

**Universidad Nacional Experimental  
de los Llanos Occidentales  
“Ezequiel Zamora”**



**La Universidad que siembra**

**Vicerrectorado de Infraestructura  
y Procesos Industriales  
Programa de Estudios Avanzados  
Maestría en Salud Pública**

**APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A  
LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN  
POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO**

**AUTOR:** Argimiro Antonio Meléndez Figueroa  
C. I. Nro. V-4.101.812

San Carlos, septiembre de 2024

**Universidad Nacional Experimental  
de los Llanos Occidentales  
“Ezequiel Zamora”**



**La Universidad que siembra**

**Vicerrectorado de Infraestructura  
y Procesos Industriales  
Programa de Estudios Avanzados  
Maestría en Salud Pública**

**APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A  
LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN  
POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO**

Requisito parcial para optar al grado de  
*Magister Scientiarum en Salud Pública*

**AUTOR:** Argimiro Antonio Meléndez Figueroa  
C. I. Nro. V-4.101.812

**TUTOR:** Dr. Reynaldo Mujica Mendoza

San Carlos, septiembre de 2024

## APROBACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Dr. REYNALDO MUJICA MENDOZA**, venezolano, titular de la cédula de identidad **Nro. V-16.425.858**, personal académico y de investigación, adscrito al Programa de Ciencias Jurídicas y Políticas, del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales, de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos “Ezequiel Zamora” (UNELLEZ-UIPI), hago en mi carácter de tutor del Trabajo de Grado titulado: **«APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO»**, presentado por el **Licdo. Argimiro Antonio Meléndez Figueroa**, titular de la cédula de identidad **Nro. V-4.101.812**, para optar al grado académico de *Magister Scientiarum* en Salud Pública, por medio de la presente certifico que he leído el informe final, por lo cual considero que reúne las condiciones necesarias para ser defendido y evaluado por el Jurado Examinador que se le designe. En la ciudad de San Carlos, capital del estado Cojedes, a los quince días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (15/09/2024).

**DR. REYNALDO MUJICA MENDOZA**

**reycmm@gmail.com**

**+58 414 4953064**



---

Firma de Aprobación del Tutor

## VEREDICTO DEL JURADO EVALUADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL  
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES  
"EZEQUIEL ZAMORA"  
UNELLEZ VIPI COJEDES



### ACTA DE PRESENTACIÓN / DEFENSA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado(a):

APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO

Elaborado por el (la) participante:

Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

ARGIMIRO ANTONIO MELÉNDEZ FIGUEROA  
C.I. V-4.101.812

Como requisito parcial para optar al grado académico de: *Magister Scientiarum*, el cual es ofrecido en el programa de: *Maestría en Salud, mención Salud Pública*, del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ – San Carlos, hacemos constar que hoy, 22 de Octubre de 2024 a las 10:15am se realizó la presentación / defensa del mismo, acordando:

- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN HONORÍFICA.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN Y HONORÍFICA.

Dando fe de ello levantamos la presente acta la cual finalizó a las 10:45am

1.- Jurado Coordinador (a)  
Dr. Reynaldo Mujica Mendoza  
C.I. V-16.425.858  
(UNELLEZ);

2.- Jurado Principal  
MSc., Aracely Jaspe  
C.I. V- 18.503.375  
(UNELLEZ);

4.- Jurado Suplente  
MSc. Mirla Reyes  
C.I. V- 14.324.250  
(EXTERNO);



3.- Jurado Principal  
MSc. Omar Alexander  
Arjona Vivas  
C.I. V-18.503.617  
(EXTERNO- UNEFA);

5.- Jurado Suplente  
Dr. Miguel Ángel Martino  
C.I. V-16.775.531  
(UNELLEZ).

**Nota:** Esta acta es válida con tres (03) firmas y un sello

## AGRADECIMIENTOS

*Agradecimiento a Dios, Ser Supremo que adecúa y sostiene toda la obra para que exista el Universo.*

*A mi gran familia, en especial a mi esposa Lisbeth, por entender mi dedicación exclusiva a mis estudios, aunque significara alejamiento y ausencias en el cotidiano compartir.*

*A los docentes que han sido parte de mi camino en el postgrado, a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos, necesarios para hoy poder estar aquí. Sin ustedes los conceptos serían sólo palabras, y las palabras ya sabemos quién se las lleva, el viento.*

*Al Doctor **REYNALDO COROMOTO MUJICA MENDOZA**, por ser mi tutor y acompañarme eficazmente en este transitar investigativo, con la sabiduría y el conocimiento que Dios le ha otorgado.*

*A los Doctores **EMILIA LUGO, ANDREA INOJOSA, JUDITH CASTILLO e IVÁN PERDOMO**, por sus aportes clave durante el abordaje cuantitativo de esta investigación.*

*Al Doctor **MANUEL RODRÍGUEZ**, Autoridad Única de Salud en el estado Cojedes, por concederme la licencia laboral necesaria que exigió el arduo trabajo de investigación.*

*A la Doctora **GLENIS PÉREZ**, Directora del Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, por el apoyo y el respaldo en el acceso a la información, muy especialmente al personal del **DEPARTAMENTO DE HISTORIAS MÉDICAS**.*

*A mis **COMPAÑEROS DE TRABAJO**, por respaldarme profesionalmente las ausencias laborales que ameritó la investigación.*

*A todos mis compañeros de la I Cohorte de la Maestría en Salud mención Salud Pública en la UNELLEZ-VIPI, Sección 2, en especial a **DEIBID NODA, NARDELYS SOLÓRZANO** y **JUANA RAQUEL GUEVARA**, pues compartir con cada una de ellas constituyó una experiencia integradora de imborrables sentimientos de compañerismo y saberes.*

*Por último, pero no menos imperioso, agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. A cada directivo por su trabajo y por su gestión, en especial al Doctor **MIGUEL ANGEL MARTINO GONZÁLEZ**, pues sin sus aportes no estarían las bases, ni las condiciones para aprehender conocimientos.*

## DEDICATORIA

*Este trabajo de grado está dedicado a mi abuela **TOMASA**, a mi padre **MARCO ANTONIO**, a mi madre **ERNESTINA** y a mi hermana **NIEVES MERCEDES**, quienes estuvieron a mi lado siempre y que hoy desde el cielo estoy seguro que los hago muy felices, porque guiaron mi camino para llegar a este momento tan bello de mi vida profesional.*

*A mi esposa Lisbeth por su apoyo, por su comprensión, por estar a mi lado, por tener fe en mí, y por su amor de cada día.*

*A mis hijos y nietos quienes en algún momento de su vida, cuando lean éstas líneas, se darán cuenta de lo mucho que los amo.*

**Argimiro Meléndez.**

## ÍNDICE GENERAL

	Pp.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iii
VEREDICTO DEL JURADO EVALUADOR.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>HOLÓN I. PROBLEMATIZACIÓN.....</b>	<b>4</b>
Contextualización de la Realidad Abordada.....	4
Aproximación al Fenómeno en Estudio.....	13
Preguntas Generadoras de la Investigación.....	19
Contextualización Epistemológica y Bioética del Estudio.....	20
Propósitos del Estudio.....	22
Propósito general.....	22
Propósitos específicos.....	22
Relevancia y Pertinencia del Estudio.....	23
<b>HOLÓN II. RECORRIDO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
Experiencias Investigativas Previas.....	25
Estado del Arte.....	30
Bases Teóricas Referenciales.....	33
Bases Legales.....	46
Conceptualización de las Variables.....	50
<b>MOMENTO III. ORIENTACIÓN METODOLÓGICA.....</b>	<b>58</b>
Contextualización del Paradigma.....	58
Tipo y Diseño de Investigación.....	60
Método de la Investigación.....	61
Población, Muestra e Informantes Clave.....	62
Técnicas e Instrumentos para la Aprehensión del Fenómeno en Estudio.....	63
Técnicas para la Interpretación de los Datos.....	64
Validez y Confiabilidad del Instrumento Cuantitativo.....	66
Fiabilidad de los Datos Cualitativos.....	66

<b>HOLÓN IV. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>68</b>
Presentación de los Resultados Cuantitativos.....	68
Codificación Abierta de la Información Cualitativa.....	85
Triangulación de los Datos Cualitativos.....	131
Comprensión e interpretación de los significados y significantes emergidos...	154
<b>HOLÓN V. TEÓRICO FINAL.....</b>	<b>211</b>
Integración Compleja de los Datos Cuantitativos y la Información Cualitativa	211
Matriz Epistémica sobre los Factores Epidemiológicos Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Estado Cojedes, Venezuela.....	212
Reflexiones de Cierre.....	227
Referencias Consultadas.....	229
ANEXO I.....	248
ANEXO II.....	250
ANEXO III.....	252
ANEXO IV.....	254
ANEXO V.....	256
ANEXO VI.....	257
ANEXO VII.....	258
ANEXO VIII.....	259

## LISTA DE TABLAS

	<b>pp.</b>
1. Operacionalización de las Variables.....	52
2. Matriz de Categorías Previas.....	56
3. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Condición de la Gestante”.....	70
4. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Período Intergenésico”...	70
5. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Control Prenatal”.....	71
6. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Edad de la Gestante”.....	72
7. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Tipo de Parto”.....	73
8. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Horas de Labor de Parto”	74
9. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Edad Gestacional”.....	75
10. Distribución de frecuencia de las dimensiones: “Sexo y Cantidad de Productos”.....	75
11. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Peso del Producto al Nacer”.....	76
12. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Causas de la Muerte”.....	77
13. Distribución de frecuencia de las dimensiones: “Estadía en Sala Neonatal” y “Hora de la Muerte”.....	78
14. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Residencia de la Madre”	80
15. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Lugar del Fallecimiento”	81
16. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Nivel de Instrucción de la Madre”.....	81
17. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Contención Emocional”...	82
18. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Situación Conyugal”.....	83
19. Distribución de frecuencia de la dimensión: “Número de Hijos Anteriores”.....	84
20. Narratividad de Informante Clave Uno (IC1).....	88
21. Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Uno (IC1).....	106
22. Narratividad de Informante Clave Dos (IC2).....	107
23. Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Dos (IC2).....	119
24. Narratividad de Informante Clave Tres (IC3).....	120
25. Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Tres (IC3).....	130
26. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Componente Humano».....	132
27. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Condicionantes Clínicas».....	133
28. Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Muerte Neonatal».....	135
29. Narratividad del Informante Clave Cuatro (IC4).....	136

30.	Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Cuatro (IC4).....	139
31.	Narratividad de Informante Clave Cinco (IC5).....	140
32.	Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Cinco (IC5).....	144
33.	Narratividad de Informante Clave Seis (IC6).....	145
34.	Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Seis (IC6).....	150
35.	Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Componente Humano».....	151
36.	Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Condicionantes Clínicas».....	152
37.	Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Muerte Neonatal».....	153
38.	Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas y depuradas.....	153
39.	Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Componente Humano».....	156
40.	Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Condicionantes Clínicas».....	164
41.	Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Muerte Neonatal».....	189
42.	Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Componente Humano».....	199
43.	Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Muerte Neonatal».....	204

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS  
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A  
LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN  
POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO**

**AUTOR:** Argimiro Antonio Meléndez Figueroa

**TUTOR:** Dr. Reynaldo Mujica Mendoza

**AÑO:** 2024

**RESUMEN**

El propósito general de éste estudio fue “integrar en una aprehensión epidemiológica los factores asociados a la mortalidad neonatal en Cojedes, Venezuela, desde un posicionamiento complejo e interdisciplinario”. Metodológicamente la investigación se enmarcó en el paradigma La Complejidad, en un tipo y diseño de investigación de campo, ya que tanto los datos cuantitativos como cualitativos, se recogieron directamente del fenómeno en estudio. Por un lado, los datos numéricos se recolectaron de las historias clínicas que reposan en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, y por otro lado, la información cualitativa se obtuvo a través de entrevistas realizadas al equipo de salud especializado intrahospitalario, y conversaciones con madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos. El primer propósito específico se abordó mediante el enfoque cuantitativo, tratándose de un estudio transversal o transeccional y retrospectivo. Mientras que los propósitos dos y tres, fueron cubiertos a través del método Fenomenológico-Hermenéutico. La población estuvo conformada por 102 historias clínicas, para lo cual se empleó la observación como técnica y la lista de cotejo como instrumento, validado por una tríada de expertos salubristas. Para los datos cualitativos se entrevistaron 6 informantes clave, recurriendo a la entrevista semi-estructurada y grabaciones de audio. Para el análisis estadístico de la información cuantitativa se empleó la Estadística Descriptiva. La comprensión e interpretación de los datos cualitativos se efectuó a través de la Codificación Abierta, Axial y Selectiva, información que fue triangulada y contrastada. Entre los resultados se evidenció que la insuficiencia respiratoria aguda, el riesgo de sepsis neonatal y la coagulación intravascular diseminada, fueron las principales causas de muerte neonatal registradas en el Hospital General de San Carlos, Cojedes, en el año 2022. Como hallazgos emergieron tres categorías principales que dieron sustento teórico a la matriz epistémica: «Componente Humano», «Condicionantes Clínicas» y «Muerte Neonatal».

**Palabras Clave:** *Epidemiología, Mortalidad Neonatal, Control Prenatal, Complejidad, Cojedes.*

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS  
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**EPIDEMIOLOGICAL APPREHENSION OF THE FACTORS ASSOCIATED  
WITH NEONATAL MORTALITY IN COJEDES, VENEZUELA, FROM A  
COMPLEX AND INTERDISCIPLINARY POSITIONING**

**AUTHOR:** Argimiro Antonio Meléndez Figueroa

**TUTOR:** Dr. Reynaldo Mujica Mendoza

**YEAR:** 2024

**ABSTRACT**

The general purpose of this study was “to integrate into an epidemiological understanding the factors associated with neonatal mortality in Cojedes, Venezuela, from a complex and interdisciplinary position”. Methodologically, the research was framed in the Complexity paradigm, in a type and design of field research, since both quantitative and qualitative data were collected directly from the phenomenon under study. On the one hand, the numerical data were collected from the medical records stored in the General Hospital “Dr. Égor Nucete” from San Carlos, Cojedes, and on the other hand, qualitative information was obtained through interviews with the specialized in-hospital health team, and conversations with mothers from Cojedes who lost their newborn children. The first specific purpose was addressed through the quantitative approach, being a cross-sectional or transectional and retrospective study. While purposes two and three were covered through the Phenomenological-Hermeneutical method. The population was made up of 102 medical records, for which observation was used as a technique and the checklist as an instrument, validated by a triad of health experts. For qualitative data, 6 key informants were interviewed, using semi-structured interviews and audio recordings. Descriptive Statistics was used for the statistical analysis of the quantitative information. The understanding and interpretation of the qualitative data was carried out through Open, Axial and Selective Coding, information that was triangulated and contrasted. Among the results, it was evident that acute respiratory failure, the risk of neonatal sepsis and disseminated intravascular coagulation were the main causes of neonatal death recorded at the General Hospital of San Carlos, Cojedes, in 2022. Three categories emerged as findings. main ones that gave theoretical support to the epistemic matrix: «Human Component», «Clinical Conditioning» and «Neonatal Death».

**Keywords:** *Epidemiology, Neonatal Mortality, Prenatal Control, Complexity, Cojedes.*

## INTRODUCCIÓN

Para González (2010: 1), “los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo del resultado de toda la situación de salud de un país.” Éstos representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social. Su divulgación es discreta por lo sensible y la repercusión que genera, en cuanto al éxito o fracaso de la gestión gubernamental en las sociedades. Dentro del marco de las políticas públicas materno infantil, destaca la mortalidad neonatal.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996: s/p), define a la «mortalidad infantil», “como la muerte producida entre el nacimiento (niño que después de la expulsión completa de la madre, independientemente de la edad gestacional, respire o de alguna señal de vida), hasta los 28 días de vida”, comprendiendo la mortalidad neonatal «precoz», hasta los 7 días de vida, y la «tardía» de 7 a 28 días, ocurriendo el 98% de las muertes en países en desarrollo, es decir, se trata de un problema asociado a la pobreza.

Muchas son las determinantes de la salud que intervienen, destacando aspectos socio-económicos de la gestante, la atención médica durante la gestación, el parto e inmediatamente después del trabajo de parto. Suarez (2020: 8), precisa que “la tasa de mortalidad infantil que incluye la mortalidad neonatal, constituye un indicador importante para evaluar el desarrollo de la salud de cualquier país, así como su nivel de vida”. Refleja las complejas influencias biológicas, ambientales y sociales.

En la presente investigación, denominada: “Aprehensión epidemiológica de los factores asociados a la mortalidad neonatal en Cojedes, Venezuela, desde un posicionamiento complejo e interdisciplinario”, se fusionaron técnicas de recolección de datos cuantitativos y cualitativos, para reconstruir las incidencias de las muertes neonatales que se produjeron en el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, durante el año 2022. El propósito general del estudio fue integrar en una aprehensión epidemiológica, los factores asociados a la mortalidad neonatal en Cojedes, Venezuela, desde un posicionamiento complejo e interdisciplinario. Lo complejo devino en que desde lo cuantitativo nos hubiésemos quedado sólo con números

vacíos; y desde lo cualitativo habríamos obtenido sólo discursos, que sin la riguridad del dato estadístico, no le habrían dado esa científicidad profunda al fenómeno.

Por su casuística, el problema de la mortalidad neonatal y su característica multifactorial y multidimensional, fue estudiado bajo un enfoque multimétodo con la integración de aspectos cuantitativos y cualitativos, que son interpretados desde las perspectivas de los informantes significantes, primero desde la experiencia del equipo especializado de salud, y posteriormente desde las voces y vivencias las madres que experimentaron la funesta circunstancia.

Con los resultados y los hallazgos obtenidos en este trabajo, se pretendió comprender e interpretar dialógicamente el fenómeno, y las múltiples categorías que le circundan, sus significados y significantes, como la falta de información y educación en los temas básicos, medicamentos, insumos e instrumentales; control prenatal; prácticas clínicas; atención médica de calidad; el tema de los sentimientos y la actitud de la madre frente a la pérdida; las causas de la muerte; las consideraciones médico legales posteriores al fallecimiento del bebé y el tema de la sepsis intrahospitalaria.

Se comprendió que la gran mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las madre y el niño pueden ser previsibles y prevenibles, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el enfoque de riesgo y actividades eminentemente preventivas, siendo esto el propósito fundamental de dicha tarea.

En ese sentido, reimpulsar las redes de servicios de salud a través de eficaces estrategias de promoción y prevención, así como también, contar con personal de salud debidamente capacitado y un tratamiento adecuado de complicaciones cuando éstas se presentan, son intervenciones de salud que acompañadas de una correcta gestión en el marco de la salud colectiva, permitirían reducir las incidencias de las causas de muertes neonatales consideradas como evitables, cuyos resultados serán de gran valía para la matriz epistémica sobre manejo y control de los factores epidemiológicos asociados a la mortalidad infantil, la cual se reconstruyó en esta investigación.

# HOLÓN I

## PROBLEMATIZACIÓN

*“Muchas de las cosas que hemos menester, tienen espera, el niño no. Él está haciendo ahora sus huesos, creando su sangre y ensayando sus sentidos, a él no se le puede responder mañana, él se llama ahora”.*

**Gabriela Mistral.**

### **Contextualización de la Realidad Abordada**

La mortalidad infantil son las defunciones de niños menores a doce meses de edad, que ocurren en la población de los nacidos vivos, en un período de un año, para un determinado país, territorio o área geográfica. Chico e Hidalgo (2004: 28), refieren que “la mortalidad infantil se define como el número de fallecimientos en menores de un año por mil nacidos vivos”. El concepto representa a “una tasa que mide el número de decesos en lactantes de una comunidad durante un año respecto a los recién nacidos vivos en el mismo período”. Está dividida en dos componentes principales: «mortalidad neonatal precoz» y «mortalidad neonatal tardía».

Osorio y Romero (2008: 722), afirman que la «mortalidad neonatal precoz» ocurre entre 0 y 7 días de nacidos; y la «mortalidad neonatal tardía», que identifica a las muertes que ocurren entre 7 y 28 días. Del mismo modo, existe el subcomponente de mortalidad pos neonatal que agrupa a las muertes de niños entre 01 mes hasta 01 año. Existen múltiples causas de dichas muertes, una de las más importantes es la falta de información por parte de la población, y el acceso a servicios de salud por brechas geográficas, sociales, económicas y culturales. Igualmente, la falta de conocimiento de los signos de alarmas o las medidas de prevención, también limita la posibilidad de los padres en buscar ayuda oportuna para que no se mueran los niños.

Según Comunicado de Prensa del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018: 1):

*Las muertes de bebés recién nacidos siguen siendo alarmantemente elevadas a escala mundial, sobre todo en los países más pobres del mundo, a nivel mundial, en los países de bajos ingresos, la tasa media de mortalidad neonatal es de 27 muertes por cada 1000 nacimientos. En los países de altos ingresos, esa tasa es de 3 muertes por cada 1.000.*

De acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2012: 29), “la mortalidad infantil en el subcomponente de neonatal precoz que está relacionado íntimamente con la pobreza, marginalización, desigualdad y con la calidad de vida de un país”. Buena parte de la bibliografía en las ciencias sociales destaca los rasgos generales y particulares tanto de la pobreza como de la mortalidad infantil. Sin embargo, entendida la existencia de marcadas asociaciones entre ambos hechos, no han sido desarrolladas con profundidad las conexiones y el tipo de relaciones existentes. Tradicionalmente se ha asociado la mortalidad infantil con dos grandes niveles de condicionantes, por un lado los factores biológicos y por el otro los sociales. Dentro de este último las relaciones con la pobreza adquirirán mayor importancia. Al respecto UNICEF (ob. cit.: 2), refiere que:

*En América Latina y el Caribe, cerca de 100 mil recién nacidos murieron en la región antes de cumplir un mes de vida en 2016. En América latina y el Caribe, la mortalidad neonatal más alta se registra en los bebés de mujeres más vulnerables por su condición de pobreza y con bajo nivel de educación.*

La tasa de mortalidad infantil tradicionalmente se mide sobre los niños que mueren menores a 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niños menores de 5 años. Sin embargo, preocupa que la mortalidad neonatal en el mundo se producen en su gran porcentaje por causas prevenibles o evitables. Al respecto, el Boletín Situacional del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS, 2009: 2), indica lo siguiente:

*La tasa de mortalidad en menores de 1 año en el mundo ha descendido de una Tasa de 127 por 1000 nacidos vivos en 1960, a una Tasa de 49 por 1000 /nacidos vivos en 2003, presentando una variación porcentual de 61,42%. De igual forma más del 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer.*

En ese sentido, aumentar el acceso y la calidad de las actividades de promoción y prevención, así como también contar con personal de salud debidamente capacitado y un tratamiento adecuado de complicaciones cuando se presenten, son intervenciones de salud que acompañadas de una correcta gestión en el marco de la salud colectiva, permitirían reducir la incidencia y gravedad de las causas de muerte consideradas como evitables; entre estas se encuentran reductibles por buen control prenatal del embarazo, buena atención del parto, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sepsis, traumatismo del nacimiento, hipoxia intrauterina y asfixia al nacer e infecciones propias del período perinatal. Según precisan Guzmán y Orellana (1984: 39):

*Es conocido que los mayores riesgos de muerte del niño en el primer mes de vida, y especialmente en la primera semana, están asociadas a una mayor concentración, en esta etapa de la vida, de muertes por causas llamadas "endógenas", entre las que se encuentran las malformaciones congénitas, la inmadurez y otras afecciones relacionadas con la vida uterina y el proceso de parto.*

Muchos han sido los esfuerzos, y también los intentos que los representantes del mundo han hecho para la lucha contra la pobreza, flagelo que padecen más de dos tercios de los países y regiones del planeta. Precisamente, uno de los indicadores que revela la situación que se vive en un país, es la mortalidad infantil. Una de éstas iniciativas fue la "Cumbre del Milenio", celebrada en el mes de septiembre del año 2000, en la ciudad de Nueva York, en los Estados Unidos de Norteamérica, donde suscribieron la "Declaración del Milenio", acordando una serie de objetivos para alcanzar en el año 2015, compromiso que se ha convertido en el marco de referencia para la evaluación del impacto de sus políticas públicas, en aspectos claves para su lucha contra la pobreza. Se formularon ocho grandes objetivos, y el cuarto de ellos fue reducir la mortalidad infantil, la meta era disminuir el índice en dos tercios, entre el 1990 y el año 2015. No obstante, según publicación del Banco Mundial (2015: 1):

*En 1990, la tasa media de mortalidad de los niños menores de 5 años para todos los países en desarrollo era de 99 muertes por cada 1000 nacidos vivos; en 2013, este número se había reducido a 50 o aproximadamente la mitad de la tasa de 1990. Esto representa un gran avance. Pero en base a las tendencias*

*actuales, es posible que los países en desarrollo en su conjunto no alcancen a cumplir la meta del objetivo de desarrollo del milenio.*

Por el contrario, la situación en América Latina sobre la mortalidad infantil, se ha reducido de un valor promedio de 128 defunciones de menores de 1 año, por cada 1000 nacidos vivos entre 1950-55, a 16 defunciones en 2021. Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarreas, neumonía, desnutrición y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Según el Boletín del MPPS (ob. cit.:5), la Organización Mundial de la Salud (OMS), “estimó que en 2006 hubo 280.000 muertes perinatales de nueva cuenta, las diferencias son notables, el riesgo de muerte perinatal en América Latina triplica al de Canadá y Estados Unidos”. Así lo reafirman Pérez y Suarez (2015: 14), cuando señalan que:

*Cada 3 minutos se produce una muerte neonatal en Latinoamérica. Esto es totalmente inaceptable dado que el conocimiento disponible permitiría reducir esa tasa de modo muy significativo, con medidas de costo relativamente bajo. Decenas de miles de vidas de recién nacidos podrían salvarse cada año, y la Región lograría alcanzar los niveles de reducción de muertes infantiles contemplados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

En el área andina de Sudamérica, durante los últimos años, ha variado la posición entre los países respecto a la mortalidad infantil, según balance del Boletín MPPS (ob. cit.: 7), “Venezuela con 18 niños fallecidos por cada 1000 NV, solo era aventajada por Colombia con 17 muertes por cada 1000 NV. Más lejos, se ubicaban Ecuador con 22, Perú con 23 y Bolivia con 52”. Según estimaciones presentadas por el Banco Mundial (2021: 1), “Bolivia mantiene la supremacía con 25 muertes infantiles por cada 1000 NV, seguido por Venezuela con 24, Perú con 14, Ecuador y Colombia cierran con 13”. Evidenciando en el caso Venezuela, un retroceso en cuanto al comportamiento y desmejoramiento de la calidad de vida y prestación de los servicios públicos, relacionados con la atención materno infantil ofrecidas a los usuarios en el año 2005. Tal y como lo revela la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) (2020: 1):

*Entre el 2000 y el 2017, la tasa promedio de mortalidad infantil ha disminuido en un 35% en América Latina y el Caribe ALC, donde la mayoría de los países registran descensos entre el 25% y el 45% (Figura 3.4). Antigua y Barbuda, Bahamas, Brasil y Perú registraron caídas superiores al 55%. Tanto Granada como Venezuela experimentaron aumentos en la tasa de mortalidad infantil, en particular esta última, con un incremento de casi el 40%.*

González (2017: 3), afirma que “la mortalidad materna e infantil es uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia y de interés prioritario para Venezuela”. Es por lo que el gobierno nacional desde la Presidencia de la República, ha impulsado misiones y grandes misiones para hacer frente a este flagelo, pero a pesar de los esfuerzos realizados, la revisión de planes, programas y proyectos muestran cifras que desdican con el derecho humano de ejercer la maternidad en forma segura y que, además, no son admisibles con el grado de desarrollo humano del país. Al respecto, según el MPPS, en la Norma Oficial para atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2013: 39), se señala que:

*La mortalidad infantil en Venezuela está completamente desplazada hacia los primeros 28 días de vida (mortalidad neonatal) que abarca el 71,8% de los fallecidos, incluso se puede decir que las cifras de mortalidad de 28 días a 11 meses (pos neonatal), son aceptables para una tasa de mortalidad infantil menor. De estos hechos junto a la situación relacionada con la morbi-mortalidad materna, se aprecia que los principales problemas están relacionados con aspectos perinatales.*

El estado Cojedes, una de las veintitrés entidades federales de Venezuela, conformado por nueve municipios, presenta los siguientes datos geo-demográficos según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2011: 2): Ezequiel Zamora, capital del estado, cuenta con 173.748 habitantes; Tinaquillo con una población de 122.283 habitantes; Tinaco con 40.102 habitantes; Rómulo Gallegos con una población 20.745 habitantes; Anzoátegui con 19.308 habitantes, Pao de San Juan Bautista con 19.043 habitantes; Ricaurte con 14.442 habitantes; Girardot una población de 13.555 habitantes y Lima Blanco con 10.892 habitantes. Población que se mantuvo igual a la tendencia general en el país, siempre a la baja, antes de la pandemia global por la Covid-19.

El estado Cojedes por ser una entidad llanera, mantiene una alta densidad territorial, pero en cambio posee muy baja densidad poblacional, teniendo zonas de difícil acceso llamadas también “zona de silencio”, las cuales abundan en todas las Áreas de Salud Integral Comunitaria, conocidas como “ASIC”, situación que limita el acceso a los servicios de salud, entre ellos los servicios materno-infantil. De acuerdo al Boletín MPPS Indicadores Epidemiológicos Venezuela (2007: 11):

*El estado Cojedes mostró una tasa de muertes infantiles (entre 1-4 años) de 14,7 por cada 1000 NV. Igualmente, una tasa de muertes neonatales de 9,90 muertes por 1000 NV Y, una tasa de muertes de Neonatal precoz de 7,75 por cada 1000 NV.*

Sin embargo, según datos aportados por Sistema de Información de Salud (SIS), de la Dirección Regional de Epidemiología del MPPS Cojedes (2023), “en el año 2020 la tasa de muertes neonatales en Cojedes fue de 17 por 1000 NV, Año 2021 tasa de muertes neonatales 29 por 1000 NV, cerrando el año 2023 con 32 muertes neonatales por 1000 NV”. De igual forma, muy a pesar de que la muerte en el hombre aun es inevitable, existen algunas causas de muerte que sí pueden estar sujetas a impacto por medio de intervenciones concretas y análisis continuo de las estadísticas de mortalidad. Algunos autores han escrito sobre la “evitabilidad” de la muerte. Según Taucher (1985), citada en el Boletín Situacional MPPS (ob. cit.: 25):

*...las clasifica en líneas generales en tres grupos: Evitables o reductibles, Parcialmente evitables o reductibles y las no evitables o no reductibles. Entre las evitables o reductibles están aquellas por vacunación o tratamiento preventivo, reductibles por diagnóstico o tratamiento precoz, reductibles por medidas de saneamiento ambiental. Las principales causas de la mortalidad neonatal antes citadas se encuentran entre las evitables por diagnóstico precoz y tratamiento preventivo.*

Para Cabrera (2007: 2), el tratamiento preventivo en las embarazadas, corresponde a “la medicina materno-fetal y es una rama de la medicina que se enfoca en el manejo de problemas de salud de la madre y del feto antes, durante y poco después del embarazo”. Los perinatólogos son médicos que se subespecializan en el campo de la obstetricia y la actuación de éstos especialistas juega un papel preponderante en el control prenatal. En este sentido, tal y como lo identifica Abcarius (2022: 18-19):

*Las patologías durante el embarazo: este período es importante para la salud del bebé y de la madre por lo que el cuidado de la salud es imprescindible, entre las patologías que se pueden presentar durante el embarazo son las infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales, corioamnionitis, diabetes gestacional, hipertensión arterial, entre otras; las mismas que presentan repercusiones sobre la vida del bebé produciendo amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, sufrimiento fetal malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria al nacimiento.*

Dichas patologías clínicas requieren ser atendidas por especialistas de la perinatología, para que anticipadamente puedan hacer el trabajo de oportunos cuidados, pero que lamentablemente no se cuenta en las redes de servicios del Sistema Público Regional de Salud en Cojedes. Según lo escrito por Losada (2007: 1), “un diagnóstico prenatal certero y de un tratamiento precoz de patologías sucedáneas con el embarazo, reside en el hecho de que estas son responsables, al nacimiento de numerosos cuadros fetales patológicos”.

No obstante, cumplir con efectivos servicios de salud de atención a las gestantes, sobretodo en el control prenatal, no solo en el estado Cojedes, sino en muchas partes del mundo, se hace muy cuesta arriba porque participan múltiples factores socio-culturales, así como también el déficit de atención en los sistemas públicos de salud que no garantizan la presencia de especialistas, quienes muy frecuentemente ofertan sus servicios en el sector privado, cuyos costos son muy elevados y difíciles de sostener por las familias de precarias situación económica, contraviniendo inevitablemente todo lo especificado en los protocolos de atención del SPNS. Según lo manifiesta el MPPS en la Guía Práctica de los Programas de Salud (2017: 30):

*Toda mujer embarazada debe iniciar su cuidado prenatal en el Consultorio Popular de manera precoz, integral y periódica, una vez identificado algún criterio de riesgo debe ser referida a la Red Ambulatoria Especializada (RAE), para la atención en la consulta de alto riesgo obstétrico (ARO), que decidirá si debe ser referida a la red hospitalaria, o si puede continuar su control prenatal en la red de atención comunal.*

Martin-Loeches *et al*, (2003), citados por Morillo *et al* (2021: 38), señalan que “el binomio madre-recién nacido son inseparables y deben ser abordados en un solo concepto, ya que las consecuencias de un inadecuado desarrollo preconcepcional”,

además de la falta de atención durante el embarazo y parto, así como la atención inmediata del recién nacido, y el apego e inicio inmediato de la lactancia materna, van a repercutir en la supervivencia, pronóstico y dificultades a corto, mediano y largo plazo.

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo social y garantizan los derechos de las madres y sus recién nacidos. Según De La Cruz *et al* (2009: 3), “en América Latina se ha avanzado mucho más en la descripción del fenómeno de la mortalidad neonatal que en la explicación de las causas que lo determinan”. Del mismo modo, cuando una mujer fallece se compromete el desarrollo de sus hijos y su familia, especialmente de aquellos que son los más pequeños o que han tenido alguna dificultad después de su nacimiento. En ese sentido, en el estado Cojedes gracias a la estrategia nacional de la “Ruta Materna”, así como también el proyecto de las “Casas de Abrigo”, se ha podido contener la mortalidad materna, más no la mortalidad neonatal. Al respecto, el MPPS en el Manual Operativo Ruta Materna (2022: 14), reconoce que:

*La Ruta Materna a partir del 2018 pasa a consolidarse como estrategia para la articulación, coordinación, monitoreo y gestión que permite mejorar la calidad de atención de nuestras mujeres desde la captación, los cuidados prenatales, atención obstétrica y anticoncepción, identificando y organizando la red de atención materna e infantil que permita el acompañamiento y vigilancia durante todo el proceso, sumando acciones para reducir la morbilidad materna grave, mortalidad materna y mortalidad neonatal.*

El hospital “Dr. Egor Nucete”, principal nosocomio de la ciudad de San Carlos, fue fundado en el año 1972 como un hospital Tipo II, con cuatro servicios básicos: Medicina General, Pediatría, Ginecobstetricia y Cirugía. Igualmente, con una capacidad para cien camas presupuestadas a fin de atender a una población de 80.000 habitantes. Sin embargo, a la fecha (2023), producto de múltiples inversiones, se han justificado proyectos de mejoras y ampliaciones de infraestructura, y se construyó una edificación aladaña que ha permitido nuevos servicios, como: Rayos X, Consulta Externa, Laboratorios de Bacteriología y Banco de Sangre. También, novedosos servicios clínicos como los de Cirugía Pediátrica, Nefrología con servicios de diálisis

peritoneal, Oncología con servicios de quimioterapia, piso pélvico, Psiquiatría y más recientemente una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA).

Al respecto, Martino (2016: 16-17), precisa que durante el año 2016, el municipio autónomo Ezequiel Zamora contaba con una población de 117.505 habitantes, de acuerdo a la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), distribuida en una superficie de 2.507 kilómetros cuadrados; y para completar la Red de Servicios de Salud que atiende a dicha población, se cuenta con un hospital general denominado “Hospital General Dr. Égor Nucete”, el cual “presta servicios especializados que solo brinda el sector público, como por ejemplo el servicio de Neonatología y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un alcance a todo el estado Cojedes”.

Este hospital atiende no solo a casos urgentes internos, sino también de las poblaciones de los estados vecinos, por lo que funciona como un Hospital Tipo V, debido a las oportunidades docentes que ofrece, pero administrativamente es de clasificación IV. En ese sentido, por el crecimiento poblacional y prestación de algunos servicios, se ve limitada su capacidad resolutive. Según Grillo (2023), Jefa del Servicio de Neonatología del hospital en referencia, la unidad de Neonatología en el hospital “Dr. Egor Nucete”, funciona como una sala de cuidados intermedios con un diseño arquitectónico para 32 camas, pero actualmente mantiene en funcionamiento 18, con una capacidad máxima hasta 21 niños, pues la mayoría de las camas se encuentran inhabilitadas por falta de colchones.

Asimismo, refirió Grillo (cit.), que la unidad de Neonatología mantiene activas 8 incubadoras, 7 para niños de cuidado y 1 para niños de aislamiento; y 2 servocunas que son cunas con calefacción. Las incubadoras no son suficientes, pero es la cantidad que tienen y pueden conectarse a las tomas de oxígeno con que cuenta la sala de retén de los neonatos. Del mismo modo, el servicio cuenta con el talento humano adscrito de 32 enfermeras activas, más 16 médicos residentes y 2 médicos especialistas que solo atienden la revista clínica. De acuerdo a los dichos de la Jefa del Servicio de Neonatología del hospital, éste personal resultaría insuficiente, pues

faltarían al menos unas 8 enfermeras más y un médico especialista exclusivo para el servicio.

La mayoría de las complicaciones de los neonatos reclusos generalmente son por factores asociados a la madre, debido a dificultades respiratorias por partos en extremo largos, sepsis neonatal, infecciones urinarias maternas activas y prematuridad. Al momento de la entrevista, Grillo (cit.) indicó que se había reducido el número de muertes neonatales que se atienden, restringiendo el acceso y número de visitas diarias de los padres, así como también garantizando las medidas de bioseguridad de los que ingresan y la utilización de nuevos y efectivos bactericidas en el mantenimiento de las máquinas y equipos. Empero, esa supuesta reducción contraría con los resultados que se encontrarían más adelante durante la investigación.

### **Aproximación al Fenómeno en Estudio**

Con mi avanzada edad, son casi ya seis décadas y media de longevidad, aún no olvido el llanto de un niño –mi hermano–, el cual escuché proveniente del cuarto contiguo, pasada la medianoche, en aquella casucha donde vivíamos, una situación sorprendente que marcaría el resto de mi existencia. Durante esas últimas semanas, se estaban sucediendo cosas extrañas en mi casa, más todavía para un niño de tan solo nueve años. Una de esas cosas raras, fue la llegada de una señora de porte alto, con rasgos indígenas, circunspecta en el trato y de poca manifestación verbal. Era la matrona del pueblo que había llegado para acompañar a mi madre embarazada, quien abandonaba la dura rutina de los oficios hogareños, la segunda rareza, y ahora ambas encerradas en el cuarto, sólo se dedicaban a esperar el momento de su octavo parto.

Hacia los años 60, la mayoría de los partos en Venezuela ocurrían así, en el domicilio de la madre, asistidas por una comadrona o una partera de amplia experiencia empírica, cuya pericia fue heredada de generación en generación. El otrora “parto casero”, estaba caracterizado por una atención y el acompañamiento individualizado a la mujer, en un ambiente íntimo, con procedimientos naturales para abordar el dolor, teniendo a la parturienta como protagonista del hecho. Sin embargo, a partir de la

década de los años 70, emerge el impulso de la modernización, universalizándose la asistencia hospitalaria, la atención clínica masiva, especializada y rigurosa, pero también trajo consigo la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, en ocasiones pudieran llegar a alterar tanto su salud, como la del recién nacido.

Así inicio éste apartado, dando un bosquejo sobre mi visión de la realidad o fenómeno en estudio, el cual procedo a ampliar de seguidas. Yo soy Argimiro Antonio Meléndez, un profesional de la Educación egresado de la Universidad de Carabobo (UC, 1992), en el área de la Orientación Educativa. Hice mi carrera en dos momentos, inicialmente me incorporé en 1978 y avancé hasta casi la mitad de la carrera, luego en 1981 asumí la consolidación de mi primera familia, así que formalmente solicité ante las autoridades del Decanato paralizar mi prosecución académica regular. En esa época (1982-86), ingresé a las filas como instructor técnico de soldadura en el Instituto Nacional de Cooperación Educativa (INCE). Más adelante, en 1986, llegué a la Fundación La Salle de Ciencias Naturales (FLASA), Campus Cojedes.

En ese sentido, puedo referir que la orientación educativa es una especialidad que aplica en los escolares, atendiendo situaciones vocacionales, hábitos de estudio, asesorías ante comportamientos inadecuados, e integración de los estudiantes al sistema escolar. Finalmente, en el año 1992 me gradúo y obtengo el título de “Orientador”, y se me nombra orientador del Liceo Técnico Agropecuario “Luis Tovar”, adscrito al Servicio de Orientación Integral (SOI), de FLASA, cargo que atendí durante cuatro años, responsabilidad que me permitió conocer y atender problemáticas que viven los adolescentes, entre éstas las de salud sexual y reproductiva, y el embarazo en adolescentes.

Estoy completamente convencido que trabajar durante una década en Fundación La Salle Campus Cojedes fue para mí una escuela, porque tuve la extraordinaria oportunidad de formarme continuamente bajo los preceptos de calidad y excelencia, que caracteriza a los Colegios de La Salle a nivel mundial. En 1992 se me designó Tutor Regional de la referida institución y desarrollamos un proyecto convenido entre

la Fundación Gran Mariscal de Ayacucho (Fundayacucho), la *International Business Machines Corporation* (IBM), una empresa tecnológica multinacional estadounidense, y Fundación La Salle por supuesto, en el área de la informática educativa de vanguardia, que consistió primero en un exigente entrenamiento con la trasnacional, para luego formar a los tutores locales, e instalar laboratorios de informática en cada uno de los Campus de FLASA en todo el país.

Me he desempeñado como profesor universitario en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), en el Instituto Universitario para el Mejoramiento Pedagógico del Magisterio (IUMPM), como docente en la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez (UNESR), Núcleo San Carlos, y más recientemente en la Universidad de las Ciencias de la Salud (UCS) “Hugo Chávez Frías”, Núcleo Cojedes.

Desde finales de 1996 hasta el 2001, laboré en el Ministerio de la Familia, con el cargo de Planificador II. Durante esa estadía hubo dos acontecimientos que marcaron mi trayectoria profesional. En la primera de gran relevancia (1997), se me nombró responsable de la Comisión Estatal para la Prevención del Embarazo Precoz, la cual se instaló como una integración multidisciplinaria de actores sociales. En ella se dio cabida a docentes universitarios, médicos especialistas, religiosos, trabajadores sociales, sociólogos y organizaciones de base comunitaria, con la que se pudo desarrollar un Plan de Estado, cuya ejecución para el segundo año, había incidido en la reducción del índice de embarazo en adolescentes de 17 a 13 años en el estado Cojedes.

El segundo gran acontecimiento ocurrió en el ínterin (marzo-agosto 1998), estando yo en la ciudad de Caracas, participé en el “I Programa Estratégico de Formación para el Desarrollo de los Recursos Humanos del Sector Social”, con una duración de 309 horas, cursadas de forma presencial y figura de aprobación. El mismo estuvo avalado por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), y bajo la ejecución de la “Fundación Escuela de Gerencia Social”, la cual para el momento era dirigida por el ingeniero Jorge Giordani, quien posteriormente sería un destacado Ministro de Planificación, bajo el gobierno del fallecido presidente Hugo Chávez Frías. Este

servidor, obtuvo su acreditación con un promedio de 17 puntos, lo que me ubicó con el más alto puntaje entre los participantes que llegaron del interior del país.

En el año 1999, dentro de las transformaciones que impulsa el Gobierno Nacional, el Ministerio de la Familia pasa a ser una Dirección Regional de Desarrollo Social, situación que favoreció la creación de proyectos de corte social. En esa oportunidad formulé una estrategia mancomunada de intervención a comunidades que requerían atención por situación de exclusión, llamada: “MICOMAE”, con destacados resultados en las comunidades de los municipios San Carlos, el otrora municipio Falcón, hoy día Tinaquillo, Tinaco y Ricaurte. La misma buscó atender, organizar y potenciar a los vecinos en cuanto a la formación en prácticas de producción agropecuaria, cursos de panificación y conservación de alimentos, cuyos resultados fueron presentados en Jornadas de Extensión de la UNELLEZ Cojedes, y del Instituto de Altos Estudios “Arnoldo Gabaldón”(IAES), con sede en el estado Aragua.

En el año 2001 llego yo al sector Salud, motivado a la fusión del extinto Ministerio de la Familia, convertido ahora en Ministerio de Desarrollo Social, y luego nombrado Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Teniendo el cargo de “Planificador II”, me adscriben a la Dirección de Planificación y Presupuesto. Ese ínterin fue una espléndida ocasión que me permitió coadyuvar en la formación de Directores de Línea, Coordinadores y Jefes de División de la Dirección Regional de Salud Cojedes, la cual estaba al mando del Dr. Douglas Pedroza Hernández, talento clave del entonces gobernador del estado Cojedes, Johnny Yáñez Rangel. Con él, se impulsó una gerencia por objetivos, progresista y de proyectos para la vanguardia social, es decir una Gerencia Técnica que concatenó con las nuevas orientaciones del Gobierno Bolivariano, y de la Revolución Social que se imponía en el país.

Pero no solo era trabajo, sino también preparación y formación académica. En ese año 2001 me inicié en la Maestría en Gerencia Institucional y Planificación, que ofertó el Área de Postgrado de UNELLEZ-VIPI, trayecto que se alargó por tres años, en la cual avancé y cumplí con toda la carga académica, más no pude presentar el trabajo final de grado y me resultó imposible asirme del título de *Magister Scientarum*.

En febrero del año 2003 me nombran Coordinador Estatal de Docencia e Investigación de la Dirección Estatal de Salud (DES) Cojedes, oportunidad que me permitió impulsar varios proyectos educativos, unos muy puntuales, como por ejemplo el “Curso de Ampliación de Conocimientos en la Gestión de Salud”, dirigido a la Gerencia Técnica, proyecto financiado a través del Fondo Nacional para la Inversión Social (FONVIS), en alianza estratégica con el Área de Postgrado UNELLEZ, IAES y la Dirección Regional de Salud Cojedes.

En el marco de la Docencia e Investigación, se atendió otro novedoso proyecto de mayor cuantía y muy estratégico estructuralmente, como fue la participación en el Consejo Académico de Bienestar Estudiantil (CABE), del Convenio Internacional Cuba-Venezuela. Ello me permitió realizar un excepcional trabajo, donde se organizó el primer postgrado de Medicina General Integral (MGI) en el estado Cojedes. Posteriormente, se diseñó y se posicionó la carrera de Medicina Integral Comunitaria (MIC), a través de la UCS, proyecto de gran impacto para superar el déficit de médicos que adolecía el país para la época, y que ya alcanza más de 20.000 profesionales formados en doce promociones consecutivas en toda la República.

En 2010 se me otorga una comisión de servicios por el MPPS, y me voy a participar de actividades deportivas, en la Corporación Criollitos de Venezuela. Esa historia podría narrarla en otro contexto. Casi diez años después, en noviembre de 2019, la Autoridad Única de Salud en el estado Cojedes, me nombra Coordinador Estatal de los Programas de Salud, lo cual reúne a los siguientes programas: Salud Cardiovascular; Endocrino-Metabólico; Hechos Violentos y Accidentes; Sexual y Reproductiva; Ruta Materna; Niños, Niñas y Adolescentes; Oncología; Antitabáquico; Sangre Segura; Lactancia Materna; Respiratoria; Visual; Bucal; Renal; HIV-ITS; Nutrición y Salud va a la Escuela. Programas que son considerados la columna vertebral del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en cuanto a los niveles de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Empero, la pandemia mundial por la Covid-19, paralizó los servicios que ofrecían casi todos esos programas. Gracias a la inventiva y la presta disposición del equipo humano, se reinventaron nuevas tareas y se dispusieron a desarrollar puntuales y muy

discretas iniciativas, tales como el Plan de Atención a Pacientes de Enfermedades Crónicas No transmisibles (2021), cuyos resultados fueron presentados en el Congreso Internacional de la Asociación Panamericana de Infectología (API), realizado en Santo Domingo, República Dominicana. Igualmente, la participación en el “Congreso Bolivariano de los Pueblos”, auspiciado por el Gobierno Nacional, donde se presentaron resultados muy favorables alcanzados con el Plan: “Toc, Toc, la Salud Entra a tu Casa”. Tomados dentro de las estrategias del MPPS a nivel nacional.

