FEBRERO	13	18	6	DORADO	G2P2	DPP7 C.A 1 VEZ	CESARE A	1/02/2021	01:05	FEMENINO	1860	7/9PTS	31SSAEG	1/02/2021	22/02/2021	ALTA CASA	21
FEBRERO	14	21	3	CASERIO MIRAMAR/ QUINILLA	G1P1	PES	CESARE A	2/02/2021	11:43	MASCULINO	860	8/8PTS	25SSAEG	2/02/2021	3/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	29
FEBRERO	15	30	4	JR RESURECCION S/N	G2P2	PREECLAMPسيا	CESARE A	3/02/2021	16:18	MASCULINO	1540	4/7 PTS	32SS AEG	3/02/2021	7/02/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4

FEBRERO	16	22	7	JR. ALFONSO UGARTE S/NO	G6P3		CESARE A	6/02/2021	06:52	MASCULINO	1970	8/9PTS	35SSAEG	6/02/2021	15/02/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	9
FEBRERO	17	18	4	AV.JAVIER SELVAC/2	G1P1	PODALICO/PLACENTA PREVIA	CESARE A	7/02/2021	02:41	FEMENINO	1520	5/8PTS	32SS AEG	7/02/2021	17/03/2021	FALLECIDO	38
FEBRERO	18	18	9	CAS. VICTOR RAUL	G1P1	MALFORMACION MIELOMENINGOCELE	CESARE A	9/02/2021	08:02	MASCULINO	3630	8/9PTS	40SSAEG	1/03/2021	6/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	6
FEBRERO	19	30	6	JR ALFONSO UGARTE #1282	G2P1	PREECLAMPSIA	CESARE A	9/02/2021	22:14	MASCULINO	1870	7/8PTS	33SS AEG	10/02/2021	1/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	19
FEBRERO	20	18	2	JR. RICARDO PALMA S/N	G3P2	PODALICO	CESARE A	11/02/2021	14:33	FEMENINO	1950	8/9PTS	34SSAEG	11/02/2021	18/02/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
FEBRERO	21	18	11	CASERIO CHONTAL	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	12/02/2021	03:40	FEMENINO	2800	5/7PTS	40SSAEG	12/02/2021	11/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	27
FEBRERO	22	39	5	CASERIO RAMON CASTILLA	G6P6	PREECLAMPSIA	CESARE A	18/02/2020	15:01	FEMENINO	1560	8/9PTS	34SS AEG	18/02/2021	04.03-2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	14
FEBRERO	23	39	6	JR. LOS CHANCAS C-2	G3P3	LLEGO EN EXPULSIVO	VAGINAL	24/02/2021	08:17	MASCULINO	2240	6/8PTS	40SSAEG	12/03/2021	18/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	6
FEBRERO	24	27	1	JR. CUZCO	G4P4	PES	CESARE A	25/02/2021	23:12	MASCULINO	670	5/7PTS	24SSAEG	26/02/2021	26/06/2021	FALLECIDO	120
MARZO	25	35	5	CALLE HUALLAGA S/N	G5P5		VAGINAL	6/03/2021	19:37	FEMENINO	2000	8/9PTS	33SS AEG	6/03/2021	14/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
MARZO	26	32	5	J.C.A LEVEAU 670	G4P2	C.A 1 VEZ/ RPM 4 DIAS	VAGINAL	7/03/2021	06:57	FEMENINO	1580	8/9PTS	30SSAEG	7/03/2021	12/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	36
MARZO	27	25	9	CAS. LA UNION	G2P2	EXPUL. PROLONGADO	CESARE A	11/03/2021	09:45	MASCULINO	4250	4/6PTS	41SSAEG	11/03/2021	16/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	5
MARZO	28	27	5	JR TARAPOTO S/N	G3P3		VAGINAL	12/03/2021	02:27	FEMENINO	2170	8/9PTS	33SS AEG	12/03/2021	28/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	16
MARZO	29	27		JR. 07 DE AGOSTO A -12	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL/ PES/ EXPULSIVO PROLONGADO/ HEPATITIS BE	CESARE A	12/03/2021	19:28	FEMENINO	2786	2/6PTS	40SSAEG	12/03/2021	14/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	2
MARZO	30	35	0	AV. CIRCUNVALACION 1300	G5P3	EXPULSIVO	VAGINAL	15/03/2021	03:50	FEMENINO	2510	8/9PTS	34SSGEG	15/03/2021	18/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
MARZO	31	36	8	JR SAN JOSE DE SISA S/N	GP	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	16/03/2021	22:50	FEMENINO	3650	5/8PTS	39SS AEG	17/03/2021	20/03/2021	FALLECIDO	3
MARZO	32	31	8	FBT.K-3	G4P4	NEUMONIA GRAVE/COVID POSITIVO	CESARE A	18/03/2021	21:07	MASCULINO	2590	6/8PTS	34SSAEG	18/03/2021	20/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	2