En el año 2022, el programa de salud “Ruta Materna” pone en ejecución un plan regional de atención a las embarazadas del estado Cojedes, bien nombrado: “Programa Integrador, Articulador, Socio-Comunitario de Atención y Educación a las Gestantes del estado Cojedes”, con el cual se ha podido controlar y disminuir el número de muertes maternas originadas en el estado Cojedes, cerrando el año 2022 con apenas tres muertes maternas, la cifra más baja de todo el país. Producto de esos resultados mostrados en este estado llanero, se estableció una directriz desde el MPPS, y se ordenó que las estrategias que estábamos desarrollando en Cojedes, debía ser implementadas en todas las Direcciones Estadales de Salud en el país.

Ahora bien, en el último quinquenio, Cojedes presenta una altísima mortalidad neonatal, con 202 fallecimientos registrados en el año 2019, y es una cifra que tiende a ir en aumento cada año. Hasta el mes de mayo de 2023, ya se registraban 105 muertes neonatales. En este sentido, nos encontramos frente a una paradoja difícil de interpretar, teniendo la entidad llanera la cifra más baja de mortalidad materna, pero al mismo tiempo la mayor cantidad de neonatos fallecidos, por cada mil nacidos vivos.

Hemos mejorado la resolutivez hospitalaria en la atención a las embarazadas emergenciadas que ingresan al Hospital General “Dr. Egor Nucete”, al tiempo que hemos desmejorado la atención neonatológica de los partos atendidos. Son las mujeres multíparas y entradas en años, en quienes aparentemente se nota el mayor porcentaje de muertes neonatales. El año 2023 presentó dos casos significativos de mortalidad neonatal. El primero de ellos, ocurrido en una zona boscosa del municipio Tinaco, donde una madre adolescente, de apenas 14 años de edad, dio a luz a su hijo

de forma natural, y luego lanzó al bebé en una zona boscosa. La joven madre tuvo que asistir a un centro hospitalario, debido a una incontrolable hemorragia vaginal, y fue cuando los especialistas dedujeron que era producto de un parto, las indagaciones condujeron a la localización del cadáver del neonato, cuyo cuerpo había sido desmembrado por distintos animales carroñeros.

Meses más tarde, en el sector Los Colorados de San Carlos, Cojedes, fue hallado sin signos vitales el cuerpo de un niño recién nacido, envuelto en una tela dentro de una bolsa para basura. Al parecer, el pequeño pesó cerca de cuatro kilos y se encontraba junto a la placenta. La progenitora resultó ser una mujer adulta “múltipara”. Ambos hechos conmocionaron a la colectividad cojedeña. Esto, por traer a colación dos casos recientes y emblemáticos. Lo cierto es que el fenómeno de la mortalidad neonatal resulta multidimensional y multifactorial, ameritando un estudio complejo e interdisciplinario, a fin de alcanzar la aprehensión epidemiológica de los factores asociados a ésta realidad y que, en definitiva, originan este apasionante estudio.

### **Preguntas Generadoras de la Investigación**

Cualquier investigación, enfocada en el paradigma que sea, empieza siempre con una interrogante. Las preguntas de investigación son las que ofrecen sentido a la actividad investigadora y direccionan todo el proceso. Martínez-González *et al* (2015: 42), señalan que “la pregunta de investigación es una aproximación estructurada ante la incertidumbre en torno de un problema que el investigador pretende resolver o aclarar”, constituye una “incertidumbre relacionada con un vacío en el conocimiento de la realidad o incertidumbre ante una contradicción”. Pérez *et al* (2015: 75), precisan que toda interrogante de investigación, debe responder a las siguientes cualidades: Factibles, relevantes, éticas, novedosas e interesantes.

Pues bien, partiendo desde la contextualización de la realidad abordada y de la aprehensión al fenómeno en estudio presentado en las páginas precedentes, emergió en mí la necesidad de dar respuesta la siguiente interrogante principal: ¿Cómo integrar en una aprehensión epidemiológica los factores asociados a la mortalidad neonatal en Cojedes, Venezuela, desde un posicionamiento complejo e

interdisciplinario? Para dar respuesta a esa inquietud primigenia, fue necesario e impostergable formular una serie de interrogantes secundarias, las cuales dieron origen a los propósitos específicos de la investigación, a saber: ¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022?

¿De qué forma es interpretado el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos relacionados a éste, desde la experiencia del equipo de salud especializado que conforma el programa “Ruta Materna” en el estado Cojedes? ¿De qué manera se comprende el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos asociados a éste, a partir de las vivencias de madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos? ¿Cómo construir una matriz epistémica que integre de manera compleja e interdisciplinaria, datos cuantitativos e información cualitativa, sobre los factores epidemiológicos asociados a la mortalidad neonatal en el estado Cojedes, Venezuela?

### **Contextualización Epistemológica y Bioética del Estudio**

En la mayoría de los textos, la palabra epistemología se encuentra relacionada como aquella ciencia encargada de la teoría o parte de la ciencia encargada de la teoría del conocimiento. Arias y Navarro (2017: 3), señalan que “el término griego epistemología consta de los vocablos *episteme* (conocimiento, saber), y *logos* (teoría). [Por tanto, vendría a ser] el estudio del conocimiento humano y de la ciencia: sus métodos, estructura y sus criterios de demarcación”. Por su parte, Jaramillo (2003: 3), precisa que la epistemología “es aquella parte de la ciencia que tiene como objeto (no el único), hacer un recorrido por la historia del sujeto respecto a la construcción del conocimiento científico”, es decir, según éste autor, la epistemología constituye “la forma cómo éste ha objetivado, especializado y otorgado un status de cientificidad al mismo; [pero a su vez], el reconocimiento que goza este tipo de conocimiento por parte de la comunidad científica”. Para Briones (1996: 13), la epistemología es:

*...el análisis del conocimiento científico, por tanto, analiza los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación, y en la explicación o interpretación de sus resultados y la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías.*

Aunque yo como autor de esta investigación, asumiré una postura epistemológica y ontológica distinta a como se ha venido estudiando el fenómeno, y mi posicionamiento onto-epistémico lo declararé en el tercer holón de ésta memoria final, me resulta posible afirmar que la contextualización epistémica de la “mortalidad neonatal”, tema en estudio que nos ocupa, ha sido visto y estudiado por la comunidad científica, desde el marco de las Ciencias Médicas o Ciencias Naturales, también conocidas como ciencias puras, duras, exactas o Ciencias del Ser, bajo un enfoque positivista. En este sentido, debemos referir que para el positivismo la epistemología resulta un híbrido que combina el racionalismo con el empirismo, y la lógica deductiva con la lógica inductiva. Precisamente, en el propósito específico número uno, nos hemos propuesto presentar los resultados estadísticos desde ésta perspectiva o concepción epistémica.

Ahora bien, en cuanto a la contextualización bioética del estudio, se hace impostergable definir qué es bioética. La bioética ha sido definida por Reich (1978: s/p), como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos”. Rotondo (2017: 240), refiere que “el neologismo bioética fue acuñado por Van Rensselaer Potter, destacado bioquímico, investigador en el área de la oncología básica en la Universidad de Wisconsin”. La autora antes citada indica que “quien lo utilizó por primera vez en Estados Unidos en el año 1970, en un artículo publicado en la revista *Perspectives in Biology and Medicine*”, editado por la *Johns Hopkins University Press*, titulado *Bioethics: The Science of Survival*”.

Para Molina (2013: 21), “la bioética va hoy más allá de su etimología y se preocupa de las nuevas realidades de la ciencia y la tecnología, en la medida en que estas afectan la vida de seres humanos, animales y plantas”. Según éste autor, la bioética tiene un campo de estudio “que ha sobrepasado la mera relación médico-paciente y se

ha comprometido con la reflexión, el debate y las recomendaciones éticas sobre los problemas de la vida del ser humano y todo su entorno” (p. 22). En este sentido, la esencia de la bioética es la vida con todos los dilemas que se le presentan, no solo a los individuos, sino a la familia y a la sociedad.

En consonancia con el enfoque epistémico, en lo que respecta al aspecto bioético, el origen de los datos cuantitativos consultados, han provenido directa o indirectamente de personas reales, que han constituido la población-objeto de estudio, y cuya revisión ha sido tratada en consonancia con los criterios epidemiológicos respectivos, respetando la confidencialidad de los mismos, sin adulteraciones, ni juicios valorativos de discriminaciones o recriminaciones, y con fines meramente académicos, teniendo en cuenta las referencias, indicaciones o protocolos emanadas de los organismos rectores en la materia, sean de orden local, como las normas del propio hospital, o nacional como las autoridades del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), la Universidad, el gremio de los profesionales médicos, así como también los criterios o protocolos internacionales emanados de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y así se declara.

### **Propósitos del Estudio**

#### **Propósito general**

Integrar en una aprehensión epidemiológica los factores asociados a la mortalidad neonatal en Cojedes, Venezuela, desde un posicionamiento complejo e interdisciplinario.

#### **Propósitos específicos**

1. Caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022.
2. Comprender el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos asociados a éste, a partir de las vivencias de madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos.

3. Interpretar el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos relacionados a éste, desde la experiencia del equipo de salud especializado intrahospitalario del Hospital General Dr. Egor Nucete de San Carlos en el estado Cojedes.
4. Construir una matriz epistémica que integre de manera compleja e interdisciplinaria, datos cuantitativos e información cualitativa, sobre los factores epidemiológicos asociados a la mortalidad neonatal en el estado Cojedes, Venezuela.

### **Relevancia y Pertinencia del Estudio**

La presente investigación se contextualiza en Cojedes, Venezuela, se enfoca al fenómeno de la mortalidad neonatal desde un posicionamiento complejo e interdisciplinario, donde se persiguen no solo objetivos dentro del paradigma positivista, sino también propósitos orientados al paradigma interpretativo, y se halla enmarcada en el área de las Ciencias de la Salud, ubicándose en las líneas de investigación: “Epidemiología, Morbilidad y Mortalidad” y “Sistemas y Políticas de Salud”, de la Maestría en Salud Pública.

El estudio se desarrolla no solo por la necesidad del investigador de cumplir con un requisito parcial para optar al grado académico de *Magister Scientarum* en Salud mención Salud Pública, facilitado por el Programa de Estudios Avanzados, de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” UNELLEZ, en su Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales (VIPI), con sede principal en San Carlos, Cojedes, sino que además me ha permitido como investigador, aprehender al fenómeno desde múltiples aristas, posicionando objetivamente los factores epidemiológicos con visión positivista, junto a elementos subjetivos, desde las voces de las mujeres informantes, y desde el eco de los actores sociales significantes, que finalmente conllevaron al diseño de un constructo teórico, que es el propósito general del estudio.

Esta pesquisa, sin duda alguna, constituye una contribución substancial que funge como antecedente para futuras indagaciones, pues posiciona elementos cualitativos de

relevancia para la comprensión del fenómeno de la mortalidad neonatal, desde el estudio de los factores epidemiológicos que participan en la realidad abordada, para así realizar las revisiones, rediseños y ajustes a las políticas públicas del sector salud, y lograr la minimización de los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz. Pero es que además, esta memoria final sirve como experiencia investigativa previa, desde lo metodológico y metódico, para aquellos nóveles investigadores que así como me encontraba hoy yo, comienzan ellos a adentrarse, o a dar sus primeros traspies en el paradigma de La Complejidad, o las investigaciones multimétodo.

## HOLÓN II

### RECORRIDO TEÓRICO

*“En la medida en que el sufrimiento de los niños está permitido, no existe amor verdadero en este mundo”.*

**Isadora Duncan.**

#### **Experiencias Investigativas Previas**

Céspedes (2023), realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la mortalidad neonatal y postneonatal en el Perú, 2015-2018”, presentado ante la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con sede en Lima, Perú, como requisito parcial para optar al grado académico de *Magister Scientiarum* en Demografía y Población, y cuyo objetivo general propuesto por el autor fue “identificar los factores asociados a la mortalidad neonatal y postneonatal en el Perú, durante el 2015-2018” (p. 43).

El aludido estudio fue de tipo observacional, no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los niños nacidos cinco años antes a la fecha en que se recogió la información, a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES), durante el período 2015-2018. El diseño muestral de la ENDES fue probabilística, de áreas, estratificada, bietápica y auto ponderada, sin reemplazo. Para la construcción de la base de datos, se utilizaron ciertos criterios de exclusión especificados en el *corpus* del trabajo. Utilizando la información de las ENDES se organizaron bases de datos *Ad hoc* para el desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta los factores propuestos y sirviéndose de programas estadísticos para el procesamiento de la información.

Los resultados del estudio en referencia, establecieron asociación entre la mortalidad neonatal y el residir en una vivienda que se encuentra entre 2500 a más metros sobre el nivel del mar; pertenecer a un índice de riqueza muy pobre, pobre o medio; que el niño haya nacido de tamaño pequeño y que la madre durante su embarazo haya recibido una atención prenatal inadecuada, entre otros. La investigación se consideró

altamente útil para el desarrollo de éste estudio, por cuanto al enfocarse en el paradigma positivista, ayudó a construir los cimientos teóricos referenciales, para poder cumplir con el propósito número uno de mi estudio, que también iba orientado en ese enfoque paradigmático.

Bobadilla (2021), ejecutó un importante trabajo que tituló: “Adolescencia, Prematuridad y Peso al nacer asociado a la Mortalidad Neonatal en el Hospital María Auxiliadora Lima-Perú, 2018-2019”, presentado ante la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener, con sede en Lima capital de Perú, para optar al grado académico de Doctor en Salud, cuyo objetivo principal del estudio fue “determinar la asociación existente entre la adolescencia, prematuridad y el peso al nacer con la mortalidad neonatal en el Hospital María Auxiliadora, entre los años 2018-2019” (p. 10).

El método empleado fue hipotético deductivo, con enfoque cuantitativo, aplicada, de diseño Casos y Controles, la muestra fue 98 casos y 98 controles, pareada 1:1, muestreo aleatorio, se realizó el análisis multivariado de regresión logística y la prueba del Chi<sup>2</sup> para la comprobación de la hipótesis. Sus técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados, así como también algunas de sus variables estudiadas, fueron de gran utilidad para el trabajo hoy presentado por mí, en el Hospital Dr. Egor Nucete de Sam Carlos, para alcanzar uno de los propósitos enmarcados dentro del paradigma positivista que la misma contiene.

Los resultados obtenidos a la prueba estadística de análisis multivariado  $p=0,02$  para prematuridad,  $p=0.000$  para bajo peso al nacer,  $p=0,000$ , para adolescencia, todos los valores de  $p<0,05$  por lo que existe una asociación con la mortalidad neonatal; al ser explicativo permite predecir la probabilidad de riesgo de que ocurra una muerte neonatal cuando la madre es adolescente, prematura y recién nacido con extremadamente bajo peso, siendo el impacto de riesgo de 96%. En el marco de las conclusiones generadas en dicho trabajo, es que los factores de riesgo maternos y neonatales están asociados a la mortalidad neonatal y una mayor frecuencia de muertes ocurren dentro de los primeros 7 días y con extremadamente bajo peso al

nacer. Asimismo, el trabajo se tomó como aporte de la investigación y sirvió de análisis comparativo para formular mis orientaciones y aportes esperados.

Camacho (2020), estampó una investigación que nombró: “Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal”, la cual presentó ante el Programa de Salud, Psicología y Psiquiatría del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, de la Universidad de Almería, con sede en Almería, España, para optar al título de Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría, y cuyo propósito general fue “explorar, describir y comprender las experiencias de madres y padres que han vivido un duelo perinatal” (p. 3).

Dicho trabajo se realizó mediante un estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer. Se realizaron entrevistas en profundidad y se hizo un análisis inductivo para encontrar los temas principales. Se entrevistaron a 13 madres y 8 padres que fueron atendidos en los Hospitales de Torreveja y Vinalopó, ambos en Alicante. Estos padres sufrieron la muerte perinatal de un bebé 5 años previos al estudio y reunieron los criterios de inclusión. Las entrevistas se transcribieron textualmente y el análisis se realizó con el programa informático ATLAS.ti versión 7.0, el investigador leyó cada transcripción y desarrolló códigos iniciales usando un proceso inductivo.

En el análisis de los datos se obtuvieron 33 subtemas y estos se agruparon en 9 temas; a su vez, de estos temas emergieron 4 temas principales: “Experimentando la muerte de un hijo”; “Secuelas físicas y psicológicas de la muerte perinatal”; “Impacto de la muerte perinatal en el contexto socio familiar de los padres”; y por último, “Experiencias de los padres sobre el apoyo después de la muerte fetal y neonatal”. Entre las reflexiones finales, el autor señala que el duelo perinatal es una experiencia devastadora tanto para la madre y el padre, como para los hermanos y el resto del entorno familiar afectando de forma física, psicológica y emocional. Por ello, es necesaria una alta calidad en la asistencia sanitaria, con una unificación de criterios y de cuidados basados en la evidencia científica, así como en los deseos y expectativas de los padres.

Sampedro (2019), elaboró un estudio nombrado: “Factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el hospital Dr. León Becerra Camacho, Cantón Milagro, 2014-2017”, presentado ante el departamento de investigación y posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, con sede en Milagro, Guayas, Ecuador, como exigencia al grado previo académico de *Magister Scientiarum* en Salud Pública, siendo su propósito general: “Determinar los factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón Milagro”. (p. 11).

Para su trabajo, utilizó un diseño transversal, retrospectivo, descriptivo, cuantitativo y de campo, la población seleccionada fue de 75 neonatos que fallecen en los servicios de neonatología del Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017, que se considera muy discreta en comparación con el lapso temporal que abarca mi estudio. También, él hace énfasis en las definiciones de cada factor de riesgo que conllevan a una muerte neonatal, enfocándolos en los aspectos sociodemográficos, los factores maternos-obstétricos, fetales y neonatales. Asimismo, realiza un análisis de los resultados, comparándolas con otros estudios, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo que conllevan a estas muertes para contribuir a la mejoría de la calidad en la atención integral del parto y cuidados del recién nacido, en los servicios de ginecología y neonatología, similar pretensiones que busca mi estudio en el Hospital General Dr. Egor Nucete, centro piloto de mi trabajo.

Importante señalar que este estudio permitió identificar que los factores de riesgo se relacionaron con las características sociodemográficas, a los factores maternos, obstétricos y feto-neonatales más resaltantes y sin duda, diferenciar que existen determinantes que ocasionan un gran peligro tanto a la madre como al hijo y que están asociados mutuamente, lo cual pone en riesgo la salud del recién nacido. Como factor relevante encontrado fue la edad de la madre, su procedencia, su condición social, ya que tiene gran impacto en el momento de la concepción.

Villarrubias (2017), ejecutó una tesis doctoral que denominó: “Cuidados al final de la vida perinatal de sala de partos: Estudio cualitativo fenomenológico de las experiencias vividas y de las necesidades percibidas de los padres”, la cual presentó

ante la Universidad Internacional de Catalunya (UIC), una institución privada de educación superior cuyo campus principal se encuentra en la ciudad de Barcelona, España, específicamente ante la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, para optar al grado académico de Doctor Investigador en Salud, cuyos propósitos primarios fueron: En primer lugar, “comprender y analizar en profundidad las experiencias y las necesidades de los padres ante el fenómeno de pérdida perinatal”; y en segundo término, “analizar el rol de la enfermería ante este fenómeno; en particular el papel de la matrona, como responsable de los cuidados a la familia durante el nacimiento en la sala de partos” (p. 27).

El mencionado estudio, se basó en el desarrollo de un análisis fenomenológico con un enfoque interpretativo y descriptivo que permitiese capturar y comprender en profundidad las experiencias vividas y las necesidades percibidas por los padres que han sufrido una pérdida perinatal en sala de parto (SP). Para ello se utilizaron entrevistas semiestructuradas (n=15), con uno o ambos padres de familias que se habían enfrentado ante esta situación. Tras la transcripción de dichas entrevistas, los datos fenomenológicos se analizaron mediante el método de siete pasos de Colaizzi y la estrategia de análisis de Morse. Dichas técnicas y procedimientos de recolección de datos dentro del marco post-positivistas, orientaron similares propósitos encausados en ésta investigación.

El análisis de los resultados permitió identificar dos temas principales que definen o caracterizan las experiencias vividas por los padres en sala de partos y siete necesidades percibidas por los mismos. Estos dos temas son el shock que provoca la pérdida perinatal y la trascendencia vital que tiene dicha pérdida en la vida de estos padres. Las siete necesidades identificadas fueron: la necesidad de relacionarse con el bebé; de reconocimiento y de recibir la información adecuada; la necesidad de despedirse y de dar un lugar al bebé; y por último, la necesidad de contacto físico y de apoyo. Como reflexión, la autora señala que la muerte de un hijo trasciende en la vida de la familia para siempre, este es un evento que causa un estado inicial de shock y que no se olvida nunca. Cuando una familia se forma, ya no tiene fin y los hijos,

vivos o muertos, serán sus hijos para siempre y ellos los padres eternamente, es la historia de sus vidas.

### **Estado del Arte**

Según Londoño *et al* (2016: 9), “una de las primeras etapas que debe desarrollarse dentro de una investigación es la construcción de su Estado del Arte, ya que permite determinar la forma como ha sido tratado el tema”. Igualmente, permite conocer “cómo se encuentra el avance de su conocimiento en el momento de realizar una investigación y cuáles son las tendencias existentes en ese momento cronológico, para el desarrollo de la temática o problemática que se va a llevar a cabo”. De igual forma, Vélez y Galeano (2002), citados por Londoño (ob. cit.: 10), consideran que:

*El Estudio del Arte es la primera actividad de carácter investigativo y formativo por medio de la cual el investigador se pregunta, desde el inicio de su trabajo, qué se ha dicho y qué no; cómo se ha dicho; a quién se ha dicho; y, qué falta por decir, con el fin de develar el dinamismo y la lógica que deben estar presentes en toda descripción, explicación o interpretación de cualquier fenómeno que ha sido estudiado por teóricos o investigadores.*

Es importante destacar, la dificultad manifiesta de una muy baja producción de trabajos de investigación sobre todo en Venezuela, relacionados con el tema de la mortalidad neonatal, objeto de nuestro estudio. Así como también, la gran mayoría de los publicados están sustentados bajo el paradigma positivista y en menor cuantía, desde el paradigma cualitativo, bajo el método fenomenológico. Procedemos, entonces, a reseñar el Estado del Arte de ésta investigación.

Guzmán y Orellana (1988: 39), desarrollaron un estudio que fue denominado: “Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal en algunos Países de América Latina”, cuyo objetivo fue observar lo que está sucediendo con la mortalidad infantil y sus componentes, y en particular, verificar si se observan las mismas tendencias observadas en países europeos. Para ello se ha seleccionado a los tres países de la América Latina (Cuba, Chile y Costa Rica), que tenían la más baja mortalidad infantil y que, en consecuencia, son los que más cerca se encontraban de los niveles

prevalecientes en países europeos. Estos países además disponían de mejores estadísticas vitales en la América Latina. Se concluye que es posible que efectivamente haya un desplazamiento hacia después del primer mes de vida de muertes por causas endógenas, pero el aumento del porcentaje de muertes post-neonatales, sólo se debería en menor medida a esta causa.

Gallardo *et al* (2008: 1), presentaron un trabajo denominado: “Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México”. Este trabajo tuvo como propósito central identificar los factores asociados con mortalidad neonatal en el municipio Macuspana, estado de Tabasco, México, 2004-2005. En su método, se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, los casos fueron 51 fallecidos de 0 hasta 27 días y 153 controles recién nacidos vivos, según lugar de residencia de los padres y fecha de nacimiento. Las variables que resultaron asociadas fueron: peso al nacimiento menor de 2 500 g., edad gestacional menor de 37 semanas, madres sin escolaridad, enfermedad durante el embarazo, menos de 3 consultas prenatales.

Osorio y Romero (2008), realizaron un estudio que titularon: “Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal precoz del Hospital General Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Tabasco, 2005”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados con la mortalidad neonatal precoz durante el período de enero-junio 2005. Su método fue realizar estudio observacional, analítico de casos y controles, incluyendo el total de fallecidos menores de 7 días y 2 controles por cada caso. Observando las variables sociodemográficas maternas, antecedentes ginecobstétricos y datos sobre el recién nacido. Se observaron factores de riesgo asociados a muerte neonatal precoz, entre ellos factores sociodemográficos, y sus conclusiones fueron: Edad menor de 15 años, analfabetismo, más de tres embarazos anteriores, falta de asistencia a controles prenatales y la hipertensión como antecedente patológico personal. Los relacionados con el neonato fueron: el peso al nacer por debajo de 2500 gramos, la edad gestacional menor de 37 semanas.

Tang (2010: 3), realizó un estudio que nombró: “Factores Asociados a la Mortalidad Neonatal en el hospital José María Benítez - la Victoria estado Aragua”, que presentó a la Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública de la Universidad de

Carabobo. El objetivo fue analizar factores asociados a la mortalidad neonatal en el Hospital durante el período enero -diciembre de 2004. El mismo fue analítico de 89 casos y 267 controles retrospectivos no pareados. Se utilizó pruebas de X<sup>2</sup> o prueba exacta de Fisher, la razón de productos cruzados y límites de confianza al 95%, la proporción de riesgo atribuible o fracción etiológica y la proporción de riesgo atribuible en la población. Los resultados sugieren que los factores de riesgo con asociación positiva y con significancia estadística son: edad materna, control prenatal, situación conyugal, instrucción de la madre, presentación, tipo de parto, Apgar, edad gestacional, peso/ edad gestacional, talla y patologías del recién nacido.

Lona *et al* (2018: 43), realizaron un trabajo titulado: “Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales”. El objetivo del estudio fue cuantificar la mortalidad neonatal y los factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. Fue un estudio de cohorte prospectivo realizado de enero de 2016 a enero de 2017, en el Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”. Se cuantificó la incidencia de muertes y las condiciones asociadas mediante un análisis multivariado con regresión logística.

Las causas de muertes fueron malformaciones o enfermedades genéticas, infecciones (24,9%), y síndrome de dificultad respiratoria. Las condiciones asociadas a muerte fueron edad gestacional < 37 semanas, peso al nacer < 1500 gramos, dificultad respiratoria moderada/grave a los 10 minutos de vida, Apgar < 7 a los 5 minutos de vida, malformaciones congénitas y menos de cinco consultas de control prenatal.

Pérez *et al* (2018: 3), presentaron un trabajo titulado: “Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional”, su objetivo fue determinar las características de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo, de todos los neonatos muertos del año 2008 al 2012. Se identificaron las defunciones por medio del registro de la Jefatura de Pediatría, y obtuvieron los datos de los expedientes clínicos de neonatos que murieron durante el período entre 2008 y 2012. Las variables estudiadas fueron género, peso al nacer, edad gestacional, causa de muerte, comorbilidades, control prenatal, antecedentes de muerte neonatal y patología gestacional. Al final, hubo 308 defunciones neonatales.

La edad gestacional al nacimiento fue de  $30 \pm 5$  semanas (media y desviación estándar); el peso en gramos de  $1944 \pm 990$ . La causa principal de mortalidad fue inmadurez extrema en 19% (58), seguida de asfixia neonatal con 13% (41).

Marlon y Melón (2022: 4), entregaron un estudio titulado: “Factores Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Chankay Período 2018-2020”, proyecto de investigación para optar por el título de segunda especialidad profesional en Pediatría, ante la Facultad de Medicina de la Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú. El estudio se basó en hallar los factores que se relacionan a las defunciones de los recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Chancay Periodo 2018-2022. La metodología es retrospectiva y descriptiva. La muestra estará constituida en 6 casos y 12 controles atendidos en el Hospital Chancay en la Unidad de Neonatos, durante el periodo 2018-2022. Por último, se usó el SPSS 25 con el cumplimiento de dar observación a los objetivos que se han propuesto mediante la generación de tablas y gráficos, asimismo, se empleó el Odds Ratio (OR), para medir la asociación.

Abcarius *et al* (ob. cit.: 18), presentaron un estudio titulado: “Factores de riesgo asociados a la mortalidad y peso al nacer de pacientes neonatos, caso de estudio: hospital pediátrico Baca Ortiz”, cuyo objetivo fue establecer los factores de riesgo asociados a la mortalidad y peso al nacer de pacientes neonatos, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Fue una investigación de diseño observacional, transversal de tipo descriptivo que con una muestra de 204 recién nacidos, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz en la ciudad de Quito, Ecuador, durante el año 2019. El peso al nacimiento tiene una asociación lineal negativa significativa con la mortalidad neonatal, siendo los neonatos de género masculino los más susceptibles a fallecer. También existe mayor frecuencia de mortalidad neonatal en las madres que residen en el área urbana de la sierra ecuatoriana.

### **Bases Teóricas Referenciales**

Las bases teóricas constituyen el corazón del trabajo de investigación, o de la tesis doctoral, pues es sobre éstas que se construye todo el trabajo. Una buena base teórica formará la plataforma sobre la cual se construye el análisis de los resultados obtenidos en el trabajo, y sin ella no se puede realizarse ese análisis. De acuerdo a Arias (2012: 102), las bases teóricas constituyen: “Un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado”. Pueden subdividirse de acuerdo a su naturaleza en psicológicas, filosóficas, pedagógicas, legales, entre otras. Su desarrollo debe iniciarse con una breve introducción donde se indique el tema a estudiar, el concepto de bases teóricas debidamente citado y la mención de las teorías relacionadas con el trabajo.

En este sentido, Arias (ob. cit.: 107), afirma que “las bases teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado”. Según Bavaresco (2006: 4), sostiene que las bases teóricas tiene que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias.

### **Condición de la parturienta**

Determinar la edad ideal de la parturición siempre ha sido uno de los objetivos del obstetra, pues se ha observado que los problemas que ocasiona el parto son más frecuentes en las pacientes de los extremos etarios. Respecto al límite máximo de la edad ideal para el parto, éste varía de manera considerable según los autores y las épocas entre otros, en edades superiores a los 35 años, publicándose trabajos que lo fijan en 40 años o incluso en 44. Al respecto, Monleón *et al* (2002: 2), “define como primípara añosa a aquella mujer que en el momento de su primer parto tiene 35 años o más”.

En cambio, se dice múltipara de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es múltipara cuando tiene más de cinco partos. [...], “se considera como nulípara a aquella paciente que no había parido anteriormente por vía vaginal y como múltipara a toda paciente con antecedentes de parto por vía vaginal”. Primípara o primigesta resultan sinónimos, dicese de aquella mujer que ha parido una vez. Múltipara o multigesta también resultan conceptos equivalentes, y se refiere a la mujer que ha parido dos o más veces. La literatura médica refiere a la «Gran Múltipara», que es la mujer que ha parido seis veces o más.

### **Período intergenésico**

Según Aquino *et al* (2021: 140), respecto al periodo intergenésico: “es el lapso entre fechas de nacimientos consecutivos, aunque otro autor lo define como el tiempo entre fechas de nacimientos vivos, sucesivos o consecutivos, menos la edad gestacional del neonato más reciente”. Asimismo, [...] “esa afectación influyen en el espaciamiento de los nacimientos: la edad de la madre al momento del nacimiento del hijo, el nivel socioeconómico, la educación materna, el uso de algún método anticonceptivo y la procedencia”. De igual forma, González *et al* (2019: 1), afirman que “se denomina periodo intergenésico al lapso de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos”. También puntualiza que: [...]. “Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor favorable para la reproducción. OPS y la OMS han establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos 24 meses”. Igualmente, más adelante enfatiza que:

*Cuando la duración entre un embarazo y otro es menor a 24 meses, se lo ha catalogado como período intergenésico breve (PIB). Este se ha relacionado con condiciones no adecuadas o desfavorables para la reproducción. Los mecanismos de cómo un período intergenésico breve puede conducir a resultados maternos e infantiles adversos no se han dilucidado completamente.*

González *et al* (ob. cit.: 2), también consideran que “la noción tradicional se sustenta en las hipótesis de agotamiento nutricional materno, la no recuperación física de la madre, la capacidad para la atención y cuidado de los hijos, estrés post parto, entre otras”. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor favorable para la

reproducción. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos veinticuatro meses. Asimismo, la literatura médica sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo, mínimo dieciocho meses (periodo intergenésico corto, PIC) y no más de 60 meses (periodo intergenésico largo, PIL), para así reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales.

### **Control prenatal**

Según Sánchez *et al* (2005: 377), “la atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer” del mismo modo, “permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo”. Asimismo, la atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. Los autores en su estudio revelan que en años anteriores, elevadas tasas de mortalidad perinatal eran ocasionadas por la prematurez, el bajo peso al nacer, la hipertensión en el embarazo, la isoimmunización materno-fetal, los procesos infecciosos, la diabetes, la baja reserva fetal, las complicaciones del parto, etcétera; y en el neonato, las enfermedades respiratorias, la asfixia, la enfermedad hemolítica, entre otras, que pueden ser diagnosticadas durante el control prenatal.

Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2013: 4), “la consulta prenatal es el conjunto de acciones médicas asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativas, programadas por el equipo de salud con el objetivo de controlar la evolución del embarazo”. Así como también, es una valiosa oportunidad para obtener una adecuada preparación para el parto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Por ello, el protocolo recomienda en “la Primera visita: Se realiza anamnesis y evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto. Asimismo, se solicitan exámenes de rutina” y puntualiza que:

*Durante el interrogatorio se ejecuta la Anamnesis, consultando los Datos personales, nombre y apellido, edad, estado civil, nivel de instrucción, profesión u ocupación, datos de la pareja, domicilio. Incorporar interrogatorio para descartar violencia basada en género. Tipo de etnia. Gestación actual: fecha de la última regla (especificar si fue normal o no), sintomatología presentada hasta el momento de la entrevista. Es necesario agregar la edad de gestación en las historias.*

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014: 9), manifiesta que el control prenatal “permite valorar el estado de salud y nutrición de la mujer, y detectar tempranamente posibles complicaciones o factores que puedan incidir negativamente en el embarazo y, por lo tanto, en la niña o niño.” De igual forma, permite a los equipos básicos de salud [...] “actuar precozmente para limitar sus efectos tanto como sea posible. Además, el control es fundamental para generar un espacio que permita manifestar dudas, preocupaciones, inquietudes y miedos”.

### **Peso y talla al nacer**

Rellan (2008: 1), justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” (el inferior a 2.500 gramos), y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gramos y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gramos. Igualmente, los niños que tienen un peso entre los percentiles 10 y 90, o sea de (2700 a 3700 gramos), se consideran adecuados para la edad gestacional (AEG), los que lo tienen por debajo del percentil se los considera pequeños para edad gestacional (PEG), y los que están por encima del percentil de (3.700 gramos), se los considera grandes para edad gestacional (GEG). Igualmente, según Abcarius (ob. cit.: 15):

*El peso al nacer es uno de los principales indicadores pronóstico de mortalidad neonatal, en el que influyen factores asociados con la madre, el neonato, y las características socioeconómicas familiar. Los factores de riesgo implican comorbilidades al momento del nacimiento, por lo que, la intervención adecuada y el oportuno acceso a los servicios de salud constituyen elementos primordiales para la reducción de la mortalidad neonatal.*

Para González-Cossío *et al* (1998: 19), “el peso al nacer (PN) es un indicador de la salud del recién nacido; tiene un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil

y posterior, así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo”. Mientras que “la longitud al nacer (LN), otro indicador de la salud fetal, añade información sobre las condiciones intrauterinas y también influye en el crecimiento subsecuente”. A criterio de éstos investigadores, los factores determinantes del PN, se conocen cada vez más, en tanto que se tiene menos información sobre los relacionados con la LN.

### **Tipo de parto**

De acuerdo a la literatura médica consultada, muchos son los tipos de parto que existen: natural o vaginal, medicalizado, cesárea, prematuro. Postérmino, programado, provocado o inducido y parto en casa. Ahora bien para el objeto del estudio se tomarán solo dos: el natural y la cesárea. El parto natural es una manera de dar a luz dejando que la naturaleza siga su curso. Esto puede incluir lo siguiente: atravesar el trabajo de parto y el alumbramiento sin la ayuda de los medicamentos, incluyendo tanto los medicamentos para el dolor (o analgésicos), como la anestesia epidural. Según OMS (1996) citado por Barboza (2017: 5), considera que:

*Parto Normal aquel de comienzo espontáneo que haya cursado un embarazo de bajo riesgo, con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas, que no presente complicaciones desde el comienzo del trabajo de parto hasta la finalización del nacimiento, con un feto en presentación cefálica y cuya salida se produzca en forma espontánea. Luego de producido el nacimiento, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.*

Asimismo, el parto por cesárea es el alumbramiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre. Este procedimiento se realiza cuando se determina que este método es más seguro para la madre, para el bebé o para ambos que el parto vaginal. Según OMS (2014: 1). ”Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%”. Sin embargo existen consideraciones y al respecto Besio (1999: 9), mantiene que:

*En la controversia sobre el aumento del número de cesáreas no parece éticamente lícito que sólo criterios de costos económicos, o de orden "naturalista" participen decisivamente en la elección de la vía de parto. En la decisión debe primar siempre el criterio clínico: la vía que asegure un mejor*

*resultado para los dos pacientes y en los casos de perplejidad, sería también válida la consideración de la autonomía de la madre.*

De igual forma, la OMS (ob. cit.), en sus conclusiones asevera que con los datos registrados en el estudio “no es posible evaluar la asociación entre la mortalidad materna y neonatal, y las tasas de cesárea superiores al 30%”. Es importante referir que al parto vaginal también se le conoce como parto eutócico.

### **Trabajo de parto**

El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. Por ende, el “fracaso del progreso del trabajo de parto” se ha tornado en una de las indicaciones principales para la cesárea primaria, particularmente en madres primerizas. Según la Guía de Práctica Clínica (2015: 20):

*La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: En las primíparas: el promedio de duración es de 8 horas, igualmente, Es poco probable que dure más de 18 horas. En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas y es poco probable que dure más de 12 horas. Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas.*

De acuerdo a la literatura médica, existen varias etapas durante el trabajo de parto. La etapa uno, en la mayoría de los casos, comienza con contracciones. Esta etapa dura hasta que su cuello uterino se dilata hasta 10 cm. La etapa dos comienza cuando el cuello uterino de la mujer está totalmente dilatado. Esto se llama etapa de “pujos” o “expulsiva”. La mujer puja cuando su útero se contrae. Los pujos continúan hasta que el bebé nace. La etapa tres comienza después del nacimiento del bebé. Dura hasta que expulsa la placenta. La etapa cuatro, o de recuperación, dura varias horas después del nacimiento del bebé. Es cuando el bebé se adapta a los cambios físicos y emocionales que sobrevienen con el nacimiento (Barrios, 1992: 51).

### **Edad de la gestante**

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas. En el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado: edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. Las mujeres en edad fértil presentan una serie de características que definen no solo su salud y bienestar, sino que también, se convierten en factores positivos o negativos predictores de la salud de las futuras generaciones.

El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre. Siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Al respecto en su estudio, Donoso *et al* (2014: 173) consideran que “el menor riesgo de mortalidad fetal fue en el intervalo entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años” [...] “siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil”.

### **Edad gestacional**

Con respecto a la edad gestacional, Almira (2008: 7), expone que “se inicia el último período menstrual hasta la fecha del parto” [...]. “De ahí que conociendo la fecha ineludible de la última menstruación (FUM), se pueda estimar la edad aproximada del embarazo”. Según Carvajal y Ralph (2018: 32), la edad gestacional es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional (FUM) a la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días. Por ejemplo: 26 + 2 semanas significa 26 semanas + 2 días. La FUM operacional corresponde a una FUM “creada” para el cálculo correcto de la edad gestacional. Se crea esta FUM operacional en base a la ecografía, cuando difiere con respecto a la FUM real, o bien la FUM no es segura o confiable. La Guía de Asistencia Práctica (2020: 1) considera que:

*Los efectos de la prematuridad en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto pretérmino un problema de salud pública relevante. Además, la investigación en el parto pretérmino es una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los próximos años. Es también uno de los objetivos clave en la estrategia global de reducir las muertes neonatales de Naciones Unidas.*

La gestación dura en promedio 280 días (40 semanas), con un rango de distribución normal (sin intervenciones), entre 38-42 semanas. Sin embargo, desde el punto de vista de salud, el período de menor riesgo perinatal es entre las 38-41 semanas. Para el cálculo de la edad gestacional, el primer elemento diagnóstico es la anamnesis, estableciendo la FUM y determinando si esta es segura y confiable. El diagnóstico de la edad gestacional así establecido será corroborado o modificado por los hallazgos ecográficos, idealmente en base a una ecografía precoz (7-10 semanas).

De igual forma, los partos “pretérmino”: según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2020: 1), “es el que se produce antes de las 37.0 semanas de gestación cifras que pueden ser tan altas como un 12,5%”. “Puede ser de inicio espontáneo, o inducido por indicación médica secundaria a patología materna o fetal”. Criterio que posiciona una primera clasificación. Asimismo, la mayoría de los partos ocurren, “a término” de (37 a 42 semanas), y una tercera clasificación “pos término” o pos maduro (nacido después de las 42 semanas de gestación). Al respecto señalan, Guzmán *et al* (2008: 1), que “la definición de gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (>294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP)”.

### **Cantidad de productos y sexo al nacer**

El parto puede ser un parto sencillo, es decir de un solo feto o bien múltiple, de dos o más fetos. La vía de parto puede también variar, puede ser un parto vaginal, es decir que el feto es expulsado por el canal de parto natural (vaginal o eutócico), o bien un parto abdominal, es decir, por el abdomen de la madre (cesárea). De igual forma, según la OMS, “en la especie humana, la relación entre varones y hembras al momento del nacimiento se inclina a favor del sexo masculino”. Es una tendencia

global, que se ha mantenido durante décadas. En Reino Unido, por ejemplo, desde que se empezaron a llevar registros, en 1838, no ha habido ningún año en el que hayan nacido más niñas que niños Y una proporción de aproximadamente 105 nacimientos masculinos por cada 100 femeninos se considera natural y normal.

### **Nivel de instrucción**

El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2018: 2), señala que las adolescentes “sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria”. “Las niñas indígenas, en particular en áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad”. Muchas niñas y adolescentes tienen que abandonar la escuela debido a un embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en las oportunidades de completar su educación e incorporarse en el mercado laboral, así como participar en la vida pública y política. “Como resultado, las madres adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad y a reproducir patrones de pobreza y exclusión social”.

### **Principales causas de la muerte neonatal**

La mortalidad neonatal precoz, va desde el nacimiento hasta los 7 días de vida, mientras que la mortalidad neonatal tardía comprende desde el día 7 hasta los 28 días de nacido. Este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida, donde se desarrollan procesos de adaptación a través de cambios muy lentos, que de no llevarse a cabo con normalidad pueden derivar en consecuencias para el resto de la vida. Durante los primeros 40 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. Al respecto, Santos *et al* (2019: 1), identifica que:

*Entre los factores de riesgo se encuentran. 1. Factores de riesgo prenatales y sociodemográficos: control prenatal, edad, escolaridad, procedencia y antecedentes patológicos de la madre. 2. Factores de riesgo natales: lugar del parto, duración del parto, quien atiende el parto. 3. Factores de riesgo posnatales: asfixia, sepsis, prematurez, síndrome de aspiración meconial y malformaciones congénitas.*

Estudios realizados demuestran que algunos factores de la mortalidad neonatal están referidos a la edad de la madre, pre eclampsia, depresión, malformaciones congénitas en el neonato, sepsis neonatal, peso al nacer, entre otros. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Santos (ob. cit.: 3), “las causas más frecuentes son: partos prematuros (29%), asfixia (23%), e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%)”. Sin embargo, entre las causas de muerte neonatal según Lagrava (2017: 10), “se distinguen causas básicas y causas directas de muerte, de acuerdo a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades”. En este sentido, la causa básica de defunción se define como la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos, que condujeron directamente a la muerte, o a las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal. La causa directa de muerte es, a su vez, el mecanismo fisiopatológico último que produjo la muerte. Según Ticona *et al* (2005: 1), “las causas son similares alrededor del mundo (los recién nacidos mueren o quedan dañados) por asfixias, traumatismos, infecciones o malformaciones congénitas”. El origen de ello, son de madres, con complicaciones mayores durante el embarazo (hemorragias, sepsis, enfermedad hipertensiva del embarazo).

### **Estadía en sala – horario de la muerte**

Se define la mortalidad neonatal como la que ocurre en las primeras cuatro semanas de vida; ésta a su vez se subdivide en temprana, cuando la muerte ocurre en los primeros 7 días de vida y tardía cuando ocurre entre los 7 y los 28 días. Los hallazgos en estudio permitieron identificar los factores asociados a la estancia hospitalaria como factores propios de las características de los pacientes como patologías respiratorias y cardíacas, el bajo peso al nacer y el uso de dispositivos médicos. En cuanto a la supervivencia de la población de estudio destaca la baja probabilidad de supervivencia en la población de prematuros extremos. Según Marrugo *et al* (2019: 1):

*La mediana de la duración en estancia en uci de los 947 neonatos incluidos en el análisis fue de 3 días y una estancia promedio de 4.8 días (amplitud intercuartílica de 1-5 días).*

La unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), brinda atención integral, de alta calidad y centrada en la familia para bebés prematuros o en estado crítico. Se reserva esta unidad para bebés con bajo peso al nacer, aquellos que tienen dificultad para respirar o aquellos que experimentan otras complicaciones, sin embargo algunos fallecen lamentablemente. En cuanto al horario de la muerte, según Agra *et al* (2019: 4), en su estudio señala que “la franja horaria en la que se produjeron más fallecimientos (58,2%), es la de tarde-noche (entre 15 y las 8h)”.

### **Residencia de la madre**

La muerte neonatal es un evento centinela de la asistencia materno-neonatal y revela deficiencias en la atención a la madre y al recién nacido. Además se encuentra muy influenciada por el acceso a los servicios de salud ofrecidos a la población y por la calidad de los mismos, así como también, por las determinantes sociales y estructurales que acrecientan las brechas que deben cerrarse para dar una solución integral libre inequidades, una de esas determinantes es el lugar de la residencia y el acceso a los servicios de salud. Según Rojas (2017: 1), la variación geográfica suele expresarse en mayor mortalidad en territorios de baja densidad poblacional, donde habitan personas en situación socioeconómica desfavorable y que son remotos respecto a las grandes urbes que concentran los recursos de atención médica.

### **Lugar del fallecimiento**

A mediados del siglo XX, en los años 60, los partos comienzan a ser atendidos en los hospitales, con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos, no más del 20%. Esto fue considerado un progreso, ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron; pero a la vez, significó la incorporación a los hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. El parto es la causa más frecuente de ingreso hospitalario: representan el 9,1% de las altas institucionales totales. De igual

forma, Según De Oliveira *et al* (2020: 2), un factor importante para la seguridad y calidad del cuidado materno es el acceso oportuno a los servicios obstétricos, dado que la demora en recibir los cuidados obstétricos guarda íntima relación con la gravedad de los resultados maternos adversos.

### **Contención emocional de la madre**

El embarazo es una etapa de gran importancia en la vida de la mujer, se trata de un proceso en el cual se producen cambios personales, familiares y sociales. Román y Plaza (2023: 442-443), escriben que “el apoyo recibido durante el proceso de duelo perinatal es un factor importante para superar la pérdida”. Todas las mujeres entrevistadas en ese estudio, refieren que el apoyo recibido contribuye grandemente a superar la pérdida perinatal. Una de las féminas refirió que el apoyo recibido le ayudó a encontrar tranquilidad y resignación, especialmente en el apoyo de su esposo, quien estuvo con ella todo el tiempo. Otra de las mujeres refirió que el apoyo de la pareja, de la familia y de personas que han pasado por lo mismo es crucial en ese momento tan difícil. Todas las mujeres entrevistadas consideran el apoyo recibido durante el duelo perinatal como un elemento beneficioso y fundamental para sobrellevar la pérdida. Se destaca como principal recurso de apoyo el esposo y la familia (p. 445).

### **Situación conyugal**

La situación conyugal hace referencia al estatus de las personas, en relación con la convivencia en pareja o no, ya sea ésta debida a matrimonio, civil o religioso, o a una unión estable consensuada. A criterio de Mazzeo *et al* (2015: 85), “el estudio de los cambios en la formación y disolución de uniones, que implican variaciones en la situación conyugal de las personas, es uno de los aspectos más complejos del análisis demográfico”. Tales cambios involucran el comportamiento de dos personas y, además, están influenciados por distintos factores y múltiples interrelaciones.

Los citados autores precisan que en algunas encuestas demográficas, la información sobre el estado civil, es decir, la relación legal con respecto a su pareja, y el estado conyugal, entiéndase la relación de convivencia con respecto a su pareja, se recolecta a través de las siguientes categorías: Unido/a; casado/a; separado/a de unión; viudo/a

de unión; divorciado/a; separado/a de matrimonio; viudo/a de matrimonio; y soltero/a nunca casado/a ni unido/a.

### **Número de hijos anteriores**

La tasa de natalidad en Venezuela, es decir, el número de nacimientos por cada mil habitantes en un año, fue en 2022 del 15,57%, y el índice de fecundidad, entiéndase el número medio de hijos por mujer, fue de 2,19. Según Arriagada (2001: 33), “en Latinoamérica entre los ochenta y noventa, el tamaño promedio de hogares disminuyó en todos los países de la región”. Igualmente, al aumento de las familias monoparentales, al incremento de las uniones consensuales, así como de las separaciones y divorcios.

Suárez (2021: 8), señala que “la paridad es la cantidad de veces en que la mujer ha dado a luz a un niño ya sea vivo o muerto independiente de la forma de parto (normal o cesárea)”. En varios casos la cantidad de hijos que una mujer puede tener es la que determina si pueden existir complicaciones en el producto. Precisa que “hay investigaciones que alegan que la primiparidad o el primer embarazo tiene alta correlación con bajo peso al nacer y muerte neonatal”, y que el riesgo es mayor si concomita con embarazo en adolescentes o mujeres mayores de 30 años. Empero, aduce que “la multiparidad también es un factor de riesgo para la mortalidad neonatal y el intervalo de menos de 15 meses entre los nacimientos”, también es un factor de riesgo para mortalidad neonatal y postneonatal.

### **Bases Legales**

Las bases legales están constituidas por el conjunto de documentos de naturaleza normativa que sirven de testimonio referencial, brindando soporte o asidero jurídico a la investigación realizada. Este marco regulatorio suele presentarse siguiendo el orden piramidal propuesto por Hans Kelsen en su obra *Teoría Pura del Derecho* (1934). En este sentido, Muñoz (s/f: 181), señala que “el vértice del ordenamiento jurídico lo constituye la norma fundamental”, y “después de ésta se encuentra la norma secundaria” (p. 184), entiéndase por tal a la ley –orgánica, ordinaria y decretos-ley–, seguida de los reglamentos; por último, se hallan las normas jurídicas

individualizadas –sentencias y resoluciones–. A continuación, se presentan las bases legales de este estudio respetando el orden supra señalado:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.860, del 30 de diciembre de 1999, enmendada en el año 2009, según Gaceta Oficial Nro. 5.908, del 19 de febrero, constituye la norma suprema que encabeza y determina todo el ordenamiento jurídico venezolano. Dentro del Título III denominado “De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes”, se encuentra el Capítulo V referido a los “Derechos Sociales y de las Familias”, allí se dedican cinco preceptos constitucionales que direccionan la totalidad de esta investigación.

En ese sentido, el artículo 75 de la Carta Magna manifiesta que “el Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas”. Igualmente, existe el compromiso y fomento de las relaciones de maternidad cuando expresa que “las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes”. De igual manera, el artículo 76 *ejusdem* es muy preciso al describir lo siguiente:

*La maternidad y la paternidad son protegidos integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre...El estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científico.*

De igual forma, el artículo 83 es enfático al estatuir que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”. Asimismo, preceptúa que “todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa”. Por su parte el artículo 84 precisa lo siguiente:

*Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.*

La citada norma señala que “la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. El artículo 85 *ejusdem* establece que “el Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria”, reservándose la potestad de regular a las instituciones públicas y privadas del sector. El artículo 86 consagra el derecho que tiene toda persona “a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad [...] y cualquier otra circunstancia de previsión social”.

Ahora bien, resulta no menos que una entelequia el intento de materializar este paradigma –Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)–, bajo la vigencia de una Ley Orgánica de Salud (LOS) que es anterior a la CNRBV, promulgada por el extinto Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998, en cuyo artículo 1 consagra que “regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud”.

En su artículo 2 precisa que “se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”, siendo un concepto totalmente desfasado conforme a lo establecido por la OMS. En el artículo 3 señala que “los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país” y funcionarán de conformidad con los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad. En el Título II de la ley, denominado “De la Organización Pública en Salud”, resalta el hecho de que no se establece un SPNS –en contraposición a la CNRBV–, sino que se estatuye una “Organización Pública en Salud” la cual “estará integrada por los organismos de salud de la República, del Distrito Federal, los estados y los municipios”.

En este sentido “el Ministerio de la Salud será el órgano rector y planificador de la administración pública nacional de la salud” (artículo 5), y “en su condición de

máximo responsable del sector salud, establecerá un proceso de coordinación con los demás ministerios que tengan acciones que desarrollar en relación con la salud. A tal efecto se crea el Consejo Nacional de la Salud” (artículo 6). De acuerdo a lo previsto en la citada ley, específicamente en su artículo 11, dicho consejo cuenta con las siguientes atribuciones: “Establecer la política del Estado en materia de salud”; “fijar anualmente los objetivos de la organización pública en salud, de conformidad con el Plan Nacional de Salud”; “ejercer la supervisión y evaluación continua de los servicios públicos para la salud”; “ejercer la alta dirección de las autoridades públicas en salud, de los establecimientos de atención médica y de los programas de asistencia social y de saneamiento ambiental en toda la República”, entre otras.

Empero, la LOS no es el único instrumento legal anterior a la CNRBV que se encuentra vigente, sino que además dentro del ordenamiento jurídico venezolano, se cuenta con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud promulgada por el fenecido Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 33.745 Extraordinario, del 23 de junio de 1987, en cuyo primer artículo se prevé que a los fines de esa ley “se entenderá por Sistema Nacional de Salud, la integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el Territorio Nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de la salud”.

Conforme al artículo 2 *ejusdem*, “se integrarán al Sistema Nacional de Salud y se adscribirán al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social”, “todos los servicios de atención médica y actividades afines adscritos, hasta la publicación en Gaceta Oficial de esta Ley, a los Ministerios, Universidades, Institutos Autónomos Nacionales y demás entes del subsector público”. Mientras que el artículo 3 señala que “el Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza”.

Afortunadamente y dando cumplimiento a un mandato constitucional se promulgó el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, cuya última reforma data del 30 de abril de 2012, Gaceta Oficial Nro. 39.912, estableciendo en su artículo número 4 que “la seguridad social es un derecho humano y social fundamental e irrenunciable, garantizado por el Estado a todos los

venezolanos y venezolanas residentes en el territorio de la República, y a los extranjeros residenciados [...] legalmente en él”. En su artículo 18 señala que este sistema garantiza –entre otros servicios– “la promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud”, además de una oportuna y adecuada rehabilitación.

El artículo 50 de la ley en estudio, precisa que el Régimen Prestacional de Salud se gestionará a través del SPNS, “desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud desde sus determinantes sociales, la rehabilitación, la educación y prevención de enfermedades”. En este sentido, resulta impostergable acotar que:

*El Sistema Público Nacional de Salud integra todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales o parafiscales, de manera descentralizada, intergubernamental, intersectorial y participativa en lo que respecta a la dirección y ejecución de la política de salud, bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud (artículo 52).*

De igual forma, el artículo 53 establece que “es obligación de todos los poderes públicos, de los diferentes entes prestadores de salud públicos y privados, y de la sociedad, garantizar el derecho a la salud, su protección y cumplimiento”. Del mismo modo, el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. No obstante, unos 100 millones de personas de todo el mundo son empujadas cada año a vivir por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios. Asimismo, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, e implica alcanzar el mayor grado de bienestar físico, mental y social, resulta indispensable para el ejercicio de los demás derechos, porque a través de él se dan las condiciones necesarias para vivir dignamente; y esto no se limita a la simple atención de la salud, sino al desarrollo de todos los factores sociales, económicos, políticos y culturales que permiten llevar una vida sana.

## **Conceptualización de las Variables**

Desde lo cuantitativo, para Rodríguez (2021: 33), el término variable “tiene sus raíces en las matemáticas, primero se extrapoló a la investigación en los estudios cuantitativos y luego a los cualitativos”. El mismo ha sido extrapolado desde las matemáticas al campo de las ciencias, y es un concepto que representa rasgos que pueden ser observados y que permitirán alguna confrontación con la realidad empírica y que puede variar, es decir, asumir valores (o de ser medibles de alguna forma).

La definición operacional de una variable, en opinión de Balestrini (2002: 114), “implica seleccionar los indicadores de contenidos, de acuerdo al significado que se le ha otorgado, a través de sus dimensiones a la variable de estudio”. El proceso de llevar una variable de un nivel abstracto a un plano operacional se denomina «Operacionalización», y la función básica de dicho proceso es precisar o concretar al máximo el significado o alcance que se otorga a una variable en un determinado estudio.

Dentro del propósito específico número uno, que es “caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022”, tenemos las variables «Factores Clínicos» y «Factores Demográficos y Psicosociales». El método clínico es el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica; es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Al aplicar el método clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento médico. Conocimiento que tiene una connotación histórico-social, dado que el “proceso de conocer” depende del tiempo y el espacio de una sociedad (Guillen *et al*, 2021: 271).

Ahora bien, respecto a los «Factores Demográficos y Psicosociales», es posible referir que la demografía es una ciencia que estudia estadísticamente las poblaciones

humanas; su dimensión, estructura, evolución y características generales, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición (Bruno, 2019: 18). Es el estudio estadístico de las poblaciones humanas según su estado y distribución en un momento determinado o según su evolución histórica (Arcia, 2009: 4). Por su parte, lo psicosocial o sicosocial, es un adjetivo referido a la conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella (Madariaga, 2009: 97).

**Tabla 1.***Operacionalización de las Variables*

Propósito Específico	Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Ítem
1. Caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022.	Factores Clínicos	El método clínico es el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica; es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Al aplicar el método clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento médico. Conocimiento que tiene una connotación histórico-social, dado que el “proceso de conocer” depende del tiempo y el espacio de una sociedad (Guillen <i>et al</i> , 2021: 271).	Condición de la Gestante	* Primigesta * Multípara	1
			Período Intergenésico	* 1-2 años * 3 - 4 años * Más de 4 años	2
			Control Prenatal	* Sin Control * Entre 1-3 * Entre 4-6 * Más de 6	3
			Edad de la Gestante	* ≤14 años * ≥14 años – 19 * Entre 20 y 40a * >40 años	4
			Condición Nutricional de la Madre	* Normal * Bajo Peso * Obesidad	5
			Tipo de Parto	* Natural * Cesárea	6
			Horas de Labor de Parto	* ≤30min * >30min–2h * 2h – 4h * 5h – 7h * >8	7
			Edad Gestacional	* Pre término * A término * Post término	8
			Cantidad de Productos	* Sencillo * Múltiple	9

**1 de 4**

Propósito Específico	Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Ítem
1. Caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022.	Factores Clínicos	El método clínico es el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. Es el método científico aplicado a la práctica clínica; es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Al aplicar el método clínico se está elaborando y construyendo el conocimiento médico. Conocimiento que tiene una connotación histórico-social, dado que el “proceso de conocer” depende del tiempo y el espacio de una sociedad (Guillen <i>et al</i> , 2021: 271).	Sexo del Producto	* Masculino * Femenino * Hermafrodita	10
			Peso del Producto	* Bajo peso * Adecuado * Grande	11
			Causas de la Muerte	* Asfixia * Bajo Peso * Diarreas * Enfermedades Hereditarias * Enfermedades Propias del Embarazo * Infecciones * Lesiones debido al parto * Malformaciones Congénitas * Neumonías * Prematuridad * Riesgos Perinatales	12
			Estadía de reclusión en el retén de neonato	* Uso de Medicamentos * Otra * Entre 1-7 días * Entre 8-28 día	13
			Hora de la Muerte	* Diurno * Nocturno	14

2 de 4

Propósito Específico	Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Ítem
1. Caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022.	Factores Demográficos y Psicosociales	La demografía es una ciencia que estudia estadísticamente las poblaciones humanas; su dimensión, estructura, evolución y características generales, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición (Bruno, 2019: 18). Es el estudio estadístico de las poblaciones humanas según su estado y distribución en un momento determinado o según su evolución histórica (Arcia, 2009: 4). Lo psicosocial o sicosocial, es un adjetivo referido a la conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella (Madariaga, 2009: 97).	Municipio de Residencia de la Madre	* Anzoátegui * Ezequiel Zamora * Girardot * Lima Blanco * Pao de San Juan Bautista * Ricaurte * Rómulo Gallegos * Tinaco * Tinaquillo	15
			Lugar del Fallecimiento	* Comunidad * Vía Hospital * Intra-hospitalario	16
			Grupo Étnico	* Mestizo * Caucásico * Mulato * Afro-descendiente * Indígena * Asiático	17
			Nivel de Instrucción de la Madre	* Primaria * Secundaria * Superior	18

3 de 4

Propósito Específico	Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Ítem
1. Caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022.	Factores Demográficos y Psicosociales		Contención Emocional	* Madre * Pareja * Pariente	19
			Situación Conyugal	* Soltera * Casada * Viuda * Divorciada * Concubinato	20
			Número de Hijos anteriores	* 0 * 1 * 2 * 3 * ≥4	21

**Fuente:** Meléndez y Mujica (2023).

**4 de 4**

**Tabla 2.***Matriz de Categorías Previas*

Propósitos Específicos	Variables	Definición	Categorías	Subcategorías	Código
2. Interpretar el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos relacionados a éste, desde la experiencia del equipo de salud especializado intrahospitalario del hospital General Dr. Egor Nucete de San Carlos en el estado Cojedes.	Factores Epidemiológicos asociados a la Mortalidad Neonatal	La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Mortalidad Infantil como la muerte producida entre el nacimiento (niño que después de la expulsión completa de la madre, independientemente de la edad gestacional, respire o de alguna señal de vida) hasta los 28 días de vida (OMS, 1996: s/p).	Causas de la Mortalidad Neonatal	Asociadas a la Madre	CMNM/IC
				Asociadas al Entorno	CMNE/IC
3. Comprender el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos asociados a éste, a partir de las vivencias de madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos.	Vivencias de Madres	La vivencia de la madre de su parto, implica las emociones y sentimientos vividos a lo largo del embarazo y durante el parto y postparto y también si padecen o no, depresión posparto y grado de la misma (Sevilla, 2008: 2).	Vivencias por el Parto	Antes	VPA/IC
				Durante	VPD/IC
				Después	VPDs/IC



## HOLÓN III

### ORIENTACIÓN METODOLÓGICA

*“Oigo un suspiro a través de las tierras y la mar y no es un suspiro, es que mi hijo va a despertar”.*

**José Martí.**

#### **Contextualización del Paradigma**

Strauss y Corbin (2002: 140), señalan que lo que llamamos paradigma es un esquema organizativo, “en realidad, el paradigma no es más que una perspectiva que se adopta sobre los datos, otra posición analítica que ayuda a recolectarlos y ordenarlos de manera sistemática, de tal modo que la estructura y el proceso se integren”. Morin (1982), citado por Martínez (2015: 38), explica que un paradigma “puede definirse como un principio de distinciones-relaciones-oposiciones fundamentales entre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento”, es decir, “la constitución de teorías y la producción de los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada”.

Para Escudero y Cortez (2018: 34), “un paradigma es el conjunto de experimentos modélicos capaces de ser copiados o reproducidos; siendo la base para crear un consenso científico que permite crear soluciones universales”. Se entiende que son esquemas teóricos, o una forma de percepción y comprensión de la realidad que un grupo de expertos ha adoptado. Afirman que durante el tiempo que dure un paradigma, “los investigadores lo ponen a prueba para conocer su capacidad para resolver problemas, cuando se evidencian los límites en su eficacia, surge un nuevo paradigma que lo desplaza” (*Ibidem*). Para Azuaje y González (2018: 254), citando las ideas de Gurdián (2007), “todas las personas tenemos un paradigma para relacionarnos con y en el mundo, para leer e interpretar el mundo”, dicho de otra manera, “un esquema de categorías o referencias que nos permite organizar nuestras percepciones, interpretaciones y valoraciones del mundo”.

Ahora bien, desde la problematización he asumido a La Complejidad como mi paradigma de investigación. Para Salazar (2004: 23), “el término complejidad expresa la imposibilidad de definir de manera simple lo que nos rodea. Éste no puede resumirse en una palabra maestra, en una Ley”, o en una receta que nos deleve de manera simple el problema de estudio. Continúa señalando el citado autor que, para transitar éste camino, el pensador francés Edgar Morin, en su obra: “Introducción al Pensamiento Complejo”, reúne un conjunto de ensayos escritos entre 1976 y 1988, base teórica fundamental para fortalecer su propuesta del Método de la Complejidad, precisando que hay que dejar de lado dos ilusiones heredadas del pensamiento positivista, la primera, considerar que la complejidad conduce a la eliminación de la simplicidad, porque todo lo contrario, el pensamiento complejo une, integra, va a la búsqueda de las conexiones.

En este sentido rechaza el reduccionismo, el cual consideró la descomposición del todo en sus partes, para conocer. No obstante, también se debe estar alerta para no sobrevenir en la segunda ilusión, “ la cual sería creer que el pensamiento complejo es completo porque sería caer en la totalidad como un absoluto, no se debe olvidar que el conocimiento es inacabado e incompleto” (*Ibidem*). Según Rodríguez y Aguirre (2011), citados por Alvarado (2015: 6), la complejidad puede entenderse, como “un paradigma científico emergente que involucra un nuevo modo de hacer y entender la ciencia, extendiendo los límites y criterios de científicidad”, yendo “más allá de las fronteras de la ciencia moderna, ancladas sobre los principios rectores del mecanicismo, el reduccionismo y el determinismo”.

A juicio de la autora citada, las primeras referencias al Paradigma de La Complejidad las plantea Edgar Morin, en contraposición a lo que denomina paradigma de la simplificación, propone la necesidad de construir un pensamiento complejo y la importancia de una acción ciudadana orientada por una forma de posicionarse en el mundo. Así pues, precisa Estrada (2020: 4), que el pensamiento complejo se considera como un paradigma epistemológico que defiende una estrategia fundamental, llamada reforma del pensamiento, el cual “concibe a la realidad como

un sistema en permanente cambio, desarrollo y emergencia; reconoce al todo como la suma de sus partes y a la especificidad de las partes respecto al todo”.

### **Tipo y Diseño de Investigación**

La presente investigación se cimienta en un tipo y diseño de investigación de campo, ya que tanto los datos cuantitativos como cualitativos, se recogieron directamente de la realidad donde se contextualiza el estudio. En este sentido Martínez (ob. cit.: 31), señala que “la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna”, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes.

La información se colectó directamente del fenómeno en estudio, es decir, por un lado los datos numéricos, cuantitativos o estadísticos, se recolectaron directamente de las historias clínicas que reposan en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, de aquellas pacientes que sufrieron una pérdida neonatal, y cuyos casos cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos, dentro del lapso previsto para la revisión de dichas historias. Por otro lado, la información cualitativa también fue recogida yendo al campo, entendiéndose, al nosocomio antes señalado, para realizar las entrevistas al equipo de salud especializado intrahospitalario. Adicionalmente, en el campo se recabó la información aportada por las madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos, para así conocer el fenómeno de la mortalidad neonatal, pero a partir de sus vivencias.

Todo ello pasó a constituirse en datos primarios u originales, los cuales fueron tratados con la rigurosidad del caso, para no ser manipulados o alterados por el autor, atendiendo a los criterios de fiabilidad previstos para este tipo de investigaciones. En cuanto a la profundidad de la investigación, la misma alcanzó un nivel descriptivo, definido por Arias (ob. cit.: 40), como aquel donde “se describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio”, pues ese es precisamente parte de lo que se deseaba desarrollar, describir el fenómeno de la mortalidad neonatal y los factores epidemiológicos asociados a éste, partiendo de datos

estadísticos o numéricos, pero también de las vivencias de sus informantes, integrados desde La Complejidad.

### **Método de la Investigación**

El primer propósito específico de la investigación se abordó mediante un enfoque cuantitativo, tratándose de un estudio transversal o transeccional y retrospectivo, donde se procuró caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022, esto mediante el método científico. Para Rudio (1986), citado por Asensi y Parra (2002: 13), “el método es un proceso de elaboración consciente y organizado de los diferentes procedimientos que nos orientan para realizar una operación discursiva de nuestra mente”.

Por ello, continúa señalando la citada autora, las etapas del método científico se corresponden de manera general con la formulación del problema que motiva el comienzo de la investigación; el enunciado de la hipótesis; la recogida de datos y el análisis e interpretación de los datos (*Ibidem*). En la presente investigación se tuvo prevista la revisión y consulta de la historia clínica de cada una de las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Se trató de un estudio retrospectivo, por cuanto se reconstruyeron las relaciones a partir de las variables dicotómicas, nominales, ordinales y discretas que fueron consideradas, es decir, los factores epidemiológicos asociados a la mortalidad neonatal, desarrollados en factores clínicos, demográficos y psicosociales.

El cumplimiento de los propósitos específicos dos, tres y cuatro, formulados en el Holón I, fueron cubiertos a través del método fenomenológico. Edmund Husserl, fue un filósofo y matemático alemán, fundador de la fenomenología trascendental y, a través de ella, del movimiento fenomenológico, vale decir, uno de los movimientos filosóficos más influyentes del siglo XX. Husserl (1998: 9), definió a la Fenomenología como:

*Un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la*

*experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno.*

Sin embargo, la Fenomenología por sí sola no dio respuesta a nuestros intereses, así que se debió complementar con la Hermenéusis o Hermenéutica. Duarte y Parra (2015: 45), señalan que la hermeneusis “es el conocimiento y arte de la interpretación, para determinar el significado exacto de las palabras mediante las cuales se ha expresado un pensamiento”. Estos autores precisan que el vocablo “deriva de la palabra interpretar un hecho y el contexto en el que acontece” (*Ibidem*). Integrando ambos conceptos obtenemos el método que fue aplicado para desarrollar la presente investigación, el cual es un método único, llamado fenomenológico-hermenéutico, y que tuvo como fin último la comprensión de la realidad estudiada, aplicando una racionalidad interpretativa, enmarcada en una relación subjetiva entre el sujeto que conoce y los sujetos cognoscibles, siempre en una aptitud de epojé o derivación de conocimientos.

### **Población, Muestra e Informantes Clave**

Según Tamayo y Tamayo (2008: 35), la población “se refiere al conjunto para el cual serán validadas las conclusiones que se obtengan: a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación”. Mientras que la muestra, “es la parte de la población que se selecciona para llevar a cabo la investigación y constituye una parte representativa de la misma a la cual se aplica el análisis estadístico” (Tamayo y Tamayo, ob. cit.: 36). La muestra es obtenida con el fin de investigar a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de toda población.

Entonces, partiendo de estos conceptos, y para cumplir con el propósito número uno, la población y muestra de esta investigación, estuvo determinada por la totalidad de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022, y cuyas historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente por el autor, referidas a: 1) muerte neonatal en el lapso previsto para el estudio; 2) Expediente

clínico con datos completos. En los datos oficiales del estado Cojedes, durante el año 2022 hubo 142 muertes neonatales, sin embargo, sólo 102 historias clínicas fue el total de casos estudiados, porque efectivamente cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión señalados.

Ahora bien, para abarcar los propósitos específicos dos, tres y cuatro, se tuvo Informantes Clave. Rada (2006: 56), define a los informantes clave como “personas con conocimientos especiales, status y buena capacidad de información”. Por tal razón el investigador debe cuidar, al hacer la selección, que dichos informantes representen lo mejor posible la comunidad estudiada. Como fuente de información cualitativa, por un lado se realizó la selección de seis informantes, una muestra intencional constituida por tres sanitarios del equipo de salud especializado, trabajadores del Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes. Pero por otro lado, también se recabó el testimonio de tres madres cojedeñas que perdieron a sus hijos recién nacidos durante el año 2022, para así aprehender el sensible fenómeno de la mortalidad neonatal, desde diferentes aristas, vivencias y discursos.

### **Técnicas e Instrumentos para la Aprehensión del Fenómeno en Estudio**

En primer lugar, se entenderá por técnica de recolección de datos, un concepto propio del Positivismo, al “procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (Arias, ob. cit.: 43). Mientras que un instrumento de recolección de datos “es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (Sabino, 2003: 82). De conformidad con el primer objetivo específico propuesto, y dado el diseño asumido en esta investigación, se empleó la observación como técnica y la lista de cotejo como instrumento. En efecto, se efectuó una revisión pormenorizada a la historia clínica de las 102 pacientes que sufrieron de una muerte neonatal, y en la lista de verificación o control como también se le llama, se apuntó la información requerida para luego ser procesada. En este sentido, la lista de cotejo diseñada por el investigador estuvo conformada por veintiún ítems.

Para cumplir con todo este accionar investigativo propuesto, luego que el proyecto fue aprobado por la Comisión revisora designada por el Programa de Estudios Avanzados de la UNELLEZ, se solicitó autorización a la Dirección del Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, con el objetivo de tramitar los permisos correspondientes y pautar la confidencialidad de la información a recabar. Mediante el apoyo del Departamento de Registros Médicos, fueron seleccionadas las historias de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión ya señalados, y se procedió luego a la aplicación del instrumento de recolección de datos realizado por el autor.

Ahora bien, yéndonos a la parte cualitativa, en opinión de Rojas (2010: 110), las técnicas para la aprehensión del fenómeno en estudio “son los medios empleados para recolectar información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas”. En este sentido, como técnica se utilizó la observación y la entrevista. En opinión de Rada (ob. cit.: 111), la observación “es el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación”.

El mismo autor refiere que “la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación” (Rojas, ob. cit.: 116). En cuanto a los instrumentos de recolección de datos cualitativos se utilizó la entrevista semi-estructurada, para la cual se empleó grabaciones de audio desde un teléfono móvil, aunque igualmente se tomaron apuntes o notas de campo, y para ello se usó simplemente una libreta de apuntes y la cámara del teléfono móvil para realizar *a posteriori* el registro fotográfico que puede ubicar usted, mi caro lector, en los anexos de esta memoria final.

### **Técnicas para la Interpretación de los Datos**

Para el análisis estadístico de la información cuantitativa, se utilizó el programa *Microsoft Excel 10.0*, a fin de organizar adecuadamente la información. Posterior a esto se realizó el análisis descriptivo a través del Programa S.P.S.S. versión 23.0 para las diferentes dimensiones a estudiar. Finalmente, los datos se presentaron en tablas,

y se interpretaron esos datos mediante la inducción y la deducción, a través de la estadística descriptiva.

La estadística descriptiva porcentual, según Tamayo y Tamayo (ob. cit.: 211), “comprende el tratamiento y análisis que tiene por objeto resumir y describir los hechos que han proporcionado la información, y que por lo general toman la forma de tablas, cuadros e índices”. El citado autor señala que “el procesamiento de los datos no es otra cosa que el registro de la información obtenida con los instrumentos empleados, mediante una técnica analítica en la cual se comprueba la hipótesis y se obtienen las conclusiones”. Sobre este particular Munch (2009: 185), señala que “consiste en determinar grupos, subgrupos, clases o categorías en las que puedan ser clasificadas las respuestas”. De acuerdo a este otro autor, las tablas vendrían a ser “recopilaciones numéricas bien estructuradas y fáciles de interpretar de las que se vale el estadístico, para sintetizar los datos obtenidos con el fin de hacer un uso sencillo de ellos, o bien para darlos a conocer de forma comprensible”.

Con relación a los datos cualitativos, una vez realizadas las entrevistas a los informantes clave, se organizaron los datos según lo recomendado por Hurtado (2012: 117), quien indica que “las técnicas de análisis que se ocupan de relacionar, interpretar y buscar significado a la información expresada en código verbales e icónicos se denominan análisis cualitativo”, es decir, que el análisis de la información parte de un proceso de descripción de los eventos de estudio, organizada la información en matrices, y así procedí al análisis e interpretación de los datos en este estudio.

Esta etapa estuvo orientada a darle significado a los hallazgos, y de acuerdo a Hurtado (ob. cit.: 126), “la interpretación consiste en poner palabras al significado de los resultados de dicho análisis, describiendo el significado de lo encontrado, qué implicaciones tiene, qué consecuencias trae”, es decir, se trató de esquematizar la información para ubicarla en el contexto, donde la información obtenida reflejara la realidad estudiada, con el propósito de verificar las tendencias detectadas en el grupo seleccionado. De igual forma, fue necesario combinar distintas técnicas de indagación

y la validación de los resultados del estudio, usando para tal fin, los siguientes procedimientos: Sistematización, Categorización y Estructuración de la información.

### **Validez y Confiabilidad del Instrumento Cuantitativo**

Hernández, Fernández y Baptista (2003: 277), definen validez como “el grado en que el instrumento refleja dominio específico de lo que mide”. Una vez diseñado el instrumento, es decir, la lista de verificación, se procedió al juicio de tres expertos, uno en metodología, y los otros dos, salubristas o personal de salud, a quienes se les suministró la copia del instrumento, junto el primer objetivo de la investigación, el cuadro de la operacionalización de variables, y un formato donde éstos procedieron a efectuar las correcciones a que hubo a lugar, tomando en consideración los criterios para validar dicho instrumento, tales como congruencia con el tema, relación con las variables, pertinencia con el objetivo, redacción y estilo.

Por otro lado, Chávez y Barrantes (2014: 116), señalan que la confiabilidad “es la capacidad de un examen de arrojar un resultado consistente cuando se repite en ocasión diferente por las mismas personas”. Se expresa como un coeficiente de correlación, siendo 1.0 la correlación perfecta y cero ninguna correlación. Mientras más alta es la cifra de confiabilidad, es mayor su peso como validez.

### **Fiabilidad de los Datos Cualitativos**

Se aplicaron dos técnicas para darle fiabilidad o confianza a los datos cualitativos que se obtuvieron. En primer lugar, la triangulación y luego la contrastación. La triangulación consiste en recoger información desde diferentes puntos de vista, realizando comparaciones múltiples de una misma evaluación y combinando metodologías en sus análisis. Rada (ob. cit.: 17), afirma que la triangulación es un proceso donde se combinan las “perspectivas de diversos actores dentro del entorno de investigación, permite organizar diferentes tipos de datos en un marco de referencia o relaciones más coherentes, de manera que se puedan comparar”, técnica que también es útil para identificar las diversas formas como un fenómeno se puede estar observando.

De esta forma, la triangulación no sólo sirvió para validar la información, sino que también se utilizó para ampliar y profundizar su comprensión. En nuestro caso, se aplicó la triangulación de datos, la cual consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos, mediante los diferentes métodos. En relación a la contrastación, Rada (ob. cit.: 28), precisa que es el proceso que lleva a “relacionar los resultados con el marco teórico, es decir, realizar el proceso de comparación a partir del análisis y la interpretación de la información recabada proveniente o que emerja del contexto de la investigación”. En el caso nuestro, se procedió a contrastar los hallazgos obtenidos, durante el proceso de la hermenéusis, interpretando los *verbatimums* de los informantes clave, con los referentes teóricos plasmados en el segundo holón de ésta memoria final.

## HOLÓN IV

### RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

*"El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta".*

**Pablo Neruda.**

#### **Presentación de los Resultados Cuantitativos**

El primer propósito del estudio fue “caracterizar los factores de riesgo epidemiológico asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022”. Siguiendo la conjunción del procedimiento para el andamiaje de este trabajo de grado, muy especialmente para la presentación de los resultados en lo que respecta al Paradigma Positivista, se elaboró un instrumento de recolección de datos que resultó ser muy práctico. El mismo fue un amplio cuestionario conformado por 21 ítems, que combinó variables dicotómicas y policotómicas, cuyo contenido provino de la exhaustiva revisión bibliográfica basada en literatura especializada, apegados al compromiso de alcanzar el propósito señalado al inicio de éste párrafo.

Durante su producción fue necesaria la inversión de varias sesiones con los expertos revisores del instrumento, donde se fusionaron los escenarios, muchos de tipo formal –en la oficina–, y algunos de tipo extraordinario y válido en el ejercicio de la cotidianidad, como lo fue en el interior de un vehículo durante la espera para surtir combustible. El instrumento fue examinado por una triada de doctores, académicos egresados en el área de las Ciencias de la Salud, cumpliendo el requisito que exige el protocolo. Posterior al trabajo de revisión, hubo recomendaciones las cuales fueron atendidas y el instrumento fue ajustado a su versión final.

Durante la validación del instrumento, no se cuestionó nada respecto a varios indicadores de la dimensión «Causas de la Muerte», específicamente los indicadores: “enfermedades propias del embarazo”; “enfermedades hereditarias” y “riesgos

perinatales”, ubicados en el ítem 12. Sólo después de aplicar el instrumento, se descubrió que dichos indicadores resultaron vagos e imprecisos, motivado a la riqueza de información que contienen las historias clínicas consultadas, debiendo efectuar nuevas consultas a otros expertos, para llegar a la consideración de que se tenía que identificar la causa básica de la muerte, como lo recomienda el protocolo de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

El Departamento de Historias Médicas de los centros hospitalarios es de medular importancia para la obtención de la muy oportuna, relevante y estratégica información que se producen en los establecimientos de salud. El Departamento de Historias Médicas del Hospital General “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, Cojedes, es un santuario en donde están resguardos y convergen todos los registros de los diferentes servicios de salud del hospital. Muchos investigadores de pregrado y postgrado que hacen vida en el hospital, solicitan de manera constante el apoyo del departamento, empero, la abultada demanda interna diaria de todos los servicios exigen prontitud, lo que retrasa considerablemente a los investigadores, porque el personal que labora en el departamento es insuficiente, sin embargo, esa carencia es subsanada por la mística y el profesionalismo de los poquitos que allí están.

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto durante el mes de junio 2024, donde aleatoriamente se tomaron 20 historias clínicas de niños fallecidos en la Sala de Neonatología del Hospital General “Dr. Egor Nucete”, arrojando que los ítems número 5 y 17, referentes a las dimensiones «Condición Nutricional de la Madre» y «Grupo Étnico», no fueron localizadas en ninguna de las historias clínicas revisadas, por lo que sus resultados son obviados.

En los datos oficiales del estado Cojedes, en el diario hospitalario, durante 2022 hubo 142 muertes neonatales, sin embargo, sólo 102 historias clínicas fue el total de casos estudiados, bien porque efectivamente cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión señalados en el capítulo anterior, referidas a una muerte neonatal en el lapso previsto para el estudio; y un expediente clínico con datos completos; o bien porque otras historias clínicas simplemente fueron descartadas, debido al deterioro de las mismas. De seguidas, los resultados de esa exhaustiva revisión.

**Tabla 3.***Distribución de frecuencia de la dimensión: “Condición de la Gestante”*

<b>Condición de la Gestante</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Primigesta	39	38,24
Múltipara	63	61,76
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

En la tabla 3 se muestra a la dimensión «Condición de la Gestante», la cual hace referencia a si la mujer de la historia clínica en revisión, ya era madre al momento de perder al bebé, o si ese bebé que le falleció, era su primer hijo. Monleón *et al* (2002: 2), “considera como primigesta aquella paciente que no había parido anteriormente y como múltipara a toda con antecedentes de parto”. Así pues puede observarse que en la condición «múltipara» fueron 63 casos, lo cual representa el mayor porcentaje, con un 61,76%, seguido de la condición «primigesta», que arrojó 39 casos, lo que representa un 38,24%. Lo que equivale a considerar que en el hospital general de San Carlos, en el estado Cojedes, durante el año 2022, de cada 3 madres que perdieron a sus bebés recién nacidos, 2 mantenían la condición de múltiparas.

**Tabla 4.***Distribución de frecuencia de la dimensión: “Período Intergenésico”*

<b>Período Intergenésico</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
No Aplica	39	38,24
Menos de 1 año	1	0,98
Entre 1-2 años	32	31,37
Entre 3-4 años	30	29,41
Más de 4 años	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La matriz anterior presenta a la dimensión «Período Intergenésico», el cual es definido por González *et al* (2019: 1), como el “lapso de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos”. En concordancia con los resultados mostrados en la Tabla 3, ésta matriz muestra que en el 38,24% de las historias clínicas revisadas, el

«Período Intergenésico» no aplica, por cuanto en 39 de los casos se trató de parturientas primigestas, es decir, mujeres que no habían parido anteriormente. En ese sentido, el 31,37% correspondió a 32 mujeres que tuvieron un período intergenésico entre 1 y 2 años. El 29,41% abarcó a un total de 30 parturientas que tuvieron de 3 y 4 años entre un embarazo y otro.

En el caso del intervalo «menos de 1 año», hubo una frecuencia de 1 parturienta, lo que representa un 0,98% de la población estudiada. Finalmente, en el indicador «más de 4 años», no hubo casos registrados. Así pues, el comportamiento del período intergenésico de las madres en estudio, revela que el grueso de parturientas que perdieron a sus hijos neonatos, oscila entre 1 y 4 años, concordando con lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que han establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos veinticuatro meses.

**Tabla 5.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Control Prenatal”*

<b>Control Prenatal</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Sin Control	3	2,94
Entre 1 - 3	58	56,90
Entre 4 - 6	25	24,51
Más de 6	16	15,65
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

En la matriz 5 se muestra la dimensión «Control Prenatal» de las gestantes, y según lo escrito por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2013: 4), “la consulta prenatal es el conjunto de acciones médicas asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativas, programadas por el equipo de salud”. En este renglón se observa que el de mayor frecuencia es el intervalo «entre 1 y 3» controles; con 58 casos registrados, siendo éste el de mayor porcentaje con un 56,90% de la población objeto de estudio, seguido del intervalo «entre 4 y 6», el cual refleja 25 de los casos estudiados, con un 24,51% de las madres.

Asimismo, el intervalo «más de 6» controles, reflejado con una frecuencia de 16 de las historias clínicas escrutadas, representando un 15,65% de la población. Por último, en el intervalo «sin control», se reportaron apenas 3 casos, lo que representó el más bajo indicador, con un 2,94% de la población. En ese sentido, los datos arrojan que en el caso del hospital general de San Carlos, Cojedes, cuando se trata de muerte neonatal, el número de controles prenatales es muy bajo, adjudicándose el calificativo de embarazos mal controlados (EMB), bajo el argumento médico-clínico plasmado en las historias clínicas, condición que –sin duda alguna– aumenta considerablemente los riesgos de enfermedades postnatales.

**Tabla 6.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Edad de la Gestante”*

<b>Edad de la Gestante</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Menos de 14 años	1	0,98
Entre 14 y 19 años	35	34,32
Entre 20 y 40 años	66	64,70
Más de 40 años	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

Con relación a la «Edad de la Gestante» como dimensión, en un estudio realizado por Donoso *et al* (2014: 173), señalaron que “el menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años”, “siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil”. En la Tabla 6 el intervalo «entre 20 y 40 años» de edad, es el de mayor número absoluto, con 66 casos que representan un 64,70% de la población en estudio, seguida con un 34,32%, el de las madres «entre 14 y 19 años».

El indicador «menos de 14 años» aparece con 1 caso que representa el 0,98% de la población objeto de estudio. Por último, el indicador «más de 40 años» no registró ningún caso. En ese sentido, se concluye que de cada 3 gestantes cuya revisión se efectuó a su historia clínica, dos eran mayores de 20 años. En estos resultados,

aunque el rango de las edades no coincide textualmente con los trabajos de Donoso y otros (cit.), se refleja una concomitancia favorable con el estudio antes referido.

**Tabla 7.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Tipo de Parto”*

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Natural	52	51%
Cesárea	50	49%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La dimensión «Tipo de Parto» es la que se muestra en la tabla anterior, con dos indicadores: natural (o vaginal) y por cesárea. El «parto natural» según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) citado por Barboza (2017: 5), indica que el “parto normal es de comienzo espontáneo con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas que no presente complicaciones”. Por su parte, el parto por «cesárea» es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal, a través de una incisión en el útero. En sus inicios fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible, con el fin último de proteger la vida de la madre. Para Smith (2003), el parto vaginal da tiempo a los padres a empezar a hacerse a la idea de que su bebé ha muerto, evita todo lo que supone la recuperación de una cesárea y también posibles problemas para partos futuros ya que el índice de muerte perinatal aumenta con cesáreas anteriores.

Rodríguez-Alarcón *et al* (2008: 126), precisan que la mortalidad por “trauma de parto” ha disminuido claramente como consecuencia de los avances tecnológicos y la mejor práctica obstétrica, habiéndose estimado que en 2005 fue en EEUU de menos de 1 por 100.000 nacidos. En el caso de marras, la Tabla 7 muestra que el parto normal o vaginal, registró 52 casos, lo que representa el 51% de la población estudiada, seguido de 50 casos, cuyos neonatos nacieron por vía de cesárea, lo que representa el 49% de las historias clínicas que fueron revisadas. Con estos datos se puede concluir que en la población objeto de estudio, durante el tiempo circunscrito,

es equiparable el número de muertes neonatales, bien sea que nazcan a través de un parto normal, o bien que el nacimiento sea producto de una cesárea.

**Tabla 8.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Horas de Labor de Parto”*

<b>Horas de Labor de Parto</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Menos de 30 minutos	7	6,86
Entre 30 min. y 2 horas	50	49,00
Entre 2 y 4 horas	40	39,24
Entre 4 y 7 horas	5	4,90
Más de 8 horas	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

Ahora bien, las «Horas de Labor de Parto», representa una dimensión bastante significativa, pues un trabajo de parto prolongado es una causa de mortalidad y morbilidad frecuente, tanto materna y como neonatal. Almeida (2019: 58), refiere que en las complicaciones maternas, predominan el trabajo de parto prolongado y distocia de presentación. “En un ensayo (613 mujeres), la tasa general de cesáreas fue más elevada en la línea de acción de tres horas comparado con el grupo de cuatro horas de labor de parto”, lo que indica que entre mayor tiempo de trabajo de parto, mayor es el riesgo de complicaciones durante la cesárea. A juicio de la citada autora, “las complicaciones ponen en riesgo la vida de la madre y su producto, predominando en nuestro estudio el trabajo de parto prolongado, con una duración aproximada de 20 horas o más en primíparas y 14 horas o más en multípara”.

En el caso de marras, el indicador «entre 30 minutos y 2 horas», obtuvo 50 casos registrados, y fue el de mayor porcentaje con un 49% de la población, seguido por el indicador de «2 y 4 horas», con un 39,24% de la población, lo cual significó el registro de 40 casos. El intervalo «menos de 30 minutos» se registró en 7 de los casos en estudio, para un 6,86% de la muestra. Por último, el indicador «más de 8 horas», no registró casos. Con éstos resultados es posible concluir que el mayor porcentaje de muerte neonatal en el hospital general de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022, se produjo en gestantes que tuvieron una labor de parto que duró al menos 30

minutos, y se extendió hasta un máximo de 4 horas, en consideración, entre mayor sea el tiempo de trabajo de parto, mayor es el riesgo de complicaciones tanto para el bebé como para la madre.

**Tabla 9.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Edad Gestacional”*

<b>Edad Gestacional</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Menos de 37 semanas	79	77,45
Entre 37 y 42 semanas	23	22,55
Mayor a 42 semanas	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

En la tabla 9 se muestra a la dimensión «Edad Gestacional», que Según Carvajal y Ralph (2018: 32), “es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional (FUM) a la fecha actual”. En dicha matriz, el indicador «menos de 37 semanas», también considerado como “parto pretérmino”, obtuvo 79 casos y fue el de mayor porcentaje, con un 77,45% de la población, seguido de un 22,55%, representado 23 casos el intervalo «entre 37 y 42 semanas». Cierra la tabla el indicador «mayor a 42 semanas», con cero casos registrados. Con estos datos es posible llegar a la conclusión de que casi el 80% de los neonatos que fallecen en el hospital general de San Carlos, Cojedes, es decir, 3 de cada 4 bebés que mueren, son gestacionalmente pre-términos o prematuros.

**Tabla 10.**

*Distribución de frecuencia de las dimensiones: “Sexo y Cantidad de Productos”*

<b>Cantidad / Sexo Del Producto</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Sencillo	102	100
Múltiple	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>
Masculino	60	58,80
Femenino	42	41,20
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

En la Tabla 10 se integran las dimensiones: «Sexo y Cantidad» de los productos población objeto de la pesquisa. «Mascullinos» y «femeninos» son los indicadores dicotómicos de la dimensión «sexo»; mientras que «sencillos» y «múltiples» serían los indicadores de la dimensión «cantidad de productos». Pues bien, la matriz refleja que las 102 historias clínicas revisadas, es decir, el 100% de los neonatos que fallecieron en 2022, se trató de partos sencillos, un único bebé por gestación. Asimismo, el indicador «masculino» se vio reflejado en 60 de los casos estudiados, representando un 58,80% de la población objeto de estudio, seguido de un 41,20% de nacimientos «femeninos», que se muestran en 42 de los casos en estudio.

Con estos resultados es posible afirmar en San Carlos, Cojedes, fallecen más neonatos varones o masculinos, que femeninos o niñas, manteniendo así la tendencia mundial que registra la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018: 1), cuando refiere que “en la especie humana, la relación entre varones y hembras al momento del nacimiento se inclina a favor del sexo masculino”, señalando que “una proporción de aproximadamente 105 nacimientos masculinos por cada 100 femeninos se considera natural y normal”. Ahora bien, en el caso del hospital general de San Carlos, Cojedes, durante los criterios en estudio, no se registran muertes neonatales de partos múltiples, solo gestaciones sencillas o de un solo producto.

**Tabla 11.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Peso del Producto al Nacer”*

<b>Peso del Producto al Nacer</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Menos de 2.700 gramos	76	74,50
Entre 2.700 y 3.700 gramos	26	25,50
Más de 3.700 gramos	0	0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La dimensión «peso del producto al nacer» es, según Abcarius (ob. cit.: 15), “uno de los principales indicadores pronóstico de mortalidad neonatal”, en el que influyen “factores asociados con la madre, el neonato, y también con las características socioeconómicas del núcleo familiar”. El indicador «menos de 2,700 gramos», se

presentó en 76 de los casos estudiados y representó el de mayor porcentaje, con 74,50%, seguido del indicador «entre 2,700 y 3,700 gramos», el cual reflejó 26 casos con un 25,50%. No habiendo registros de neonatos fallecidos que hubiesen nacido pesando «más de 3.700 gramos». Este resultado permitió concluir que el bajo peso al nacer, constituye una característica predominante en los neonatos que fallecen en el hospital general de San Carlos, estado Cojedes, lo cual es proporcional a la condición de prematuridad o inmadurez que se registra.

**Tabla 12.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Causas de la Muerte”*

<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Cardiopatías Congénitas	5	4,90
Riesgo de Sepsis Neonatal	16	15,61
Insuficiencia Respiratoria Aguda	20	19,68
Apnea del Prematuro	4	3,92
Asfixia Perinatal	11	10,78
Coagulación Intravascular Diseminada	14	13,75
Riesgo Metabólico - Hematológico	10	9,80
Membrana Hialina	6	5,88
PRETÉRMINO Extremo	10	9,80
Depresión Neonatal	2	1,96
Enterocolitis Necrotizante	4	3,92
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La Tabla 12 corresponde a la dimensión «Causas de la Muerte», la cual se ajustó al criterio epidemiológico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), cuyo protocolo exige que sea identificado el total de las comorbilidades que participaron en el desenlace fatal, como «Causa Básica» del fallecimiento del neonato. En la misma, resaltó que la «insuficiencia respiratoria aguda» estuvo presente en 20 de los casos estudiados, representando el mayor de los porcentajes, reflejándose en un 19,68% de la población objeto de estudio. Seguido del indicador «riesgos de sepsis neonatal», con 16 casos y marcando un 15,61% de la población.