MARZO	33	22	3	MORALES	G4P4	C.A 3VECES IGG IGM	CESARE A	19/03/2021	17:25	FEMENINO	2410	8/9PTS	39SSAEG	20/03/2021	24/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4
MARZO	34	19	1	JR. LOS JARDINEZ S/N	G2P2	C,A 1 VEZ	CESARE A	21/03/2021	16:26	FEMENINO	2530	8/9PTS	36SAEG	21/03/2021	24/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
MARZO	35	23	5	JR. MANCO CAPAC 515	G1P1	PES	CESARE A	22/03/2020	08:39	MASCULINO	1430	8/9PTS	34SSAEG	22/03/2021	2/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	11
MARZO	36	31	5	JR. SAN MARTIN 448	G5P3	C.A: 2 VECES	CESARE A	23/03/2021	10:24	MASCULINO	2080	7/8PTS	34SSAEG	23/03/2021	31/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
MARZO	37	21	7	CARRETERA TARAPOTO/ YURIMAGUAS	G3P2	PES	CESARE A	23/03/2021	17:50	MASCULINO	1700	5/8PTS	34SSAEG	23/03/2021	4/03/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	12
MARZO	38	19	5	CASERIO CHURUYACU	G2P2		FEMENINO	26/03/2021	01:43	FEMENINO	1200	8/9PTS	32SSAEG	26/03/2021	5/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	40
MARZO	39	36	6	JR. 2 DE NOVIEMBRE CDRA.8	G4P4	DPP	CESARE A	27/03/2021	18:27	FEMENINO	1690	5/7PTS	32SSAEG	27/03/2021	10/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	14
MARZO	40	35	5	CORAZON DE JESUS	G6P2	PREMATURIDAD / COVID 19	CESARE A	28/03/2021	10:59	FEMENINO	1690	8/9PTS	32SSAEG	29/03/2021	8/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
MARZO	41	35	5	CORAZON DE JESUS	G6P2	PREMATURIDAD / COVID 19	CESARE A	28/03/2021	11:00	FEMENINO	1510	8/9PTS	32SSAEG	28/03/2021	9/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	12
MARZO	42	27	7	JR.RAMIREZ HURTADO	G3P2	PLACENTE PREVIA TOTAL	CESARE A	28/03/2021	01:15	FEMENINO	1910	8/9PTS	31SSGEG	29/03/2021	5/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	37
MARZO	43	39	1	JR.TIWINZA 364	G5P3		VAGINAL	29/03/2021	03:06	FEMENINO	900	3/5PTS	25SSAEG	29/03/2021	24/05/2021	FALLECIDO	56
MARZO	44	32	3	CASERIO ALTO ANDINO	G4P4	ANHIDRAMNIOS/SFA	CESARE A	30/03/2021	11:23	MASCULINO	1800	8/9PTS	31SS	30/03/2021	2/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
ABRIL	45	17	12	JR NEREA CABELLO CUADRA 6 BARRIO SOL	G1P1	ESTRECHEZ PELVICA RAYA SFA	CESARE A	2/04/2021	03:12	MASCULINO	3040	8/9PTS	40SSAEG	2/04/2021	8/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	33
ABRIL	46	33	0	BARRIO SAN JUAN	G1P1	PRECLAMIA, PODALICO	CESARE A	9/04/2021	09:49	MASCULINO	1120	05/07PTS	29SSAEG	9/04/2021	12/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	33
ABRIL	47	28	0	JR. EDUARDO PEÑA MEGO 155	G4P4	SFA/OLIGO SEVERO - COVID IGG, IGM +	CESARE A	10/04/2021	10:17	FEMENINO	1090	07/08PTS	29SSAEG	10/04/2021	22/05/2021	FALLECIDO	42
ABRIL	48	31	3	CIRCUNVALACION 1679	G1P2	EMBARAZO GEMELAR+APP+RPM 13HRS	CESARE A	19/04/2021	02:07	MASCULINO	1970	09/09PTS	30SSAEG	19/04/2021	22/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	3
ABRIL	49	31	3	CIRCUNVALACION 1680	G1P3	EMBARAZO GEMELAR+APP+RPM 13HRS	CESARE A	19/04/2021	02:08	MASCULINO	1490	07/09PTS	30SSAEG	19/04/2021	28/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	9

ABRIL	50	35	8	SANTA ROSA	G4P4	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	22/04/2021	22:36	FEMENINO	1670	6/8PTS	32SSAEG	23/04/2021	28/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	5
ABRIL	51	30	7	JR. CAYNARACH S/N	G3P3	DPP	CESARE A	24/04/2021	12:58	MASCULINO	3050	8/9PTS	36SSAEG	24/04/2021	28/04/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	7
ABRIL	52	23	0	SECTOR LA RAMADA	G1P1	COVID IGG MAS IGM	CESARE A	27/04/2021	11:37	FEMENINO	1570	7/8PTS	32SSAEG	29/04/2021	20/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	21
ABRIL	53	27	4	JR.PEDRO AREVALO 453	G2P2	PES/APP	CESARE A	28/04/2021	01:15	FEMENINO	2070	5/7PTS	34SSAEG	28/04/2021	5/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
ABRIL	54	25	6	SECTOR SANANGUILLO	G3P5	EMBARAZO GEMELAR/ CESAREADA ANTERIOR 2 VECES	CESARE A	29/04/2021	00:51	FEMENINO	2520	9/10PTS	34SSAEG	29/04/2021	11/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	38
ABRIL	55	22	6	CASERIO YANAYACU/ BAJO BIAVO	G1P1	PES/ PREMATURIDAD EXTREMA	CESARE A	29/04/2021	02:36	FEMENINO	1150	9/9PTS	28SSAEG				0
MAYO	56	29	2	CASERIO HUAYABAMBA	G1P1	APP7 ANHIDRAMNIOS	VAGINA L	2/05/2021	10:20	MASCULINO	670	8/9PTS	24PEG	2/05/2021	28/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	26
MAYO	57	19	5	CPM LECHE	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	4/05/2021	21:15	FEMENINO	3770	8/9PTS	39SSGEG	4/05/2021	5/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	4
MAYO	58	31	0	JR. VISTA ALEGRE 451	G2P2	APP/ COVID 19/ INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/NEUMONIA POR COVID	CESARE A	7/05/2021	15:09	MASCULINO	1210	4/8PTS	26SSAEG	7/05/2021	14/06/2021	FALLECIDO	38
MAYO	59	27	1	JR ALERTA #182	G3P3	CESAREA ANTERIOR 1 VEZ	CESARE A	9/05/2021	11:25	FEMENINO	2330	7/8PTS	34SS AEG	9/05/2021	13/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	4
MAYO	60	28	6	JR TUMBES S/N	G1P1	DPP/COVID POSITIVO	CESARE A	10/01/1900	23:40	MASCULINO	1330	8/9PTS	29SS AEG	11/05/2021	18/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
MAYO	61	31	6	JR.ANA LOPEZ 576	G4P3	CA.1VEZ/LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	CESARE A	13/05/2021	01:12	MASCULINO	2450	7/8PTS	33SSAEG	13/05/2021	17/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4
MAYO	62	18	5	JR.MARCOS MORI 705	G2P2	TRABAJO DE PARTO/PRETERMINO	CESARE A	16/05/2021	18:39	FEMENINO		4/7PTS	28SSPEG	16/05/2021	24/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	39
MAYO	63	30	3	CASERIO ALTO SANTA CRUZ DE SHITARIACU	G6P4	PES	CESARE A	17/05/2021	22:04	MASCULINO	1220	5/8PTS	30SSAEG	17/05/2021	18/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	1
MAYO	64	37	2	JR.ALFONSO UGARTE SN	G3P3	CA2VECES	CESARE A	17/05/2021	23:33	MASCULINO	3160	6/9PTS	37SSAEG	19/05/2021	26/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	29
MAYO	65	15	6	JR. LETICIA S/N	G1P1		VAGINA L	18/05/2021	08:19	MASCULINO	1550	8/9PTS	32SSPEG	18/05/2021	28/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10

MAYO	66	31	5	JR. HUASCAR 202	G4P1	TRABAJO DE PARTO/PRETERMINO/ FETO PODALICO	CESARE A	20/05/2021	12:24	MASCULINO	2110	7/9PTS	33SSAEG	20/05/2021	27/05/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
MAYO	67	22	1	CASERIO RAMON CASTILLA	G2P2	MADRE CON VIH POSITIVO	CESARE A	26/05/2021	04:37	FEMENINO	1000GR	7/8PTS	26SS AEG	26/05/2021	15/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	50
MAYO	68	39	0	CARRETERA F.B.TERRY	G2P1	ECLAMPSIA	CESARE A	26/05/2021	15:15	MASCULINO	1120	6/7PTS	29SSAEG	26/05/2021	24/06/2021	FALLECIDO	29
MAYO	69	36	8	CASERIO UNION CADENA	G3P3	DENGUE/EXPULSIVO PROLONGADO	VAGINAL	27/05/2021	09:45	MASCULINO	3050	6/7PTS	39SS AEG	27/05/2021	3/06/2021	FALLECIDO	11
JUNIO	70	34	4	PSAJE. LOS ROSALES 133	G4P2	PES	CESARE A	1/06/2021	13:51	MASCULINO	2200	7/8PTS	36SSAEG	1/06/2021	30/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	29
JUNIO	71	43	3	JR.TARAPOTO	G4P4	FETO TRANSVERSO	CESARE A	10/06/2021	17:56	MASCULINO	2480	7/8PTS	33SSAEG	11/06/2021	14/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
JUNIO	72	18	5	JR. JASMINES 378 VISTA HERMOSA	G1P1	RPM	CESARE A	13/06/2021	21:40	FEMENINO	1310	9/9PTS	30SSAEG	13/06/2021	22/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	9
JUNIO	73	22	6	BARRIO LA PERLA	G2P2	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/COVID 19 +	CESARE A	17/06/2021	11:00	FEMENINO	1460	8/9PTS	31SSAEG	17/06/2021	24/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
JUNIO	74	40	6	JR LOS PINOS 374	G5P5	PLACENTA PREVIA TOTAL	CESARE A	18/06/2021	20:34	MASCULINO	2370	8/9PTS	35SSPEG	18/06/2021	19/06/2021	FALLECIDO	1
JUNIO	75	21	3	CASERIO BARRANCA		PES	CESARE A	21/06/2021	20:05	FEMENINO	1320	3/6PTS	29SSAEG	21/06/2021	2/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	11
JUNIO	76	24	5	CASERIO SAN MIGUEL DE SHANUSI	G5P4	CA.3VECES/APP	CESARE A	21/06/2021	23:25	MASCULINO	2390	8/9PTS	36SSGEG	22/06/2021	26/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4
JUNIO	77	19	4	C.N LO ANGELES	G3P1	EXPULSIVO	VAGINAL	24/06/2021	00:30	MASCULINO	1530	8/9PTS	32SSAEG	25/06/2021	6/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	42
JUNIO	78	29	0	JR. COMERCIO C9 PALMERAS	G7P1	FETO PODALICO TOXOPLASMOSIS	CESARE A	24/06/2021	18:45	MASCULINO	2600	8/9PTS	36SSAEG	24/06/2021	25/06/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	18
JUNIO	79	20	5	JR.D.A.CARRION SN		PES/FETO PODALICO	CESARE A	26/06/2021	14:47	FEMENINO	1520	8/9PTS	36SSPEG	26/06/2021	3/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	7
JUNIO	80	39	5	JR LOS INCAS S/N	G4P3	APP/PLACENTA PREVIA	CESARE A	28/06/2021	17:35	FEMENINO	1300	2/8PTS	26SSAEG	28/06/2021	23/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	25
JUNIO	81	36	7	B.VIA BAMBET	G5P5	PES	CESARE A	30/06/2021	11:52	FEMENINO	2210	8/9PTS	39SSPEG	30/06/2021	8/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
JULIO	82	18	1	VIA DE EVITAMIENTO 2052	G1P1	PROLAPSO DE PIE/PES/FETO PODALICO	CESARE A	2/07/2021	06:00	MASCULINO	1740	7/8PTS	34SSAEG	2/07/2021	13/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	11
JULIO	83	22	5	AV. CHAZUTA CUADRA 1	G2P1	PES	CESARE A	6/07/2021	18:07	FEMENINO	1620	8/9PTS	33SSAEG	6/07/2021	10/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4