Luego se muestra al indicador «coagulación intravascular diseminada», con 14 casos, representando un 13,75%. De seguidas, aparece el indicador «asfixia perinatal» que obtuvo 11 registros y representó un 10,78% de la población. De inmediato, los indicadores «riesgo metabólico-hematológico» y «pretérmino extremo», emergen ambos con 10 casos respectivamente, representando un 9,80% de la población cada uno. Seguidamente, el indicador «membrana hialina» aparece con 6 casos que representa un 5,88% de la muestra. Le sigue las «cardiopatías congénitas» con 5 casos que representa un 4,90% del total. De igual forma, las enfermedades «apnea del prematuro» y la «enterocolitis necrotizante», muestran 4 casos cada una, representando un 3,92% de la población.

Finalmente, el indicador «depresión neonatal» refleja 2 casos y un 1,96% de la tabla. Estos resultados coinciden con hallazgos registrados por otros investigadores, como el caso de Aguilar (2016: 1), quien asegura que en “la mortalidad neonatal luego de la primera semana, la mitad de las muertes ocurren por sepsis neonatal”. Entonces, es posible concluir que la insuficiencia respiratoria aguda, el riesgo de sepsis neonatal, y la coagulación intravascular diseminada, son las principales causas de muerte neonatal que se registran en el hospital general de San Carlos, Cojedes, y dichas causas son consecuencia directa de embarazos no controlados y partos con un manejo muy pobre.

**Tabla 13.**

*Distribución de frecuencia de las dimensiones: “Estadía en Sala Neonatal” y “Hora de la Muerte”*

<b>Estadía en Sala / Hora de la Muerte</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Entre 1 y 7 Días	85	83
Entre 8 y 28 Días	17	17
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>
Diurno	57	55,88
Nocturno	45	44,12
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La dimensión «estadía en la sala neonatal», presentada en la Tabla 13, permite identificar y clasificar la mortalidad neonatal temprana o tardía. Los indicadores previstos en la literatura médica para este factor epidemiológico, tomados en cuenta para este estudio, fueron los siguientes: «entre 1 y 7 días» y «entre 8 y 28 días». Ahora bien, la dimensión «hora de la muerte», se utiliza regularmente para relacionar alguna asociación con el servicio y la atención que se presta a los neonatos hospitalizados. En la investigación, el «indicador entre 1 y 7 días», arrojó como resultado 85 casos, cifra que representa el 83% de la data recaba, seguido por el indicador que iba «entre 8 y 28 días», lo que mostró 17 casos, representando el 17% de la población en estudio.

Por su parte, el 55,88% de los casos, se trató de niños que fallecieron en horas diurnas, o durante el día, dato que significó 57 de las historias clínicas revisadas, mientras que el 44,12% restante, hizo referencia a infantes neonatos que murieron durante horas de la noche, o durante la nocturnidad, lo que reflejó un total de 45 historias consultadas. Con estos resultados es posible expresar que el grueso de muertes neonatales registradas en el hospital general de San Carlos, Cojedes, durante el año 2022, se caracteriza por ser una mortalidad temprana, que se sucede entre los primeros 7 días posteriores al nacimiento del infante, y no existe una diferencia significativa en la hora de la muerte, ocurriendo un mayor número de decesos neonatales, durante las horas del día, ligeramente mayor respecto a la noche.

En la matriz 14 se muestra a la dimensión «Residencia de la Madre», como un factor centinela de la asistencia materno-neonatal, pues revela significativas deficiencias en la atención a la madre y al recién nacido, en lo que respecta a la zona geográfica del estado donde habita la gestante. La matriz 14 revela que mayormente las madres que constituyen la población en estudio, residían en el municipio capital del estado Cojedes, entiéndase «Ezequiel Zamora», con un total de 36 casos que representó el 35,29% de la población. Le sigue el municipio «Tinaquillo» con 22 casos representando un 21,59%.

Luego, el municipio «Arismendi» del estado Barinas, con 9 casos y un estatus porcentual del 8,82% de la muestra. Posteriormente aparece el municipio «Tinaco»

con 7, casos que significó un 6,86% de la población. Siguen los municipios «Anzoátegui» y «Rómulo Gallegos» con 5 casos cada uno, representan un 4,90% de la muestra. Y, finalmente, cierran los municipios «Girardot» y otros municipios del vecino estado «Portuguesa», reflejando 4 casos respectivamente, lo cual significó el 3,92% de la población. Partiendo de éstos datos estadísticos, es posible concluir que siendo los municipios Ezequiel Zamora y Tinaquillo, los de más alta densidad poblacional en el estado Cojedes, es lógico que en estos territorios se concentre el mayor número de embarazos y, por ende, de muertes neonatales.

Sin embargo, dichos resultados deben llamar la atención del Sistema Público Nacional de Salud y sus órganos descentralizados, porque son esos mismos municipios, Ezequiel Zamora y Tinaquillo, los que cuentan con el mayor número de centros ambulatorios, y consultorios populares de atención primaria de salud. Mención aparte merece el municipio Arismendi del estado Barinas, quien figura de tercero en el caso de muertes neonatales registradas, municipio que reúne características de una zona de silencio, muy distante y de difícil acceso a los servicios de salud, por tanto, correspondería una verdadera articulación entre la Dirección Estatal de Salud de Cojedes, y su organismo homólogo en Barinas (Véase Tabla 14).

**Tabla 14.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Residencia de la Madre”*

<b>Residencia de la Madre</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Anzoátegui	5	4,90
Ezequiel Zamora	36	35,29
Girardot	4	3,92
Lima Blanco	0	0
Pao de San Juan Bautista	4	3,92
Ricaurte	6	5,88
Rómulo Gallegos	5	4,90
Tinaco	7	6,86
Tinaquillo	22	21,59
Barinas (Arismendi)	9	8,82
Portuguesa	4	3,92
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 15.***Distribución de frecuencia de la dimensión: “Lugar del Fallecimiento”*

<b>Lugar del Fallecimiento</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Comunidad	1	0,98
Vía Hospital	1	0,98
Intrahospitalaria	100	98,4
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La Tabla 15 atiende a la dimensión: «Lugar del Fallecimiento». Según De Oliveira (ob. cit.: 2), el “parto es la causa más frecuente de ingreso hospitalario, [mientras que] cuidados obstétricos tienen relación con la gravedad de resultados maternos adversos”. En el intervalo «intrahospitalario» se obtuvo que 100 de los casos estudiados, se trató de bebés que fallecieron dentro del recinto hospitalario, representando el 98,4% de la población objeto de estudio, seguido de los indicadores «comunidad» y «vía hospital» que muestran 1 caso respectivamente, representando el 0,98% de los datos. Estos resultados evidencian, la directa intervención estatal en el fenómeno de la muerte neonatal, a través del Sistema Público Nacional de Salud, y la atención médica que brinda el hospital general “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, pues casi la totalidad de los recién nacidos que fallecen en la ciudad, son atendidos en dicho nosocomio local.

**Tabla 16.***Distribución de frecuencia de la dimensión: “Nivel de Instrucción de la Madre”*

<b>Nivel de Instrucción de la Madre</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Analfabeta	1	0,98
Primaria	19	18,62
Secundaria	65	63,74
Universitaria	17	16,66
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La Tabla 16 presenta a la dimensión «Nivel de Instrucción de la Madre», teniendo como indicadores: «analfabeta», «primaria», «secundaria» y «universitaria». El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, ob. cit.: 2), señala que las adolescentes “sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria”. Muchas niñas y adolescentes tienen que abandonar la escuela debido a un embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en las oportunidades de completar su educación e incorporarse en el mercado laboral, así como participar en la vida pública y política.

La matriz anterior refleja que en el indicador «secundaria», se obtuvo 65 casos que representa el de mayor porcentaje con un 63,74% de la población, seguido del indicador «primaria» con 19 casos, lo cual constituye el 18,62% de los datos. De seguidas se refleja el indicador «universitario» con 17 casos, y representa un 16,66% de la muestra; y cierra el nivel «analfabeta» con 1 caso, representando un 0,98% de las historias clínicas revisadas. Con estos resultados es posible llegar a la conclusión de que en el hospital de San Carlos, Cojedes, durante el año en estudio, 4 de cada 5 madres que perdieron a sus bebés, apenas tenían un nivel de instrucción primaria, y en el mejor de los casos, alcanzaban una educación secundaria. Entonces, existe una relación estrecha entre el grado de instrucción de la madre, su acceso a la educación sexual y reproductiva, y la muerte neonatal.

**Tabla 17.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Contención Emocional”*

<b>Contención Familiar</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Madre	11	10,80
Pareja	89	87,24
Pariente	2	1,96
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La dimensión «Contención Emocional» hace referencia al apoyo que recibió la madre, ante la pérdida de su bebé. Román y Plaza (ob. cit.: 442-443), escriben que “el

apoyo recibido durante el proceso de duelo perinatal es un factor importante para superar la pérdida”. Todas las mujeres entrevistadas en ese estudio, refieren que el apoyo recibido contribuye grandemente a superar la pérdida perinatal. Una de las féminas refirió que el apoyo recibido le ayudó a encontrar tranquilidad y resignación, especialmente en el apoyo de su esposo, quien estuvo con ella todo el tiempo. Otra de las mujeres refirió que el apoyo de la pareja, de la familia y de personas que han pasado por lo mismo es crucial en ese momento tan difícil. Todas las mujeres entrevistadas consideran el apoyo recibido durante el duelo perinatal como un elemento beneficioso y fundamental para sobrellevar la pérdida. Se destaca como principal recurso de apoyo el esposo y la familia (p. 445).

En el caso de marras se tuvo como indicadores a la ayuda emocional de la «madre», de la «pareja», o de algún «pariente». Así pues, la Tabla 17 revela que el indicador «pareja» estuvo presente en 89 de los casos, lo que representa el de mayor porcentaje, con un 87,24% de la población en estudio, seguido del indicador «madre», con 11 casos registrados, representando el 10,80% de las historias clínicas revisadas. Finalmente, el indicador «pariente» estuvo presente en apenas 2 casos, lo que representa un 1,96% de los datos recabados. Partiendo de ésta información es posible concluir que, un elevado porcentaje de las gestantes que perdieron a sus bebés en el hospital general de San Carlos, Cojedes, durante el año en estudio, tuvieron el apoyo emocional de sus parejas para superar y sobrellevar la pérdida perinatal.

**Tabla 18.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Situación Conyugal”*

<b>Situación Conyugal</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Soltera	64	62,74
Casada	1	0,98
Viuda	0	0
Divorciada	2	1,96
Unión Estable	35	34,32
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La dimensión «situación conyugal», hace referencia al estatus de las personas, en relación con la convivencia en pareja o no, ya sea ésta debida a matrimonio, civil o religioso, o a una unión estable consensuada. A criterio de Mazzeo *et al* (2015: 85), “el estudio de los cambios en la formación y disolución de uniones, que implican variaciones en la situación conyugal de las personas, es uno de los aspectos más complejos del análisis demográfico”. Tales cambios involucran el comportamiento de dos personas y, además, están influenciados por distintos factores y múltiples interrelaciones.

En la Tabla 18, el indicador «soltera» estuvo presente en 64 casos, que representan el 62,74% de la población. El indicador «unión estable» se vio reflejado en con 35, representado 34,32% de las historias clínicas. «Divorciada» tuvo una frecuencia de 2, que equivalen al 1,96% de los datos. El indicador «viuda» no registró ningún caso. Estos resultados permiten llegar a la conclusión de que el grueso número de madres que perdieron a sus bebés en el hospital general de San Carlos, Cojedes, durante el año en estudio, eran solteras, bien porque nunca habían contraído nupcias de manera legal, o bien porque se encontraban conviviendo en una unión estable de hecho con su pareja sentimental.

**Tabla 19.**

*Distribución de frecuencia de la dimensión: “Número de Hijos Anteriores”*

<b>Número de Hijos Anteriores</b>	<b>Nro.</b>	<b>%</b>
Ningún Hijo	39	38,23
1 Hijo	33	32,37
2 Hijos	18	17,64
3 Hijos	6	5,88
≥4 Hijos	6	5,88
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

La anterior tabla presenta a la dimensión «número de hijos anteriores», teniendo como indicadores: «ningún hijo», «1 hijo», «2 hijos», «3 hijos» y «≥4 hijos». Suárez (ob. cit.: 8), señala que “la paridad es la cantidad de veces en que la mujer ha dado a

luz a un niño ya sea vivo o muerto independiente de la forma de parto (normal o cesárea)”. En varios casos la cantidad de hijos que una mujer puede tener es la que determina si pueden existir complicaciones en el producto. Precisa que “hay investigaciones que alegan que la primiparidad o el primer embarazo tiene alta correlación con bajo peso al nacer y muerte neonatal”, y que el riesgo es mayor si concomita con embarazo en adolescentes o mujeres mayores de 30 años. Empero, aduce que “la multiparidad también es un factor de riesgo para la mortalidad neonatal y el intervalo de menos de 15 meses entre los nacimientos”, también es un factor de riesgo para mortalidad neonatal y postneonatal.

Los resultados revelan que el indicador «ningún hijo», se manifestó en 39 de los casos estudiados, representando el mayor porcentaje con un 38,23% de la data, seguido por el indicador «1 hijo», que se presentó en 33 de las historias clínicas, lo cual representó el 32,37% de la muestra. El indicador «2 hijos» se cuantificó en 18 casos, para un 17,64% de la población. Los indicadores «3 hijos» y «≥4 hijos» cerraron la revisión estadística, con 6 casos cada uno, representando el 5,88% de la población objeto de estudio. Con éstos datos es posible concluir que más de la mitad de las madres que perdieron a sus bebés en el año 2022, y que fueron atendidas en el hospital general “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, Cojedes, se trató de mujeres primigestas, que no habían parido antes, o bien de mujeres que habían tenido un parto anterior; siendo significativamente baja la tasa de mortalidad neonatal en féminas que ya han tenido 3, 4 o más partos anteriores.

### **Codificación Abierta de la Información Cualitativa**

Las investigaciones multimétodo constituyen un enfoque cada vez más empleados en las complejidades que presenta el entorno actual, por ello, en los próximos parajes encontraremos una forma estructurada para la presentación de datos cualitativos, los cuales serán plasmados en forma de tablas en las que se reunirán aspectos interrelacionados del *verbatim* de los versionantes minuciosamente seleccionados, junto a las subcategorías y categorías apriorísticamente formuladas. En este momento, ya se inició la fase de organización y análisis de la información recopilada.

Para la recolección de la información se tuvo previsto la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los informantes clave, cuyo testimonio fue grabado y complementado con la observación participante durante su implementación. Al respecto Varela y Sutton (2021: 100), manifiestan:

*Los investigadores no llegan a los estudios de manera neutral, al definir los datos y tomar decisiones a lo largo del proceso de investigación, están incluyendo sus propias representaciones. De ahí que sea relevante considerar la influencia de la experiencia, creencias, valores y la formación disciplinar del investigador en el abordaje del problema en estudio.*

En ese sentido, ahora la información se convierte en categorías, subcategorías y la necesaria codificación que son un verdadero reto, porque al analizarlas cada vez, leerlas y releerlas, se generan interpretaciones distintas de un mismo fenómeno, lo que hace a la investigación mucho más interesante, y al investigador mucho más cauteloso y atento, para no desviar o re-enrumbar interpretaciones que se presentan según el nuevo contexto de estudio. Al respecto Martínez (2015: 261), en su obra “Ciencia y Arte de la Investigación Cualitativa”, manifiesta que “al reflexionar y concentrarse en los contenidos de las entrevistas, grabaciones y descripciones de campo, en esa contemplación, irán apareciendo en nuestra mente las categorías o las expresiones que mejor las describen y las propiedades o atributos más adecuados para especificarlos”. De igual forma, con respecto a la codificación y categorización de la información, Varela y Sutton (ob. cit.: 100), señalan que:

*La codificación y categorización son parte del proceso de análisis de los datos. Los códigos consisten en breves etiquetas que se construyen en la interacción con los datos. En la TF se puede codificar línea por línea, párrafo por párrafo, incidente por incidente o historia por historia. Esta operación asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida. Estos códigos pueden tener un carácter numérico, visual (colores) o usar palabras.*

Siguiendo las ideas de estas autoras, como investigadores sociales nos permitimos invertir semanas enteras, sumergidos de lleno en la narratividad de nuestros informantes, primero cuando fuimos transcribiendo el *verbatim* de cada uno de ellos, quienes tuvieron la plena libertad de contar ampliamente sus

experiencias en torno al fenómeno, y luego en la minuciosidad del análisis al categorizar sus vivencias, mediante la codificación abierta. En este segundo momento, fuimos escuchando el audio y leyendo la transcripción de las entrevistas al mismo tiempo, una y otra vez, un indeterminado número de veces. Dicho proceso nos transportó a tal nivel de profundidad en el pensamiento del otro, en la alteridad de nuestros informantes clave, revelado a través de sus discursos, que literalmente nos hizo sentir que habíamos penetrado en sus psiquis.

Strauss y Corbin (2002: 110), precisan que la codificación abierta es un “proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones”. Señalan los citados autores que este proceso no es más que denominar o rotular, es decir, ponerle nombre a las ideas que van emergiendo de los discursos. “El nombre o etiqueta debe ser sugerido por el contexto en el que se ubica el acontecimiento. Por ‘contexto’, significamos el trasfondo de condiciones, o la situación en la que el acontecimiento está inmerso” (p.116). Indican que los nombres que se usan para la categorización son arbitrarios, aseguran que otros investigadores podrían usar denominaciones diferentes, dependiendo de su enfoque, entrenamiento e interpretaciones (*Ibídem*).

De igual forma, en la revisión del material grabado durante las entrevistas, que fueron realizadas a los informantes clave, las cuales se desarrollaron *in situ* de sus espacios de trabajo, es decir, dentro de los servicios que ellos frecuentan en el centro hospitalario, permitió una relajación y comodidad, así como también mucha confianza para reforzar los argumentos manifiestos durante su narratividad. Asimismo, en el estudio de sus *verbatimums*, se constató en gran medida muchas subcategorías de las que ya estaban en las matrices previas. También permitió incorporar otras subcategorías y renombrar algunas de las ya previamente etiquetadas. Cada nueva revisión del material escrito, audición de los diálogos, “permite captar aspectos o realidades nuevas, detalles, acentos o matices no vistos con anterioridad o no valorados suficientemente y que, ahora, quizá con otro enfoque o contexto, son determinantes y parecen cambiar o enriquecer el significado” (*Ibídem*). A continuación, la categorización abierta y la codificación de los discursos.

**Tabla 20.**

*Narratividad de Informante Clave Uno (IC1)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1	[Entrevistador:] Hoy 28 de noviembre, son ya las 8 y 20			
2	minutos de la mañana, y hoy nos acompaña IC1. IC1,			
3	¿quién es IC1? [Entrevistada:] Soy la Coordinadora del			
4	Servicio de Neonatología, ya tengo once meses ejerciendo			
5	con ese papel importantísimo que es coordinar, difícil pero			
6	no imposible de llevar. [Entrevistador:] ¿Tú profesión?			
7	[Entrevistada:] Soy Licenciada en Enfermería con catorce			
8	años de servicio en el hospital y específicamente en			
9	Neonato, son ya diez años laborando. [Entrevistador:]			
10	Diez años laborando. ¡Imagínate! ¡Cuántas vivencias y			
11	cuántas experiencias habrás tenido! [Entrevistada:]			
12	¡Muchísimas! [Entrevistador:] Como te comentábamos			
13	antes de comenzar a grabar, estamos realizando una			
14	investigación sobre la mortalidad neonatal, pero desde otro			
15	punto de vista, no sólo con datos estadísticos, ni datos			
16	numéricos, sino también desde las vivencias y el sentir que			
17	hay detrás de la mortalidad neonatal. Son siete preguntas			
18	que formularemos. 1.- ¿Qué sientes tú cuando a una madre			
19	se le muere el muchachito recién nacido en la sala de			
20	neonatos? [Entrevistada:] Bueno <u>ante todo se siente</u>			
21	<u>mucha tristeza, verdaderamente, porque uno, el personal de</u>			
22	<u>salud, también a pesar de todo, que no lo llevó en el vientre</u>			
23	<u>nueve meses como esa madre, pero hay ese contacto con el</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC1
24	<u>personal de salud, el simple hecho de cuidarlo, de asistirlo</u>		Humando	Líneas 20-36
25	<u>y atenderlo, de ayudarlo a que mejore cien por ciento, y a</u>			

1/18

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
26	<u>veces uno como personal de salud siente que oye, no</u>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente Humando</b>	<b>CHS/IC1 Líneas 20-36</b>
27	<u>podimos hacer nada, que no lo pudimos salvar, no es</u>			
28	<u>porque uno no quiera, a veces hay cosas que solo Dios sabe</u>			
29	<u>por qué y es triste de verdad; lloramos, la abrazamos, hay</u>			
30	<u>madres con quien sentimos ese contacto, sí bueno, es un</u>			
31	<u>gran dolor. Ese dolor, por ejemplo, recién meses atrás</u>			
32	<u>tuvimos varias muertes muy seguidas y a mí me pegó</u>			
33	<u>mucho y eso era llorar y llorar, y en verdad a uno le duele</u>			
34	<u>mucho. Algunas personas piensan que nosotros somos</u>			
35	<u>como una pared, que no sentimos. ¡Claro! Nosotros al</u>			
36	<u>pasar del tiempo, hay como aquella coraza, pero a la</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 39-49</b>
37	<u>mayoría de las enfermeras nos ha pasado que a veces hay</u>			
38	<u>contactos con recién nacidos y su madre, por el tiempo que</u>			
39	<u>duran en el retén. Por ejemplo, a mí me sucedió una</u>			
40	<u>experiencia en la atención con una bebé que falleció</u>			
41	<u>prematura, de apenas un kilo seiscientos gramos, y fue</u>			
42	<u>conectada al CPAP, asimismo entraba y salía de esos</u>			
43	<u>procederes, y yo me apegué tanto a esa bebé, que yo la</u>			
44	<u>atendía con el método “canguro”, y yo trabajaba con mi</u>			
45	<u>bebé; y hubo dos días que yo libré, y cuando regresé mis</u>			
46	<u>compañeras manifestaron que la niña no comía, que no</u>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC1 Líneas 49-52</b>
47	<u>quería nada, la mamá cuando me veía me decía que no</u>			
48	<u>librara, pero yo le decía que no podía, en ese tiempo yo</u>			
49	<u>hacía guardias mañana, tarde y noche. La bebé se llamaba</u>			
50	<u>Isabel, y de verdad me dejó una experiencia muy linda. Al</u>			
51	<u>final murió al mes porque era una bebé pretérmino y es</u>			
52	<u>fuerte, ellos son muy delicados, y yo me sentía culpable</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
53	<u>porque creía que yo la había abandonado, pero bueno yo sé</u>			
54	<u>que no fue así. Pero al final yo pienso que el apego que yo</u>			
55	<u>tenía con ella o, ella conmigo, fue causada porque ellos</u>			
56	<u>reconocen, los bebés reconocen desde que están en la</u>			
57	<u>Barriguita. ¡Sí! Pero al final duele mucho, ponernos en</u>			
58	<u>lugar de esa madre es difícil. Yo también tuve a mi nieta</u>			
59	<u>aquí hospitalizada ya hace un año, y es fuerte por los</u>			
60	<u>nervios y la ansiedad, y eso que yo era personal de aquí, y</u>			
61	<u>es en ese momento que uno siente, y es fuerte para nosotros</u>	Sentimientos	Componente Humando	CHS/IC1
62	<u>como madre y como abuela, ver a esos bebés que fallecen y</u>			Líneas 52-71
63	<u>hemos llorado muchísimo. Y a raíz de eso, a veces por eso</u>			
64	<u>que nos pasa, tratamos de hacer los cuidados del bebé, pero</u>			
65	<u>ya va, como una pared. [Entrevistador:] Como una</u>			
66	<u>barrera emocional. [Entrevistada:] ¡Sí! Porque imagínate</u>			
67	<u>cuantos bebés no fallecen. Me tocó también otra</u>			
68	<u>experiencia con el Dr. Wender, quien es un médico</u>			
69	<u>residente, que con un hecho similar, se tiraba en la cama a</u>			
70	<u>llorar y llorar, porque ese día se nos murieron tres</u>			
71	<u>bebés.[Entrevistador:] -¿Qué es el método “Canguro”?</u>			
72	<u>[Entrevistada:] El método canguro es cuando la madre,</u>			
73	<u>utilizando un suéter cómodo, seguro, se coloca a su hijo</u>			
74	<u>entre su pecho en medio de los senos, para darle ese calor</u>	Prácticas Clínicas	Condicionantes Clínicas	CCPC/IC1
75	<u>cerca de su corazón, porque desde la barriga los bebés</u>			Líneas 72-77
76	<u>reconocen los latidos de su madre y eso les da calor, amor,</u>			
77	<u>y eso les ayuda muchísimo. - [Entrevistador:] ¿Y cómo</u>			
78	<u>manejaste la culpa en ese momento? [Entrevistada:] - ¡Ay</u>			
79	<u>no! Yo llegué a mi casa y estaba aún llora que llora, incluso</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
80	<u>cuando llegaba al servicio llegaba buscándola, hasta que</u>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente Humando</b>	<b>CHS/IC1 Líneas 79-84</b>
81	<u>me dije:«¡No más! Ella ya se murió, yo hice todo lo que</u>			
82	<u>pude». Igualmente los padres, cuando ella falleció, nos</u>			
83	<u>abrazamos y lloramos porque nosotros como personal de</u>			
84	<u>salud tenemos que brindarle ese amor a la familia, igual el</u>			
85	apoyo y confianza entre ellos y nosotros, y nosotros con	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 86-94</b>
86	ellos. <u>Todo va de la mano porque nosotros los del servicio</u>			
87	<u>debemos orientar a los padres para que intervengan y</u>			
88	<u>manifestarles cómo y por qué debe hacerse. Porque algunas</u>			
89	<u>veces nosotros queremos como excluirlos y no es así, ellos</u>			
90	<u>también forman parte de la situación y debemos educarlos:</u>			
91	<u>Lávate las manos con alcohol; háblale y agárralo;</u>			
92	<u>demuéstrale amor que eso ayuda. Algunos, no todos los del</u>			
93	<u>servicio, tienen ese tacto para comunicarse con los padres y</u>			
94	<u>familiares</u> y a veces sucede la agresividad de ellos, los			
95	familiares, hacia nosotros. Al final por toda esa	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 99-107</b>
96	interrelación que se produce por el contacto con la madre y			
97	su familia, se conoció que la madre tenía 35 años, era			
98	parturienta trigesta, con pérdida del segundo y ella se			
99	quedó con un solo hijo. <u>Es importante compenetrarse con</u>			
100	<u>los familiares, por ejemplo, es necesaria la actualización</u>			
101	<u>pero hay cosas viejas que no debemos de dejar de hacer.</u>			
102	<u>Ese contacto de la madre con el bebé debe seguir</u>			
103	<u>produciéndose. - [Entrevistador:]- ¿Qué cosas de esas</u>			
104	<u>viejas deben seguir haciéndose? [Entrevistada:]- Permitir</u>			
105	<u>ver, solo ver y no tocar no es muy conveniente, ellos</u>			
106	<u>pueden, con una medida de asepsia, pueden intentar y</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
107	<a href="#">causalmente el bebé se tranquilizó luego de ello.</a>			
108	<b>Entrevistador:]</b> - 2. ¿Por qué se mueren los muchachitos			
109	recién nacidos en la sala de neonatos? <b>[Entrevistada:]</b> - <a href="#">La</a>			
110	<a href="#">causa principal de todo esto que está pasando, es porque de</a>			
111	<a href="#">verdad no hay unas medidas preventivas, primeramente</a>			
112	<a href="#">porque para eso están los controles prenatales. Si no hay un</a>			
113	<a href="#">buen control, allí tenemos una causa probable para que el</a>			
114	<a href="#">bebé nazca con una malformación, y a través de la</a>			
115	<a href="#">prevención implica el control prenatal durante los nueve</a>			
116	<a href="#">meses, y desde el primer momento en que se enteró del</a>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCCP/IC1</b>
117	<a href="#">embarazo, acudir al médico, acudir al médico a su control,</a>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 110-125</b>
118	<a href="#">a sus ecos y hacerse los exámenes, sobre todo a atender las</a>			
119	<a href="#">infecciones urinarias y vaginosis que son muy recurrentes</a>			
120	<a href="#">en los embarazos, y ello genera que los bebés nazcan con</a>			
121	<a href="#">sepsis neonatal. Si ellas no van al médico, ¿cómo resuelven</a>			
122	<a href="#">signos y síntomas de riesgo para el bebé? Que si me duele</a>			
123	<a href="#">aquí, que si me arde para orinar, pero no se hacen nada y</a>			
124	<a href="#">no van al médico.</a> <b>[Entrevistador:]</b> ¿Qué es una sepsis			
125	neonatal? <b>[Entrevistada:]</b> Es una infección generalizada	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC1</b>
126	<a href="#">que sufre el neonato a causa de múltiples infecciones</a>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 125-129</b>
127	<a href="#">urinarias, vaginosis que sufre la madre durante el embarazo</a>			
128	<a href="#">y la trasmite a su hijo.</a> <b>[Entrevistador:]</b> - Básicamente			
129	entonces prevención y control neonatal durante los nueve			
130	meses- <b>[Entrevistada:]</b> - Asimismo, <a href="#">es necesario contar</a>			
131	<a href="#">también con la limpieza ambiental del servicio de</a>			
132	<a href="#">Neonatología cada quince días para controlar las bacterias,</a>			
133	<a href="#">todos los días hay que esterilizar todo, lavar las</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código			
134	<u>incubadoras, recuerden estamos en un hospital y hay</u>	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC1 Líneas 131-142</b>			
135	<u>bacterias y algunas veces esas bacterias se apoderan del</u>						
136	<u>bebé. Estas medidas ayudan enormemente a disminuir la</u>						
137	<u>mortalidad neonatal. Porque a veces el bebe no entra al</u>						
138	<u>servicio por una sepsis, sino por dificultades respiratorias,</u>						
139	<u>asfixia perinatal que sufre porque se estaba pasando el</u>						
140	<u>parto, por estancamiento en el canal y luego por influencia</u>						
141	<u>de las bacterias que pueden estar circulando en el servicio,</u>						
142	<u>se contagian y fallecen. <u>La asfixia perinatal, cuando se</u></u>						
143	<u>comprueba mediante el examen CK-MB, que son las</u>						
144	<u>enzimas cardiacas cuyas cifras elevadas lo confirman, y</u>						
145	<u>son ingresados al retén de neonato. Esa asfixia perinatal</u>						
146	<u>también causa Enterocolitis, que es donde el bebé se pone</u>				<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 142-151</b>
147	<u>con el abdomen globoso y empiezan a hacer buchec como</u>						
148	<u>borra de café, por eso es preferible admitirlo con una dieta</u>						
149	<u>absoluta, y si los exámenes salen bien, hay que dejarlo</u>						
150	<u>durante setenta y dos horas, que es cuando aparecen esos</u>						
151	<u>posteriores signos y síntomas. [Entrevistador:] - ¿Qué es</u>						
152	<u>una borra de café? – [Entrevistada:] - Son buchec que</u>						
153	<u>expulsa el neonato muy similar al residuo de partículas de</u>						
154	<u>café pos colado, que es un signo de la enterocolitis que está</u>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC1 Líneas 152-157</b>			
155	<u>sufriendo el bebé que posteriormente produce riesgosos</u>						
156	<u>sangrados y es causa de muerte neonatal.[Entrevistador:]</u>						
157	3. ¿Qué crees tú, que está dejando de hacer el Sistema						
158	Público Nacional de Salud para que éstos muchachitos						
159	mueran allí en donde están retenidos, ahorita, ahorita, en la						
160	sala de neonatos? [Entrevistada:] Mira, yo ahorita,						

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
161	ahorita, Neonatología es un servicio que desde enero que			
162	yo tomé el cargo, nos hemos venido sentando en mesas de			
163	trabajo: Epidemiología, la Autoridad Única de Salud, la			
164	Directora del hospital; la verdad es que hemos venido			
165	haciendo el trabajo tras trabajo, y <a href="#">yo te puede decir que</a>			
166	<a href="#">hemos mejorado muchísimo, y de decir que haga falta</a>			
167	<a href="#">ahorita muchos insumos es falso, al servicio se le ha dotado</a>			
168	<a href="#">quizá no a un cien por ciento, pero sí más de un ochenta</a>			
169	<a href="#">por ciento. Por supuesto que nos hace falta mayor número</a>			
170	<a href="#">de incubadoras, la remodelación del servicio en este</a>			
171	<a href="#">momento se está realizando, por ejemplo, en insumos en</a>			
172	<a href="#">este momento al hospital le hace falta el antibiótico</a>			
173	<a href="#">Meropenem, pero resulta que ellos a mí me dan un stock y</a>			
174	<a href="#">ese medicamento es muy costoso, pero el servicio de</a>	Medicamentos,	Condicionantes	CCMII/IC1
175	<a href="#">Neonatología aun cuenta con cierta cantidad, y los estamos</a>	Insumos e	Clínicas	Líneas 165- 184
176	<a href="#">administrando muy eficientemente. En cuanto a los</a>	Instrumentales		
177	<a href="#">antibióticos, se cuenta con Ampicilina, Ciprofloxacina y lo</a>			
178	<a href="#">único que me hace falta es Penicilina, que se utiliza en</a>			
179	<a href="#">pacientes con VDRL Positivo, y entonces no lo tenemos, el</a>			
180	<a href="#">familiar es quien debe comprarlo. Ahorita otro insumo que</a>			
181	<a href="#">verdaderamente nos está fallando son las inyectadoras. Las</a>			
182	<a href="#">soluciones son otro insumo de alta demanda en el servicio,</a>			
183	<a href="#">una o dos cajas diariamente son suministradas al servicio.</a>			
184	<a href="#">La gran falla es en la dotación de los productos de</a>			
185	<a href="#">limpieza, ahí sí hay falla, sin embargo, lo resolvemos con</a>	Sepsis	Muerte Neonatal	MNSI/IC1
186	<a href="#">pequeñas colaboraciones de diez bolívares que nos otorgan</a>	Intrahospitalaria		Líneas 184-193
187	<a href="#">los familiares y el personal que trabaja en el servicio,</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
188	<u>porque la limpieza y el mantenimiento del servicio es</u>			
189	<u>fundamental. Con lo recolectado compramos las garrafitas</u>			
190	<u>de cloro, jabón líquido y vinagre, y combatimos las</u>			
191	<u>bacterias, porque si del servicio se apoderan las</u>			
192	<u>bacterias, allí sí es donde está un problema</u>			
193	<u>grave.</u> <b>[Entrevistador:]</b> – Pero es grandioso todo lo que			
194	ustedes hacen en el servicio, entonces hay una visión			
195	maluca en la calle, porque la gente dice otra cosa –			
196	<b>[Entrevistada:]</b> <u>Sí, porque la gente habla que no hay</u>			
107	<u>medicamentos en el hospital, pero Neonatología, a</u>			
198	<u>diferencia de otros servicios, sí tiene. Si yo te abro esta</u>			
199	<u>vitrina existe dotación, si te abro la otra donde yo también</u>			
200	<u>resguardo medicamentos, tengo medicamentos. Claro,</u>	<b>Medicamentos,</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCMII/IC1</b>
201	<u>ahorita con la remodelación del servicio, se pasó el</u>	<b>Insumos e</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 196- 207</b>
202	<u>requerimiento de Oxibú, incubadoras, todas esas cosas,</u>	<b>Instrumentales</b>		
203	<u>pero en la parte de los medicamentos, nos hacen falta las</u>			
204	<u>inyectoras y entonces los padres todos los días nos pasan</u>			
205	<u>dos o tres que se utilizarán en el cuidado de sus hijos. Claro</u>			
206	<u>las de sesenta cc, donde nosotros diluimos sí tenemos, nos</u>			
207	<u>faltan las pequeñas para cateterizar las vías.</u>			
208	<b>[Entrevistador:]</b> Pero la gente es injusta porque se			
209	escucha en la calle otro tipo de comentarios.-			
210	<b>[Entrevistada:]</b> <u>Claro, en estos días nos molestamos</u>			
211	<u>porque tenemos dos o tres denuncias en fiscalía que los</u>	<b>Consideraciones</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCML/IC1</b>
212	<u>familiares han interpuesto, vinieron a inspeccionarnos y</u>	<b>Médico-Legales</b>		<b>Líneas 210-219</b>
213	<u>revisaron las historias y al bebé, demostramos todo lo</u>			
214	<u>contrario. Les explicamos los esfuerzos que el personal</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
215	<u>hace para venir a trabajar, sin comer, los costos del pasaje y</u>			
216	<u>emplazamos a los de Fiscalía, a los del CEDNA, que si</u>			
217	<u>existe alguna ley que nos ampare a nosotras por los</u>			
218	<u>atropellos, porque ya llevamos tres denuncias con ésta.</u>			
219	<u>Otra cosa es importante, el trato con los padres y familiares</u>			
220	<u>y no voy a negar que habemos enfermeras y trabajadores</u>	<b>Trato</b>	<b>Componente</b>	<b>CHTI/IC1</b>
221	<u>del servicio que fallamos en el trato con los familiares, y</u>	<b>Interpersonal</b>	<b>Humano</b>	<b>Líneas 219-223</b>
222	<u>todo es la forma de comunicarnos con ellos. Si yo te llego</u>			
223	<u>con malas palabras, el trato será igual hacia ti. Igualmente</u>			
224	<u>con el consumo de insumos, de instrumentarias y apoyamos</u>			
225	<u>a otros servicios, o por el contrario cuando existe</u>	<b>Medicamentos,</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCMI/IC1</b>
226	<u>despilfarro. Claro, también en noviembre, octubre, tuvimos</u>	<b>Insumos e</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 223-229</b>
227	<u>un repunte de casos que se consumió un alto volumen de</u>	<b>Instrumentales</b>		
228	<u>insumos. Que sí se han muertos niños, sí, pero también</u>			
229	<u>hemos salvados muchos, pero sí hemos avanzado mucho.</u>			
230	<u>Claro que aun debemos mejorar mucho, pero lo estamos</u>			
231	<u>haciendo, estamos luchando con todo el personal, porque</u>			
232	<u>médicos y enfermeras vienen de la calle y no nos queremos</u>			
233	<u>cambiar con una vestimenta y entrar a comenzar a trabajar</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC1</b>
234	<u>con los niños es contraproducente por la bacterias, y puede</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 230-236</b>
235	<u>sucedir que el niño que entró a neonato con otra patología</u>			
236	<u>termina siendo también víctima de una sepsis tardía.</u>			
237	<u>[Entrevistador:]- ¿Cuando vienen esas inspecciones de</u>			
238	<u>fiscalía. ¿Qué hacen? -[Entrevistada:] Revisan las</u>			
239	<u>historias, revisan al bebé, porque ellos, los padres, algunos</u>	<b>Consideraciones</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCML/IC1</b>
240	<u>no entienden que para cumplir el tratamiento a los niños y</u>	<b>Médico-Legales</b>		<b>Líneas 237-245</b>
241	<u>agarrar las vías, ellos se mueven y a cada rato se pierde el</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
242	<u>contacto, y antes teníamos unas paleticas para</u>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCMII/IC1 Líneas 245-250</b>
243	<u>inmovilizarlos y ellos consideraban que los teníamos</u>			
244	<u>amarrados, y pensaban que los estábamos maltratando y</u>			
245	<u>hacen las denuncias. Ya no lo amarramos. Muchas veces a</u>			
246	<u>los niños se les dañan las vías y es necesario retomarlas,</u>			
247	<u>lo que amerita otro gasto de yelco que los padres no</u>			
248	<u>entienden. Hay bebés que son de días muuuy difíciles, que</u>			
249	<u>por el tiempo que pasan en el retén consumen muchos</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 251-255</b>
250	<u>materiales y medicamentos, antibióticos, así como también</u>			
251	<u>se hace difícil conseguir por donde pasar el tratamiento.</u>			
252	<u>Los padres no entienden que se debe descansar al bebé por</u>			
253	<u>tantos tratamientos que ameritan, un día o dos, para que se</u>			
254	<u>recuperen y no colapsen. Y los padres no entienden esos</u>			
255	<u>procedimientos. Siempre y cuando estén comiendo, porque</u>			
256	<u>la angustia más grande es cuando ellos no comen, si el</u>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC1 Líneas 255-259</b>
257	<u>bebé no come y está en hidratación y no me tiene vía, el</u>			
258	<u>bebé me puede hacer una hipoglicemia y puede empezar a</u>			
259	<u>convulsionar y ello puede causar la muerte. Hay otros</u>			
260	<u>métodos ahora esperamos el otro turno más descansado.</u>			
261	<u>¡Ah! Pero para que eso suceda hay que ponerle Solución</u>			
262	<u>Dextrosa al 5% y eso ayuda a que su glicemia no baje, y al</u>			
263	<u>bebe hay que hidratarlo vía oral para que se recupere.</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 260-273</b>
264	<u>Ahora bien, cuando ellos pueden tolerar un poquito,</u>			
265	<u>esperamos uno o dos días vía oral para volver al</u>			
266	<u>tratamiento vía endovenoso, o si no, se plantea vamos a</u>			
267	<u>practicar una flebotomía. Allí también se incomodan los</u>			
268	<u>padres por la pequeña incisión, porque van a cortar y</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
269	<u>agarrar puntos que se le hace al bebé. - [Entrevistador:]</u>			
270	<u>¿Qué es una flebotomía? [Entrevistada:]. Es una pequeña</u>			
271	<u>cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular que</u>			
272	<u>hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente</u>			
273	<u>de guardia, claro guardando toda asepsia y antisepsia para</u>			
274	<u>fixar un catéter. Claro el catéter es costoso y debe ser</u>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCMII/IC1 Líneas 274-290</b>
275	<u>comprado por los familiares, claro es un poquito costoso un</u>			
276	<u>precio mayor a los treinta dólares. Aquí teníamos catéteres</u>			
277	<u>pero se vencieron y se tomó la decisión yo hice mi nota</u>			
278	<u>para recogerlos y devolverlos a almacén por la</u>			
279	<u>responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la</u>			
280	<u>vida del bebé. [Entrevistador:] - 4. ¿Qué están dejando de</u>			
281	<u>hacer las madres para que no mueran los muchachitos</u>			
282	<u>recién nacidos en la sala neonatal? – [Entrevistada:] Uno</u>			
283	<u>de lo que están dejando de hacer las madres, es no tener el</u>			
284	<u>control prenatal, aquí nos han llegado madres sin ningún</u>			
285	<u>control. Recién recibimos un neonato aquí de una madre</u>			
286	<u>que nos extrañó a todos, porque nunca se controló el</u>			
287	<u>embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica</u>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCCP/IC1 Líneas 284-295</b>
288	<u>privada. El bebé nació con una malformación a nivel</u>			
289	<u>cerebral, el abdomen distendido, a pretérmino, falleció.</u>			
290	<u>Llegó a neonato como decir hoy y al siguiente día murió.</u>			
291	<u>La madre se enteró de su malformación cuando le fueron a</u>			
292	<u>hacer el eco para la cesárea. Nos preguntamos, ¿Por qué</u>			
293	<u>esa madre sí tenía los recursos para practicarse una cesárea</u>			
294	<u>en una clínica? ¿Por qué entonces no se controló el</u>			
295	<u>embarazo? Y lo otro de las madres, que las madres están</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
296	<u>dejando de hacer es el aseo personal, están descuidando su</u>			
297	<u>aseo personal durante su estadía acá en neonato, mientras</u>			
298	<u>está su bebé. Así como también, una estadía, escuché que</u>			
299	<u>de nuevo se les permitirá acompañar a su bebé, aunque no</u>			
300	<u>todos somos iguales, ni tenemos las mismas costumbres,</u>			
301	<u>pero es necesario mantener los espacios alrededor de la sala</u>			
302	<u>de neonatos, bien limpia y restringida. Cuando ellas</u>			
303	<u>estaban en esa sala de acompañamiento, el olor era</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC1</b>
304	<u>horrible, de verdad porque no se aseaban y sus batas sucias,</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 296-312</b>
305	<u>pero se tuvo que sacar a la mamá. Entonces sucedía que yo</u>			
306	<u>enfermera, bañaba al niño y lo mantenía limpio para que</u>			
307	<u>cuando llamásemos a la madre, él estuviera bien aseado</u>			
308	<u>pero su mamá no, ellas estaban tiradas en el suelo. Para que</u>			
309	<u>veas cuánto hemos avanzado, nosotros teníamos ese</u>			
310	<u>servicio pero se tuvo que sacar por la falta de cooperación</u>			
311	<u>y los riesgos que ello representaba. Otra cosa que se debe</u>			
312	<u>plantear, es la parte del laboratorio, que se arregle, y los</u>			
313	<u>gases bacteriales. Los exámenes son muy costosos, muchas</u>			
314	<u>familias no los pueden cancelar, el valor oscila entre</u>			
315	<u>setenta y ochenta dólares. Es un examen con toma de</u>			
316	<u>muestra bacteriana, de sangre que va con anticoagulante y va</u>			
317	<u>a laboratorios privados. Muchos de esos exámenes se</u>			
318	<u>paralizaron por falta de reactivos, en verdad no sé por qué.</u>			
319	<u>Los exámenes de gases bacteriales, que es una muestra de</u>			
320	<u>sangre por ejemplo, una PCR, PPT, Hematología</u>			
321	<u>Completa, los Hemocultivo, los Estudios</u>			
322	<u>Encefaloraquídeos PL, a nivel de la columna, son</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
323	<u>costosos y deben realizarse muy frecuentemente, mientras</u>			
324	<u>los bebés se recuperan en la sala de neonatos. En ese</u>			
325	<u>sentido, al existir tantas pruebas que se deben practicar a</u>			
326	<u>los bebés, genera motivos de comentarios por ahí, porque</u>			
327	<u>los familiares dicen que un día es un examen y al otro día</u>			
328	<u>otro, no comprendiendo lo necesario que son estos estudios</u>	<b>Exámenes de</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCEL/IC1</b>
329	<u>para los especialistas y ordenar su conducta. Sin embargo,</u>	<b>Laboratorio</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 312-339</b>
330	<u>el personal luego que se produce ello, solo identificamos</u>			
331	<u>que sea su madre y no se dan de alta, sino tienen sus</u>			
332	<u>laboratorios. La inversión en exámenes de laboratorio es</u>			
333	<u>muy cuantiosa, porque continuamente se amerita hacer</u>			
334	<u>hemocultivos o el citoquímico a los niños. En caso que</u>			
335	<u>sean diez o más niños por setenta u ochenta dólares,</u>			
336	<u>imagina la cantidad de plata que ello genera a los</u>			
337	<u>laboratorios privados, y que se ahorrarían los familiares si</u>			
338	<u>estuviesen los laboratorios del hospital funcionando. En ese</u>			
339	sentido todos los servicios del hospital son necesarios pero			
340	en el caso de los niños que alberga la sala de neonatos			
341	serían prioritarios. Y son los recién nacidos los que deben			
342	ser más y mejor atendidos. <b>[Entrevistador:]</b> - 5. ¿Cómo			
343	vives el duelo cuando se muere el recién nacido en la sala			
344	de neonatos? - <b>[Entrevistada:]</b> <u>A mí me da tristeza porque</u>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente</b>	<b>CHS/IC1</b>
345	<u>despedirse de un ser humano es triste, pero también te voy</u>		<b>Humano</b>	<b>Líneas 345-362</b>
346	<u>a decir como cristiana, los designios de Dios, aunque nos</u>			
347	<u>duela en el alma, se cumplen porque yo quiero que me</u>			
348	<u>entierren a mí, yo no a mis hijos. Pero a veces en neonato</u>			
349	<u>se ve a niños que van a quedar sufriendo, es mejor</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
350	<u>lo que sucede y no importa si me critican porque estoy</u>			
351	<u>siendo egoísta, no es fácil para nosotros verlos sufrir, para</u>			
352	<u>verlos sufriendo. Claro que una madre no pierde las</u>			
353	<u>esperanzas, no es fácil. La inyectora es barata pero tres</u>			
354	<u>veces al día comprarla pega, esas son cositas que pasan.</u>			
355	<u>Sin embargo, nosotros hemos visto cantidad de niños y</u>			
356	<u>familias que han luchado y salidos vivos de neonatos</u>			
357	<u>¡Uuuuf! ¡Cantidades, Cantidades! ¡A veces me gusta esto</u>			
358	<u>porque la gente de afuera no ven la parte de uno, pero</u>			
359	<u>cuando uno está haciendo una práctica de Ambúo</u>			
360	<u>preguntamos por el grupo:“¿Cómo sigue el bebé tal?”,es</u>			
361	<u>indescriptible, nos pasamos las caritas llorando, pero la</u>			
362	<u>gente solo ve la parte mala de nosotros, pero también a</u>			
363	<u>veces somos culpables. Yo he tenido familiar aquí</u>			
364	<u>hospitalizado. Sin embargo, el trato que se brinda a los</u>			
365	<u>pacientes debe mejorar, quizás es producto del nuevo</u>			
366	<u>contingente de enfermera, quizá les haga falta un poco de</u>			
367	<u>humanismo, de amor y así pare usted de contar. No es fácil.</u>			
368	<u>Cuando un niño entra en paro nosotros le avisamos a la</u>			
369	<u>madre la situación, le damos apoyo y cuando el médico</u>	<b>Trato</b>	<b>Componente</b>	<b>CHTI/IC1</b>
370	<u>sale y da la triste noticia, algunas gritan horrorizadas y caen</u>	<b>Interpersonal</b>	<b>Humano</b>	<b>Líneas 364-381</b>
371	<u>en un llanto inconsolable y ahí estamos nosotras</u>			
372	<u>consolando a la madre y la familia, y luego sacar fuerza</u>			
373	<u>para ir a hacerle los cuidados <i>Post Mortem</i>. Bañarlo para</u>			
374	<u>bajarlo a la morgue, porque algunas veces ellos quedan</u>			
375	<u>sangrando por la nariz y boca, u otras técnicas de</u>			
376	<u>desinflamación de venas donde estaba el catéter, para</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
377	<u>luego preguntarle a la madre si desea verlo. Algunas veces</u>			
378	<u>con la restricción de las visitas de las madres al bebé,</u>			
379	<u>cuando ellos están muy malitos permitimos que lo vean</u>			
380	<u>hasta tres veces diarias, para no esperar que el bebé fallezca</u>			
381	<u>para que lo vea. [Entrevistador:] - ¿Cuándo entran en paro</u>			
382	<u>es porque el desenlace es ya inevitable? [Entrevistada:] -</u>			
383	<u>¡No! Hay bebés que le han dado cinco y hasta seis paros y</u>			
384	<u>han salido de neonatología. Sin embargo, es hay triste y</u>			
385	<u>lamentable otros que no. [Entrevistador:] - 6. ¿Qué se le</u>			
386	<u>dice a una madre que termina de perder a su hijo recién</u>			
387	<u>nacido porque acaba de morir? [Entrevistada:] <u>Cuando</u></u>			
388	<u>ellos entran en paro ya se le comunica a la madre la</u>			
389	<u>situación, o cuando están en malas condiciones, cuando</u>			
390	<u>tiene dificultades para respirar. Algunas veces nosotras les</u>			
391	<u>damos Ambú solas. [Entrevistador:] - ¿Qué es el Ambú?</u>			
392	<u>[Entrevistada:] - Es un aparatito con una perilla que se</u>	Prácticas	Condicionantes	CCPC/IC1
393	<u>utiliza para reanimar al bebé, se coloca entre la nariz y la</u>	Clínicas	Clínicas	Líneas 388-397
394	<u>boca y su método es que se le dan tres masajitos en el</u>			
395	<u>pecho con cierta frecuencia y suaves por lo delicado del</u>			
396	<u>cuerpecito del niño. Algunas te ayudan a ti para identificar</u>			
397	<u>a una parturienta con niños en riesgo. Sí. Con esa técnica</u>			
398	<u>sin darle Ambú avanzado que es cuando se suministra</u>			
399	<u>adrenalina. <u>A los familiares se les habla claro de lo que</u></u>			
400	<u>acontece con su bebé, notificarle al papá o a la abuela de la</u>			
401	<u>situación que está sucediendo con el bebé, y si no están,</u>	Trato	Componente	CHTI/IC1
402	<u>solicitarle a la madre una autorización para darles la</u>	Interpersonal	Humano	Líneas 400-404
403	<u>información y cuidar la integridad del bebé.</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
404	[Entrevistador:] - 7. ¿Qué harías tú para disminuir la			
405	incidencia de la mortalidad neonatal en Cojedes?			
406	[Entrevistada:] <a href="#">Control y seguimiento y cumplir con todas</a>			
407	<a href="#">las normas de seguridad para garantizar la asepsia. Lo otro</a>			
408	<a href="#">no sé cómo se hará, pero hay que obligar a las embarazadas</a>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCCP/IC1</b>
409	<a href="#">a cumplir con el control prenatal, porque ahorita está la</a>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 407-416</b>
410	<a href="#">parte ambulatoria que es responsable de hacer el trabajo en</a>			
411	<a href="#">las comunidades, junto a líderes de calle, los Consejos</a>			
412	<a href="#">Comunales y captar la embarazadas para garantizar la parte</a>			
413	<a href="#">preventiva, porque allí es donde está el enfoque de todo,</a>			
414	<a href="#">porque si no hay prevención, no hay nada, porque el</a>			
415	<a href="#">hospital es lo último a donde deben llegar.</a> Yo desconozco			
416	el trabajo en los módulos, yo desde que me gradué he			
417	trabajado en hospital. Yo no estudié para irme a plantar			
418	para allá, y de verdad le doy gracias a Dios porque he			
419	aprendido muchísimo, aunque algunas se quejan por las			
420	rotaciones, pero es la forma en que se aprende mucho más			
421	cada día. Yo sé de maternidad, de pediatría, de cirugía. Y			
422	me enfocaría en la parte de laboratorio. <a href="#">Ahorita solo</a>			
423	<a href="#">esperamos que nos doten de nuevo con Oxibú, incubadoras</a>			
424	<a href="#">que es primordial, que es donde vamos a colocar al recién</a>	<b>Medicamentos,</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCMII/IC1</b>
425	<a href="#">nacido. Yo por lo menos tengo solo dos cámaras de Oxibú</a>	<b>Insumos e</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 423-427</b>
426	<a href="#">y los dos están dañados. Yo termino de botar una que</a>	<b>Instrumentales</b>		
427	<a href="#">estaba muy deteriorada. También nos hace falta Cipack.</a>			
428	<a href="#">Tenemos ocho incubadoras, debía tener una cámara de</a>			
429	<a href="#">Oxibú cada una.</a> Algunas veces <a href="#">durante las emergencias</a>			
430	<a href="#">intercambiamos entre los neonatos dicho aparato, y es por</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
431	<u>eso que yo digo que algunas veces involuntariamente</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1 Líneas 430-437</b>
432	<u>nosotros contribuimos a las complicaciones entre ellos,</u>			
433	<u>porque la patología que uno tiene, puede ser fácilmente</u>			
434	<u>trasmitida a otro. Hemos tenido que construir unos [Oxibú]</u>			
435	<u>artesanalmente para superar las crisis que frecuentemente</u>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCMII/IC1 Líneas 437-442</b>
436	<u>se afrontan en la sala de neonatos. Porque con respecto a</u>			
437	<u>los medicamentos, insumos e instrumentales, hemos</u>			
438	<u>solicitado y nos han dotado: pedí termómetros para todas</u>			
439	<u>las incubadoras y me los dieron, también pedimos cinta</u>			
440	<u>métricas para cada una y me las dieron, pedimos</u>			
441	<u>estetoscopios y me los dieron. Otra cosa que anteriormente</u>			
442	<u>hacíamos y dejamos de hacer es la aspiración a los niños,</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCMII/IC1 Líneas 442-446</b>
443	<u>ahora se aspira si lo amerita, porque se demostró que</u>			
444	<u>lastimaban a los niños, incluso pudieran causar la muerte.</u>			
445	<u>Por eso digo que la parte preventiva es muy importante,</u>			
446	<u>educar a la madre cuando está embarazada y su entorno en</u>			
447	<u>cuanto a lo que debe y no debe hacer. [Entrevistador:] -</u>			
448	<u>¿Qué debería hacer una madre embarazada?</u>			
449	<u>[Entrevistada:] Comer sano, muchas adolescentes</u>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCCP/IC1 Líneas 446-462</b>
450	<u>embarazadas, fuman y beben y no se controlan los</u>			
451	<u>embarazos. Algunas veces hacen desastres alimentarios</u>			
452	<u>comiendo en la calle comida chatarra y se jacta que su hijo</u>			
453	<u>nació sano pero eso no debe hacerse, comen chimó, fuman,</u>			
454	<u>beben. Incluso la parte preventiva te ayuda a ti para</u>			
455	<u>identificar que una parturienta con riesgo biológico, su hijo</u>			
456	<u>no nazca con la patología de su madre, porque el bebé</u>			
457	<u>mientras está en el vientre será protegido por la placenta,</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
458	<a href="#">porque el virus no atraviesa la placenta y entonces, se</a>			
459	<a href="#">puede planificar una cesárea. Es muy importante el control</a>			
460	<a href="#">prenatal cada mes, durante todo el embarazo, porque</a>			
461	<a href="#">tenemos los hospitales abarrotados. Le voy a decir algo,</a>			
462	<a href="#">yo no califico a la atención primaria como buena</a>			
463	<a href="#">¡No!. De verdad que no. Porque si tenemos cien</a>			
464	<a href="#">módulos y apenas trabajan pocos, entonces no</a>			
465	<a href="#">funciona. [Entrevistador:] ¿Qué le hace falta a la</a>	<b>Atención Primaria de Salud</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCAPS/IC1 Líneas 463-471</b>
466	<a href="#">prevención para que funcione? [Entrevistadora:]</a>			
467	<a href="#">Pienso que la falta de médicos en los ambulatorios,</a>			
468	<a href="#">algunos cerrados, el médico recién graduado y no sabe,</a>			
469	<a href="#">el trato del personal, son variables que deben ser</a>			
470	<a href="#">revisadas y controladas para que la función preventiva</a>			
471	<a href="#">en la red ambulatoria mejore.</a>			

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

**18/18**

**Tabla 21.**

*Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Uno (IC1)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC1</b>
	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC1</b>
	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>CCPC/IC1</b>
	<b>Control Prenatal</b>	<b>CCCP/IC1</b>
<b>CONDICIONANTES CLÍNICAS</b>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>CCMII/IC1</b>
	<b>Exámenes de Laboratorio</b>	<b>CCEL/IC1</b>
	<b>Atención Primaria de Salud</b>	<b>CCAPS/IC1</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC1</b>
	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>MNSI/IC1</b>
	<b>Consideraciones Médico-Legales</b>	<b>MNCML/IC1</b>

---

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 22.***Narratividad de Informante Clave Dos (IC2)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
472	[Entrevistador:] - 1. ¿Qué sientes tú cuando a una madre			
473	se le muere el muchachito recién nacido en la sala de			
474	neonatos? [Entrevistada:] - <u>Bueno esté... en realidad me</u>			
475	<u>pongo en su lugar porque también soy madre y es algo que</u>			
476	<u>uno siempre, como se involucra con las pacientes acá en el</u>			
477	<u>servicio y siente lo mismo, el mismo dolor, es como una</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC2
478	<u>impotencia porque uno quiso dar el cien por ciento, uno no</u>		Humano	Líneas 474-481
479	<u>está para dar esas noticias, sino más bien uno está para dar</u>			
480	<u>vida, porque enfermería, médicos, es para eso, para salvar</u>			
481	<u>vidas, no es para quitar vidas, entonces en el momento que</u>			
482	<u>se la da esa noticia o que ellas se enteran, siempre viene la</u>			
483	<u>preocupación que ella no se pueda complicar, porque</u>			
484	<u>aparte de esto que se están enterando de la muerte de su</u>			
485	<u>hijo, les puede subir la tensión, puede llegar a complicarse</u>	Complicación	Condicionantes	CCCM/IC2
486	<u>ella, porque el hecho de que ya yo parí, que ya parí, que ya</u>	Materna	Clínicas	Líneas 481-490
487	<u>salí de riesgo, ¡no! Hay un lapso hasta los cuarenta días de</u>			
488	<u>que esa paciente puede complicarse por algo tonto, hasta</u>			
489	<u>por una noticia ellas pueden llegar a</u>			
490	<u>complicarse.[Entrevistador:] - 2. ¿Qué consideras tú?</u>			
491	<u>¿Por qué se mueren los muchachitos recién nacidos en la</u>			
492	<u>sala de neonatos? [Entrevistada:] - <u>Bueno son muchas las</u></u>			
493	<u>causas que se pueden asociar a esas muertes, la madre pudo</u>			
494	<u>haber tenido una infección, pudo haber tenido una</u>	Causas de la	Muerte Neonatal	MNCMN/IC2
495	<u>preeclamsia, pudo haber sufrido de cifras tensionales</u>	Muerte		Líneas 492-504
496	<u>elevadas, estos recién nacidos, ellos llevan o al nacer, o en</u>			

1/12

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
497	<u>ese momento reciben esas complicaciones de la paciente.</u>			
498	<u>Aquí hay muchos recién nacidos que van a neonato por</u>			
499	<u>haber tenido una simple dificultad respiratoria, por lo tanto,</u>			
500	<u>ellos allá se complican por el hecho de tener que no</u>			
501	<u>respiren bien, se complican. Otras es que vienen en el</u>			
502	<u>momento de trabajo de parto, son diagnostico por el cordón</u>			
503	<u>umbilical. Son tantas cosas que la madre puede trasmitir a</u>			
504	<u>su hijo. [Entrevistador:] - 3. ¿Qué crees tú, que está</u>			
505	<u>dejando de hacer el Sistema Público Nacional de Salud</u>			
506	<u>para que estos muchachitos mueran allí en donde están</u>			
507	<u>retenidos, en la sala de neonatos? [Entrevistada:] - Esto</u>			
508	<u>viene desde el momento que se inicia el embarazo, no es el</u>			
509	<u>trabajo de parto, sino desde el embarazo, porque una madre</u>			
510	<u>debe tener su control, mínimo de seis a siete controles en</u>			
511	<u>sus nueve meses de embarazo, allí son los médicos, en</u>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCCP/IC2</b>
512	<u>este caso que involucra también al equipo de enfermeras,</u>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 508-522</b>
513	<u>sobre el seguimiento de los exámenes, como la</u>			
514	<u>alimentación de la madre, porque los exámenes son muy</u>			
515	<u>importantes para uno poder evitar una complicación a esta</u>			
516	<u>madre, porque las muertes neonatales vienen con las</u>			
517	<u>complicaciones que tienen las madres, realmente no es</u>			
518	<u>porque ellos nacieron, o al menos que nazcan con una</u>			
519	<u>patología, pero si la complicación la tenía la madre, el</u>			
520	<u>recién nacido guarda esto. Allí es donde éstos bebés</u>			
521	<u>fallecen por la complicación que pudo haber tenido la</u>			
522	<u>madre. [Entrevistador:] - 4. ¿Qué están dejando de hacer</u>			
523	<u>las madres para que no mueran los muchachitos recién</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
524	nacidos en la sala neonatal?[Entrevistada:] - <u>Creo es</u>			
525	<u>porque a veces uno no puede decir que ellas no quieren a</u>			
526	<u>ese embarazo, a ese producto que está creciendo en su</u>			
527	<u>vientre, porque pienso que toda madre desea tener a su</u>			
528	<u>hijo, pero ¿qué está pasando?¿o qué están dejando de</u>			
529	<u>hacer? Es, ¡no quererse! Porque el hecho de no tener una</u>	<b>Actitud de la</b>	<b>Componente</b>	<b>CHAM/IC2</b>
530	<u>buena alimentación, no me cohíbe de no comer sano. De no</u>	<b>Madre</b>	<b>Humano</b>	<b>Líneas 524-538</b>
531	<u>realizarme mis exámenes, no tener un control, creo que es</u>			
532	<u>la principal razón de que lleguen a esas complicaciones de</u>			
533	<u>los recién nacidos, porque ellas están dejando, y hoy en día</u>			
534	<u>ellas están viendo el embarazo como algo normal y no es</u>			
535	<u>fácil, ¡no es fácil! Pero tampoco es un imposible, es algo</u>			
536	<u>que ellas como madres deben ponerse un poco más serias,</u>			
537	<u>con una responsabilidad que tienen que tener una vida</u>			
538	<u>sana.[Entrevistador:] - 5. ¿Cómo vive IC2 el duelo</u>			
539	<u>cuando se muere el recién nacido en la sala de neonatos?</u>			
540	<u>[Entrevistada:] - Realmente no estamos en neonato, pero</u>			
541	<u>hemos tenido aquí en este servicio, muertes. Se le realizan</u>			
542	<u>los RCP. Bueno, en el momento que el recién nacido nace,</u>			
543	<u>que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la</u>	<b>Prácticas</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCPC/IC2</b>
544	<u>enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros</u>	<b>Clínicas</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas540-549</b>
545	<u>esos cinco o seis minutos. Hay recién nacidos que nacen,</u>			
546	<u>lloran, otros respiran pero no lloran y se sacan de la</u>			
547	<u>dificultad con que llegaron, pero hay otros que no. Hay</u>			
548	<u>unos que vienen sin signos vitales. Esos que marcan a uno,</u>			
549	<u>porque uno quiere es dar vida, no muerte. [Entrevistador:]</u>			
550	<u>- 6. ¿Qué se le dice a una madre que termina de perder a</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
551	su hijo recién nacido, que acaba de morir? <b>[Entrevistada:]</b>			
552	- <a href="#">No hay palabras que puedan consolar a esa madre, pero</a>			
553	<a href="#">uno busca la manera primero de darle la noticia, y luego</a>			
554	<a href="#">busca la forma perfecta o adecuada de una manera</a>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente Humano</b>	<b>CHS/IC2</b>
555	<a href="#">tranquila, porque es algo fuerte, sin embargo uno busca</a>			<b>Líneas 552-559</b>
556	<a href="#">explicar pero dando la información que ellas necesitan, se</a>			
557	<a href="#">les explica cuál pudo haber sido la causa de ello y termina</a>			
558	<a href="#">por dar el consuelo dependiendo de su</a>			
559	<a href="#">edad.</a> <b>[Entrevistador:]</b> - 7. Asimismo, si fueras la gerente			
560	del hospital ¿Qué harás tú para disminuir la incidencia de			
561	la mortalidad neonatal en Cojedes? <b>[Entrevistada:]</b> - <a href="#">Creo</a>			
562	<a href="#">que buscaría la forma que estos programas fueran más</a>			
563	<a href="#">efectivos en las comunidades, que estos programas se</a>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCCP/IC2</b>
564	<a href="#">extiendan al más mínimo lugar a las comunidades más</a>			<b>Líneas 561-567</b>
565	<a href="#">pequeñas que existan, que siempre hay un médico para</a>			
566	<a href="#">poder ayudar a las gestantes que necesitan de</a>			
567	<a href="#">ayuda.</a> <b>[Entrevistador:]</b> ¿Si desea agregar algo a lo ya			
568	preguntado? <b>[Entrevistada:]</b> Es bueno este tipo de cosas,			
569	de entrevistas, porque uno se siente bien, porque se conoce			
570	que hay otras personas que están trabajando en temas que a			
571	nosotros nos ocupan. <b>[Entrevistador:]</b> El informante			
572	clave 1, nos hablaba del acceso a los insumos médico-			
573	quirúrgicos y equipos en el tema de la mortalidad neonatal,			
574	y su aporte fue sorprendente ya que contrastaba con los			
575	comentarios que se escuchan en el colectivo, en la calle, es			
576	que existen marcadas fallas en la dotación. ¿Cuál es la			
577	opinión suya en cuanto a ello? <b>[Entrevistada:]</b> <a href="#">Acá en este</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
578	<u>servicio de sala de parto, se requieren pocos de esos</u>			
579	<u>insumos pero sí se cuenta con ello. Sin embargo, algunas</u>			
580	<u>veces tenemos fallas, de algunos insumos que no los</u>			
581	<u>tenemos a la mano, pero existe un programa de Ruta</u>			
582	<u>Materna que el mismo hospital surte, y son ellos quienes</u>			
583	<u>ayudan a las maternas en cuanto a insumos, es decir todo el</u>			
584	<u>material que se necesita para la cesárea de emergencia. En</u>			
585	<u>cambio sí es una cesárea electiva o programada, la paciente</u>			
586	<u>debe traer todo, porque no es una emergencia. Cuando</u>			
587	<u>llega una emergencia, a ellas se les aporta todo ese</u>			
588	<u>material. Los insumos que hay aquí, son exclusivos para</u>			
589	<u>emergencias.[Entrevistador:] ¿Que insumos se necesitan</u>			
590	<u>en una cesárea de emergencia?[Entrevistada:] Un Kit de</u>			
591	<u>Laparatomía, que es lo que se necesita en el área de</u>	Medicamentos,	Condicionantes	CCMII/IC2
592	<u>quirófano, compresas, suturas (que son muchas), drogas</u>	Insumos e	Clínicas	Líneas 577-603
593	<u>que utiliza el anesthesiólogo en ese momento, Oxitocina que</u>	Instrumentales		
594	<u>es una droga primordial que se utiliza tanto para el trabajo</u>			
595	<u>de parto, como para la cesárea, que son las que hace</u>			
596	<u>disminuir o parar el sangrado. Una vez que finaliza la</u>			
597	<u>cesárea y nos la pasan a nosotras las enfermeras, es que</u>			
598	<u>nosotras comenzamos los cuidados, entonces se necesitan</u>			
599	<u>las sondas para aspirar al bebé, en los actuales momentos</u>			
600	<u>tenemos unas sondas no adecuadas para eso, tenemos</u>			
601	<u>sondas número cinco y se necesitan entre ocho y diez,</u>			
602	<u>porque son sondas muy pequeñas y se dificulta aspirar al</u>			
603	<u>bebé.[Entrevistador:] ¿8, 10 son más pequeñas?</u>			
604	<u>[Entrevistada:] ¿No son un poquito más grandes! Porque</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
605	cinco es demasiado finito y si el bebé viene con gleras hay			
606	que aspirarlo, entonces la sonda es			
607	pequeña.[Entrevistador:] Informante Clave 1 nos habló			
608	sobre problemas legales que han tenido, que habían			
609	recibido la visita de funcionarios de fiscalía, que les habían			
610	revisado historias, que también había amenazas de			
611	pacientes. ¿Has tenido un problema de esa naturaleza aquí			
612	en esta área donde ustedes trabajan? [Entrevistada:]; <u>Sí! Si</u>			
613	<u>hemos tenido situaciones de esa naturaleza, hace como dos</u>			
614	<u>años, de hecho es una colega, ella tuvo sus inicios de</u>			
615	<u>trabajo de parto, asimismo, como quien dice, su médico de</u>			
616	<u>cabecera estuvo todo el tiempo con ella, hasta que el bebé</u>			
617	<u>nace deprimido, de inmediato lo bajan a neonato, de</u>			
618	<u>emergencia, y horas después el bebé fallece, supuestamente</u>			
619	<u>por una dificultad respiratoria, ¿pero qué pasa? en el</u>			
620	<u>momento del trabajo de parto, la paciente está recibiendo el</u>			
621	<u>medicamento Oxitocina que fomenta la dilatación de la</u>	Consideraciones	Muerte Neonatal	MNCML/IC2
622	<u>cavidad por donde pasará él bebé, de uno hasta llegar a</u>	Médico-Legales		Líneas 612-642
623	<u>diez centímetros, y eso produce dolor y ella se cerraba a</u>			
624	<u>todo eso, y al cerrarse se detenían las contracciones,</u>			
625	<u>entonces el avance que se lograba cada vez se reducía y se</u>			
626	<u>produjo una distocia. Una distocia es que el trabajo de</u>			
627	<u>parto no avanzó más. Sin embargo, ella logró expulsar al</u>			
628	<u>bebé, en condiciones de deprimido por haber estado en</u>			
629	<u>cuestiones de minutos sin una oxigenación adecuada. Ella</u>			
630	<u>denunció al médico, dijo que el médico no le había hecho</u>			
631	<u>su cesárea y ha llegado a tal punto que hoy, hace dos años,</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
632	<u>y el caso se mantiene abierto. Ella le echa la culpa cien por</u>			
633	<u>ciento es al médico, pero también fue error de ella, y quizás</u>			
634	<u>sí del médico, ellos lo menos que buscan es hacer una</u>			
635	<u>cesárea o una cirugía, y la practican al ver que no avanza el</u>			
636	<u>trabajo de parto. Pero ellos lo que buscan es que las</u>			
637	<u>mujeres paran a sus bebés normalitos. Pero qué pasa, hay</u>			
638	<u>mujeres que lo requieren y en ese caso, ella también</u>			
639	<u>involucró al equipo de enfermería, denunciando que no</u>			
640	<u>estuvieron pendiente de ella y algunas veces los pacientes</u>			
641	<u>que menos cooperan, son los del mismo gremio profesional</u>			
642	<u>de la salud.</u> <b>[Entrevistador:]</b> Son los que echan más vaina.			
643	<b>[Entrevistada:]</b> ¡Si así sucede! <b>[Entrevistador:]</b> ¿Pero			
644	<u>viene para acá la gente de la fiscalía? <b>[Entrevistada:]</b> ¡Si</u>			
645	<u>ellos vienen para acá, las historias se las llevan!</u>			
646	<b>[Entrevistador:]</b> ¿Sacan las historias del hospital?	Consideraciones	Muerte Neonatal	MNCML/IC2
647	<b>[Entrevistada:]</b> ¡No! Las historias clínicas de los pacientes	Médico-Legales		Líneas 643-651
648	<u>están bajo resguardo del Departamento de Historias</u>			
649	<u>Médicas, ellas no salen del hospital. Lo que se permiten es</u>			
650	<u>un juego de copias fotostáticas. Lllaman a interrogatorio al</u>			
651	<u>personal que estuvo de guardia ese día. Hay pacientes que</u>			
652	<u>también han fallecido, una vez que llegan y pasan al área</u>			
653	<u>de quirófano, le hacen su cesárea y han fallecido allí. La</u>			
654	<u>última paciente que falleció aquí, de diecinueve años,</u>			
655	<u>segunda gesta. Pero ella sí, cuando nosotros la atendimos,</u>			
656	<u>llegó con un semblante demasiado horrible, estaba</u>			
657	<u>amarilla, llegó mal, crítica, muy crítica. Vieron cómo se</u>			
658	<u>sentía, ella estaba embarazada, hicieron una ecografía para</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
659	ver qué órganos estaban comprometidos, se le practicó una			
660	cesárea y el óbito (bebé muerto), tenía unas horas ya			
661	fallecido, sin embargo estaba tan fétido que era algo			
662	horrible. A ella la trasladan a la Unidad de Cuidados			
663	Intensivos UCI, pero tendría pocos minutos de ingresada			
664	cuando fallece, de verdad yo no estuve en <u>la discusión de la</u>			
665	<u>muerte materna que es una instancia colegiada que se reúne</u>			
666	<u>antes de los ocho días posteriores al suceso, donde se</u>			
667	<u>analiza y discuten las posibles causas que originaron el</u>			
668	<u>deceso y desconozco cuales fueron las verdaderas causas.</u>			
669	<u>[Entrevistador:] ¿Quiénes asisten a ese Comité y qué se</u>			
670	<u>discute en el mismo? [Entrevistada:] Participan quien</u>			
671	<u>realiza la autopsia, directora del hospital, jefes de servicios</u>			
672	<u>involucrados, equipo médico especializado y de enfermería</u>	Consideraciones	Muerte Neonatal	MNCML/IC2
673	<u>que participó en la atención, epidemiología del hospital,</u>	Médico-Legales		Líneas 664-681
674	<u>ruta materna. Y se discute lo que ellos vieron y lo que</u>			
675	<u>consideran sea la causa del fallecimiento. Porque entonces</u>			
676	<u>si a mí como enfermera se me olvida anotar alguna</u>			
677	<u>patología que la paciente haya tenido como precedente</u>			
678	<u>durante su primer embarazo, debe plasmarse en esa</u>			
679	<u>segunda visita, sino recae responsabilidad sobre el</u>			
680	<u>encargado. Y cuando ello sucede es que salen a relucir</u>			
681	<u>todas esas patologías que explican el</u>			
682	<u>hecho.[Entrevistador:] ¿Y usted sabe si en algún</u>			
683	<u>momento de esos, ha existido responsabilidad penal sobre</u>			
684	<u>alguno de los involucrados por negligencia o simplemente</u>			
685	<u>se queda solo en averiguaciones? [Entrevistada:] ¡No!</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
686	<b>[Entrevistador:]</b> Dicho de otra manera. ¿Han metido preso			
687	a alguien médico o enfermera? <b>[Entrevistada:]</b> ¡No! Hasta			
688	el momento solo ha quedado en averiguaciones. <a href="#">Hace ya</a>			
689	<a href="#">más de un año una paciente llegó, la pasamos al área de</a>			
690	<a href="#">quirófano normal, hasta hablando con ella recuerdo yo,</a>			
691	<a href="#">cuando sacan al bebé, la enfermera dice que la paciente se</a>			
692	<a href="#">está llenando de pepitas y nos entregan el bebé para recibir</a>			
693	<a href="#">sus primeros cuidados, luego viene la enfermera de</a>			
694	<a href="#">quirófano y anuncia que la paciente murió, es algo</a>			
695	<a href="#">impresionante, inesperado, porque ella entró normal</a>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCCP/IC2</b>
696	<a href="#">aparentemente a quirófano. Cuando le hacen la autopsia la</a>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 688-703</b>
697	<a href="#">paciente tenía una patología del hígado y sus pulmones que</a>			
698	<a href="#">mostró a través de fotos estaban todo horrible, feos y muy</a>			
699	<a href="#">deteriorados entonces se nos explicó que esa es una</a>			
700	<a href="#">consecuencia de la no utilización del ácido fólico durante el</a>			
701	<a href="#">embarazo. Por eso yo le explicaba en su momento que</a>			
702	<a href="#">todas estas patologías pueden ser detectadas con un buen</a>			
703	<a href="#">control desde su casa, desde que inicia el embarazo.</a>			
704	<b>[Entrevistador:]</b> Del Control Prenatal. <b>[Entrevistada:]</b>			
705	¡Claro! Porque allí a través de cualquier examen se puede			
706	determinar cualquier patología que se pueda estar iniciando			
707	y tomar correctivos. ¿Cuando llegan aquí, ya para qué?			
708	<b>[Entrevistador:]</b> Sabes que cuando nosotros iniciamos la			
709	investigación no tomamos la previsión de la sepsis			
710	ambiental y la otra informante clave lo posicionó. Porque			
711	puede darse el caso que un niño, limpiecito, incólume, se le			
712	entregue a su madre para que ella lo tenga en sus brazos y			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
713	ella no esté bien aseada, en ese momento, ese niño puede			
714	contagiarse de una sepsis ambiental. ¿Qué nos puede decir			
715	usted con respecto a esto, no tanto del hospital, sabemos			
716	que está bien cuidado, pero en cuanto a la madre?			
717	<b>[Entrevistada:]</b> <u>También esa es una de las causas que</u>			
718	<u>participan en la mortalidad neonatal. El año pasado sacaron</u>			
719	<u>a todo el personal de allí, e hicieron una limpieza profunda</u>			
720	<u>a todo el ambiente de neonato, algo así como una</u>			
721	<u>descontaminación, porque ellos decían que había una</u>			
722	<u>bacteria, algunas veces a los bebés se le practicaba una</u>			
723	<u>punción lumbar y salía contaminado con una bacteria,</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC2</b>
724	<u>entonces se hablaba que era el área, porque una madre</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 717-733</b>
725	<u>puede andar limpiecita y ella toma a su bebé en sus brazos,</u>			
726	<u>pero es el área la que está contaminada. Porque yo puedo</u>			
727	<u>tener esto aquí limpio, pero tú haces un estudio y el</u>			
728	<u>resultado es que pueden existir bacterias. A los bebés por el</u>			
730	<u>cordón umbilical que es cortado, es una zona por donde se</u>			
731	<u>introducen las bacterias. Asimismo, por el pañal ellos</u>			
732	<u>cuando defecan se llenan todos y puede ser origen de una</u>			
733	<u>sepsis neonatal.</u> <b>[Entrevistador:]</b> ¿Y es complejo el			
734	material de limpieza que se utiliza en esta área?			
735	<b>[Entrevistada:]</b> ¡Bueno sí! De hecho, <u>nosotros tenemos</u>			
736	<u>que estar pidiendo colaboraciones para comprar el cloro,</u>			
737	<u>¡Quirófano sí! A quirófano constantemente se está</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC2</b>
738	<u>desinfectando con cloro y vinagre. A sala de parto no.</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 735-744</b>
739	<u>Ellos, los administradores, dicen que no es necesario, es</u>			
740	<u>muy raro cuando a nosotros nos abastecen de Gerdex,</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
741	<u>que es el principal desinfectante. Nosotros consideramos</u>			
742	<u>que sí es importante mantener esta área descontaminada</u>			
743	<u>porque constantemente estamos llevando pacientes a</u>			
744	<u>quirófano. [Entrevistador:] Ya para finalizar, también la</u>			
745	otra informante nos hablaba del trato entre el personal y los			
746	pacientes, porque la enfermera también tiene un rol			
747	educativo. No es lo mismo decirle a una madre con buenas			
748	palabras, los cuidados que debe tener con su hijo.			
749	Asimismo, censurar a las madres con mensajes			
750	como:“Cuando estabas haciendo el muchacho allí, si no te			
751	molestaba”. ¿Cómo es el trato entre el personal y, con los			
752	pacientes desde tu vivencia? [Entrevistada:] De verdad, si			
753	hay médicos que utilizan ese tipo de maltrato con las			
754	pacientes. Yo también estoy sacando una maestría y estoy			
755	haciendo una maestría de salud y desarrollo un trabajo			
756	sobre las muertes maternas. <u>Acá en sala de parto nos dejan</u>			
757	<u>a las pacientes que los especialistas consideran dejar bajo</u>			
758	<u>observación, por presentar una hipertensión o de repente</u>			
759	<u>salen de quirófano y falta conocer cómo evoluciona algo y</u>			
760	<u>entonces nos la dejan acá en sala de parto, y es un sitio</u>	Prácticas	Condicionantes	CCPC/IC2
761	<u>donde ellas no tiene la tranquilidad necesaria. Si usted tiene</u>	Clínicas	Clínicas	Líneas 756-767
762	<u>al frente una paciente que está en trabajo de parto y se</u>			
763	<u>mueve de aquí para allá, yo lo que quiero es que esa</u>			
764	<u>paciente salga rápido de ese trance, porque me trasmite</u>			
765	<u>toda su angustia y dolor que ella está atravesando. Hay</u>			
766	<u>pacientes bajo observación que aconsejan a las que están en</u>			
767	<u>trabajo de parto, cuando ella debería es estar tranquila. Esta</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
768	área no es para eso. <a href="#">Aquí había una médico que utilizaba</a>			
769	<a href="#">ese tipo de maltrato con sus pacientes. Y yo les decía a las</a>			
770	<a href="#">enfermeras que ellas no están aquí solo para cumplir</a>			
771	<a href="#">órdenes, sino que son parte del equipo junto con los</a>			
772	<a href="#">médicos, pero si yo veo que ese medicamento no está</a>			
773	<a href="#">cumpliendo con lo que se espera de él, mi derecho de</a>			
774	<a href="#">decirlo al médico. En ese sentido, no es llamarle la</a>	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>Componente Humano</b>	<b>CHTI/IC2 Líneas 768-784</b>
775	<a href="#">atención delante de la gente, pero si decirle cuando está</a>			
776	<a href="#">agrediendo verbalmente y violentando los derechos a ella,</a>			
777	<a href="#">cuando en tono insultante grita a esa paciente y dice:</a>			
778	<a href="#">“Mira, abre esas piernas, como cuando lo estabas</a>			
779	<a href="#">haciendo”. Aunque es la forma correcta para que nazca el</a>			
780	<a href="#">bebé, no es la forma. Yo siempre les digo a las muchachas</a>			
781	<a href="#">(otras enfermeras), que cuando ello ocurra, llamen la</a>			
782	<a href="#">atención al médico, porque cuando se está cometiendo un</a>			
783	<a href="#">error, y si yo no digo nada, estoy siendo cómplice del</a>			
784	<a href="#">mismo. Cuando un bebé nace les digo que le expliquen a</a>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC2 Líneas 784-789</b>
785	<a href="#">esa madre como es que debe amamantar a su bebé en qué</a>			
786	<a href="#">posición lo vas a colocar. Si se hace, de verdad que si se</a>			
787	<a href="#">hace pero es como todo, hay algunas enfermeras que si</a>			
788	<a href="#">tienen el interés de enseñar, de decirles a las madres y otras</a>			
789	<a href="#">que no, como en todos los servicios del</a>			
790	<a href="#">hospital.[Entrevistador:] ¿Y eso influye en la labor de</a>			
791	parto? [Entrevistada:] ¡Sí! Porque ellas están con un dolor			
792	y tu deberías ponerte en su lugar, claro un hombre jamás			
793	podrá conocer cuan fuerte es el dolor de parto porque ellos			
794	no paren.			

Fuente: Meléndez, Mujica (2023)

12/12

**Tabla 23.***Categorías y subcategorías emergidas de la narrativa del Informante Clave Dos (IC2)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC2</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>CHAM/IC2</b>
	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC2</b>
	<b>Complicación Materna</b>	<b>CCCM/IC2</b>
<b>CONDICIONANTES CLÍNICAS</b>	<b>Control Prenatal</b>	<b>CCCP/IC2</b>
	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>CCPC/IC2</b>
	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>CCMI/IC2</b>
	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC2</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Consideraciones Médico-Legales</b>	<b>MNCML/IC2</b>
	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>MNSI/IC2</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 24.***Narratividad de Informante Clave Tres (IC3)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
795	[Entrevistador:] Ahora bien con ese año de experiencia en			
796	el servicio 1. - ¿Que sientes tú cuando a una madre se le			
797	muere el muchachito recién nacido en la sala de neonatos?			
798	[Entrevistado:] Bueno, ¡Claro! Eso, yo, en el caso que			
799	tengo hijos, uno entiende y se llegaría a preguntar ¿qué			
800	pasaría si a uno le pasa algo similar? Uno se coloca en el			
801	caso de ella, pero en vista que existen ciertas situaciones,			
802	no se puede canalizar o solucionar en forma			
803	definitiva.[Entrevistador:]¿Cómo cuales situaciones?			
804	[Entrevistado:] <u>Bueno, hay como algunas veces no</u>			
805	<u>contamos con los implementos necesarios, y cuando los</u>			
806	<u>solicitamos a los familiares, son de bajos recursos y no</u>			
807	<u>cuentan con el dinero para comprarlos, y al final cuando se</u>			
808	<u>solicita a la institución y tampoco existe, se autoriza para</u>	Medicamentos,	Condicionantes	CCMII/IC3
809	<u>solicitarlo a los familiares y se espera por ellos, y si se no</u>	Insumos e	Clínicas	Líneas 804-813
810	<u>cuenta con los recursos, no se puede hacer nada. Muchas</u>	Instrumentales		
811	<u>veces si los familiares lo compran y el paciente evoluciona</u>			
812	<u>de forma favorable y se egresa, como otras veces la clínica</u>			
813	<u>va empeorando y el paciente fallece. - [Entrevistador:]2.</u>			
814	¿Qué consideras tú? ¿Por qué se mueren los muchachitos			
815	recién nacidos en la sala de neonatos? [Entrevistado:]			
816	¡Mira! <u>Ese factor depende primero desde el proceso de</u>			
817	<u>embarazo de la madre, porque primero se tienen que buscar</u>	Control	Condicionantes	CCCP/IC3
818	<u>los hallazgos o antecedentes, porque una infección urinaria</u>	Prenatal	Clínicas	Líneas 816-822
819	<u>puede ser una antecedente que puede traer muchas</u>			

1/10

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
820	<u>complicaciones, una vaginosis, un embarazo mal de</u>			
821	<u>maduración pulmonar, los controles requeridos ¿me</u>			
822	<u>entiendes? Son muchos los factores que nos lleva a eso</u>			
823	<u>.Entonces, al momento del nacimiento, el recién nacido</u>			
824	<u>viene con complicaciones, por lo cual son ingresados al</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3 Líneas 823-827</b>
825	<u>servicio de reten de Neonatología y se le piden los</u>			
826	<u>exámenes complementarios, se le hace todo pero ya la</u>			
827	<u>evolución depende del recién nacido. - [Entrevistador:]</u>			
828	<u>¿Y en cuánto a lo que se les solicita a las madres, cómo es</u>			
829	<u>el aporte? [Entrevistado:]Por lo menos después que nace</u>			
830	<u>el recién nacido, o sea como investigar el antecedente de</u>			
831	<u>las madres mediante la historia de sala de partos, ve todos</u>			
832	<u>los antecedentes, de igual manera uno se dirige hacia las</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3 Líneas 829-839</b>
833	<u>madres y se les explica el por qué se está dejando al recién</u>			
834	<u>nacido a Neonatología, en dependencia de la situación que</u>			
835	<u>él esté presentando en ese momento, y si le falta algún</u>			
836	<u>examen, o si se va a referir hacia algún otro lado, sino tiene</u>			
837	<u>HIV o VDRL, y si no los tiene debe realizárselos, porque</u>			
838	<u>no sabemos si el paciente tiene algunas de esas</u>			
839	<u>complicaciones. [Entrevistador:]¿Y es muy frecuente esa</u>			
840	<u>falta de exámenes o de otros detalles necesarios?</u>			
841	<u>[Entrevistado:]No es tan frecuente la ausencia de los</u>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3 Líneas 841-852</b>
842	<u>exámenes, sino más que todo la falta de control del</u>			
843	<u>embarazo, porque actualmente es algo que no se puede</u>			
844	<u>negar, las embarazadas no se están controlando los</u>			
845	<u>embarazos de manera completa, las embarazadas no se</u>			
846	<u>están tomando los multivitamínicos que debieran tomar</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
847	<a href="#">durante el embarazo, no se están colocando su esquema de</a>			
848	<a href="#">vacunación, muchas cuando llegan a sala de neonato y le</a>			
849	<a href="#">preguntamos si se colocaron inductores pulmonares que</a>			
850	<a href="#">ayudan al recién nacido, aceptan que no se los colocaron, o</a>			
851	<a href="#">sea, son muchos los factores que están desencadenando</a>			
852	<a href="#">desde el embarazo. [Entrevistador:]¿Y esos apoyos dónde</a>			
853	<a href="#">deben recibirlos las madres? [Entrevistado:] Esos apoyos</a>			
854	<a href="#">deben recibirlos en control prenatal desde los Consultorios</a>			
855	<a href="#">Populares de Barrio Adentro, los exámenes algunos se</a>			
856	<a href="#">hacen en la red ambulatoria y el esquema de vacunación,</a>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCPC/IC3</b>
857	<a href="#">también en el hospital. Los inductores de maduración</a>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 853-861</b>
858	<a href="#">pulmonares se los pueden colocar en las Casas de Abrigo.</a>			
859	<a href="#">O sea las ayudas siempre están, ahora lo que pasa es que</a>			
860	<a href="#">muchas veces las madres no se hacen el control del</a>			
861	<a href="#">embarazo. [Entrevistador:] ¿Qué son inductores de</a>			
862	<a href="#">maduración pulmonar? [Entrevistado:]Los inductores de</a>			
863	<a href="#">maduración pulmonar deben colocarse durante las</a>			
864	<a href="#">veintiocho o treinta y cuatro semanas de gestación, porque</a>			
865	<a href="#">ellos van a ayudar a que los pulmones puedan formarse de</a>			
866	<a href="#">una manera más satisfactoria, por eso es que muchos niños</a>	<b>Prácticas</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCPC/IC3</b>
867	<a href="#">en Neonatología, nacen con dificultad respiratoria, no</a>	<b>Clínicas</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 862-875</b>
868	<a href="#">lloran, ni respiran al nacer, es en vista que sus pulmones no</a>			
869	<a href="#">están completamente desarrollados, por eso es que uno</a>			
870	<a href="#">tiene que reanimar, o a veces que llegan con dificultad</a>			
871	<a href="#">respiratoria y automáticamente deben ser referidos a</a>			
872	<a href="#">Neonatología y brindarles todos los servicios, hay que</a>			
873	<a href="#">colocar oxígeno, solicitar todos los exámenes de</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
874	<a href="#">laboratorio y ahí se va viendo la evolución del recién</a>			
875	<a href="#">nacido. [Entrevistador:] ¿Cómo es la frecuencia de esos</a>			
876	<a href="#">casos en Neonatología? [Entrevistado:] Son los casos que</a>			
877	<a href="#">recibimos con mayor frecuencia, muchas veces el paciente</a>			
878	<a href="#">dura mucho tiempo en el canal de parto y ahí pierde el</a>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3 Líneas 876-883</b>
879	<a href="#">oxígeno que le aporta la madre, es decir, él ya está</a>			
880	<a href="#">espirando por sí solo, en ese sentido, necesitan</a>			
881	<a href="#">estimulación táctil y reanimarlos. Otros ya vienen con la</a>			
882	<a href="#">dificultad respiratoria y deben ser referidos a Neonatología</a>			
883	<a href="#">para su recuperación. [Entrevistador:]3. ¿Qué crees tú,</a>			
884	<a href="#">está dejando de hacer el Sistema Público Nacional de Salud</a>			
885	<a href="#">para que estos muchachitos mueran allí en donde están</a>			
886	<a href="#">retenidos, en la sala de neonatos? [Entrevistado:] Falta de</a>			
887	<a href="#">recursos, porque muchas veces no contamos con los</a>			
888	<a href="#">recursos suficientes y nos encontramos atados de manos,</a>			
889	<a href="#">les pedimos a los familiares y les explicamos y nunca se le</a>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC3 Líneas 886-893</b>
890	<a href="#">debe negar la situación clara y precisa de lo que presenta el</a>			
891	<a href="#">recién nacido, se le dice que está en delicadas condiciones</a>			
892	<a href="#">generales, se le solicita lo que no se tiene en el servicio, se</a>			
893	<a href="#">le hace por escrito para que ellos lo puedan</a>			
894	<a href="#">canalizar.[Entrevistador:] ¿Y cómo es la respuesta de los</a>			
895	<a href="#">familiares? [Entrevistado:]Bueno algunas veces son</a>			
896	<a href="#">tristes, pero nosotros les decimos que tiene que comprar</a>			
897	<a href="#">esto y hacer los exámenes de laboratorio para poder seguir</a>			
898	<a href="#">con el proceso. [Entrevistador:]- 4. ¿Qué están dejando de</a>			
899	<a href="#">hacer las madres para que no mueran los muchachitos</a>			
900	<a href="#">recién nacidos en la sala neonatal? [Entrevistado:] Si las</a>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
901	<u>madres tuvieran un buen control del embarazo, si se</u>			
902	<u>hicieran sus ecografías mensualmente, se colocaran sus</u>			
903	<u>vacunas, tomaran sus multivitamínicos, se colocaran los</u>			
904	<u>inductores de maduración pulmonar y cumplieran con un</u>	<b>Control</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCPC/IC3</b>
905	<u>esquema nutricional de forma adecuada, no hubiera este</u>	<b>Prenatal</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 900-911</b>
906	<u>tipo de consecuencia. En caso que la paciente la madre</u>			
907	<u>tuviera una patología de base, puede ser hipertensa,</u>			
908	<u>diabética, epiléptica, ella toma control de su tratamiento</u>			
909	<u>durante el embarazo, para que no tuviera ningún tipo de</u>			
910	<u>complicación, que también se puede presentar durante el</u>			
911	<u>parto. [Entrevistador:] ¿Según tu experiencia en el</u>			
912	<u>servicio, cómo es la frecuencia de parturientas sin control</u>			
913	<u>prenatal? [Entrevistado:] <u>Es lo más frecuente: embarazos</u></u>	<b>Causas de la</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC3</b>
914	<u>no controlados, infecciones urinarias y vaginosis, es lo que</u>	<b>Muerte</b>		<b>Líneas 913-915</b>
915	<u>con mayor frecuencia se presenta. [Entrevistador:] ¿Y en</u>			
916	<u>número de cada diez (10), cuantas llegan con embarazos no</u>			
917	<u>controlados? [Entrevistado:] Seis de cada diez!</u>			
918	<u>[Entrevistador:]5. ¿Cómo vive el duelo cuando se muere</u>			
919	<u>el recién nacido en la sala de neonatos? [Entrevistado:]</u>			
920	<u>Mal, muy mal! Muchas veces los recién nacidos duran</u>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente</b>	<b>CHS/IC3</b>
921	<u>muchos días y uno está luchando y batallando con ellos, y</u>		<b>Humano</b>	<b>Líneas 920-924</b>
922	<u>llega un momento en que el recién nacido no puede más, y</u>			
923	<u>fallece y es algo triste porque evidentemente uno ha estado</u>			
924	<u>luchando y estamos pendiente de su evolución cada día.</u>			
935	<u>[Entrevistador:] ¿Y las madres cómo reaccionan?</u>			
926	<u>[Entrevistado:] <u>Las madres se ponen tristes, lloran, pero</u></u>			
927	<u>como las mantenemos informadas, si el paciente se agrava,</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
928	<u>automáticamente nosotros tenemos que salir y explicar al</u>	<b>Sentimientos</b>	<b>Componente Humano</b>	<b>CHS/IC3</b> <b>Líneas 926-930</b>
929	<u>familiar la situación para que esté al tanto de lo que está</u>			
930	<u>sucedendo. [Entrevistador:] 6. ¿Qué se le dice a una</u>			
931	madre que termina de perder a su hijo recién nacido que			
932	acaba de morir? [Entrevistado:] <u>Es algo controversial,</u>	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3</b> <b>Líneas 932-937</b>
933	<u>duro, pero uno le explica las condiciones en que se</u>			
934	<u>encontraba el paciente, que se realizó reanimación</u>			
935	<u>avanzada, que se le practicó durante cuarenta minutos que</u>			
936	<u>es lo permitido y explicado toda las situaciones de las</u>			
937	<u>condiciones en que se encontraba el paciente, falleció. –</u>			
938	[Entrevistador:] 7. Asimismo, si fueras el gerente del			
939	hospital ¿Qué harías tú para disminuir la incidencia de la			
940	mortalidad neonatal en Cojedes? [Entrevistado:] <u>En el</u>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC3</b> <b>Líneas 940-946</b>
941	<u>caso de San Carlos, que es donde laboro, estar más</u>			
942	<u>pendiente y que llegue el suministro necesario y tener una</u>			
943	<u>contabilidad de lo que se administra en el servicio de</u>			
944	<u>Neonatología, de lo que aporten, y así llevar un control,</u>			
945	<u>porque a veces llega un lote y tiende a desaparecer y no se</u>			
946	<u>sabe la causa. [Entrevistador:] ¿Solamente eso?</u>			
947	[Entrevistado:] También tener mayor control, que sea un			
948	servicio más organizado. [Entrevistador:] Otro de los			
949	informantes clave nos comentó la actitud de la madre frente			
950	al embarazo no deseado, y durante el parto no quería parir,			
951	su actitud frente al muchachito que lleva en su vientre,			
952	queremos preguntarte: ¿Qué tanto puede influir frente a la			
953	mortalidad neonatal? ¿A criterio suyo esto tiene algún tipo			
954	de influencia en la mortalidad neonatal?			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
955	[Entrevistado:] <u>Eso va a depender del cuidado de la</u>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCCP/IC3</b> <b>Líneas 955-962</b>
956	<u>madre, como sabemos, la situación hoy en día las</u>			
957	<u>embarazadas no se están cuidando, no se están controlando</u>			
958	<u>el embarazo, no se están tomando los medicamentos</u>			
959	<u>correctamente, y eso progresivamente va a ir afectando al</u>			
960	<u>niño. Hoy en día vemos partos de treinta y cinco semanas o</u>	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>Componente Humano</b>	<b>CHAM/IC3</b> <b>Líneas 962-965</b>
961	<u>menos, y podemos inferir que es por el mal cuidado que</u>			
962	<u>ellas han tenido durante el embarazo. Claro, la actitud de la</u>			
963	<u>madre si va a influir en el desenlace de su embarazo,</u>			
964	<u>porque si es una madre que no se cuida que no está</u>			
965	<u>pendiente de su embarazo le va a afectar de ciertas formas.</u>	<b>Control Prenatal</b>	<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>CCCP/IC3</b> <b>Líneas 968-977</b>
966	[Entrevistador:] ¿Desde tu experiencia que nos pudieras			
967	contar durante el parto que pudiera afectar la salud del			
968	muchachito? [Entrevistado:] Bueno, durante el parto			
969	<u>pudieran afectar las infecciones urinarias o vaginosis que</u>			
970	<u>pueden generar una consecuencia muy grave al recién</u>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC3</b> <b>Líneas 977-979</b>
971	<u>nacido, porque pueden ocasionar una sepsis neonatal, el</u>			
972	<u>niño puede tener dificultad para la visión a futuro por el</u>			
973	<u>mal cuidado de la madre. También puede ser por la</u>			
974	<u>alimentación de la madre y como consecuencia, los niños</u>			
975	<u>nacen con baja talla y peso que trae como consecuencia</u>	Vamos a hablar de las consideraciones médico-legales de esas muertes neonatales. ¿Qué sabes tú, has pasado por		
976	<u>niños malnutridos y también por no colocarse el</u>			
977	<u>tratamiento de inductores pulmonares y los retrasos en el</u>			
978	<u>trabajo de parto que al final se dejan pasar y tenemos</u>			
979	<u>muchas muertes por asfixia perinatal. [Entrevistador:]</u>			
980				
981				