JULIO	84	21	2	JR.HUASCAR 100	G2P1	ANIHIDRANMNIOS/ RPM	CESARE A	10/07/20 21	15:53	FEMENIN O	1490	1/3PTS	27SSAEG	10/07/2021	16/07/2021	FALLECIDO	6
JULIO	85	34	6	JR.SAN MARTIN S/N	G3P2	PRECLAMSIA	CESARE A	14/07/20 21	12:50	FEMENIN O	1690	8/9PTS	31SSGEG	14/07/2021	1/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	18
JULIO	86	29	4	JR.LETICIA 600	G3P3	CA.2 VECES	CESARE A	15/07/20 21	16:50	FEMENIN O	2370	8/9PTS	35SSAEG	15/07/2021	21/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	6
JULIO	87	37	5	PASAJE LA MOLINA MZ. I - 21	G3P2	APP/ C.A 1 VEZ/ RPM MAS O MENOS 2 DIAS	VAGINA L	18/07/20 21	04:07	FEMENIN O	1500	8/9PTS	31SSAEG	18/07/2021	19/07/2021	FALLECIDO	1
JULIO	88	26	5	JR 21 DE SETIEMBRE MZ I LT 2	G5P3	DILATACION ESTACIONARIA, SFA	CESARE A	18/07/20 21	14:35	FEMENIN O	3970	4/7PTS	38SS GEG	19/07/2021	28/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	1
JULIO	89	16	1	JR AUGUSTO B. LEGUIA C-1	G1P1	RPM PROLONGADO	VAGINA L	19/07/20 21	21:29	FEMENIN O	1690	8/9PTS	32SS AEG	20/07/2021	30/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
JULIO	90	32	3	JR.ISSAC ÑUTON C3 SN	G1P1		VAGINA L	20/07/20 21	12:47	MASCULI NO	1710	8/9PTS	33SSPEG	20/07/2021	23/07/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
JULIO	91	33	6	VIA DE EVITAMIENTO S/N	G6P4	PES	CESARE A	21/07/20 21	12:05	MASCULI NO	1260	6/8PTS	29SSAEG	21/07/2021	10/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	20
JULIO	92	36	10	JR RAMON VELASQUEZ S/N	G3P3	PODALICO	CESARE A	23/07/20 21	16:37	MASCULI NO	3200	4/7PTS	39SS AEG	23/07/2021	20/09/2021	FALLECIDO	9
JULIO	93	22	7	JR. PACHACUTEC K3	G3P3		VAGINA L	27/07/20 21	23:52	FEMENIN O	3630	1/3PTS	40SSAEG	28/07/2021	16/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	14
JULIO	94	27	4	CAS. PONAZAPA	G2P2	EMBARAZO PRETERMINO	CESARE A	30/07/20 21	23:02	MASCULI NO	1620	4/7PTS	31SSAEG	31/07/2021	7/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
JULIO	95	17	4	JR. ANA COOPERA 176	G3P3	PES/ ARO POR EDAD	CESARE A	31/07/20 21	07:25	MASCULI NO	1510	2/6PTS	35SSAEG	31/07/2021	7/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
AGOSTO	96	17	6	CASERIO CARAÑAYACO	G1P1		CESARE A	1/08/202 1	10:10	MASCULI NO	2850	9/9PTS	36SSAEG	1/08/2021	07-8-2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
AGOSTO	97	13	3	JR LOS CEDROS S/N	G1P1		VAGINA L	4/08/202 1	05:11	FAMENIN O	2630	8/9PTS	36SSAEG	4/08/2021	7/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
AGOSTO	98	34	2	PJE.LOS LURELES MZ.O L.10	G3P2		VAGINA L	5/08/202 1	21:19	MASCULI NO	930	8/9PTS	27SSPEG	5/08/2021	9/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	65
AGOSTO	99	21	6	CASERIO CHURUZAPA	G1P1	PES	CESARE A	6/08/202 1	12:40	FEMENIN O	1690	8/9PTS	34SSAEG	6/08/2021	20/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	14
AGOSTO	100	44	5	JR. HUASCAR 320	G4P3	C.A.: 2 VECES/ PES/ PODALICO	CESARE A	7/08/202 1	00:48	MASCULI NO	2500	4/6PTS	37SSPEG	7/08/2021	8/08/2021	FALLECIDO	7
AGOSTO	101	29	9	JR WISTON PANDURO	G1P1	CESAREADA ANTERIOR	CESARE A	7/08/202 1	10:02	FEMENIN O	3930	9/9PTS	39SS GEG				19