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
982	alguno de esos casos, te han entrevistado en fiscalía o sabes			
983	de algún caso de médico o enfermeras que se hayan visto			
984	relacionadas legalmente en esos casos? <b>[Entrevistado:]</b> No			
985	he vivido alguna experiencia de ese tipo, pero sí conozco			
986	de compañeros que la han vivido. Pero todo depende de las			
987	consecuencias y situaciones que la originan. <u>Si ocurre en</u>			
988	<u>sala de parto, a nosotros en Neonatología no nos compete.</u>			
989	<u>Si fuese en Neonatología, nosotros rendiríamos las</u>			
990	<u>explicaciones al ente gubernamental porque muchas veces</u>			
991	<u>muchas muertes dependen de la institución, no solo de</u>			
992	<u>nosotros porque algunas veces la institución no cuenta con</u>			
993	<u>los recursos, y los familiares nos echan la culpa en el</u>	Consideraciones	Muerte Neonatal	MNCM/IC3
994	<u>momento que están pasando su dolor, pero no se ponen a</u>	Médico-Legales		Líneas 987-998
995	<u>ver la otra parte, porque de repente nosotros podemos hacer</u>			
996	<u>muchas cosas pero sin los recursos, que es lo que está</u>			
997	<u>pasando ahorita, en la actualidad, porque sin recursos no</u>			
998	<u>podemos hacer mucho.</u> <b>[Entrevistador:]</b> ¿Y el tema de la			
999	sepsis ambiental que nosotros no lo habíamos considerado			
1000	en ese momento, también influye en la mortalidad			
1001	neonatal? <b>[Entrevistado:]</b> <u>Claro, eso también influye,</u>			
1002	<u>porque supongamos, tiene la asfixia, hay que hacer una</u>			
1003	<u>serie de exámenes de laboratorio y se puede comprobar si</u>			
1004	<u>pudo ser por la sepsis ambiental, porque desde el primer</u>	Causas de la	Muerte Neonatal	MNCM/IC3
1005	<u>trimestre del embarazo, si la madre no se controla a tiempo,</u>	Muerte		Líneas 1001-1009
1006	<u>el niño puede nacer con una sepsis que es lo que nosotros</u>			
1007	<u>corroboramos durante las primeras veinticuatro horas</u>			
1008	<u>después del nacimiento, mediante los exámenes de</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1009	<u>Laboratorio.</u> [Entrevistador:] ¿Entonces el tema del			
1010	control prenatal de la sepsis en la casa, pero en el hospital			
1011	están cubiertas todas esas medidas de sepsis			
1012	correspondientes? [Entrevistado:] <u>En el caso del hospital</u>			
1013	<u>hay bacterias y el niño nace en sala de parto, donde hay</u>			
1014	<u>bacterias y en todo el recorrido que nosotros hacemos</u>			
1015	<u>estamos, en contacto con las bacterias. Recuerda que en el</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC3</b>
1016	<u>hospital existen muchas bacterias, una es llamada</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 1012-1021</b>
1017	<u>pseudomona vaginosis, que es muy propia del hospital,</u>			
1018	<u>entonces como la agarran aquí en el hospital. Igualmente,</u>			
1019	<u>también como le dije, el buen lavado de las incubadoras,</u>			
1020	<u>instrumentales y todos los equipos que se utilizan con los</u>			
1021	<u>bebés recluidos en Neonatología.</u> [Entrevistador:] ¿Y hay			
1022	los productos de limpieza aquí en el hospital para			
1023	realizarlo? [Entrevistado:] <u>No! No lo hay. Nosotros los</u>	<b>Medicamentos,</b>	<b>Condicionantes</b>	<b>CCMII/IC3</b>
1024	<u>residentes y el personal de enfermería y familiares de los</u>	<b>Insumos e</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Líneas 1023-1026</b>
1025	<u>pacientes, contribuimos económicamente para comprar</u>	<b>Instrumentales</b>		
1026	<u>algunos productos de limpieza.</u> [Entrevistador:] ¿Y Cuál			
1027	es el material básico para mantener adecuadamente el			
1028	servicio? [Entrevistado:] <u>El Gerdex, y si por lo menos hay</u>			
1029	<u>una muerte neonatal, esa incubadora debe ser limpiada y</u>			
1030	<u>totalmente esterilizada, y mantenerse fuera de servicio por</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC3</b>
1031	<u>lo menos cuarenta y ocho horas, y ese protocolo no se</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 1028-1034</b>
1032	<u>cumple acá en el hospital por la necesidad de equipos,</u>			
1033	<u>como tenemos poca capacidad del recurso incubadora, se</u>			
1034	<u>utiliza prontamente.</u> [Entrevistador:] ¿Qué otros			
1035	productos se utilizan para la desinfección de los equipos?			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1036	[Entrevistado:] <u>Alcohol, agua. El Cloro no está</u>	<b>Sepsis</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNSI/IC3</b>
1037	<u>recomendado para ser utilizado por las consecuencias que</u>	<b>Intrahospitalaria</b>		<b>Líneas 1036-1038</b>
1038	<u>acarrea en bebés. [Entrevistador:] ¿Y cómo es el trato</u>			
1039	<u>entre el personal, durante y después del parto, con las</u>			
1040	<u>pacientes y entre los familiares de los pacientes, eso</u>			
1041	<u>influiría en la mortalidad neonatal?[Entrevistado:]<b>No, esa</b></u>			
1042	<u>parte no debería influir en la mortalidad neonatal porque</u>			
1043	<u>para la situación de embarazos mal controlados, existe la</u>			
1044	<u>salud pública y privada, pero si no se controlan, de allí es</u>			
1045	<u>donde vienen las causas y su posterior consecuencia.</u>			
1046	[Entrevistador:] <u>¿Y el trato entre parejas, podrá influir en</u>	<b>Trato</b>	<b>Componente</b>	<b>CHTI/IC3</b>
1047	<u>la mortalidad neonatal? [Entrevistado:] Sin embargo, si</u>	<b>Interpersonal</b>	<b>Humano</b>	<b>Líneas 1041-1053</b>
1048	<u>pudiera influir después que el bebé naciera. A mí me tocó</u>			
1049	<u>vivir un caso donde la madre no quería ni ver a su bebé</u>			
1050	<u>recién nacido, porque se había separado de su pareja, y ella</u>			
1051	<u>no quería ver al niño. Entonces la Comisión Estatal de los</u>			
1052	<u>Derechos de los Niños y Adolescentes CEDNA, tomó</u>			
1053	<u>cartas en el asunto y le quitó al niño y lo dio en adopción.</u>			

Fuente: Meléndez, Mujica (2023).

10/10

**Tabla 25.**

*Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Tres (IC3)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC3</b>
	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>CHAM/IC3</b>
	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC3</b>
<b>CONDICIONANTES CLÍNICAS</b>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>CCMII/IC3</b>
	<b>Control Prenatal</b>	<b>CCCP/IC3</b>
	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>CCPC/IC3</b>
	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC3</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Consideraciones Médico-Legales</b>	<b>MNCML/IC3</b>
	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>MNSI/IC3</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

### **Triangulación de los Datos Cualitativos**

El término “triangulación” proviene de la topografía y la navegación. Según Forni y De Grande (2020: 2), “es la operación por la cual se determina la posición de un objeto por entrecruzamiento de las líneas rectas trazadas desde diferentes puntos”. Igualmente, “en investigación social, triangular significa combinar distintas fuentes de datos, investigadores, teorías o métodos en el estudio de un fenómeno”. Por su parte, Okuda y Gómez (2005: 2), manifiestan que “la triangulación comprende varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, y varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos)”. También [...] “las debilidades de cada estrategia no se superponen con las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman” (Okuda y Gómez: ob. cit.: *Ibidem*). “La triangulación es una herramienta enriquecedora que le confiere a un estudio rigor, profundidad, complejidad y permite dar consistencia a los hallazgos”. Flick (2004), citado por Stasiejko *et al*, (2009: 6), señala que:

*La ‘triangulación’ de perspectivas aumenta la atención hacia el fenómeno en estudio. Puede significar la combinación de varios métodos cualitativos, pero también la combinación de métodos cuali y cuantitativos. Así, las distintas perspectivas metodológicas se complementan mutuamente en el estudio de un problema, concibiéndose esto como la compensación complementaria de los puntos débiles y ciegos de cada método individual.*

De igual forma, siguiendo a Arias (2000: 3), “la triangulación puede hacerse en el diseño o en la recolección de datos. Existen dos tipos: la triangulación dentro de métodos y entre métodos” [...] “Es la recolección de dos o más datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable”. Asimismo, en las ciencias sociales la triangulación se ha extendido como un concepto que permite dar mayor fiabilidad a los resultados finales. Sobre éstas mismas líneas, Cisterna (2005), citado por Charres *et al* (2018: 2), manifiestan que “cuanto mayor sea la variedad de las metodologías, datos empleados en el análisis específico, mayor será la fiabilidad de los resultados”. En el caso en particular, para darle fiabilidad a los datos, el autor ha decidido realizar una triangulación al discurso de los informantes, que es lo que se va a presentar en las páginas siguientes.

**Tabla 26.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Componente Humano»*

<b>Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH) Color: VERDE.</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC1</b>	<b>IC2</b>	<b>IC3</b>
<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC1</b> Líneas 20-36 Líneas 52-71 Líneas 79-84 Líneas 345-362	<b>CHS/IC2</b> Líneas 474-481 Líneas 552-559	<b>CHS/IC3</b> Líneas 920-924 Líneas 926-930
<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC1</b> Líneas 219-223 Líneas 364-381 Líneas 400-404	<b>CHTI/IC2</b> Líneas 768-784	<b>CHTI/IC3</b> Líneas 1041-1053
<b>Actitud de la Madre</b>		<b>CHAM/IC2</b> Líneas 524-538	<b>CHAM/IC3</b> Líneas 962-965

### **Triangulación**

La tabla revela que las subcategorías «Sentimientos» y «Trato Interpersonal», son concurrentes en los discursos de los tres informantes clave seleccionados, para dar respuesta al propósito número de dos de nuestro estudio. En consecuencia, las mismas pasarán a la siguiente fase del proceso hermenéutico, en la interpretación de la categoría «COMPONENTE HUMANO». Ahora bien, también se distingue que la subcategoría «Actitud de la Madre», sólo fue manifiesta en el *verbatim* de los informantes dos y tres, aun así, ella subsiste para la siguiente etapa en donde se procederá al análisis interpretativo de los datos aportados por el equipo de salud especializado intrahospitalario.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 27.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Condicionantes Clínicas»*

<b>Categoría y Código de Análisis: CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC) Color: AZUL</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC1</b>	<b>IC2</b>	<b>IC3</b>
<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>CCMII/IC1</b>	<b>CCMII/IC2</b>	<b>CCMII/IC3</b>
	Líneas 165-184	Líneas 577-603	Líneas 804-813
	Líneas 196-207		Líneas 1023-1026
	Líneas 223-229		
	Líneas 245-250		
	Líneas 274-290		
	Líneas 423-427		
<b>Control Prenatal</b>	<b>CCCP/IC1</b>	<b>CCCP/IC2</b>	<b>CCCP/IC3</b>
	Líneas 110-125	Líneas 508-522	Líneas 816-822
	Líneas 284-295	Líneas 561-567	Líneas 841-852
	Líneas 407-416	Líneas 688-703	Líneas 853-861
<b>Prácticas Clínicas</b>	Líneas 446-462		Líneas 900-911
			Líneas 955-962
			Líneas 968-977
	<b>CCPC/IC1</b>	<b>CCPC/IC2</b>	<b>CCPC/IC3</b>
	Líneas 39-49	Líneas 540-549	Líneas 823-827
	Líneas 72-77	Líneas 756-767	Líneas 829-839
	Líneas 86-94	Líneas 784-789	Líneas 862-875
	Líneas 99-107		Líneas 876-883
	Líneas 142-151		Líneas 932-937
	Líneas 251-255		
Líneas 260-273			
Líneas 388-397			
Líneas 430-437			
Líneas 442-446			
<b>Examen de Laboratorio</b>	<b>CCEL/IC1</b>		
	Líneas 310-337		
<b>Atención Primaria en Salud Complicación Materna</b>	<b>CCAPS/IC1</b>		
	Líneas 459-468		
		<b>CCCM/IC2</b>	
		Líneas 481-490	

---

## Triangulación

---

La tabla revela que las subcategorías «Medicamentos, Insumos e Instrumentales», «Control Prenatal» y «Prácticas Clínicas», son concurrentes en los discursos de los tres informantes clave seleccionados, para dar respuesta al propósito número dos de nuestro estudio. No siendo igual en las subcategorías «Exámenes de Laboratorio», «Atención Primaria en Salud» y «Complicación Materna», porque solamente emergió en el discurso de un informante. En consecuencia, las tres primeras subcategorías ya identificadas, pasarán a la siguiente fase del proceso hermenéutico, en la interpretación de la categoría «CONDICIONANTES CLÍNICAS».

---

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 28.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Muerte Neonatal»*

<b>Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL(MN) Color: MORADO</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC1</b>	<b>IC2</b>	<b>IC3</b>
<b>Causas de la Muerte</b>	MNCM/IC1 Líneas 49-52 Líneas 152-157 Líneas 255-258	MNCM/IC2 Líneas 492-504	MNCM/IC3 Líneas 886-893 Líneas 913-915 Líneas 940-946 Líneas 977-979 Líneas 1001-1009
<b>Consideraciones Médico-Legales</b>	MNCML/IC1 Líneas 210-219 Líneas 237-245	MNCML/IC2 Líneas 612-642 Líneas 643-651 Líneas 664-681	MNCML/IC3 Líneas 987-998
<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	MNSI/IC1 Líneas 125-129 Líneas 131-142 Líneas 184-193 Líneas 230-236 Líneas 296-312	MNSI/IC2 Líneas 717-733 Líneas 735-744	MNSI/IC3 Líneas 1012-1021 Líneas 1028-1034 Líneas 1036-1038

### **Triangulación**

La tabla revela que las subcategorías «Causas de la Muerte», «Consideraciones Médico Legales» y «Sepsis Intrahospitalaria», además de ser concurrentes en los discursos de los tres informantes clave seleccionados, de igual, se presentan y mantiene en forma reiterada, hasta en más de dos y tres veces por momento de su intervención en la narratividad. Esa situación es suficientemente consistente para para pasar al momento de la interpretación o hermenéusis, que dará respuesta al propósito número dos de nuestro estudio. En consecuencia, las mismas pasarán a la siguiente fase del proceso hermenéutico, en la interpretación de la categoría «MUERTE NEONATAL», donde se procederá a la comprensión de los datos cualitativos aportados por los sujetos.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 29.***Narratividad de l Informante Clave Cuatro (IC4)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1054	[Entrevistador:] Buenos días, hoy doce de marzo de dos			
1055	mil veinticuatro, para continuar con el trabajo de			
1056	investigación: Aprehensión de los factores epidemiológicos			
1057	asociados a la Mortalidad Materna en Cojedes Venezuela			
1058	desde un posicionamiento Complejo e Interdisciplinario,			
1059	con la informante clave número cuatro. ¿A qué atribuyes tú			
1060	la muerte, las causas de la muerte de tu hija?			
1061	[Entrevistada:] <u>¡Aaaah! Debido a que me retuvieron entre</u>			
1062	<u>la puerta de quirófano y la sala de parto por más de</u>			
1063	<u>veinticuatro horas, porque estaba muy congestionado</u>			
1064	<u>maternidad y no habían camas en ese momento, de allí</u>			
1065	<u>nace la principal fuente, que fue una bacteria alojada en los</u>			
1066	<u>intestinos de mi hija, que se llama Klebsiella. Luego de esa</u>			
1067	<u>estadía, yo me llevé a mi hija a casa, de alta médica, y</u>			
1068	<u>después de los dieciocho días volví, y mi hija fue recluida</u>			
1069	<u>en el retén de neonatología, la llevé al hospital porque mi</u>			
1070	<u>hija empezó con un llanto irritante, y era debido a que cada</u>			
1071	<u>vez que comía, su estómago se distendía por una supuesta</u>			
1072	<u>enterocolitis, y una onfalitis que también había en su</u>			
1073	<u>estómago.</u> [Entrevistador:] ¿Cómo fue la vivencia de tu			
1074	embarazo: deseado, esperado, planificado, sorpresivo?			
1075	¿Cómo lo consideras tú? [Entrevistada:] <u>Fue sorpresivo</u>			
1076	<u>porque ni lo planeé, ni lo esperaba, ya que yo me estaba</u>			
1077	<u>cuidando con el método anticonceptivo de inyecciones.</u>			
1078	<u>Para mí eso fue algo muy sorpresivo.</u> [Entrevistador:]			
		Sepsis Intrahospitalaria	Muerte Neonatal	MNSI/IC4 Líneas 1061-1073

1/3

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1079	<u>¿Qué significó para ti perder a tu hija recién nacida?</u>			
1080	<u>[Entrevistada:] ¡Esteee!, Desde mi ámbito y punto de</u>			
1081	<u>vista, como que lecciones de Dios, lecciones de vida para</u>			
1082	<u>[voz entrecortada]... Son procesos que tenemos que</u>			
1083	<u>atravesar los seres humanos y Dios no le da cargas a quien</u>			
1084	<u>no lo puede soportar. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo</u>			
1085	<u>familiar durante el embarazo? [Entrevistada:] ¡Eh! No</u>			
1086	<u>tengo palabras para describirlo, mi familia fue mi ancla.</u>	Sentimientos	Componente Humano	CHS/IC4
1087	<u>Estuvimos unidos para todo, así como también muchos</u>			Líneas 1075-1092
1088	<u>compañeros y amigos. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el</u>			
1089	<u>apoyo familiar después de haber perdido a tu hija?</u>			
1090	<u>[Entrevistada:] Exactamente igual, nos ayudamos entre</u>			
1091	<u>todos porque una pérdida no es fácil, pero si tuve todo el</u>			
1092	<u>apoyo posible. [Entrevistador:] ¿Podrías narrarnos tu</u>			
1093	<u>experiencia desde el primer momento de trabajo de parto,</u>			
1094	<u>hasta que conociste el fallecimiento de tu hija?</u>			
1095	<u>[Entrevistada:] ¡Fue fatal! La describo así porque tuve</u>			
1096	<u>tres días antes de dar a luz hospitalizada, porque comencé a</u>			
1097	<u>dilatar y no tenía dolores, eh. El cuello uterino no borraba</u>	Complicación Materna	Condicionantes Clínicas	CCCM/IC4
1098	<u>por completo eh, debido a que me cuesta mucho, pues que</u>			Líneas 1095-1100
1099	<u>el cuello uterino ablande y poder lograr las dilataciones</u>			
1100	<u>completas. Eh, a la hora de dar a luz, todo estuvo bien, me</u>			
1101	<u>dieron de alta a las veinticuatro horas y me fui a casa, luego</u>			
1102	<u>de dieciocho días de estar en casa, fue que regresamos al</u>			
1103	<u>hospital. [Entrevistador:] ¿Hubo algo que te llamó la</u>	Causas de la Muerte	Muerte Neonatal	MNCM/IC4
1104	<u>atención para la toma de decisiones de volver al hospital?</u>			Líneas 1101-1107
1105	<u>[Entrevistada:] ¡Sí! Un llanto irritante de mi hija ya que</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1106	<u>no tenía esos síntomas, eso alteró mi angustia y la llevé</u>			
1107	<u>directamente al hospital.</u> [Entrevistador:] ¿Qué siente una			
1108	madre que ha perdido a su hija recién nacida, cuando sabe			
1109	que otra madre en este momento llora por su hijo que acaba			
1110	de fallecer? ¿Tú que le dirías? [Entrevistada:] <u>No tengo</u>			
1111	<u>palabras y más bien me alejo, porque me revuelve, me</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC4
1112	<u>remueve, me recuerda todo lo sucedido nuevamente, yo no</u>		Humano	Líneas 1110-1113
1113	<u>tengo palabras de aliento.</u> [Entrevistador:] ¿De qué parte			
1114	de Cojedes eres? [Entrevistada:] De San Carlos.			
1115	[Entrevistador:] ¿Qué edad tenías cuando perdiste a tu			
1116	bebé? [Entrevistada:] Eso fue hace dos años, tenía			
1117	veinticuatro años. [Entrevistador:] ¿Cuántas semanas de			
1118	embarazo tenías cuando pariste a tu hija? [Entrevistada:]			
1119	Treinta y nueve semanas. [Entrevistador:] ¿Si pudieras			
1120	volver al pasado, qué cambiarías para que tu bebé estuviera			
1121	aquí hoy contigo y vivo? [Entrevistada:] <u>Salir rápido de...</u>			
1122	<u>de esa área. Sí, salir rápido de esa área, porque, esteee,</u>			
1123	<u>desde mi punto, mi hija obtuvo la bacteria fue allí, ya que</u>	Causas de la Muerte	Muerte Neonatal	MNCM/IC4
1124	<u>es una bacteria intrahospitalaria. El Diagnóstico fue</u>			Líneas 1121-1126
1125	<u>confirmado por exámenes especializados que se le hicieron</u>			
1126	<u>a la niña, tanto dentro como fuera del estado. Asimismo,</u>			
1127	<u>considero que recibió los servicios necesarios de salud en</u>			
1128	<u>dicho hospital, incluso el Dr. Benito Bastidas Cirujano</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC4
1129	<u>Infantil, en su corta estadía le operó dos veces, en busca de</u>		Humano	Líneas 1127-1130
1130	<u>conocer la extraña causa del hecho.</u>			

Fuente: Meléndez, Mujica (2024).

3/3

**Tabla 30.**

*Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Cuatro (IC4)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC4</b>
<b>CONDICIONANTES CLÍNICAS</b>	<b>Complicación Materna</b>	<b>CCCM/IC4</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>MNSI/IC4</b>
	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC4</b>

---

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 31.***Narratividad de Informante Clave Cinco (IC5)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1131	[Entrevistador:] Hoy 15 de marzo 2024, se continúa con			
1132	el avance del trabajo de grado: Aprehensión de los factores			
1133	Epidemiológicos asociados a la Mortalidad Neonatal en el			
1134	estado Cojedes, entrevistando a la informante clave N° 5.			
1135	¿A qué atribuyes tú la muerte, las causas de la muerte de tu			
1136	hijo? [Entrevistada:] ¡Eehh!. <u>Para mi serían muchas las</u>			
1137	<u>causas, esteee, fueron muchas las que provocaron la</u>			
1138	<u>ruptura de membrana, desconozco cuáles fueron, más sin</u>			
1139	<u>embargo, estuve hospitalizada por un período de un mes en</u>			
1140	<u>el hospital de San Carlos. Durante ese mes, el líquido</u>			
1141	<u>amniótico se mantenía porque, eehh, interdiario me hacían</u>	Causas de la	Muerte Neonatal	MNCM/IC5
1142	<u>ecusonografía, para comprobar cómo estaba el feto y el</u>	Muerte		Líneas 1136-1147
1143	<u>líquido neonatal, más sin embargo, se mantenía, yo bebía</u>			
1144	<u>muchos líquidos. Luego de ello, los médicos deciden</u>			
1145	<u>hacerme un “parche”, que considero fue la estocada final</u>			
1146	<u>de que tuvieran que hacerme la cesárea de emergencia y</u>			
1147	<u>que el feto hoy en día no pudiera estar. [Entrevistador:]</u>			
1148	¿Cómo fue la vivencia de tu embarazo: deseado, esperado,			
1149	planificado, sorpresivo? ¿Cómo lo consideras tú?			
1150	[Entrevistada:] <u>Fue planificado, nosotros ya teníamos ya</u>			
1151	<u>un hijo mayor, que hoy en día tiene ocho años, en ese</u>			
1152	<u>entonces tres años y obviamente queríamos tener otro bebé,</u>			
1153	<u>y cerrar como quién dice la fábrica. Este, nos esperábamos,</u>	Actitud de la	Componente	CHAM/IC5
1154	<u>aunque para mí también al principio no me adaptaba a él,</u>	Madre	Humano	Líneas 1150-1158
1155	<u>porque yo esperaba una hembra, cuando me hice el eco y</u>			

1/4

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1156	<u>me dicen que es otro varón, para mí fue una crisis, no lo</u>			
1157	<u>superaba, más sin embargo, y me imagino que esas cosas,</u>			
1158	<u>destaparían o también incidirían en que pasara lo que pasó.</u>			
1159	[Entrevistador:] ¿Qué significó para ti, perder a tu hijo			
1160	recién nacido? [Entrevistada:] <u>Fue muy duro porque no</u>			
1161	<u>era algo que yo esperaba, nadie se espera eso, fue muy duro</u>			
1162	<u>haberlo perdido y el no entender por qué pasó y tantas</u>			
1163	<u>cosas. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo familiar</u>			
1164	<u>durante el embarazo? [Entrevistada:] ¡Infinito! Mi mamá</u>			
1165	<u>siempre, mis hermanos, siempre han estado allí, mi suegra,</u>			
1166	<u>de toda mi familia, de quedarse en el hospital y hasta en el</u>			
1167	<u>suelo dormir. El apoyo de mí familia fue muy importante</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC5
1168	<u>para mí. [Entrevistador:] ¿Y cómo fue el apoyo familiar</u>		Humano	Líneas 1160-1174
1169	<u>después de haber perdido a tu hijo? [Entrevistada:]</u>			
1170	<u>Mucho mayor, de verdad es una de las cosas que puedo</u>			
1171	<u>decir, que puedo decir que me ayudó a estar más tranquila,</u>			
1172	<u>es algo que no se supera, se aprende a vivir con ello. En</u>			
1173	<u>verdad el apoyo de mi familia, de mi esposo, de mi hijo y</u>			
1174	<u>de mi familia ha sido significativo para mí.</u>			
1175	[Entrevistador:] Y ahora bien, ¿podrías narrarnos tu			
1176	experiencia desde el primer momento del trabajo de parto,			
1177	hasta que conociste del fallecimiento de tu hijo?			
1178	[Entrevistada:] <u>Bueno, -ji,ji,ji- [risa nerviosa] fue una</u>			
1179	<u>tortura realmente, porque me suben a hacerme el “parche”,</u>			
1180	<u>luego me dejan en una cama ginecológica donde hacen los</u>			
1181	<u>legrados, desde las dos de la madrugada, hasta las ocho de</u>			
1182	<u>la mañana, y yo de por sí soy pesada y es una cama muy</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1183	<u>chiquita, angosta e incómoda, me dejaron allí todo ese</u>			
1184	<u>tiempo, luego que me hacen “el parche” que supuestamente</u>			
1185	<u>iba a cerrar la fisura, eso causó de que fuera peor, el líquido</u>			
1186	<u>empezó a salir mucho más, ahora era sangre y líquido todo</u>			
1187	<u>eso, como hasta las ocho de la mañana que se acordaron de</u>			
1188	<u>mí, porque le pedí a una señora de limpieza que por favor</u>			
1189	<u>llamara a un médico. Ahí fue que me pasaron a sala de</u>			
1190	<u>parto. Bueno, allí estuve me vieron y eso, y le pidieron a</u>			
1191	<u>mis familiares todo lo necesario para realizar una cesárea</u>			
1192	<u>de emergencia, me suben a hacer la cesárea como a las</u>			
1193	<u>once de la mañana, todo ese tiempo aguantó, por supuesto.</u>	<b>Causas de la</b>	<b>Muerte Neonatal</b>	<b>MNCM/IC5</b>
1194	<u>El feto había sufrido demasiado. Este, me hacen la cesárea,</u>	<b>Muerte</b>		<b>Líneas 1178-1206</b>
1195	<u>luego de que despierto es que me entero que obviamente el</u>			
1196	<u>bebé estaba sumamente grave, eran exámenes tras</u>			
1197	<u>exámenes que le hacían a cada momento. También nos</u>			
1198	<u>dicen que se necesitaba un Cipack, cosa que pudieron</u>			
1199	<u>habernos dicho desde un primer momento, nos dijeron</u>			
1200	<u>mucho tiempo después, como a las cinco o seis de la tarde,</u>			
1201	<u>mas sin embargo, mis familiares se movilizaron, tuvieron</u>			
1202	<u>que ir hasta Acarigua a buscar ese Cipack, pero ya al bebé</u>			
1203	<u>le había dado el primer paro cardíaco. Luego le colocan el</u>			
1204	<u>Cipack, el bebe pasó la noche batallando, por supuesto, al</u>			
1205	<u>siguiente día, como a las once de la mañana, nos informan</u>			
1206	<u>que el bebé había fallecido. [Entrevistador:] ¿Qué siente</u>			
1207	<u>una madre que ha perdido a su hijo recién nacido, cuando</u>			
1208	<u>sabe que otra madre en este momento llora por su hijo que</u>			
1209	<u>acaba de fallecer? ¿Tú que le dirías? [Entrevistada:]</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1210	<u>Bueno, que es difícil, verdad al principio no lo podía</u>			
1211	<u>entender por qué me pasó, con la esposa de un primo, yo,</u>			
1212	<u>pierdo a mí bebé y como a los quince días ellos pierden el</u>			
1213	<u>suyo, y yo fui a visitarla y me pregunté qué le puedo decir</u>			
1214	<u>si yo también estoy igual que ella, qué le puedo decir yo,</u>			
1215	<u>era difícil. Mas sin embargo, ahorita puedo decirle a</u>			
1216	<u>cualquiera que sí puede salir adelante y que aunque duela,</u>			
1217	<u>se pueda vivir con ello y queda el consuelo que Dios sabe</u>	Sentimientos	Componente Humano	CHS/IC5
1218	<u>porque hace las cosas y que quizás a lo mejor, él hubiese</u>			Líneas 1210-1224
1219	<u>venido con algún defecto, o algo que yo no hubiese podido</u>			
1220	<u>soportar, y Dios sabe nuestras cargas y qué es lo que</u>			
1221	<u>podemos y no soportar, entonces pues considero que</u>			
1222	<u>ahorita puedo darle y brindar palabras de aliento a</u>			
1223	<u>cualquiera y que puede salir hacia adelante y sí se puede</u>			
1224	<u>vivir con ello. [Entrevistador:] ¿De qué parte de Cojedes</u>			
1225	<u>eres? [Entrevistada:] San Carlos. [Entrevistador:] ¿Qué</u>			
1226	<u>edad tenías cuando perdiste a tu bebé? [Entrevistada:]</u>			
1227	<u>veintiséis, veintisiete años de edad. [Entrevistador:]</u>			
1228	<u>¿Cuántas semanas de embarazo tenías cuando pariste a tu</u>			
1229	<u>hijo? [Entrevistada:] Siete meses. [Entrevistador:] ¿Si</u>			
1230	<u>pudieras volver al pasado, qué cambiarías para que tu bebé</u>			
1231	<u>estuviera aquí hoy contigo y vivo? [Entrevistada:] Bueno</u>			
1232	<u>este, quizás más cuidado, no haber permitido que me</u>	Actitud de la Madre	Componente Humano	CHAM/IC5
1233	<u>hicieran “el parche” por supuesto y haber soportado los</u>			Líneas 1231-1236
1234	<u>otros dos meses allí acostada, en cama, en reposo absoluto,</u>			
1235	<u>que era lo que se me había dicho desde un principio y todas</u>			
1236	<u>esas cosas, pero tratando de buscar otra solución favorable.</u>			

Fuente: Meléndez, Mujica (2024).

4/4

**Tabla 32.**

*Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Cinco (IC5)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC5</b>
	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>CHAM/IC5</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC5</b>

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 33.***Narratividad de Informante Clave Seis (IC6)*

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1237	[Entrevistador:] Nos encontramos hoy veinte de marzo de			
1238	dos mil veinticuatro, desarrollando la entrevista a la			
1239	informante clave número seis. Buenas tardes. ¿A qué			
1240	atribuyes tú la muerte, las causas de la muerte de tu hija?			
1241	[Entrevistada:] <u>Considero que la causa de la muerte de mi</u>			
1242	<u>hija fue negligencia médica por parte del personal de</u>			
1243	<u>maternidad del hospital Dr. Egor Nucete, ya que ellos me</u>			
1244	<u>dejaron sola durante al momento del trabajo de parto. Me</u>			
1245	<u>dejaron cinco horas sola, no me prestaron el apoyo que</u>	Causas de la	Muerte Neonatal	MNCM/IC6
1246	<u>necesité y, les pedí de por favor que me ayudaran con una</u>	Muerte		Líneas 1241-1250
1247	<u>Cesárea, ya que no sentía fuerzas, no me sentía capacitada</u>			
1248	<u>para seguir en el trabajo de parto y ellos me negaron esa</u>			
1249	<u>oportunidad, diciéndome que una cesárea se planifica</u>			
1250	<u>meses antes de llegar a un hospital. [Entrevistador:]</u>			
1251	¿Cómo fue la vivencia de tu embarazo: deseado, esperado,			
1252	planificado, sorpresivo? ¿Cómo lo consideras tú?			
1253	[Entrevistada:] <u>Fue una experiencia muy bonita, esté,</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC6
1254	<u>nosotros deseamos tener ya a la niña, porque tenemos a dos</u>		Humano	Líneas 1253-1256
1255	<u>varones, uno de ocho años y otro de cuatro, y deseamos</u>			
1256	<u>tener a la bebé quien fue la que falleció. [Entrevistador:]</u>			
1257	¿Qué significó para ti, perder a tu hija recién nacida?			
1258	[Entrevistada:] <u>Fue un dolor muy fuerte, de hecho,</u>			
1259	<u>todavía sigo de hecho todavía sigo un poco débil por eso,</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC6
1260	<u>ya que me había acostumbrado de tenerla en mi vientre y</u>		Humano	Líneas 1258-1263
1261	<u>quería ahora tenerla en mis brazos viva, para darle el</u>			

1/5

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1262	mismo amor que le di a mis otros dos niños, que gracias a			
1263	Dios tengo conmigo. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo			
1264	familiar durante el embarazo? [Entrevistada:] Tuve			
1265	mucho apoyo de parte de mi familia y de parte de la familia			
1266	de mi esposo, siempre han estado pendiente de mí, mi			
1267	suegra, mi cuñada y mi pareja, siempre estuvieron			
1268	pendiente de mí. [Entrevistador:] ¿Y cómo fue el apoyo			
1269	familiar después de haber perdido a tu hija?	Sentimientos	Componente	CHS/IC6
1270	[Entrevistada:] Siguió siendo el mismo, es más, incluso		Humano	Líneas 1264-1273
1271	cuento más con ellos después del embarazo, ya que me			
1272	siento fortalecida, porque si necesito algo o me siento mal,			
1273	acudo a ellos, y ellos me brindan ese apoyo.			
1273	[Entrevistador:] Y ahora bien ¿Podrías narrarnos tu			
1274	experiencia desde el primer momento del trabajo de parto,			
1275	hasta que conociste del fallecimiento de tu hija?			
1276	[Entrevistada:] Comencé con las contracciones el			
1277	veintidós de febrero, a las ocho de la noche, mi esposo y mi			
1278	comadre que es mi cuñada, me llevaron a las diez de la			
1279	noche al hospital, cuando llegue allá, me atendieron, llegue			
1280	con cinco dilataciones, me llenaron la historia y todo el			
1281	proceso, me subieron a sala de parto y allí fue cuando el	Causas de la	Muerte Neonatal	MNCM/IC6
1282	doctor me atendió, me dijo que llevaba ya ocho	Muerte		Líneas 1276-1309
1283	dilataciones, pero aún no había roto fuente, el tendió a			
1284	reventar la membrana con ocho dilataciones, a las diez y			
1285	media de la noche y me dijo que cuando sintiera dolor, que			
1286	pujara, que yo ya había pasado dos veces por el trabajo de			
1287	parto y que yo tenía que saber, como era ese			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1288	<u>procedimiento. Debido a eso, me dejé sola a las doce de la</u>			
1289	<u>noche y hasta las cinco y media de la mañana, ellos se</u>			
1290	<u>acostaron a descansar, no había más pacientes, solo yo. A</u>			
1291	<u>las cinco y media de la mañana decidieron irme a revisar,</u>			
1292	<u>me hicieron el tacto nuevamente y tenía ya diez</u>			
1293	<u>dilataciones y en ese momento procedieron a colocarme</u>			
1294	<u>tres ampollas de Oxitocina, una tras de otra, esas ampollas</u>			
1295	<u>me dieron reacción, me dieron mareos, me dieron vómitos</u>			
1296	<u>y dolor de cabeza. De ahí me mandaron a lo que uno le</u>			
1297	<u>dice el “burro”, en ese momento habían era puro pasantes,</u>			
1298	<u>no habían médicos como tal en ese momento. El doctor que</u>			
1299	<u>me estaba atendiendo, me decía que tenía que colaborar,</u>			
1300	<u>que pujara, porque solamente yo podía sacar a mi niña de</u>			
1301	<u>ahí. Ellos no me hicieron la incisión que ellos deben</u>			
1302	<u>hacerle a uno para ayudar al bebé a salir, sino hasta a las</u>			
1303	<u>seis y media de la mañana, que mandaron a buscar a la</u>			
1304	<u>doctora especialista que estaba de guardia ese día, fue allí</u>			
1305	<u>cuando llegó la doctora y me vio sin fuerzas, ni nada, ella</u>			
1306	<u>decidió cortarme abajo y entonces me metió como unas</u>			
1307	<u>“paletas”, y ella fue quien me sacó a la niña. Cuando la</u>			
1308	<u>niña salió, ella soltó un llanto pero muy débil, después no</u>			
1309	<u>la escuché más. Me dijeron que la llevarían a Neonato para</u>			
1310	<u>tratar de reanimarla. <u>No me daban respuesta de ella, yo</u></u>			
1311	<u>preguntaba al personal y nadie me daba respuesta. Hubo</u>			
1312	<u>una enfermera a quien yo le pregunté que si la niña había</u>			
1313	<u>vivido o muerto. Ella respondió que no podían darme</u>			
1314	<u>respuesta, sino el médico que me había atendido. Fue</u>			
		<b>Trato Interpersonal</b>	<b>Componente Humano</b>	<b>CHTI/IC6 Líneas 1310-1321</b>

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1315	<u>cuando entró una de las pasantes y le pregunté qué había</u>			
1316	<u>pasado, y lo único que ella me dijo - ¡lo que pasó con tu</u>			
1318	<u>hija fue culpa tuya! ¡La muerte de tu hija la provocaste tú!</u>			
1319	<u>¡Ya que no colaboraste ni pujaste! Y ellas saben que eso no</u>			
1320	<u>era así, porque desde el momento que ellos me dejaron</u>			
1321	<u>sola, yo pujaba con toda la fuerza que tenía en mi cuerpo,</u>			
1322	<u>pero nunca logré que la niña saliera por sí sola.</u>			
1323	[Entrevistador:] ¿Qué siente una madre que ha perdido a			
1324	su hija recién nacida, cuando sabe que otra madre en este			
1325	momento llora por su hijo que acaba de fallecer? ¿Tú que			
1326	le dirías? [Entrevistada:] <u>Se siente un vacío enorme</u>			
1327	<u>porque uno se acostumbra a ellos, teniéndolo nueve meses</u>			
1328	<u>en su barriga y desea tenerlo en sus brazos para llenarlo de</u>	Sentimientos	Componente	CHS/IC6
1329	<u>cariño y protegerlo. Le diría, a otra madre que está pasando</u>		Humano	Líneas 1325-1332
1330	<u>por ese proceso, que si yo pude salir adelante, aun con el</u>			
1331	<u>dolor, le diría que trate de ser fuerte y si tiene otros hijos</u>			
1332	<u>pequeños que se aferre a ellos, para poder salir y no</u>			
1333	<u>superar, sino para saber llevar ese dolor tan fuerte.</u>			
1334	[Entrevistador:] ¿De qué parte de Cojedes eres?			
1335	[Entrevistada:] De aquí de San Carlos, [Entrevistador:]			
1336	¿Qué edad tenías cuando perdiste a tu bebé?			
1337	[Entrevistada:] Veinticuatro años de edad.			
1338	[Entrevistador:] ¿Cuántas semanas de embarazo cuando			
1339	pariste a tu hijo? [Entrevistada:] 37 semanas más 2 días.			
1340	[Entrevistador:] ¿Si pudieras volver al pasado, qué	Actitud de la	Componente	CHAM/IC6
1341	cambiarías para que tu bebé estuviera aquí hoy contigo y	Madre	Humano	Líneas 1341-1344
1342	viva? [Entrevistada:] <u>Cambiaría el centro médico</u>			

Línea	Verbatim	Subcategorías	Categorías	Código
1343	<u>hospitalario al que acudí. Acudiría con especialistas y si en</u>			
1344	<u>dado caso me atendiera un médico residente, me gustaría</u>			
1345	<u>que estuviera acompañado por especialistas.</u>			

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

5/5

**Tabla 34.**

*Categorías y subcategorías emergidas de la narratividad del Informante Clave Seis (IC6)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC6</b>
<b>COMPONENTE HUMANO</b>	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>CHAM/IC6</b>
	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC6</b>
<b>MUERTE NEONATAL</b>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC6</b>

---

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 35.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Componente Humano»*

<b>Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH) Color: VERDE.</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC4</b>	<b>IC5</b>	<b>IC6</b>
<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC4</b> <b>Líneas 1075-1092</b> <b>Líneas 1110-1113</b> <b>Líneas 1027-1130</b>	<b>CHS/IC5</b> <b>Líneas 1160-1174</b> <b>Líneas 1219-1224</b>	<b>CHS/IC6</b> <b>Líneas 1253-1256</b> <b>Líneas 1258-1263</b> <b>Líneas 1264-1273</b> <b>Líneas 1326-1333</b>
<b>Trato Interpersonal</b>			<b>CHTI/IC6</b> <b>Líneas 1310-1321</b>
<b>Actitud de la Madre</b>		<b>CHAM/IC5</b> <b>Líneas 1150-1158</b> <b>Líneas 1231-1236</b>	<b>CHAM/IC6</b> <b>Líneas 1341-1344</b>

### **Triangulación**

La tabla revela, en primera instancia, de manera muy discreta que la subcategoría «Sentimientos» se mantiene dentro de la discursividad de los tres informantes clave. Por su parte, «Trato Interpersonal» como subcategoría, emergió únicamente en el *verbatim* de la IC6, así que queda desechada para el proceso hermenéutico. Ahora bien, también se distingue que la subcategoría «Actitud de la Madre», fue manifiesta en el *verbatim* de las informantes cinco y seis, aun así, ella como subcategoría subsisten para la siguiente etapa en donde se procederá al análisis interpretativo de los datos aportados por las madres que perdieron a sus bebés recién nacidos. En consecuencia, «Sentimientos» y «Actitud de la Madre» conformarán la interpretación de la categoría «COMPONENTE HUMANO», para éste propósito número tres.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 36.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Condicionantes Clínicas»*

<b>Categoría y Código de Análisis: CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC) Color: AZUL</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC4</b>	<b>IC5</b>	<b>IC6</b>
<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>			
<b>Control Prenatal</b>			
<b>Prácticas Clínicas</b>			
<b>Examen de Laboratorio Atención Primaria en Salud</b>			
<b>Complicación Materna</b>	<b>CCCM/IC4 Líneas 1095-1100</b>		

### **Triangulación**

La tabla revela que la Categoría Condicionantes Clínicas y casi todas sus subcategorías, no son relevantes en el consciente de las informantes clave, con la excepción de la «Complicación Materna», porque solamente emergió en el discurso del informante clave 4. En consecuencia, las subcategorías antes identificadas, a pesar de que representan gran interés para la indagatoria y sustentación teórica del fenómeno en estudio, porque pudieran reflejar el desconocimiento del mundo de los servicios de la red hospitalaria para las madres, como espacio vital para concluir el complejo mundo del proceso de gestación. Forzosamente debemos señalar que la «CONDICIONANTES CLÍNICAS», como categoría, hasta aquí llega en el proceso hermenéutico para dar respuesta al propósito específico número tres.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 37.**

*Triangulación de las subcategorías emergidas dentro la categoría «Muerte Neonatal»*

<b>Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN) Color: MORADO</b>			
<b>Subcategorías</b>	<b>IC4</b>	<b>IC5</b>	<b>IC6</b>
<b>Causas de la Muerte</b>	MNCM/IC4 Líneas 1101-1107 Líneas 1121-1126	MNCM/IC5 Líneas 1136-1147 Líneas 1178-1296	MNCM/IC6 Líneas 1241-1250 Líneas 1276-1309
	MNSI/IC4 Líneas 1061-1073		
<b>Triangulación</b>			

La matriz anterior revela que las subcategorías «Causas de la Muerte» son concurrentes en los discursos de las tres informantes clave seleccionadas, y «Sepsis Intrahospitalaria», es presentado sólo por la informante clave 4. En consecuencia, «Causas de la Muerte» desde las vivencias de las madres, pasará a la siguiente fase del proceso hermenéutico, en la interpretación de la categoría «MUERTE NEONATAL». Ellas subsisten para la siguiente etapa en donde se procederá al análisis interpretativo de los datos aportados por las informantes.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**Tabla 38.**

*Sistema de codificación de categorías y subcategorías emergidas y depuradas*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Código</b>
<b>Componente Humano</b>	<b>Sentimientos</b>	<b>CHS/IC</b>
	<b>Trato Interpersonal</b>	<b>CHTI/IC</b>
	<b>Actitud de la Madre</b>	<b>CHAM/IC</b>
<b>Condicionantes Clínicas</b>	<b>Medicamentos, Insumos e Instrumentales</b>	<b>CCMII/IC</b>
	<b>Control Prenatal</b>	<b>CCCP/IC</b>
	<b>Prácticas Clínicas</b>	<b>CCPC/IC</b>
<b>Muerte Neonatal</b>	<b>Causas de la Muerte</b>	<b>MNCM/IC</b>
	<b>Consideraciones Médico-Legales</b>	<b>MNCML/IC</b>
	<b>Sepsis Intrahospitalaria</b>	<b>MNSI/IC</b>

**Fuente:** Mujica (2020).

### **Comprensión e Interpretación de los Significados y Significantes**

En la comprensión e interpretación emergida de la narratividad de los informantes clave mostrados con anterioridad, fueron reagrupados en función a las categorías y subcategorías emergentes, apreciándose *a priori* por la uniformidad cromática asignada a los *verbatimums*. Según Borda *et al* (2017: 10), en ocasiones, dentro de la investigación social “el interés está puesto en la comprensión de los significados que subyacen a las narraciones y textos que producen los actores sociales y sus comportamientos”. Por ello, “con el propósito de dar cuenta de las perspectivas de éstos, la investigación cualitativa desarrolla un acercamiento interpretativo del mundo social”. Para la nueva agrupación ahora presentada en las matrices que se muestran a continuación, hicimos uso de tablas adaptadas para la estructuración y contrastación de las categorías, y pasamos de esta manera al nivel de codificación axial de la investigación, en una especie de espiral recursiva para la superposición de los significados y significantes emanados durante el proceso de comprensión, a lo que se sumó la propia voz y la valoración de los investigadores, para hacer emerger una interpretación resignificada del fenómeno en estudio. Al respecto, según De los Reyes *et al.* (2019: 3), “el estudio fenomenológico es uno de los principales enfoques cualitativos para la investigación. En este sentido, la fenomenología encuentra sus fundamentos en la interpretación y comprensión de los fenómenos, desde el estado subjetivo ascendente del ser mismo”.