AGOSTO	10 2	22	6	JR.MARTIN DE LA RIVA CD.2	G1P1	PES	CESARE A	9/08/2021	11:14	MASCULINO	1380	6/8PTS	31SSAEG	9/08/2021	10/08/2021	FALLECIDO	1
AGOSTO	10 3	20	8	JR.HUASCAR SN	G1P1	PES	CESARE A	9/08/2021	14:30	MASCULINO	2920	8/9PTS	36SSAEG	9/08/2021	14/08/2021	FALLECIDO	7
AGOSTO	10 4	26	3	JR. DOS DE MAYO MZ. W. LOT. 4	G3P3	PODALICO/ RPM MAS O MENOS 6 HORAS	CESARE A	10/08/2021	14:26	FEMENINO	1750	8/9PTS	35SSPEG	10/08/2021	14/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4
AGOSTO	10 5	25	2	JR. LAS FLORES 224	G1P1	RPM	CESARE A	13/08/2021	17:46	MASCULINO	2030	8/9PTS	33SSAEG	13/08/2021	21/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
AGOSTO	10 6	22	6	JR SARGENTO LORES S/N	G2P2	PREECLAMPSIA	CESARE A	14/08/2021	00:50	FEMENINO	1860	8/9PTS	33SSAEG	13/08/2021	21/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
AGOSTO	10 7	21	7	CASERIO SAN JUAN SALADO	G1P1	OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	CESARE A	16/08/2021	18:35	MASCULINO	1760	6/9PTS	33SSAEG	16/08/2021	25/08/2021		9
AGOSTO	10 8	18	7	CAS. CHAMBIRA	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	18/08/2021	14:57	MASCULINO	1870	3/8PTS	33SSPEG	18/08/2021	1/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	14
AGOSTO	10 9	35	5	JR TUPAC AMARU 383	G4P3	RPM	CESARE A	18/08/2021	16:30	MASCULINO	2290	2/8PTS	33SSPEG	18/08/2021	22/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	4
AGOSTO	11 0	17	0	BARRIO SAN MARTIN	G2P2	CESAREA ANTERIOR 1 VEZ	CESARE A	18/08/2021	J	MASCULINO	2380	8/9PTS	35SS AEG	18/08/2021	24/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	6
AGOSTO	11 1	31	0	URB.SANTA RITA	G3P1	INSUFICIENCIA PLACENTARIA	CESARE A	24/08/2021	17:32	FEMENINO	1920	8/9PTS	32SSAEG	24/08/2021	31/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
AGOSTO	11 2	25	4	JR. LOS PASAJES N°275	G1P1	PRE ECLAMPSIA	CESARE A	27/08/2021	15:46	MASCULINO	2850	8/9PTS	36SSAEG	27/08/2021	30/08/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
AGOSTO	11 3	37	5	JR. HUASCAR S/N	G3P3	C.A: 2 VECES/ CORIOAMNIONITIS/ RPM PROLONGADO/ PODALICO	CESARE A	31/08/2021	20:42	FEMEINO	1980	8/9PTS	35SSAEG	31/09/2021	6/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
SETIEMBRE	11 4	30	6	COMUNIDAD NATIVA HUASCAYACU	G4P3	SINDROME DE HELL	CESARE A	2/09/2021	23:08	MASCULINO	2560	7/8PTS	36SSAEG	3/09/2021	15/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	36
SETIEMBRE	11 5	18	5	JR. ESPAÑA 1023	G1P1	PES CON SIGNOS DE SEVERIDAD	CESARE A	7/09/2021	16:14	FEMENINO	1580	7/9PTS	31SSAEG	7/09/2021	9/09/2021	FALLECIDO	2
SETIEMBRE	11 6	17	S/C	JR: BUENOS AIRES CDRA 3	G1P1	PARTO PREMATURO / FETO PODALICO	CESARE A	9/09/2021	19:54	FEMENINO	1120	8/9. PTS	28 SS PEG	9/09/2021	9/09/2021	FALLECIDO	0
SETIEMBRE	11 7	22	6	CASERIO PUCACACA DE RIO MAYO	G1P1	PODALICO/SFA	CESARE A	10/09/2021	09:07	MASCULINO	2160	8/9PTS	35 SS AEG	10/09/2021	17/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
SETIEMBRE	11 8	37	3	CAS. AUSASAPINA	G4P4	PES CON SIGNOS DE SEVERIDAD	CESARE A	11/09/2021	05:54	MASCULINO	2240	6/8PTS	34SSAEG	11/09/2021	30/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	19
SETIEMBRE	11 9	37	3	CASERIO NUEVA ESPERANZA	G8P5	EMBARAZO GEMELAR	CESARE A	11/09/2021	12:15	FEMENINO	1900	8/9PTS	33SSAEG	11/09/2021	18/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7