De igual forma, la aseveración sobre el método de la interpretación se posiciona mucho más según lo expuesto por Castillo (2013: 32), cuando indica que “entender o comprender tiene una estructura que entra en juego en toda interpretación”. “Conocido como el Círculo Hermenéutico que se asume como un elemento de intuición. Un conocimiento previo mínimo es necesario para entender”, y “la esperanza de interpretar algo sin prejuicios y presupuestos desaparece en esta forma de entendimiento. Las cosas se hacen visibles por medio de los significados, el entendimiento y la interpretación”

Posterior a la comprensión fue necesario aplicar la contrastación. Martínez (2006: 8), refiere que la contrastación consiste en “relacionar y contrastar sus resultados con

aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico-referencial”, para ver cómo aparecen desde perspectivas diferentes, o sobre marcos teóricos más amplios, y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa. Es, por consiguiente, también un proceso típicamente evaluativo, que tiende a reforzar la validez y la confiabilidad. Puede definirse, entonces, como el proceso a través del cual se comparan distintas fuentes que proveen perspectivas, voces y argumentos diversos. En el caso de nuestro estudio, la contrastación se produjo en el proceso de la comprensión, al relacionar los hallazgos emergidos, con los referentes teóricos expuestos en el Holón 2 de ésta memoria final.

**Tabla 39.***Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Componente Humano»*

<b>Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)</b>	
<b>Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)</b>	
<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p><b>[CHS/IC1]:</b> ante todo se siente mucha tristeza, verdaderamente, porque uno, el personal de salud, también a pesar de todo, que no lo llevó en el vientre nueve meses como esa madre, pero hay ese contacto con el personal de salud, el simple hecho de cuidarlo, de asistirlo y atenderlo, de ayudarlo a que mejore cien por ciento, y a veces uno como personal de salud siente que oye, no pudimos hacer nada, que no lo pudimos salvar, no es porque uno no quiera, a veces hay cosas que solo Dios sabe por qué y es triste de verdad; lloramos, la abrazamos, hay madres con quien sentimos ese contacto, sí bueno, es un gran dolor. Ese dolor, por ejemplo, recién meses atrás tuvimos varias muertes muy seguidas y a mí me pegó mucho y eso era llorar y llorar, y en verdad a uno le duele mucho. Algunas personas piensan que nosotros somos como una pared, que no sentimos. ¡Claro! Nosotros al pasar del tiempo, hay como aquella coraza (<b>Líneas 20-36</b>). Y yo me sentía culpable porque creía que yo la había abandonado, pero bueno yo sé que no fue así. Pero al final yo pienso que el apego que yo tenía con ella o, ella conmigo, fue causada porque ellos reconocen, los bebés reconocen desde que están en la Barriguita. ¡Sí! Pero al final duele mucho, ponernos en lugar de esa madre es difícil. Yo también tuve a mi nieta aquí hospitalizada ya hace un año, y es fuerte por los nervios y la</p>	<p>En lo que respecta a la subcategoría: «Sentimientos», desde la experiencia del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, cuando un recién nacido se encuentra en la Sala de Neonatología debido a una complicación, y se agrava su condición general, el personal sanitario va sin demora y comunica a los familiares, la situación del bebé para que estén al tanto de lo que está sucediendo, como una forma de prepararlos ante lo inevitable.</p> <p>En algunas ocasiones, los recién nacidos permanecen durante varios días, recluidos en el Servicio de Neonatología y el equipo de salud está ahí, luchando y batallando junto a ellos, pendientes de su evolución cada día, pero llega un momento en que el recién nacido no puede más, y muere.</p> <p>Cuando un recién nacido fallece, existe mucha tristeza y llanto en el equipo de salud especializado intrahospitalario, indistintamente el sexo de ese personal, pues hombres y mujeres –médicos y médicas; enfermeros y enfermeras– lloran por igual ante la pérdida de un bebé. Hay abrazos, hay contacto físico, desde ese personal sanitario hacia las madres, para sobrellevar en conjunto el dolor.</p> <p>Ese llanto trasciende el nosocomio y se traslada hacia el hogar del médico y la enfermera. Permanece durante días en ellos; les afecta grandemente y el dolor regresa con ellos al servicio, en</p>

**1/8**

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

ansiedad, y eso que yo era personal de aquí, y es en ese momento que uno siente, y es fuerte para nosotros como madre y como abuela, ver a esos bebés que fallecen y hemos llorado muchísimo. Y a raíz de eso, a veces por eso que nos pasa, tratamos de hacer los cuidados del bebé, pero ya va, como una pared. [Entrevistador:] Como una barrera emocional. [Entrevistada:] ¡Sí! Porque imagínate cuantos bebés no fallecen. Me tocó también otra experiencia con el Dr. Wender, quien es un médico residente, que con un hecho similar, se tiraba en la cama a llorar y llorar, porque ese día se nos murieron tres bebés. (Líneas 52-71). Yo llegué a mi casa y estaba aún llora que llora, incluso cuando llegaba al servicio llegaba buscándola, hasta que me dije:«¡No más! Ella ya se murió, yo hice todo lo que pude». Igualmente los padres, cuando ella falleció, nos abrazamos y lloramos porque nosotros como personal de salud tenemos que brindarle ese amor a la familia (Líneas 79-84). A mí me da tristeza porque despedirse de un ser humano es triste, pero también te voy a decir como cristiana, los designios de Dios, aunque nos duela en el alma, se cumplen porque yo quiero que me entierren a mí, yo no a mis hijos. Pero a veces en neonato se ve a niños que van a quedar sufriendo, es mejor lo que sucede y no importa si me critican porque estoy siendo egoísta, no es fácil para nosotros verlos sufrir, para verlos sufriendo. Claro que una madre no pierde las esperanzas, no es fácil. La inyectora es barata pero

las subsiguientes guardias. No obstante, para el personal sanitario, en muchos casos, el fallecimiento del bebé recién nacido, resulta menos traumático antes de seguir viendo su sufrimiento en el Servicio de Neonatología, so pena de que dicha afirmación pudiera resultar un tanto egoísta. Cuidar de un neonato hospitalizado altera los nervios y genera ansiedad. No hay palabras que puedan consolar a una madre que ha perdido a su bebé, pero el equipo de salud se llena de hidalguía para dar la noticia. Se les explica cuál pudo haber sido la causa de la muerte, y se intenta dar consuelo. Es recurrente en el equipo de salud, la manifestación de tristeza y empatía hacia la madre, porque muchos de ellos también son madres y padres de familia, incluso abuelos y abuelas. Tales hallazgos coinciden con lo escrito por Camacho (ob. cit.: 34), cuando refiere que en los años 70, Kennell y otros investigadores trabajaron sobre cómo afecta la muerte neonatal en madres y padres. “Establecieron seis modelos de respuesta del duelo, la tristeza, el apetito escaso, la dificultad para dormir, la irritabilidad, la preocupación con el hijo perdido y la incapacidad para reanudar la actividad normal”. Afirmaban que las mujeres con este tipo de duelo sufrían al menos tres respuestas de las anteriores descritas y que todos experimentaban tristeza y preocupación por el bebé fallecido (Kennell, Slyter y Klaus, 1970). En algunas ocasiones el equipo de salud se auto percibe como

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

tres veces al día comprarla pega, esas son cositas que pasan. Sin embargo, nosotros hemos visto cantidad de niños y familias que han luchado y salidos vivos de neonatos ¡Uuuuf! ¡Cantidades, Cantidades! ¡A veces me gusta esto porque la gente de afuera no ven la parte de uno, pero cuando uno está haciendo una práctica de Ambúo preguntamos por el grupo:“¿Cómo sigue el bebé tal?”, es indescriptible, nos pasamos las caritas llorando (Líneas 344-361). [CHS/IC2]: Bueno esté... en realidad me pongo en su lugar porque también soy madre y es algo que uno siempre, como se involucra con las pacientes acá en el servicio y siente lo mismo, el mismo dolor, es como una impotencia porque uno quiso dar el cien por ciento, uno no está para dar esas noticias, sino más bien uno está para dar vida, porque enfermería, médicos, es para eso, para salvar vidas, no es para quitar vidas (Líneas 474-481). No hay palabras que puedan consolar a esa madre, pero uno busca la manera primero de darle la noticia, y luego busca la forma perfecta o adecuada de una manera tranquila, porque es algo fuerte, sin embargo uno busca explicar pero dando la información que ellas necesitan, se les explica cuál pudo haber sido la causa de ello y termina por dar el consuelo dependiendo de su edad (Líneas 552-559). [CHS/IC3]: Mal, muy mal! Muchas veces los recién nacidos duran muchos días y uno está luchando y batallando con ellos, y llega un momento en que el recién nacido no puede más, y fallece y es algo triste porque

una pared, es decir, fríos, frívolos, sin sentimientos, pero es con el pasar del tiempo y las experiencias vividas, se forma en ellos como una especie de coraza. Refieren, en muchos casos, sentirse culpables e impotentes por las muertes de los neonatos, a pesar de haber hecho todo lo que estuvo a su alcance. Trabajan al cien por ciento. El equipo de salud manifiesta apego emocional hacia los neonatos, y es inevitable, pues son seres humanos, con sentimientos.

Tal descubrimiento, coincide a la perfección con lo reflejado por Cárdenas *et al* (2018: 2), cuando señalaron que “esta situación es inevitable en nuestra profesión porque se vive día a día la muerte de otra persona, la cual hace que el profesional de enfermería tenga sentimientos de culpa, de haber fallado, incluso de manera inconsciente nos apartamos de los padres que en ese instante se encuentran tristes por haber perdido a su hijo. A menudo no sabemos qué decir y nos sentimos incapaces de ofrecer palabras de consuelo”.

En muchas ocasiones, dentro del discurso del personal sanitario, se evidencia la espiritualidad, la trascendencia del ser, mencionando a un Dios y el respeto hacia sus designios, aunque resulte triste y dolorosa la muerte de un recién nacido. Lo “normal” es que los hijos vean morir a sus padres, y no al contrario.

Así pues, Núñez de la Torre *et al* (2014: 45), refieren que numerosas publicaciones sobre salud y vida espiritual,

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

evidentemente uno ha estado luchando y estamos pendiente de su evolución cada día (Líneas 920-924). Las madres se ponen tristes, lloran, pero como las mantenemos informadas, si el paciente se agrava, automáticamente nosotros tenemos que salir y explicar al familiar la situación para que esté al tanto de lo que está sucediendo (Líneas 926-930). [CHTI/IC1]: Otra cosa es importante, el trato con los padres y familiares y no voy a negar que tenemos enfermeras y trabajadores del servicio que fallamos en el trato con los familiares, y todo es la forma de comunicarnos con ellos. Si yo te llego con malas palabras, el trato será igual hacia ti (Líneas 219-223). Sin embargo, el trato que se brinda a los pacientes debe mejorar, quizás es producto del nuevo contingente de enfermeras, quizá les haga falta un poco de humanismo, de amor y así pare usted de contar. No es fácil. Cuando un niño entra en paro nosotros le avisamos a la madre la situación, le damos apoyo y cuando el médico sale y da la triste noticia, algunas gritan horrorizadas y caen en un llanto inconsolable y ahí estamos nosotras consolando a la madre y la familia, y luego sacar fuerza para ir a hacerle los cuidados *post mortem*. Bañarlo para bajarlo a la morgue, porque algunas veces ellos quedan sangrando por la nariz y boca, u otras técnicas de desinflamación de venas donde estaba el catéter, para luego preguntarle a la madre si desea verlo. Algunas veces con la restricción de las visitas de las madres al bebé, cuando ellos están muy malitos permitimos

“resaltan el enorme beneficio que puede ofrecer a las personas enfermas, que el médico y el personal de salud en general sean más conscientes del papel que la vida espiritual ejerce en la salud, por lo cual éste ámbito merecería considerarse en la formación académica”. Dicha investigación, precisa que “el 56% de los médicos encuestados pensaban que la religión y la espiritualidad tenían una influencia significativa sobre la salud. En el presente estudio, el 66.3% del personal encuestado cree que la religión y la espiritualidad de los pacientes influyen en la curación de sus problemas de salud” (p. 59).

Una madre no pierde nunca las esperanzas. El personal de salud ha visto una inmensa cantidad de niños y familias que han luchado y han salido vivos del Servicio de Neonatología. Se conciben a sí mismos como dadores de vida, de buenas noticias. Enfermeros y médicos, son para eso, para dar vida, para salvar vidas, y no para perder vidas.

Con relación a la subcategoría: «Trato Interpersonal», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos se considera importante, el trato con los padres y familiares, ese trato debe ser recíproco porque cuando algunos de ellos se comunican tosca y ásperamente, los familiares igual responden. Asimismo, se reconoce que ocasiones algún integrante del equipo de salud falla en su trato, por lo que se debe mejorar, sobretodo en el nuevo contingente de enfermeras, a quienes, quizá, les haga falta un poco de

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

que lo vean hasta tres veces diarias, para no esperar que el bebé fallezca para que lo vea (**Líneas 364-381**). A los familiares se les habla claro de lo que acontece con su bebé, notificarle al papá o a la abuela de la situación que está sucediendo con el bebé, y si no están, solicitarle a la madre una autorización para darles la información y cuidar la integridad del bebé (**Líneas 399-403**). [CHTI/IC2]: Aquí había una médico que utilizaba ese tipo de maltrato con sus pacientes. Y yo les decía a las enfermeras que ellas no están aquí solo para cumplir órdenes, sino que son parte del equipo junto con los médicos, pero si yo veo que ese medicamento no está cumpliendo con lo que se espera de él, mi derecho de decirlo al médico. En ese sentido, no es llamarle la atención delante de la gente, pero si decirle cuando está agrediendo verbalmente y violentando los derechos a ella, cuando en tono insultante grita a esa paciente y dice: “Mira, abre esas piernas, como cuando lo estabas haciendo”. Aunque es la forma correcta para que nazca el bebé, no es la forma. Yo siempre les digo a las muchachas (otras enfermeras), que cuando ello ocurra, llamen la atención al médico, porque cuando se está cometiendo un error, y si yo no digo nada, estoy siendo cómplice del mismo (**Líneas 768-784**). [CHTI/IC3]: No, esa parte no debería influir en la mortalidad neonatal porque para la situación de embarazos mal controlados, existe la salud pública y privada, pero si no se controlan, de allí es donde vienen las causas y su posterior

humanismo, de amor.

Se refiere que cuando sucede este tipo de maltrato, por parte de algún miembro del equipo, lo recomendable es intervenir para identificar la situación, y hacer el llamado de atención cuando se está agrediendo verbalmente, pues ello constituye una violación a los derechos de la paciente, si no se dice nada, se está siendo cómplice del mismo.

Para el equipo de salud a los familiares se les habla claro de lo que acontece con su bebé, notificando al papá o a la abuela del infante, la situación que está sucediendo con su hijo y si el familiar no se halla ausente, se solicita a la madre autorización para brindarles la información y de esa manera cuidar la integridad del recién nacido. Las visitas en el Servicio de Neonatología se encuentran restringidas. Sin embargo, cuando el bebé está muy malito, se le permite a la madre que lo vea hasta tres veces diarias, y no esperar hasta que el bebé fallezca para que su mamá lo vea.

Finalmente, en cuanto a la subcategoría «actitud de la madre», los versionantes del hospital, el equipo de salud especializado, considera que durante el embarazo existen servicios de atención tanto públicos como privados, por tanto, al no controlarse la gestación, es donde provienen las causas de complicaciones y su posterior consecuencia, que es la muerte del neonato. Se argumenta la importancia que tiene para una madre y su bebé, una buena alimentación durante el embarazo,

5/8

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

consecuencia. [Entrevistador:] ¿Y el trato entre parejas, podrá influir en la mortalidad neonatal? [Entrevistado:] Sin embargo, si pudiera influir después que el bebé naciera. A mí me tocó vivir un caso donde la madre no quería ni ver a su bebé recién nacido, porque se había separado de su pareja, y ella no quería ver al niño. Entonces la Comisión Estatal de los Derechos de los Niños y Adolescentes CEDNA, tomó cartas en el asunto y le quitó al niño y lo dio en adopción (Líneas 1041-1053). [CHAM/IC2]: Creo es porque a veces uno no puede decir que ellas no quieren a ese embarazo, a ese producto que está creciendo en su vientre, porque pienso que toda madre desea tener a su hijo, pero ¿qué está pasando?¿o qué están dejando de hacer? Es, ¡no quererse! Porque el hecho de no tener una buena alimentación, no me cohíbe de no comer sano. De no realizarme mis exámenes, no tener un control, creo que es la principal razón de que lleguen a esas complicaciones de los recién nacidos, porque ellas están dejando, y hoy en día ellas están viendo el embarazo como algo normal y no es fácil, ¡no es fácil! Pero tampoco es un imposible, es algo que ellas como madres deben ponerse un poco más serias, con una responsabilidad que tienen que tener una vida sana (Líneas 524-538). [CHAM/IC3]: Claro, la actitud de la madre si va a influir en el desenlace de su embarazo, porque si es una madre que no se cuida que no está pendiente de su embarazo le va a afectar de ciertas formas.

y la realización oportuna de los exámenes.

Ha habido casos evidentes en los que existe el rechazo por parte de la madre luego de nacido el bebé, y el personal de salud ha tenido que recurrir a las instituciones del Estado venezolano, para que intervengan y se hagan cargo de ese recién nacido.

Dicha revelación coincide con el estudio de Ximenez e Izquierdo (2020: 48), quienes citan Brockington (2019), cuando formula el marco teórico para considerar las particularidades del trastorno del vínculo tras el parto. Así, el autor considera el trastorno como un síndrome: “Síndrome de Rechazo Emocional” del bebé constituido por una tríada de síntomas. En primer lugar, una respuesta emocional anormal hacia el bebé, caracterizada por distanciamiento afectivo, rechazo, aversión o incluso odio. En segundo término, deseo de escapar de los cuidados del bebé desarrollando conductas evitativas o de huida, relegando el cuidado o renunciando; y finalmente, ideas pasivas de muerte hacia el bebé.

Para el personal de salud, las madres deben ponerse un poco más serias, con su responsabilidad de llevar una vida sana. Exteriorizan que la actitud de la madre es determinante para el desenlace de su embarazo, porque si es una madre que no se cuida, y no está pendiente de su embarazo, le va a afectar de múltiples formas.

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

### **Interpretación**

Desde la experiencia del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, cuando un recién nacido se encuentra en la Sala de Neonatología debido a una complicación, y se agrava su condición general, el personal sanitario va sin demora y comunica a los familiares, la situación del bebé para que estén al tanto de lo que está sucediendo, como una forma de prepararlos ante lo inevitable. En algunas ocasiones, los recién nacidos permanecen durante varios días, recluidos en el Servicio de Neonatología y el equipo de salud está ahí, luchando y batallando junto a ellos, pendientes de su evolución cada día, pero llega un momento en que el recién nacido no puede más, y muere.

Cuando un recién nacido fallece, existe mucha tristeza y llanto en el equipo de salud especializado intrahospitalario, indistintamente el sexo de ese personal, pues hombres y mujeres –médicos y médicas; enfermeros y enfermeras– lloran por igual ante la pérdida de un bebé. Hay abrazos, hay contacto físico, desde ese personal sanitario hacia las madres, para sobrellevar en conjunto el dolor. Ese llanto trasciende el nosocomio y se traslada hacia el hogar del médico y la enfermera. Permanece durante días en ellos; les afecta grandemente y el dolor regresa con ellos al servicio, en las subsiguientes guardias. Para el personal sanitario, en muchos casos, el fallecimiento del bebé recién nacido, resulta menos traumático antes de seguir viendo su sufrimiento.

Cuidar de un neonato hospitalizado altera los nervios y genera ansiedad. No hay palabras que puedan consolar a una madre que ha perdido a su bebé, pero el equipo de salud se llena de hidalguía para dar la noticia. Se les explica cuál pudo haber sido la causa de la muerte, y se intenta dar consuelo. Es recurrente en el equipo de salud, la manifestación de tristeza y empatía hacia la madre, porque muchos de ellos también son madres y padres de familia, incluso abuelos y abuelas. En algunas ocasiones el equipo de salud se auto percibe como una pared, es decir, fríos, frívolos, sin sentimientos, pero es con el pasar del tiempo y las experiencias vividas, se forma en ellos como una especie de coraza. Se llegan a sentir culpables e impotentes por las muertes de los neonatos, a pesar de haber hecho todo lo que estuvo a su alcance. Trabajan al cien por ciento. Manifiestan apego emocional hacia los neonatos, y es inevitable, pues son seres humanos, con sentimientos.

Dentro del discurso del personal sanitario, se evidencia la espiritualidad, la trascendencia del ser, mencionando a un Dios y el respeto hacia sus designios, aunque resulte triste y dolorosa la muerte de un recién nacido. Lo “normal” es que los hijos vean morir a sus padres, y no al contrario. Una madre no pierde nunca las esperanzas. El personal de salud ha visto una inmensa cantidad de niños y familias que han luchado y han salido vivos del Servicio de Neonatología. Se conciben a sí mismos como

7/8

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); 2.-Trato Interpersonal (TI); y 3.- Actitud de la Madre (AM)**

### **Interpretación**

dadadores de vida, de buenas noticias. Enfermeros y médicos, son para eso, para dar vida, para salvar vidas, y no para perder vidas. Desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos se considera importante, el trato con los padres y familiares, ese trato debe ser reciproco porque cuando algunos de ellos se comunican tosca y ásperamente, los familiares igual responden. Asimismo, se reconoce que ocasiones algún integrante del equipo de salud falla en su trato, por lo que se debe mejorar, sobretodo en el nuevo contingente de enfermeras, a quienes, quizá, les haga falta un poco de humanismo, de amor. Se refiere que cuando sucede este tipo de maltrato, por parte de algún miembro del equipo, lo recomendable es intervenir para identificar la situación, y hacer el llamado de atención cuando se está agrediendo verbalmente, pues ello constituye una violación a los derechos de la paciente, si no se dice nada, se está siendo cómplice del mismo.

Para el equipo de salud a los familiares se les habla claro de lo que acontece con su bebé, notificando al papá o a la abuela del infante, la situación que está sucediendo con su hijo y si el familiar no se halla ausente, se solicita a la madre autorización para brindarles la información y de esa manera cuidar la integridad del recién nacido. Las visitas en el Servicio de Neonatología se encuentran restringidas. Sin embargo, cuando el bebé está muy malito, se le permite a la madre que lo vea hasta tres veces diarias, y no esperar hasta que el bebé fallezca para que su mamá lo vea.

El equipo de salud especializado, considera que durante el embarazo existen servicios de atención tanto públicos como privados, por tanto, al no controlarse la gestación, es donde provienen las causas de complicaciones y su posterior consecuencia, que es la muerte del neonato. Se argumenta la importancia que tiene para una madre y su bebé, una buena alimentación durante el embarazo, y la realización oportuna de los exámenes. Ha habido casos evidentes en los que existe el rechazo por parte de la madre luego de nacido el bebé, y el personal de salud ha tenido que recurrir a las instituciones del Estado venezolano, para que intervengan y se hagan cargo de ese recién nacido.

Para el personal de salud, las madres deben ponerse un poco más serias, con su responsabilidad de llevar una vida sana. Exteriorizan que la actitud de la madre es determinante para el desenlace de su embarazo, porque si es una madre que no se cuida, y no está pendiente de su embarazo, le va a afectar de múltiples formas.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**8/8**

**Tabla 40.**

*Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Condicionantes Clínicas»*

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MII); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p>[CCMII/IC1]: yo te puede decir que hemos mejorado muchísimo, y de decir que haga falta ahorita muchos insumos es falso, al servicio se le ha dotado quizá no a un cien por ciento, pero sí más de un ochenta por ciento. Por supuesto que nos hace falta mayor número de incubadoras, la remodelación del servicio en este momento se está realizando, por ejemplo, en insumos en este momento al hospital le hace falta el antibiótico Meropenem, pero resulta que ellos a mí me dan un stock y ese medicamento es muy costoso, pero el servicio de Neonatología aun cuenta con cierta cantidad, y los estamos administrando muy eficientemente. En cuanto a los antibióticos, se cuenta con Ampicilina, Ciprofloxacina y lo único que me hace falta es Penicilina, que se utiliza en pacientes con VDRL Positivo, y entonces no lo tenemos, el familiar es quien debe comprarlo. Ahorita otro insumo que verdaderamente nos está fallando son las inyectadoras. Las soluciones son otro insumo de alta demanda en el servicio, una o dos cajas diariamente son suministradas al servicio. <b>(Líneas 165-184)</b>. Sí, porque la gente habla que no hay medicamentos en el hospital, pero Neonatología, a diferencia de otros servicios, sí tiene. Si yo te abro esta vitrina existe dotación, si te abro la otra donde yo también resguardo medicamentos,</p>	<p>En lo referente a la subcategoría «Medicamentos, Insumos e Instrumentales», desde la actuación del equipo de salud, en el hospital general “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, se considera que se ha mejorado muchísimo el servicio, porque han solicitado medicamentos, insumos e instrumentales, y les ha llegado, quizás no a un cien por ciento, pero sí más de un ochenta por ciento. En el caso del medicamento Meropenem que es un antibiótico de última generación muy costoso, el Servicio de Neonatología lo administra muy eficientemente, así como también los antibióticos Ampicilina y Ciprofloxacina, aunque la falla más recurrente es con el antibiótico Penicilina. Respecto a la dotación de insumos quirúrgicos para la atención de las embarazadas que llegan al hospital, existe el Programa de Ruta Materna y es quien ayuda y entrega todo ese material necesario para la cesárea, cuando es de emergencia. Tal solución, coincide perfectamente con lo reflejado en el Manual del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2020: 1), el cual manifiesta que “durante los últimos años en los que nuestro país ha estado bajo un conjunto de agresiones</p>

1/25

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

tengo medicamentos. Claro, ahorita con la remodelación del servicio, se pasó el requerimiento de Oxibú, incubadoras, todas esas cosas, pero en la parte de los medicamentos, nos hacen falta las inyectadoras y entonces los padres todos los días nos pasan dos o tres que se utilizarán en el cuidado de sus hijos. Claro las de sesenta cc, donde nosotros diluimos sí tenemos, nos faltan las pequeñas para cateterizar las vías. **(Líneas 196-207)**. Igualmente con el consumo de insumos, de indumentarias y apoyamos a otros servicios, o por el contrario cuando existe despilfarro. Claro, también en noviembre, octubre, tuvimos un repunte de casos que se consumió un alto volumen de insumos. Que sí se han muertos niños, sí, pero también hemos salvados muchos, pero sí hemos avanzado mucho **(Líneas 223-229)**. Muchas veces a los niños se les dañan las vías y es necesario retomarlas, lo que amerita otro gasto de yelco que los padres no entienden. Hay bebés que son de días muuuy difíciles, que por el tiempo que pasan en el retén consumen muchos materiales y medicamentos, antibióticos, así como también se hace difícil conseguir por donde pasar el tratamiento. Los padres no entienden que se debe descansar al bebé por tantos tratamientos que ameritan, un día o dos, para que se recuperen y no colapsen. Y los padres no entienden esos procedimientos. Siempre y cuando estén comiendo **(Líneas 245-255)**. ¡Ah! Pero para que eso suceda

**Comprensión**

de gravísima magnitud e impacto, para el pueblo venezolano, las mujeres han sido al mismo tiempo las más afectadas y las más aguerridas en defensa de la vida: el bloqueo económico causó graves daños a las condiciones de las mujeres y afectó Los servicios de salud, en particular los insumos para servicios críticos para evitar una muerte materna, como laboratorios, banco de sangre, antibióticos y medicamentos hospitalarios entre otros”.

Para el equipo de salud especializado, la dotación de insumos a una embarazada que se le va a practicar una cesárea, consiste en un kit de Laparatomía necesario en el área de quirófano, el cual contiene compresas, suturas (que son muchas) y las drogas que utiliza el anesthesiólogo. La Oxitocina es una de las drogas primordiales que se utilizan para el trabajo de parto, como para la cesárea, esta disminuye o detiene el sangrado. Para una cesárea electiva o programada la paciente debe suministrar todo el insumo.

El equipo de salud del hospital consideró en ese momento que las sondas en existencia para aspirar al bebé, no eran las más adecuadas porque, eran número cinco, muy pequeñas, lo que dificultaba aspirar al bebé y se necesitan las sondas del número

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

hay que ponerle Solución Dextrosa al 5% y eso ayuda a que su glicemia no baje, y al bebe hay que hidratarlo vía oral para que se recupere. Ahora bien, cuando ellos pueden tolerar un poquito, esperamos uno o dos días vía oral para volver al tratamiento vía endovenoso, o si no, se plantea vamos a practicar una flebotomía. Allí también se incomodan los padres por la pequeña incisión, porque van a cortar y agarrar puntos que se le hace al bebé. - [Entrevistador:] ¿Qué es una flebotomía? [Entrevistada:]. Es una pequeña cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular que hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente de guardia, claro guardando toda asepsia y antisepsia para fijar un catéter. Claro el catéter es costoso y debe ser comprado por los familiares, claro es un poquito costoso un precio mayor a los treinta dólares. Aquí teníamos catéteres pero se vencieron y se tomó la decisión yo hice mi nota para recogerlos y devolverlos a almacén por la responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la vida del bebé. **(Líneas 261-280)**. Es no tener el control prenatal, aquí nos han llegado madres sin ningún control. Recién recibimos un neonato aquí de una madre que nos extrañó a todos, porque nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido, a pretérmino, falleció. Llegó a neonato como decir

**Comprensión**

entre ocho y diez, mismas que para ese momento debían ser suministradas por los familiares del neonato.

Los insumos “solución, inyectoras y yelco”, son los de mayor demanda y con las inyectoras se presentan fallas, por lo que el familiar es quien debe comprarlas. Los padres suministran dos o tres unidades que se utilizan en el cuidado a los niños se les dañan las vías y es necesario retomarlas, Sin embargo, reconocen que muchas veces lo que amerita otro gasto de insumos que los padres no entienden. El procedimiento para la atención de los bebés es variado, según el padecimiento que soportan, y de ello depende el tiempo que permanecen en la sala de Neonatología y consumen muchos materiales y medicamentos durante el tratamiento, y eso los agota y ameritan un descanso de un día o dos, para que se recuperen y no colapsen.

Lo anterior se confirma en el estudio de Morales *et al* (2020: 2), cuando refieren que “en la evolución de la medicación para la atención a la salud, a medida que se han incrementado los nacimientos prematuros, aumenta también la necesidad de utilizar la técnica intravenosa TI para lograr la sobrevivencia de estos recién nacidos (RN). No obstante, su inserción y

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

hoy y al siguiente día murió. La madre se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco para la cesárea. Nos preguntamos, ¿Por qué esa madre sí tenía los recursos para practicarse una cesárea en una clínica? ¿Por qué entonces no se controló el embarazo? (Líneas 283-295). Ahorita solo esperamos que nos doten de nuevo con Oxibú, incubadoras que es primordial, que es donde vamos a colocar al recién nacido. Yo por lo menos tengo solo dos cámaras de Oxibú y los dos están dañados. Yo termino de botar una que estaba muy deteriorada. También nos hace falta Cipack. Tenemos ocho incubadoras, debía tener una cámara de Oxibú cada una. (Líneas 422-429). Respecto a los medicamentos, insumos e instrumentales, hemos solicitado y nos han dotado: pedí termómetros para todas las incubadoras y me los dieron, también pedimos cinta métricas para cada una y me las dieron, pedimos estetoscopios y me los dieron (Líneas 436-441). [CCMI/IC2]: Acá en este servicio de sala de parto, se requieren pocos de esos insumos pero sí se cuenta con ello. Sin embargo, algunas veces tenemos fallas, de algunos insumos que no los tenemos a la mano, pero existe un programa de Ruta Materna que el mismo hospital surte, y son ellos quienes ayudan a las maternas en cuanto a insumos, es decir todo el material que se necesita para la cesárea de emergencia. En cambio sí es una cesárea electiva o programada, la paciente

**Comprensión**

mantenimiento debe ser considerado como un procedimiento minucioso en este tipo de pacientes, debido las condiciones anatomofisiológicas” [...] “Por tal motivo se requiere personal de salud capacitado y actualizado para asegurar una terapia intravenosa neonatal (TIN) óptima, es decir, con el mínimo de eventos adversos”. Con respecto al gasto de insumos e instrumentales, los informantes del nosocomio confirman que desde la Sala de Neonatología se apoya a otros servicios del hospital, controlando cuando existe despilfarro. El equipo de salud del hospital reconoce que en los meses de octubre y noviembre 2023, hubo un repunte de casos ingresados a la Sala de Neonatología, por lo que hubo un mayor consumo de insumos, afirman que sí han muertos niños, pero que también se han salvado muchos otros. Mucha gente asegura que no hay medicamentos en el hospital, pero en Neonatología, a diferencia de otros servicios, sí los hay. El equipo de salud que opera en la Sala de Neonatología, estaba a la espera de una nueva dotación en cuanto a instrumentales, Oxibú e incubadoras, que son primordiales para el servicio y es donde se colocan a los recién nacidos. Precisan haber solicitado y recibido termómetros para todas las

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

Debe traer todo, porque no es una emergencia. Cuando llega una emergencia, a ellas se les aporta todo ese material. Los insumos que hay aquí, son exclusivos para emergencias. [entrevistador:] ¿qué insumos se necesitan en una cesárea de emergencia? [entrevistada:]. Un kit de laparatomía, que es lo que se necesita en el área de quirófano, compresas, suturas (que son muchas), drogas que utiliza el (líneas 109-124). Es no tener el control prenatal, aquí nos han llegado madres sin ningún control. Recién recibimos un neonato aquí de una madre que nos extrañó a todos, porque nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido, a pretérmino, falleció. Llegó a neonato como decir hoy y al siguiente día murió. La madre se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco para la cesárea. Nos preguntamos, ¿por qué esa madre sí tenía los recursos para practicarse una cesárea en una clínica? ¿por qué entonces no se controló el embarazo? (líneas 283-295). Control y seguimiento y cumplir con todas las normas de seguridad para garantizar la asepsia. Lo otro no sé cómo se hará, pero hay que obligar a las embarazadas a cumplir con el control prenatal, porque ahorita está la parte ambulatoria que es responsable de hacer el trabajo en las comunidades, junto a líderes de calle, los consejos comunales y captar la

**Comprensión**

incubadoras, cintas métricas y estetoscopios. Sin embargo, se contaba con apenas dos cámaras de Oxibú y estaban dañadas. Las ocho incubadoras del servicio, debieran tener una cámara de Oxibú cada una. También hacen falta Cipack. En cuanto al «control prenatal» como subcategoría, el equipo de salud lo considera indispensable para el futuro de los bebés, pues es muy frecuente que al hospital lleguen madres sin ningún control prenatal, o embarazos mal controlados. Contraviniendo lo expresado en el estudio de Moya *et al* (2010:1), cuando aseguran que “el control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y Periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”. El equipo de salud especializado manifiesta su extrañeza porque inexplicablemente conocieron del caso de una madre que nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació a pretérmino, con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido y falleció. Asimismo, ellos refirieron que la madre declaró que se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

embarazadas para garantizar la parte preventiva, porque allí es donde está el enfoque de todo, porque si no hay prevención, no hay nada, porque el hospital es lo último a donde deben llegar. (Líneas 406-415). ¿Qué debería hacer una madre embarazada? [Entrevistada:] Comer sano, muchas adolescentes embarazadas fuman y beben y no se controlan los embarazos. Algunas veces hacen desastres alimentarios comiendo en la calle comida chatarra y se jacta que su hijo nació sano pero eso anesthesiólogo en ese momento, Oxitocina que es una droga primordial que se utiliza tanto para el trabajo de parto, como para la cesárea, que son las que hace disminuir o parar el sangrado. Una vez que finaliza la cesárea y nos la pasan a nosotras las enfermeras, es que nosotras comenzamos los cuidados, entonces se necesitan las sondas para aspirar al bebé, en los actuales momentos tenemos unas sondas no adecuadas para eso, tenemos sondas número cinco y se necesitan entre ocho y diez, porque son sondas muy pequeñas y se dificulta aspirar al bebé. No debe hacerse, comen chimó, fuman, beben. Incluso la parte preventiva te ayuda a ti para identificar que una parturienta con riesgo biológico, su hijo no nazca con la patología de su madre, porque el bebé mientras está en el vientre será protegido por la placenta, porque el virus no atraviesa la placenta y entonces, se puede planificar una cesárea. Es muy importante el control prenatal cada mes,

**Comprensión**

para la cesárea. El equipo hospitalario considera que la red de servicio comunal es responsable de hacer el trabajo en las comunidades, junto a líderes de calle y de los consejos comunales para captar a las embarazadas y garantizar la parte preventiva, porque si no hay prevención, no hay nada, consideran que al hospital es lo último a donde llegan. En ese sentido, destaca el artículo N° 4 publicado en (Gaceta Oficial: N° 41.886), que “en las áreas de salud integral comunitaria ASIC, se desarrollará el trabajo comunitario integrado, casa a casa, la atención integrada a la persona, a la familia y a la comunidad, promoviendo acciones para preservar la salud, para el buen vivir, implementado permanentemente el método de la pesquisa activa para la caracterización y respuestas adecuadas y oportunas de los problemas de salud”.

Afirman que las embarazadas deben comer sano, muchas embarazadas, fuman y beben y no se controlan los embarazos. Hacen desastres alimentarios comiendo en la calle, comida chatarra y se jactan que su hijo nació sano.

La parte preventiva ayuda a identificar que una parturienta con riesgo biológico, que su hijo no nazca con la patología de su madre, porque el bebé mientras está en el vientre será

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

durante todo el embarazo, porque tenemos los hospitales abarrotados. (Líneas 448-461). [CCMI/IC2]: servicio de sala de parto, se requieren pocos de esos insumos pero sí se cuenta con ello. Sin embargo, algunas veces tenemos fallas, de algunos insumos que no los tenemos a la mano, pero existe un programa de Ruta Materna que el mismo hospital surte, y son ellos quienes ayudan a las maternas en cuanto a insumos, es decir todo el material que se necesita para la cesárea de emergencia. En cambio sí es una cesárea electiva o programada, la paciente debe traer todo, porque no es una emergencia. Cuando llega una emergencia, a ellas se les aporta todo ese material. Los insumos que hay aquí, son exclusivos para emergencias (Líneas 577-589). [CCMI/IC3]: Bueno, hay como algunas veces no contamos con los implementos necesarios, y cuando los solicitamos a los familiares, son de bajos recursos y no cuentan con el dinero para comprarlos, y al final cuando se solicita a la institución y tampoco existe, se autoriza para solicitarlo a los familiares y se espera por ellos, y si se no cuenta con los recursos, no se puede hacer nada. Muchas veces si los familiares lo compran y el paciente evoluciona de forma favorable y se egresa, como otras veces la clínica va empeorando y el paciente fallece (Líneas 804-813). ¡No! No lo hay. Nosotros los residentes y el personal de enfermería y familiares de los pacientes, contribuimos

**Comprensión**

protegido por la placenta, el virus no atraviesa la placenta y entonces, se puede planificar una cesárea. Es muy importante el control prenatal cada mes, durante todo el embarazo, porque tienen a los hospitales abarrotados.

Según el equipo de salud que participó en el estudio, la causa principal de todo esto que está pasando, es porque de verdad no se cumplen las medidas preventivas, eso implica el control prenatal durante los nueve meses, y desde el primer momento en que la mujer se enteró del embarazo, debe acudir al médico, a su control, a realizarse sus ecos y hacerse los exámenes, sobre todo, a atender las infecciones urinarias y vaginosis que son muy recurrentes en los embarazos, y ello genera que los bebés nazcan con sepsis neonatal.

Esta grave situación se corresponde con los resultados presentados por Galván citado por Moya (ob. cit.: 2), “enuncia que la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, embarazo no deseado, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico”, es decir, “la ausencia de este tipo de controles en la primera etapa

7/25

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

económicamente para comprar algunos productos de limpieza (Líneas 1023-1026). [CCCP/IC1]: La causa principal de todo esto que está pasando, es porque de verdad no hay unas medidas preventivas, primeramente porque para eso están los controles prenatales. Si no hay un buen control, allí tenemos una causa probable para que el bebé nazca con una malformación, y a través de la prevención implica el control prenatal durante los nueve meses, y desde el primer momento en que se enteró del embarazo, acudir al médico, acudir al médico a su control, a sus ecos y hacerse los exámenes, sobre todo a atender las infecciones urinarias y vaginosis que son muy recurrentes en los embarazos, y ello genera que los bebés nazcan con sepsis neonatal. Si ellas no van al médico, ¿cómo resuelven signos y síntomas de riesgo para el bebé? Que si me duele aquí, que si me arde para orinar, pero no se hacen nada y no van al médico (Líneas 109-124). Es no tener el control prenatal, aquí nos han llegado madres sin ningún control. Recién recibimos un neonato aquí de una madre que nos extrañó a todos, porque nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido, a pretérmino, falleció. Llegó a neonato como decir hoy y al siguiente día murió. La madre se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco para la

**Comprensión**

del embarazo, impide detectar y tratar factores de riesgo como HIV, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales”. Los informantes del equipo de salud están convencidos que la mortalidad neonatal viene desde el momento que se inicia el embarazo, no es en el trabajo de parto, sino desde el embarazo, porque una madre debe tener su control, mínimo de seis a siete controles en sus nueve meses de gestación, allí son los médicos, en este caso que involucran también al equipo de enfermeras, sobre el seguimiento de los exámenes, como la alimentación de la madre, porque los exámenes son muy importantes para evitar la complicación de ésta. El equipo de salud manifiesta que las muertes neonatales sobrevienen con las complicaciones que tienen las madres. Allí es donde éstos bebés fallecen por la complicación que pudo haber tenido la madre. Asimismo, los informantes clave de salud, manifiestan que luego de nacer el neonato se buscan los hallazgos o antecedentes, porque una infección urinaria puede traer muchas complicaciones. No es tan frecuente la ausencia de los exámenes, sino más que todo la falta de control del embarazo, porque actualmente es algo que no se puede negar, durante el

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

cesárea. Nos preguntamos, ¿Por qué esa madre sí tenía los recursos para practicarse una cesárea en una clínica? ¿Por qué entonces no se controló el embarazo? (Líneas 283-295). Control y seguimiento y cumplir con todas las normas de seguridad para garantizar la asepsia. Lo otro no sé cómo se hará, pero hay que obligar a las embarazadas a cumplir con el control prenatal, porque ahorita está la parte ambulatoria que es responsable de hacer el trabajo en las comunidades, junto a líderes de calle, los Consejos Comunales y captar la embarazadas para garantizar la parte preventiva, porque allí es donde está el enfoque de todo, porque si no hay prevención, no hay nada, porque el hospital es lo último a donde deben llegar (Líneas 406-415). ¿Qué debería hacer una madre embarazada? [Entrevistada:] Comer sano, muchas adolescentes embarazadas, fuman y beben y no se controlan los embarazos. Algunas veces hacen desastres alimentarios comiendo en la calle comida chatarra y se jacta que su hijo nació sano pero eso no debe hacerse, comen chimó, fuman, beben. Incluso la parte preventiva te ayuda a ti para identificar que una parturienta con riesgo biológico, su hijo no nazca con la patología de su madre, porque el bebé mientras está en el vientre será protegido por la placenta, (Líneas 448-461). [CCCP/IC2]: Esto viene desde el momento que se inicia el embarazo, no es el trabajo de parto, sino desde el embarazo, porque una madre debe tener su

**Comprensión**

parto pudieran afectar las infecciones urinarias o vaginosis que pueden generar una consecuencia muy grave al recién nacido, lo que puede ocasionar una sepsis neonatal.

Aseveración que concuerda con los hallazgos presentados por Tijerina *et al* (2011: 2), “la prolongada hospitalización y los procedimientos invasivos a los que son sometidos los recién nacidos han contribuido al aumento de ciertas infecciones bacterianas”. [...] “A pesar de todos los avances en la prevención y el tratamiento, las infecciones continúan siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal”.