SETIEMBRE	12	21	5	JR. MIGUEL GRAUS/N	G1P1	DPP/PES/CORIOAMNIONITIS	CESAREA	16/09/2021	18:30	MASCULINO	1680	6/9PTS	32SS AEG	16/09/2021	23/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
SETIEMBRE	12	34	6	JR. RIOJA S/N 4TO PISO		FETO OBLICUO/RPM21 HORAS	CESAREA	16/09/2021	23:58	FEMENINO	3280	8/9PTS	36SS AEG	17/09/2021	23/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
SETIEMBRE	12	18	4	SAN JUAN PARTE ALTA	G1P1	CORIOAMNIONITIS	CESAREA	17/09/2021	06:36	FEMENINO	1590	8/9PTS	31SS AEG	17/09/2021	24/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	7
SETIEMBRE	12	27	6	JR. MARISCAL CASTILLA S/N	G5P4	PLACENTA PREVIA TOTAL/ PES	CESAREA	18/09/2021	20:32	FEMENINO	1470	7/8PTS	33SSAEG	18/09/2021	27/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	9
SETIEMBRE	12	29	1	COMUNIDAD NATIVA MISHKIAKILLO	G5P5		VAGINAL	21/09/2021	06:46	FEMENINO	2150	8/9PTS.	34SSAEG	27/09/2021	9/10/2021	FALLECIDO	12
SETIEMBRE	12	19	10	LOS PINOS	G1P1		VAGINAL	21/09/2021	20:53	MASCULINO	2870	2/3/PTS	40SSAEG	22/09/2021	28/09/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	23
SETIEMBRE	12	36	3	JR. IQUITOS S/N	G3P3	PLACENTA PREVIA	CESAREA	25/09/2021	04:35	MASCULINO	2080	8/9PTS	32SSAEG	25/09/2021	5/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
SETIEMBRE	12	23	7	JR. COMERCIO S/N	G2P2	PREECLAMIA	CESAREA	25/09/2021	18:22	MASCULINO	2070	8/9PTS	34SSAEG	25/09/2021	5/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	10
SETIEMBRE	12	20	3	JR. ELADIO PASHANASE C4	G1P1		VAGINAL	28/09/2021	05:50	MASCULINO	740	01/01PTS	25SSAEG	28/09/2021	19/10/2021	FALLECIDO	21
SETIEMBRE	12	28	S/C	CASERIO FAUSTA LAMISTA	G2P2	C.A 1 VEZ	VAGINAL	28/09/2021	23:51	MASCULINO	850	7/8 PTS	25 SS PEG	29/09/2021	3/10/2021	FALLECIDO	4
OCTUBRE	13	38	5	JR. SAOLIN VARGAS C/2	G2P2	DIABETES/C.A 1 C.A/POLIHIDRAMIOS	CESAREA	5/10/2021	15:08	FEMENINO	2160	9/9PTS	33SS AEG	5/10/2021	10/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	5
OCTUBRE	13	21	7	CARRT. FBT 619	G1P1	APP	CESAREA	6/10/2021	19:41	MASCULINO	2560	8/9PTS	35SSAEG	6/10/2021	13/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	28
OCTUBRE	13	22	6	CASERIO NUEVO JAEN	G5P3	APP/ CESAREA ANTERIOR 2 VECES	CESAREA	8/10/2021	10:38	MASCULINO	2120	8/9 PTS	34 SS AEG	8/10/2021	11/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	3
OCTUBRE	13	30	5	JR. MANUELA MOREY 281	G3P2	PEZ	CESAREA	9/10/2021	10:55	FEMENINO	1700	8/9PTS	32SSAEG	9/10/2021	18/10/2021	FALLECIDO	9
OCTUBRE	13	17	3	JR. SAN FELIPE N 919	G1P1	APP/DISTOCIA FENICULAR	CESAREA	9/10/2021	18:34	MASCULINO	1550	6/8PTS	30SSAEG	9/10/2021	14/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	36
OCTUBRE	13	32	3	JR. JOSE GALVEZ 481	G6P5	PES	CESAREA	10/10/2021	18:37	FEMENINO	2520	9/10PTS	33SEM	11/10/2021	16/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
OCTUBRE	13	32	4		G3P3	CESAREADA ANTERIOR/ PAETO PREMATURO/ PRM PROLONGADO	CESAREA	13/10/2021	18:26	MASCULINO	870			13/10/2021	7/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	25

OCTUBRE	13 7	28	7	CAS. YARINA	G4P4	C.A 1 VEZ	CESARE A	14/10/20 21	16:48	MASCULI NO	3700	8/8PTS	37SSAEG	15/10/2021	17/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	15
OCTUBRE	13 8	18	6	NUEVO SAUCE	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	CESARE A	16/10/20 21	14:30	MASCULI NO	5580	3/7PTS	40SS AEG	16/10/2021	27/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
OCTUBRE	13 9	18	5	JR. DOS DE MAYO - LA MOLINA	G2P2	PES	CESARE A	18/10/20 21	08:00	FEMENIN O	2760	6/9PTS	35SSAEG	18/10/2021	20/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	9
OCTUBRE	14 0	21	1	PJE PRUDENCIA MENDOZA	G3P3	PARTO PRETERMINO 7 OLIGOHIDRAMNIOS	CESARE A	19/10/20 21	21:48	MASCULI NO	1750	9/10 PTS	32 SS AEG	20/10/2021	22/10/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	2
OCTUBRE	14 1	28	2	JR MIRAFLORES 793	G3P3	GEMELAR G1	VAGINA L	25/10/20 21	05:36	FEMENIN O	710			25/10/2021	27/10/2021	FALLECIDO	2
OCTUBRE	14 2	15	5	JR. MASCHI S7 N	G2P1	FETO PODALICO/ POLIHIDRAMNIOS	CESARE A	25/10/20 21	17:36	FEMENIN O	3490	8/9PTS	36SSAEG	26/10/2021	13/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	17
OCTUBRE	14 3	25	6	JR. TACNA N°118	G2P1	CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ	CESARE A	25/10/20 21	22:26	MASCULI NO	1850	4/7PTS	32SS AEG	25/10/2021	30/10/2021	FALLECIDO	5
OCTUBRE	14 4	43	6	JR MARICAL CACERES 117	G4P4	C.A 1 VEZ	CESARE A	26/10/20 21	09:20	MASCULI NO	2810	3/5PTS	37SSAEG	27/10/2021	27/10/2021	FALLECIDO	1
OCTUBRE	14 5	17	5	JR. ALFONSO UGARTE S/N	G2P2	PERDIDA DEL BIENESTA FETAL	CESARE A	29/10/20 21	08:10	FEMENIN O	2260	3/6PTS	32SSAEG	30/10/2021	30/10/2021	FALLECIDO	0
NOVIEMB RE	14 6	18	4	MATILLUYOC	G2P2		VAGINA L	3/11/202 1	07:58	MASCULI NO	1810	7/8PTS	30SSGEG	3/11/2021	25/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	22
NOVIEMB RE	14 7	25	7	JR.MICAELA BASTIDAS A-4	G3P3	C.A. 2 VECES	CESARE A	3/11/202 1	12:10	MASCULI NO	3030	6/8PTS	38SSAEG	3/11/2021	7/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	8
NOVIEMB RE	14 8	24	5	JR. RICARDO PALMA	G3P2	TAQUICARDIA MATERNA Y FETAL	CESARE A	4/11/202 1	18:59	FEMENIN O	1890	6/8PTS	32SSAEG	5/11/2021	13/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
NOVIEMB RE	14 9	22	6	JR.13 DE DICIEMBRE	G2P3	CA 1 VEZ + EMBARAZO GEMELAR	CESARE A	5/11/202 1	16:07	FEMENIN O	2190	6/8PTS	35SS AEG	6/11/2021	19/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	5
NOVIEMB RE	15 0	25		JR. LOS TICOS- SANANGUILLO		CESAREADA ANTERIOR	CESARE A	5/11/202 1	21:07	MASCULI NO	3120	7/8PTS	35SSAEG	7/11/2021	15/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	12
NOVIEMB RE	15 1	17	6	JR BUENOS AIRES S/N	G1P1	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	7/11/202 1	18:45	MASCULI NO	1940	7/8 PTS	33 SS PEG			PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
NOVIEMB RE	15 2	36	10	EL CARMEN	G3P3	RCU INSUFICIENCIA PLACENTARIA	CESARE A	7/11/202 1	20:59	MASCULI NO	2555	7/8 PTS	35SSAEG	8/11/2021	21/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	8
NOVIEMB RE	15 3	30	5	JR. LAMAS 425	G2P2	PREECLAMPSIA SEVERA	CESARE A	9/11/202 1	12:42	MASCULI NO	2210	8/9PTS	36SSAEG	13/11/2021	25/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	12
NOVIEMB RE	15 4	18	3	JUANJUICILLO P/A		SINDROME EPILEPTICO	CESARE A	9/11/202 1	15:58	MASCULI NO	2220	4/7PTS	33SSAEG	11/11/2021	4/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	23

NOVIEMBRE	15	35	7	NUEVA ESPERANZA	G2P2		CESAREA	10/11/2021	22:43	MASCULINO	3050	4/6PTS	39SSAEG	10/11/2021	11/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
NOVIEMBRE	15	35	4	JR. 16 DE MAYO MZ E LT 5	G1P1	FETO PODALICO	CESAREA	14/11/2021	20:23	MASCULINO	2280	9/9PTS	34SSAEG	14/11/2021	22/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	8
NOVIEMBRE	15	40	9	JR.AMAZONAS	G6P6	SFA	CESAREA	19/11/2021	07:23	MASCULINO	4550	3/8PTS	41SSGEG	19/11/2021	29/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	28
NOVIEMBRE	15	22	5	JR. PAJATEN 178	G4P2	POLIHIDRAMNIOS/C.A: 1 VEZ	CESAREA	21/11/2021	18:20	FEMENINO	2520	5/8PTS	33SSGEG	21/11/2021	12/12/2021	FALLECIDO	2
NOVIEMBRE	15	15	6	CASERIO CURIYACU	G1P1	PES/ ARO	CESAREA	22/11/2021	22:37	FEMENINO	1880	9/9PTS	32SSAEG	23/11/2021	26/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
NOVIEMBRE	16	32	9	JR TUPAC AMARU S/N	G4P3	C.A 2 VECES/RRCA	CESAREA	25/11/2021	16:33	FEMENINO	3220	8/9PTS	39SSAEG	25/11/2021	27/11/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	6
NOVIEMBRE	16	19		AV VIA DE EVITAMIENTO	G1P1	RPM PROLONGADO/APP	CESAREA	26/11/2021	23:45	FEMENINO	1330	7/9PTS	29SSAEG	27/11/2021	8/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	11
NOVIEMBRE	16	27	5	JR MOYOBAMBA N 400 4TO PISO	G1P1	PRECLAMPSIA SEVERA	CESAREA	27/11/2021	18:28	FEMENINO	1810	8/9PTS	34SSAEG	27/11/2021	5/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	8
NOVIEMBRE	16	16	2	JR. ELADIO TAPULLIMA S/N	G1P1	APP-RPM/CORIOAMNIONITIS	VAGINAL	29/11/2021	08:32	MASCULINO	1990	8/9PTS	32SSAEG	29/11/2021	4/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	5
DICIEMBRE	16	16	1	LOTIZACION TACUNGA	G2P2	CESAREADA ANTERIOR 1 VEZ / P-P	CESAREA	3/12/2021	11:09	MASCULINO	1010	7/9PTS	27SSPEG	3/12/2021	CONTINUA 2022	UCI NEO	28
DICIEMBRE	16	31	3	JR LORETO N 216	G2P2	PES / FETO PODALICO	CESAREA	3/12/2021	15:20	FEMENINO	1440	8/9PTS	28SSGEG	3/12/2021	5/12/2021	FALLECIDO	2
DICIEMBRE	16	35	2	AV CIRCUNVALACION	G2P2	DEFORMACION DE MIEMBROS INFERIORES/PTP	CESAREA	4/12/2021	22:35	MASCULINO	2520	7/8PTS	36SSAEG	16/12/2021	20/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
DICIEMBRE	16	22	7	JR. MORENA S/N PISCUYACU	G3P2	GEMELAR/RPM/FETO PODALICO	CESAREA	6/12/2021	02:16	FEMENINO	1570	7/9PTS	35SSPEG	6/12/2021	10/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	4
DICIEMBRE	16	24	8	JR PEDRO VILLANUEVA C1	G1P1		VAGINAL	9/12/2021	14:15	FEMENINO	2100	8/9PTS	34SSAEG	9/12/2021	15/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 2	6
DICIEMBRE	16	37	3	JR. PROGRESO CDR 2	G3P3	EMBARAZO GEMELAR	CESAREA	10/12/2021	11.5	FEMENINO	2280	8/9PTS	35SSAEG	10/12/2021	13/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
DICIEMBRE	17	21	6	JR. HUALLAGA 398	G5P3		VAGINAL	12/12/2021	03:28	MASCULINO	2570	7/9PTS	35SSAEG	12/12/2021	16/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
DICIEMBRE	17	35	4	JR. HUASCAR 770	G2P2	PREECLAMPSIA SEVERA	CESAREA	13/12/2021	23:27	FEMENINO	1200	5/8PTS	33SSAEG	14/12/2021	25/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	11

DICIEMBR E	17 2	26	5	JR. AMAZONAS 4TO PISOS/N	G1P2	PLACENTA PREVIA + HEMORRAGIA	CESARE A	14/12/20 21	02:28	MASCULI NO	2880	6/8PTS	35SSAEG	14/12/2021	16/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	32
DICIEMBR E	17 3	27	5	JR ORLANDO CARDENAS 2DO PISO	G4P4	SUFRIMIENTO FETAL	CESARE A	14/12/20 21	23:34	MASCULI NO	2910	8/9 PTS	34 SS GEG	14/12/2021	29/12/2021	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	15
DICIEMBR E	17 4	27	5	JR. SAN MARTIN 737	G3P3	DPP APP	CESARE A	16/12/20 21	21:31	FEMENIN O	1360	7/9PTS	26SSPEG	16/12/2021	PASO 2022	UCI NEO	15
DICIEMBR E	17 5	37	2	SECTOR VENTANILLA	G4P2	PES	CESARE A	21/12/20 21	15.2	FEMENIN A	1390	8/9 PTS	32 AEG	21-21-2021	7/01/2022	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	10
DICIEMBR E	17 6	35	5	P.S: LAS FLORES	G3P3	APP	VAGINA L	25/12/20 21	07:31	MASCULI NO	1740	8/9PTS	33SSAEG	25/12/2021	3/01/2022	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	9
DICIEMBR E	17 7	27	6	AV. LIMA 1110	G5P4	PLACENTA PREVIA TOTAL	CESARE A	27/12/20 21	16:53	MASCULI NO	2240	8/9PTS	34SSAEG	29/12/2021	31-12- 21/10:00	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	3
DICIEMBR E	17 8	28	6	BARRIO LA LOMA	G2P3	PES/EMBARAZO GEMELAR	CESARE A	28/12/20 21	16:12	FEMENIN O	2100	3/6PTS	34SSAEG	28/12/2021	3/01/2022	PASA A CUIDADOS INTERMEDIOS 1	6



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO


Declaratoria de autenticidad del asesor

Yo, Dr. Gustavo Ramírez García, identificado con DNI N° 01109463, docente de la Escuela de Posgrado, Programa académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad César Vallejo, filial Tarapoto, asesor(a) de la tesis titulada: **“Mortalidad y estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital II- 2, 2021”**. constato que la investigación tiene un índice de similitud de 11 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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.

Tarapoto, 08 de febrero de 2022

Apellidos y nombre: Dr. Gustavo Ramírez García	
DNI: 01109463	 Dr. Gustavo Ramírez García DNI: 01109463
ORCID: 0000-0003-0035-7080	