El equipo de salud del hospital considera que no se están controlando los embarazos de manera completa, las embarazadas no se están tomando los multivitamínicos que tomar durante el embarazo, no se están colocando su esquema de vacunación, muchas cuando llegan a sala de neonato y se les pregunta si se colocaron inductores pulmonares que ayudan al recién nacido, aceptan que no se los colocaron, o sea, son muchos los factores que están desencadenando desde el embarazo y eso progresivamente va a ir afectando al niño. Las embarazadas llegan a los partos con treinta y cinco semanas o

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

control, mínimo de seis a siete controles en sus nueve meses de embarazo, allí son los médicos, en este caso que involucra también al equipo de enfermeras, sobre el seguimiento de los exámenes, como la alimentación de la madre, porque los exámenes son muy importantes para uno poder evitar una complicación a esta madre, porque las muertes neonatales vienen con las complicaciones que tienen las madres, realmente no es porque ellos nacieron, o al menos que nazcan con una patología, pero si la complicación la tenía la madre, el recién nacido guarda esto. Allí es donde éstos bebés fallecen por la complicación que pudo haber tenido la madre. (Líneas 507-522). Creo que buscaría la forma que estos programas fueran más efectivos en las comunidades, que estos programas se extiendan al más mínimo lugar a las comunidades más pequeñas que existan, que siempre hay un médico para poder ayudar a las gestantes que necesitan de ayuda. (Líneas 561-567). Creo que buscaría la forma que estos programas fueran más efectivos en las comunidades, que estos programas se extiendan al más mínimo lugar a las comunidades más pequeñas que existan, que siempre hay un médico para poder ayudar a las gestantes que necesitan de ayuda. (Líneas 588-703). [CCCP/IC3]: ¡Mira! Ese factor depende primero desde el proceso de embarazo de la madre, porque primero se tienen que buscar los hallazgos o antecedentes, porque una infección

**Comprensión**

menos de gestación, por el mal cuidado que ellas han tenido durante el embarazo. Finalmente, en cuanto a la subcategoría «Prácticas Clínicas», desde la experiencia del equipo de salud, en el hospital general “Dr. Egor Nucete de San Carlos”, recurrentemente se practican flebotomías a los niños hospitalizados, que es una pequeña cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular que hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente de guardia, guardando toda sepsia para fijar un catéter. También refieren que el catéter es costoso y debe ser comprado por los familiares. En ocasiones los padres se incomodan por la pequeña incisión, porque van a cortar y agarrar puntos que se le hace al bebé. Comentan que tenían catéteres pero se vencieron y se tomó la decisión de recogerlos y devolverlos a almacén por la responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la vida del bebé.

En los servicios y atención a los neonatos, los informantes reconocen el apego hacia los mismos, relatando que una bebé prematura, de apenas un kilo seiscientos gramos que estuvo conectada al CPAP, entraba y salía de esos procedimientos, se optó por emplear el método “canguro”, que es cuando la madre, utilizando un suéter cómodo, seguro, se coloca a su hijo entre

**10/25**

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

urinaria puede ser una antecedente que puede traer muchas (Líneas 816-822). No es tan frecuente la ausencia de los exámenes, sino más que todo la falta de control del embarazo, porque actualmente es algo que no se puede negar, las embarazadas no se están controlando los embarazos de manera completa, las embarazadas no se están tomando los multivitamínicos que debieran tomar durante el embarazo, no se están colocando su esquema de vacunación, muchas cuando llegan a sala de neonato y le preguntamos si se colocaron inductores pulmonares que ayudan al recién nacido, aceptan que no se los colocaron, o sea, son muchos los factores que están desencadenando desde el embarazo (Línea 841-852). Eso va a depender del cuidado de la madre, como sabemos, la situación hoy en día las embarazadas no se están cuidando, no se están controlando el embarazo, no se están tomando los medicamentos correctamente, y eso progresivamente va a ir afectando al niño. Hoy en día vemos partos de treinta y cinco semanas o menos, y podemos inferir que es por el mal cuidado que ellas han tenido durante el embarazo. (Líneas 955-962). Bueno, durante el parto pudieran afectar las infecciones urinarias o vaginosis que pueden generar una consecuencia muy grave al recién nacido, porque pueden ocasionar una sepsis neonatal, el niño puede tener dificultad para la visión a futuro por el mal cuidado de la madre. También puede ser por

**Comprensión**

su pecho en medio de los senos, para darle ese calor cerca de su corazón, porque desde la barriga los bebés reconocen los latidos de su madre y eso les da calor, amor, y les ayuda muchísimo en la recuperación. Los padres también forman parte de la situación y se deben educar, algunas veces se quiere como excluirlos y no es así, por el contrario, se les instruye sobre la higiene adecuada, y se le invita a tener contacto con el bebé, a demostrarle amor, que eso ayuda. No todos los del servicio, tienen ese tacto para comunicarse con los padres y familiares. Indican que es importante compenetrarse con los familiares, por ejemplo, es necesaria la actualización pero hay cosas viejas que no se debe dejar de hacer, como ese contacto de la madre con el bebé que debe seguir produciéndose.

Al respecto se concuerda cabalmente con lo concluido en la investigación de Guerra y Muñoz (2013: 5), cuando aseveran que “el ‘sobar’ y el ‘manoseo’, para las madres participantes se relaciona con las actividades diarias de cuidado, tales como el vestirlo, alimentarlo, cambiarle el pañal, asearle. Por ello, es precisamente ese toque repetitivo y constante el que va configurando identidad a una cosa o una persona. Para la madre, ese comportamiento expresado con amor y cariño, es el

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

la alimentación de la madre y como consecuencia, los niños nacen con baja talla y peso que trae como consecuencia niños malnutridos y también por no colocarse el tratamiento de inductores pulmonares (Líneas 968-977). [CCPC/IC1]: a mí me sucedió una experiencia en la atención con una bebé que falleció prematura, de apenas un kilo seiscientos gramos, y fue conectada al CPAP, asimismo entraba y salía de esos procederes, y yo me apegué tanto a esa bebé, que yo la atendía con el método “canguro”, y yo trabajaba con mi bebé; y hubo dos días que yo libré, y cuando regresé mis compañeras manifestaron que la niña no comía, que no quería nada, la mamá cuando me veía me decía que no librara, pero yo le decía que no podía, en ese tiempo yo hacía guardias mañana, tarde y noche (Líneas 39-49). El método canguro es cuando la madre, utilizando un suéter cómodo, seguro, se coloca a su hijo entre su pecho en medio de los senos, para darle ese calor cerca de su corazón, porque desde la barriga los bebés reconocen los latidos de su madre y eso les da calor, amor, y eso les ayuda muchísimo (Líneas 72-77). Todo va de la mano porque nosotros los del servicio debemos orientar a los padres para que intervengan y manifestarles cómo y por qué debe hacerse. Porque algunas veces nosotros queremos como excluirlos y no es así, ellos también forman parte de la situación y debemos educarlos: Lávate las manos con alcohol; háblale y agárralo;

**Comprensión**

que le da ella el reconocimiento como madre, afianzando la relación de apego con su hijo recién nacido”. En el caso de la asfixia perinatal, aseguran los informantes, que cuando se comprueba mediante el examen CK-MB, que son las enzimas cardiacas cuyas cifras elevadas lo confirman, y son ingresados al retén de neonato, es preferible admitirlo con una dieta absoluta, y si los exámenes salen bien, hay que dejarlo durante setenta y dos horas, que es cuando aparecen esos posteriores signos y síntomas. Esa asfixia perinatal también causa la enfermedad Enterocolitis, que es donde el bebé se pone con el abdomen globoso y empieza a hacer buchec como borra de café. Cuando los neonatos entran en paro, se le comunica a la madre la situación. En esos casos reconocen que algunas veces se les informa o cuando están en malas condiciones, cuando tiene dificultades se le aplica Ambú a solas. El Ambú es un aparato con una perilla que se utiliza para reanimar al bebé, se coloca entre la nariz y la boca y su método es que se le dan tres pequeños masajes en el pecho, con cierta frecuencia y suavidad, por lo delicado del cuerpo del niño. Asimismo, expresa el equipo de salud que durante las emergencias, forzosamente se intercambia el Ambú entre los

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

demuéstrale amor que eso ayuda. Algunos, no todos los del servicio, tienen ese tacto para comunicarse con los padres y familiares (**Líneas 86-94**). Es importante compenetrarse con los familiares, por ejemplo, es necesaria la actualización pero hay cosas viejas que no debemos de dejar de hacer. Ese contacto de la madre con el bebé debe seguir produciéndose. ¿Qué cosas de esas viejas deben seguir haciéndose? [Entrevistada:]- Permitir ver, solo ver y no tocar no es muy conveniente, ellos pueden, con una medida de asepsia, pueden intentar y (**Líneas 99-107**). La asfixia perinatal, cuando se comprueba mediante el examen CK-MB, que son las enzimas cardiacas cuyas cifras elevadas lo confirman, y son ingresados al retén de neonato. Esa asfixia perinatal también causa Enterocolitis, que es donde el bebé se pone con el abdomen globoso y empiezan a hacer bucheros como borra de café, por eso es preferible admitirlo con una dieta absoluta, y si los exámenes salen bien, hay que dejarlo durante setenta y dos horas, que es cuando aparecen esos posteriores signos y síntomas. (**Líneas 142-151**) ¡Ah! Pero para que eso suceda hay que ponerle Solución Dextrosa al 5% y eso ayuda a que su glicemia no baje, y al bebe hay que hidratarlo vía oral para que se recupere. Cuando ellos pueden tolerar un poquito, esperamos uno o dos días vía oral para volver al tratamiento vía endovenoso, o si no, se plantea vamos a practicar una

**Comprensión**

neonatos y, es por eso que algunas veces involuntariamente se contribuye a las complicaciones, porque la patología que uno tiene, puede ser fácilmente transmitido a otro. Existiendo en cuya afirmación, completa concordancia con lo presentado por Vega (2023: 2). cuando aduce que “El diagnóstico de sepsis es complicado, lo que predispone al uso excesivo de antibióticos, hospitalizaciones innecesarias, resistencia a los antibióticos, separación de la madre y su hijo, disminución de la lactancia materna exclusiva y expone al neonato a infecciones intrahospitalarias”.

El equipo de salud también refiere que se ha tenido que construir unos “Oxibú” artesanalmente, para poder superar las crisis que frecuentemente se afrontan en la sala de neonatos. En el servicio de sala de parto cuando el recién nacido nace, que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros cinco o seis minutos, esos que marcan al personal, porque ellos quieren es dar vida, no muerte, y es cuando se realiza la reanimación cardiopulmonar al bebé, los llamados RCP.

Hay recién nacidos que nacen, lloran, otros respiran pero no lloran y se sacan de la dificultad con que llegaron, pero

**Categoría y Código de Análisis: CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

flebotomía. Allí también se incomodan los padres por la pequeña incisión, porque van a cortar y agarrar puntos que se le hace al bebé. - [Entrevistador:] ¿Qué es una flebotomía? [Entrevistada:]. Es una pequeña cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular que hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente de guardia, claro guardando toda asepsia y antisepsia para fijar un catéter. Claro el catéter es costoso y debe ser comprado por los familiares, claro es un poquito costoso un precio mayor a los treinta dólares. Aquí teníamos catéteres pero se vencieron y se tomó la decisión yo hice mi nota para recogerlos y devolverlos a almacén por la responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la vida del bebé. **(Líneas 261-280)**. Cuando ellos entran en paro ya se le comunica a la madre la situación, o cuando están en malas condiciones, cuando tiene dificultades para respirar. Algunas veces nosotras les damos Ambú solas. [Entrevistador:] - ¿Qué es el Ambú? [Entrevistada:] - Es un aparato con una perilla que se utiliza para reanimar al bebé, se coloca entre la nariz y la boca y su método es que se le dan tres masajitos en el pecho con cierta frecuencia y suaves por lo delicado del cuerpecito del niño. **(Líneas 287-396)**. Durante las emergencias intercambiamos entre los neonatos dicho aparato, y es por eso que yo digo que algunas veces involuntariamente nosotros contribuimos a las complicaciones entre ellos, porque la

**Comprensión**

hay otros que no. Hay unos que vienen sin signos vitales. Indican que en la sala de parto se deja temporalmente a las pacientes que los especialistas consideran bajo observación, por presentar una hipertensión descontrolada, o de repente salen de quirófano y falta conocer cómo evolucionan en algo, entonces se dejan en la sala de parto. Sin embargo, ese es un sitio donde ellas no tienen la tranquilidad necesaria Si se tiene a una paciente que está en trabajo de parto y se mueve de aquí para allá, el equipo de salud lo que quiere es que esa paciente salga rápido de ese trance, porque ella le transmite toda su angustia y el dolor que está atravesando, a las otras parturientas. Hay pacientes bajo observación que aconsejan a las otras que están en trabajo de parto, cuando ella debería es estar tranquila en su cuarto de hospitalización. Cuando un bebé nace se les pide a las enfermeras que le expliquen a esa madre como es que debe amamantarlo, y en qué posición lo va a colocar. Afirman que dicha orientación sí se hace, pero es como todo, hay algunas enfermeras que sí tienen el interés de enseñar, de decirles a las madres, y otras que no, como en todos los servicios del hospital Asevera el equipo de salud que en muchos casos no se

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

patología que uno tiene, puede ser fácilmente transmitida a otro. Hemos tenido que construir unos [Oxibú] artesanalmente para superar las crisis que frecuentemente se afrontan en la sala de neonatos. (Líneas 429-436). [CCPC/IC2]: Realmente no estamos en neonato, pero hemos tenido aquí en este servicio, muertes. Se le realizan los RCP. Bueno, en el momento que el recién nacido nace, que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros esos cinco o seis minutos. Hay recién nacidos que nacen, lloran, otros respiran pero no lloran y se sacan de la dificultad con que llegaron, pero hay otros que no. Hay unos que vienen sin signos vitales. Esos que marcan a uno, porque uno quiere es dar vida, no muerte. (Líneas 540-549). Acá en sala de parto nos dejan a las pacientes que los especialistas consideran dejar bajo observación, por presentar una hipertensión o de repente salen de quirófano y falta conocer cómo evoluciona algo y entonces nos la dejan acá en sala de parto, y es un sitio donde ellas no tiene la tranquilidad necesaria. Si usted tiene al frente una paciente que está en trabajo de parto y se mueve de aquí para allá, yo lo que quiero es que esa paciente salga rápido de ese trance, porque me transmite toda su angustia y dolor que ella está atravesando. Hay pacientes bajo observación que aconsejan a las que están en trabajo de parto, cuando ella debería es estar tranquila. (Líneas

**Comprensión**

.colocaron los inductores de ventilación pulmonar, y que deben ser administrados a las embarazadas entre la veintiocho y las treinta y cuatro semanas de gestación, porque ellos van a ayudar a que los pulmones puedan formarse de una manera más satisfactoria, por eso es que muchos niños en Neonatología, nacen con dificultad respiratoria, no lloran, ni respiran al nacer, y es en vista de que sus pulmones no están completamente desarrollados.

Tal pronóstico concuerda perfectamente con lo presentado por Ribola (2010: 2), quien escribe que “entre el 6 y el 15% de los nacimientos ocurren antes del término. Ésta es la mayor causa de morbilidad neonatal, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas”. “Dentro de las complicaciones más frecuentes, encontramos al síndrome de distrés respiratorio y la enfermedad de membrana hialina, que afectan a un 0.5% de los neonatos, a un 15 – 30 % de los prematuros y a un 80 % de los nacidos antes de las 28 semanas de gestación. Además pueden presentar hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y retinopatía del prematuro entre otras complicaciones”. El equipo de salud confirma que los casos de

**Categoría y Código de Análisis: [CONDICIONANTES CLÍNICAS \(CC\)](#)**

**Subcategorías y Códigos: [1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales \(MI\)](#); [2.- Control Prenatal \(CP\)](#); y [3.- Prácticas Clínicas \(PC\)](#)**

**Información develada por los Actores Sociales**

[756-767](#)). Bebé nace les digo que le expliquen a esa madre como es que debe amamantar a su bebé en qué posición lo vas a colocar. Si se hace, de verdad que si se hace pero es como todo, hay algunas enfermeras que si tienen el interés de enseñar, de decirles a las madres y otras que no, como en todos los servicios del hospital. ([Líneas 784-790](#)). [[CCPC/IC3](#)]: Entonces, al momento del nacimiento, el recién nacido viene con complicaciones, por lo cual son ingresados al servicio de reten de Neonatología y se le piden los exámenes complementarios, se le hace todo pero ya la evolución depende del recién nacido. ([Líneas 823-827](#)). Por lo menos después que nace el recién nacido, o sea como investigar el antecedente de las madres mediante la historia de sala de partos, ve todos los antecedentes, de igual manera uno se dirige hacia las madres y se les explica el por qué se está dejando al recién nacido a Neonatología, en dependencia de la situación que él esté presentando en ese momento, y si le falta algún examen, o si se va a referir hacia algún otro lado, sino tiene HIV o VDRL, y si no los tiene debe realizárselos, porque no sabemos si el paciente tiene algunas de esas complicaciones. ([Líneas 829-839](#)). Esos apoyos deben recibirlos en control prenatal desde los Consultorios Populares de Barrio Adentro, los exámenes algunos se hacen en la red ambulatoria y el esquema de vacunación, tomaran sus multivitamínicos, se colocaran los

**Comprensión**

dificultad respiratoria, son los que se reciben con mayor frecuencia, muchas veces el bebé dura demasiado tiempo en el canal de parto y ahí pierde el oxígeno que le aporta la madre, es decir, él ya está respirando por sí solo, en ese sentido, el neonato necesita estimulación táctil y reanimación.

Al respecto, concuerda perfectamente con lo descrito por Coto *et al* (2008: 1) “El término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente, de forma genérica, en aleteo nasal” [...] ”En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos”.

Otros niños ya vienen con la dificultad respiratoria y deben ser referidos a Neonatología para su recuperación. Si las madres tuvieran un buen control del embarazo, si se hicieran sus ecografías mensualmente, si se colocaran sus vacunas, si tomaran multivitamínicos, si se colocaran los inductores de maduración pulmonar y cumplieran con un esquema

**Categoría y Código de Análisis: [CONDICIONANTES CLÍNICAS \(CC\)](#)**

**Subcategorías y Códigos: [1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales \(MI\)](#); [2.- Control Prenatal \(CP\)](#); y [3.- Prácticas Clínicas \(PC\)](#)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

inductores de maduración pulmonar y cumplieran con un esquema nutricional de forma adecuada, no hubiera este tipo de consecuencia. En caso que la paciente la madre tuviera una patología de base, puede ser hipertensa, diabética, epiléptica, ella toma control de su tratamiento durante el embarazo, para que no tuviera ningún tipo de complicación, que también se puede presentar durante el parto. **(Líneas 900-911)**. Es algo controversial, duro, pero uno le explica las condiciones en que se encontraba el paciente, que se realizó reanimación avanzada, que se le practicó durante cuarenta minutos que es lo permitido y explicado toda las situaciones de las condiciones en que se encontraba el paciente, falleció. **(Líneas 932-937)**. Vacunación, también en el hospital. Los inductores de maduración pulmonares se los pueden colocar en las Casas de Abrigo. O sea las ayudas siempre están, ahora lo que pasa es que muchas veces las madres no se hacen el control del embarazo. **(Líneas 853-861)**. Los inductores de maduración pulmonar deben colocarse durante las veintiocho o treinta y cuatro semanas de gestación, porque ellos van a ayudar a que los pulmones puedan formarse de una manera más

nutricional de forma adecuada, no hubiera este tipo de consecuencias.

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

satisfactoria, por eso es que muchos niños en Neonatología, nacen con dificultad respiratoria, no lloran, ni respiran al nacer, es en vista que sus pulmones no están completamente desarrollados, por eso es respiratoria y automáticamente deben ser referidos a que uno tiene que reanimar, o a veces que llegan con dificultad Neonatología y brindarles todos los servicios, hay que colocar oxígeno, solicitar todos los exámenes de laboratorio y ahí se va viendo la evolución del recién nacido. **(Líneas 862-875)**. Son los casos que recibimos con mayor frecuencia, muchas veces el paciente dura mucho tiempo en el canal de parto y ahí pierde el oxígeno que le aporta la madre, es decir, él ya estar espirando por sí solo, en ese sentido, necesitan estimulación táctil y reanimarlos. Otros ya vienen con la dificultad respiratoria y deben ser referidos a Neonatología para su recuperación. **(Líneas 876-883)**. Si las madres tuvieran un buen control del embarazo, si se hicieran sus ecografías mensualmente, se colocarían sus vacunas

**Interpretación**

En lo referente a la subcategoría «Medicamentos, Insumos e Instrumentales», desde la actuación del equipo de salud, en el hospital general “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, se considera que se ha mejorado muchísimo el servicio, porque han solicitado medicamentos, insumos e instrumentales, y les ha llegado, quizás no a un cien por ciento, pero sí más de un ochenta por ciento. En el caso del medicamento Meropenem que es un antibiótico de última generación muy costoso, el Servicio de Neonatología lo administra muy eficientemente, así como también los antibióticos Ampicilina y Ciprofloxacina, aunque la falla más recurrente

**18/25**

**Categoría y Código de Análisis: [CONDICIONANTES CLÍNICAS \(CC\)](#)**

**Subcategorías y Códigos: [1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales \(MI\)](#); [2.- Control Prenatal \(CP\)](#); y [3.- Prácticas Clínicas \(PC\)](#)**

### **Interpretación**

es con el antibiótico Penicilina.

Respecto a la dotación de insumos quirúrgicos para la atención de las embarazadas que llegan al hospital, existe el Programa de Ruta Materna y es quien ayuda y entrega todo ese material necesario para la cesárea, cuando es de emergencia.

Para el equipo de salud especializado, la dotación de insumos a una embarazada que se le va a practicar una cesárea, consiste en un kit de Laparatomía necesario en el área de quirófano, el cual contiene compresas, suturas (que son muchas) y las drogas que utiliza el anesthesiólogo. La Oxitocina es una de las drogas primordiales que se utilizan para el trabajo de parto, como para la cesárea, esta disminuye o detiene el sangrado. Para una cesárea electiva o programada la paciente debe suministrar todo el insumo.

El equipo de salud del hospital consideró en ese momento que las sondas en existencia para aspirar al bebé, no eran las más adecuadas porque, eran número cinco, muy pequeñas, lo que dificultaba aspirar al bebé y se necesitan las sondas del número entre ocho y diez, mismas que para ese momento debían ser suministradas por los familiares del neonato.

Los insumos “solución, inyectoras y yelco”, son los de mayor demanda y con las inyectoras se presentan fallas, por lo que el familiar es quien debe comprarlas. Los padres suministran dos o tres unidades que se utilizan en el cuidado diario de sus hijos. Sin embargo, reconocen que muchas veces a los niños se les dañan las vías y es necesario retomarlas, lo que amerita otro gasto de insumos que los padres no entienden.

El procedimiento para la atención de los bebés es variado, según el padecimiento que soportan, y de ello depende el tiempo que permanecen en la sala de Neonatología y consumen muchos materiales y medicamentos durante el tratamiento, y eso los agota y ameritan un descanso de un día o dos, para que se recuperen y no colapsen. Con respecto al gasto de insumos e instrumentarias, los informantes del nosocomio confirman que desde la Sala de Neonatología se apoya a otros servicios del hospital, controlando cuando existe despilfarro.

El equipo de salud del hospital reconoce que en los meses de octubre y noviembre 2023, hubo un repunte de casos, ingresados a la Sala de Neonatología, por lo que hubo un mayor consumo de insumos, afirman que sí han muertos niños, pero que también se han salvado muchos otros. Mucha gente asegura que no hay medicamentos en el hospital, pero en Neonatología, a diferencia de otros servicios, sí los hay.

**19/25**

**Categoría y Código de Análisis: CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

### **Interpretación**

El equipo de salud que opera en la Sala de Neonatología, estaba a la espera de una nueva dotación en cuanto a instrumentales, Oxibú e incubadoras, que son primordiales para el servicio y es donde se colocan a los recién nacidos. Precisan haber solicitado y recibido termómetros para todas las incubadoras, cintas métricas y estetoscopios. Sin embargo, se contaba con apenas dos cámaras de Oxibú y estaban dañadas. Las ocho incubadoras del servicio, debieran tener una cámara de Oxibú cada una. También hacen falta CPAP.

En cuanto al «control prenatal» como subcategoría, el equipo de salud lo considera indispensable para el futuro de los bebés, pues es muy frecuente que al hospital lleguen madres sin ningún control prenatal, o embarazos mal controlados.

El equipo de salud especializado manifiesta su extrañeza porque inexplicablemente conocieron del caso de una madre que nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació a pretérmino, con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido y falleció. Asimismo, ellos refirieron que la madre declaró que se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco para la cesárea.

El equipo hospitalario considera que la red de servicio comunal es responsable de hacer el trabajo en las comunidades, junto a líderes de calle y de los Consejos Comunales para captar a las embarazadas y garantizar la parte preventiva, porque si no hay prevención, no hay nada, consideran que al hospital es lo último a donde llegan.

Afirman que las embarazadas deben comer sano, muchas adolescentes embarazadas, fuman y beben y no se controlan los embarazos. Hacen desastres alimentarios comiendo en la calle, comida chatarra y se jactan que su hijo nació sano.

La parte preventiva ayuda a identificar que una parturienta con riesgo biológico, que su hijo no nazca con la patología de su madre, porque el bebé mientras está en el vientre será protegido por la placenta, el virus no atraviesa la placenta y entonces, se puede planificar una cesárea. Es muy importante el control prenatal cada mes, durante todo el embarazo, porque tienen a los hospitales abarrotados.

Según el equipo de salud que participó en el estudio, la causa principal de todo esto que está pasando, es porque de verdad no se cumplen las medidas preventivas, eso implica el control prenatal durante los nueve meses, y desde el primer momento en que la mujer se enteró del embarazo, debe acudir al médico, a su control, a realizarse sus ecos y hacerse los exámenes, sobre todo, a atender las infecciones urinarias y vaginosis que son muy recurrentes en los embarazos, y ello genera que los bebés nazcan con

**20/25**

**Categoría y Código de Análisis: [CONDICIONANTES CLÍNICAS \(CC\)](#)**

**Subcategorías y Códigos: [1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales \(MI\)](#); [2.- Control Prenatal \(CP\)](#); y [3.- Prácticas Clínicas \(PC\)](#)**

### **Interpretación**

sepsis neonatal. Los informantes del equipo de salud están convencidos que la mortalidad neonatal viene desde el momento que se inicia el embarazo, no es en el trabajo de parto, sino desde el embarazo, porque una madre debe tener su control, mínimo de seis a siete controles en sus nueve meses de gestación, allí son los médicos, en este caso que involucran también al equipo de enfermeras, sobre el seguimiento de los exámenes, como la alimentación de la madre, porque los exámenes son muy importantes para evitar la complicación de ésta.

El equipo de salud manifiesta que las muertes neonatales sobrevienen con las complicaciones que tienen las madres. Allí es donde éstos bebés fallecen por la complicación que pudo haber tenido la madre. Asimismo, los informantes clave de salud, manifiestan que luego de nacer el neonato se buscan los hallazgos o antecedentes, porque una infección urinaria puede traer muchas complicaciones. No es tan frecuente la ausencia de los exámenes, sino más que todo la falta de control del embarazo, porque actualmente es algo que no se puede negar, durante el parto pudieran afectar las infecciones urinarias o vaginosis que pueden generar una consecuencia muy grave al recién nacido, lo que puede ocasionar una sepsis neonatal.

El equipo de salud del hospital considera que no se están controlando los embarazos de manera completa, las embarazadas no se están tomando los multivitamínicos que tomar durante el embarazo, no se están colocando su esquema de vacunación, muchas cuando llegan a sala de neonato y se les pregunta si se colocaron inductores pulmonares que ayudan al recién nacido, aceptan que no se los colocaron, o sea, son muchos los factores que están desencadenando desde el embarazo y eso progresivamente va a ir afectando al niño. Las embarazadas llegan a los partos con treinta y cinco semanas o menos de gestación, por el mal cuidado que ellas han tenido durante el embarazo.

El equipo de salud asevera que los apoyos deben recibirlos en control prenatal desde los Consultorios Populares de Barrio Adentro, los exámenes algunos se hacen en la red ambulatoria y hospitalaria, así como también el esquema de vacunación, los inductores de maduración pulmonares se los colocan en las Casas de Abrigo. Las ayudas siempre están, ahora lo que pasa es que muchas veces las madres no se hacen el control del embarazo.

Finalmente, en cuanto a la subcategoría «Prácticas Clínicas», desde la experiencia del equipo de salud, en el hospital general “Dr. Egor Nucete de San Carlos”, recurrentemente se practican flebotomías a los niños hospitalizados, que es una pequeña cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular que hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente de guardia,

21/25

**Categoría y Código de Análisis: CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

### **Interpretación**

guardando toda sepsia para fijar un catéter. También refieren que el catéter es costoso y debe ser comprado por los familiares. En ocasiones los padres se incomodan por la pequeña incisión, porque van a cortar y agarrar puntos que se le hace al bebé. También comentan que tenían catéteres pero se vencieron y se tomó la decisión de recogerlos y devolverlos a almacén por la responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la vida del bebé.

En los servicios y atención a los neonatos, los informantes reconocen el apego hacia los mismos, relatando que una bebé prematura, de apenas un kilo seiscientos gramos que estuvo conectada al CPAP, entraba y salía de esos procedimientos, se optó por emplear el método “canguro”, que es cuando la madre, utilizando un suéter cómodo, seguro, se coloca a su hijo entre su pecho en medio de los senos, para darle ese calor cerca de su corazón, porque desde la barriga los bebés reconocen los latidos de su madre y eso les da calor, amor, y les ayuda muchísimo en la recuperación.

Los padres también forman parte de la situación y se deben educar, algunas veces se quiere como excluirlos y no es así, por el contrario, se les instruye sobre la higiene adecuada, y se le invita a tener contacto con el bebé, a demostrarle amor, que eso ayuda. No todos los del servicio, tienen ese tacto para comunicarse con los padres y familiares. Indican que es importante compenetrarse con los familiares, por ejemplo, es necesaria la actualización pero hay cosas viejas que no se debe dejar de hacer, como ese contacto de la madre.

Asimismo, se manifiesta que la parte preventiva ayuda a identificar que una parturienta con riesgo biológico, su hijo no nazca con la patología de su madre, Porque el bebé mientras está en el vientre será protegido por la placenta, porque el virus no atraviesa la placenta y entonces, se puede planificar una cesárea. Es muy importante el control prenatal cada mes, durante todo el embarazo, porque tienen a los hospitales abarrotados con dicha problemática.

En el caso de la asfixia perinatal, aseguran los informantes, que cuando se comprueba mediante el examen CK-MB, que son las enzimas cardiacas cuyas cifras elevadas lo confirman, y son ingresados al retén de neonato, es preferible admitirlo con una dieta absoluta, y si los exámenes salen bien, hay que dejarlo durante setenta y dos horas, que es cuando aparecen esos posteriores signos y síntomas. Esa asfixia perinatal también causa la enfermedad Enterocolitis, que es donde el bebé se pone con el abdomen globoso y empieza a hacer buches como borra de café. Cuando los neonatos entran en paro, se le comunica a la madre la situación. En esos casos reconocen que algunas veces se les informa o cuando están en malas condiciones, cuando tiene

22/25

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

### **Interpretación**

dificultades se le aplica Ambú a solas. El Ambú es un aparato con una perilla que se utiliza para reanimar al bebé, se coloca entre la nariz y la boca y su método es que se le dan tres pequeños masajes en el pecho, con cierta frecuencia y suavidad, por lo delicado del cuerpo del niño. Asimismo, expresa el equipo de salud que durante las emergencias, forzosamente se intercambia el Ambú entre los neonatos y, es por eso que algunas veces involuntariamente se contribuye a las complicaciones, porque la patología que uno tiene, puede ser fácilmente transmitido a otro. El equipo de salud también refiere que se ha tenido que construir unos “Oxibú” artesanalmente, para poder superar las crisis que frecuentemente se afrontan en la sala de neonatos. En el servicio de sala de parto cuando el recién nacido nace, que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros cinco o seis minutos, esos que marcan al personal, porque ellos quieren es dar vida, no muerte, y es cuando se realiza la reanimación cardiopulmonar al bebé, los llamados RCP.

Hay recién nacidos que nacen, lloran, otros respiran pero no lloran y se sacan de la dificultad con que llegaron, pero hay otros que no. Hay unos que vienen sin signos vitales.

Indican que en la sala de parto se deja temporalmente a las pacientes que los especialistas consideran bajo observación, por presentar una hipertensión descontrolada, o de repente salen de quirófano y falta conocer cómo evolucionan en algo, entonces se dejan en la sala de parto. Sin embargo, ese es un sitio donde ellas no tienen la tranquilidad necesaria.

Si se tiene a una paciente que está en trabajo de parto y se mueve de aquí para allá, el equipo de salud lo que quiere es que esa paciente salga rápido de ese trance, porque ella le transmite toda su angustia y el dolor que está atravesando, a las otras parturientas. Hay pacientes bajo observación que aconsejan a las otras que están en trabajo de parto, cuando ella debería es estar tranquila en su cuarto de hospitalización.

Notifica el equipo de salud que cuando un bebé nace se les pide a las enfermeras que le expliquen a esa madre como es que debe amamantarlo, y en qué posición lo va a colocar. Afirman que dicha orientación sí se hace, pero es como todo, hay algunas enfermeras que sí tienen el interés de enseñar, de decirles a las madres, y otras que no, como en todos los servicios del hospital. Asevera el equipo de salud que en muchos casos no se colocaron los inductores de ventilación pulmonar, y que deben ser administrados a las embarazadas entre la veintiocho y las treinta y cuatro semanas de gestación, porque ellos van a ayudar a que los pulmones puedan formarse de una manera más satisfactoria, por eso es que muchos niños en Neonatología, nacen con

23/25

**Categoría y Código de Análisis: [CONDICIONANTES CLÍNICAS \(CC\)](#)**

**Subcategorías y Códigos: [1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales \(MI\)](#); [2.- Control Prenatal \(CP\)](#); y [3.- Prácticas Clínicas \(PC\)](#)**

### **Interpretación**

dificultad respiratoria, no lloran, ni respiran al nacer, y es en vista de que sus pulmones no están completamente desarrollados. El equipo de salud confirma que los casos de dificultad respiratoria, son los que se reciben con mayor frecuencia, muchas veces el bebé dura demasiado tiempo en el canal de parto estimulación táctil y reanimación.

Otros niños ya vienen con la dificultad respiratoria y deben ser referidos a Neonatología para su recuperación. Si las madres tuvieran un buen control del embarazo, si se hicieran sus ecografías mensualmente, si se colocaran sus vacunas, si tomaran multivitamínicos, si se colocaran los inductores de maduración pulmonar y cumplieran con un esquema nutricional de forma adecuada, no hubiera este tipo de consecuencias.

Asimismo, expresa el equipo de salud que durante las emergencias, forzosamente se intercambia el Ambú entre los neonatos y, es por eso que algunas veces involuntariamente se contribuye a las complicaciones, porque la patología que uno tiene, puede ser fácilmente transmitido a otro.

El equipo de salud también refiere que se ha tenido que construir unos “Oxibú” artesanalmente, para poder superar las crisis que frecuentemente se afrontan en la sala de neonatos. En el servicio de sala de parto cuando el recién nacido nace, que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros cinco o seis minutos, esos que marcan al personal, porque ellos quieren es dar vida, no muerte, y es cuando se realiza la reanimación cardiopulmonar al bebé, los llamados RCP.

Hay recién nacidos que nacen, lloran, otros respiran pero no lloran y se sacan de la dificultad con que llegaron, pero hay otros que no. Hay unos que vienen sin signos vitales.

Indican que en la sala de parto se deja temporalmente a las pacientes que los especialistas consideran bajo observación, por presentar una hipertensión descontrolada, o de repente salen de quirófano y falta conocer cómo evolucionan en algo, entonces se dejan en la sala de parto. Sin embargo, ese es un sitio donde ellas no tienen la tranquilidad necesaria, a una paciente que está en trabajo de parto y se mueve de aquí para allá, el equipo de salud lo que quiere es que esa parturienta salga rápido de ese trance, porque ella le transmite toda su angustia y el dolor que está atravesando, a las otras. y ahí pierde el oxígeno que le aporta la madre, es decir, él ya está respirando por sí solo, en ese sentido, el neonato necesita

24/25

**Categoría y Código de Análisis:** **CONDICIONANTES CLÍNICAS (CC)**

**Subcategorías y Códigos:** **1.- Medicamentos, Insumos e Instrumentales (MI); 2.- Control Prenatal (CP); y 3.- Prácticas Clínicas (PC)**

**Interpretación**

Si se tiene hay pacientes bajo observación que aconsejan a las otras que están en trabajo de parto, cuando ella debería es estar tranquila en su cuarto de hospitalización.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**25/25**

**Tabla 41.**

*Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Muerte Neonatal»*

**Categoría y Código de Análisis:** MUERTE NEONATAL (MN)

**Subcategorías y Códigos:** 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)

<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p>[MNCM/IC1]: La bebé se llamaba Isabel, y de verdad me dejó una experiencia muy linda. Al final murió al mes porque era una bebé pretérmino y es fuerte, ellos son muy delicados, (Líneas 49-52). ¿Qué es una borra de café? – [Entrevistada:]- Son buchecitos que expulsan el neonato muy similar al residuo de partículas de café pos colado, que es un signo de la enterocolitis que está sufriendo el bebé que posteriormente produce riesgosos sangrados y es causa de muerte neonatal. (Líneas 151-156). La angustia más grande es cuando ellos no comen, si el bebé no come y está en hidratación y no me tiene vía, el bebé me puede hacer una hipoglicemia y puede empezar a convulsionar y ello puede causar la muerte. (Líneas 256-259). [MNCM/IC2]: Bueno son muchas las causas que se pueden asociar a esas muertes, la madre pudo haber tenido una infección, pudo haber tenido una preeclampsia, pudo haber sufrido de cifras tensionales elevadas, estos recién nacidos, ellos llevan o al nacer, o en (Líneas 492-504). [MNCM/IC3]: Falta de recursos, porque muchas veces no contamos con los recursos suficientes y nos encontramos atados de manos, les pedimos a los familiares y les explicamos y nunca se le debe negar la situación clara y precisa de lo que presenta el recién nacido, se le dice que está en delicadas condiciones generales,</p>	<p>Con relación a la subcategoría: «Causas de la Muerte», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos se conoció de un caso emblemático de un bebé que se llamaba Isabel, y dejó una experiencia muy linda en todo el equipo. Al final murió al mes porque era un bebé pretérmino y ellos son muy delicados.</p> <p>Al respecto concuerda cabalmente con las consideraciones hechas por la OMS (2024: 2) “La mayoría de las muertes neonatales (75%) ocurren durante la primera semana de vida, y alrededor de 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas” [...] “Entre los recién nacidos, las principales causas de defunción son el parto prematuro, las complicaciones en el parto (asfixia perinatal/ traumatismo obstétrico), las infecciones neonatales y las anomalías congénitas”, Asimismo, se evidenció que expulsó borras de café que son buchecitos, muy similar al residuo de partículas de café pos colado, y es un signo de la enfermedad enterocolitis que es causa de muerte neonatal. Ellos también refieren que la angustia más grande es cuando los neonatos no comen, si el bebé no come y está en</p>

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

se le solicita lo que no se tiene en el servicio, se le hace por escrito para que ellos lo puedan canalizar. (Líneas 886-893) [MNCML/IC1]: Claro, en estos días nos molestamos porque tenemos dos o tres denuncias en fiscalía que los familiares han interpuesto, vinieron a inspeccionarnos y revisaron las historias y al bebé, demostramos todo lo contrario. Les explicamos los esfuerzos que el personal hace para venir a trabajar, sin comer, los costos del pasaje y emplazamos a los de Fiscalía, a los del CEDNA, que si existe alguna ley que nos ampare a nosotras por los atropellos, porque ya llevamos tres denuncias con ésta. (Líneas 210-218). ¿Cuándo vienen esas inspecciones de fiscalía. ¿Qué hacen? [Entrevistada:] Revisan las historias, revisan al bebé, porque ellos, los padres, algunos no entienden que para cumplir el tratamiento a los niños y agarrar las vías, ellos se mueven y a cada rato se pierde el contacto, y antes teníamos unas paleticas para inmovilizarlos y ellos consideraban que los teníamos amarrados, y pensaban que los estábamos maltratando y hacen las denuncias. Ya no lo amarramos. (Líneas 237-245). [MNCML/IC2]: ¡Sí! Si hemos tenido situaciones de esa naturaleza, hace como dos años, de hecho es una colega, ella tuvo sus inicios de trabajo de parto, asimismo, como quien dice, su médico de cabecera estuvo todo el tiempo con ella, hasta que el bebé nace deprimido, de inmediato lo bajan a neonato, de emergencia, y horas después

**Comprensión**

hidratación y no tiene vía conectada, el bebé puede hacer una hipoglicemia y puede convulsionar y ello puede causar la muerte.

De igual forma el equipo de salud manifestó que son muchas las causas que se pueden asociar a esas muertes, la madre pudo haber tenido una infección, pudo haber tenido una preeclamsia, pudo haber sufrido de cifras tensionales elevadas, enfermedades que estos recién nacidos llevan o se contagian al nacer.

Asimismo, los informantes refieren que la falta de recursos en el hospital es participe en las causas de la muerte neonatal, porque muchas veces no se cuenta con los recursos suficientes, y se encuentran atados de manos, en ese sentido, se les pide a los familiares y se les explica. Nunca se le debe negar la situación, siempre clara y precisa de lo que presenta el recién nacido, se le dice que está en delicadas condiciones generales, por escrito se le solicita lo que para el momento no se tiene en el servicio, para que ellos lo puedan gestionar o comprar.

El equipo asistencial del hospital describió qué una sepsis neonatal, es una infección generalizada que sufre el neonato a causa de múltiples infecciones urinarias, o vaginosis que

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

el bebé fallece, supuestamente por una dificultad respiratoria, ¿pero qué pasa? en el momento del trabajo de parto, la paciente está recibiendo el medicamento Oxitocina que fomenta la dilatación de la cavidad por donde pasará el bebé, de uno hasta llegar a diez centímetros, y eso produce dolor y ella se cerraba a todo eso, y al cerrarse se detenían las contracciones, entonces el avance que se lograba cada vez se reducía y se produjo una distocia. Una distocia es que el trabajo de parto no avanzó más. Sin embargo, ella logró expulsar al bebé, en condiciones de deprimido por haber estado en cuestiones de minutos sin una oxigenación adecuada. Ella denunció al médico, dijo que el médico no le había hecho su cesárea y ha llegado a tal punto que hoy, hace dos años, y el caso se mantiene abierto. Ella le echa la culpa cien por ciento es al médico, pero también fue error de ella, y quizás sí del médico, ellos lo menos que buscan es hacer una cesárea o una cirugía, y la practican al ver que no avanza el trabajo de parto. Pero ellos lo que buscan es que las mujeres paran a sus bebés normalitos. Pero qué pasa, hay mujeres que lo requieren y en ese caso, ella también involucró al equipo de enfermería, denunciando que no estuvieron pendiente de ella y algunas veces los pacientes que menos cooperan, son los del mismo gremio profesional de la salud. (Líneas 612-642). ¿Pero viene para acá la gente de la fiscalía? [Entrevistada:] ¡Si ellos vienen para acá, las historias se las

**Comprensión**

sobrelleva la madre durante el embarazo y la trasmite a su hijo. También afirmaron que es necesario contar con la limpieza ambiental del servicio de Neonatología cada quince días para controlar las bacterias, todos los días hay que esterilizar todo, lavar las incubadoras y los instrumentales.

Igualmente, el conjunto de salud reconoce que la generación de la sepsis intrahospitalaria es motivado a la gran falla en la dotación de los productos de limpieza, ahí sí hay falla, sin embargo, la resuelven con pequeñas colaboraciones que nos otorgan los familiares, así como también, por el personal que trabaja en el servicio, porque la limpieza y el mantenimiento del servicio es fundamental. Con lo recolectado se compran desinfectantes, cloro, jabón líquido y vinagre, y se combaten las bacterias.

Los informantes clave consideran que aún se debe mejorar mucho, pero se está haciendo, se está luchando con todo el personal, porque médicos y enfermeras vienen de la calle y no se cambian la vestimenta y comienzan a trabajar con los niños y eso es contraproducente por las bacterias, y sucede que el niño que entró a neonato con otra patología termina siendo también víctima de una sepsis neonatal tardía.

**3/10**

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

llevan! [Entrevistador:] ¿Sacan las historias del hospital? [Entrevistada:] ¡No! Las historias clínicas de los pacientes están bajo resguardo del Departamento de Historias Médicas, ellas no salen del hospital. Lo que se permiten es un juego de copias fotostáticas. Llamamos a interrogatorio al personal que estuvo de guardia ese día (Líneas 643-651). La discusión de la muerte materna que es una instancia colegiada que se reúne antes de los ocho días posteriores al suceso, donde se analiza y discuten las posibles causas que originaron el deceso y desconozco cuáles fueron las verdaderas causas. [Entrevistador:] ¿Quiénes asisten a ese Comité y qué se discute en el mismo? [Entrevistada:] Participan quien realiza la autopsia, directora del hospital, jefes de servicios involucrados, equipo médico especializado y de enfermería que participó en la atención, epidemiología del hospital, ruta materna. Y se discute lo que ellos vieron y lo que consideran sea la causa del fallecimiento. Porque entonces si a mí como enfermera se me olvida anotar alguna patología que la paciente haya tenido como precedente durante su primer embarazo, debe plasmarse en esa segunda visita, sino recae responsabilidad sobre el encargado. Y cuando ello sucede es que salen a relucir todas esas patologías que explican el hecho (Líneas 664-682). Si ocurre en sala de parto, a nosotros en Neonatología no nos compete. Si fuese en Neonatología, nosotros rendiríamos las

**Comprensión**

Al respecto, guarda estrecha relación con los hallazgos presentados por Broche C., *et al.* (2021: 3). “Las infecciones de inicio tardío en la etapa neonatal, por lo general se desvinculan de los factores perinatales y están relacionadas con factores ambientales, se adquieren días después del nacimiento, casi siempre aparecen después de las 72 horas de vida e incluyen las adquiridas en la comunidad y las asociadas a los cuidados médicos” [...] “En orden de frecuencia, las más observadas son: las infecciones respiratorias agudas, las de la piel y tejidos blandos, las del tracto urinario, las meningitis y las sepsis generalizadas”.

El equipo de versionantes clave del hospital consideró que las madres están dejando de hacerse el aseo personal durante su estadía en la sala neonatal, por ello, se restringió su ingreso a la Sala. Sin embargo, se estudia la situación y de nuevo se les permitirá acompañar a su bebé, porque es necesario mantener los espacios alrededor de la sala de neonatos, bien limpia y limitada. Mientras, sucede que las enfermeras, bañan al niño y lo mantenían limpio para que cuando llamen a la madre, él estuviera bien aseado, pero su mamá lamentablemente no estaba en similar situación.

**4/10**

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

explicaciones al ente gubernamental porque muchas veces muchas muertes dependen de la institución, no solo de nosotros porque algunas veces la institución no cuenta con los recursos, y los familiares nos echan la culpa en el momento que están pasando su dolor, pero no se ponen a ver la otra parte, porque de repente nosotros podemos hacer muchas cosas pero sin los recursos, que es lo que está pasando ahorita, en la actualidad, porque sin recursos no podemos hacer mucho (Líneas 987-998). [MNSI/IC1]: ¿Qué es una sepsis neonatal? [Entrevistada:] Es una infección generalizada que sufre el neonato a causa de múltiples infecciones urinarias, vaginosis que sufre la madre durante el embarazo y la trasmite a su hijo (Líneas 124-128). Es necesario contar también con la limpieza ambiental del servicio de Neonatología cada quince días para controlar las bacterias, todos los días hay que esterilizar todo, lavar las (Líneas 130-142). La gran falla es en la dotación de los productos de limpieza, ahí sí hay falla, sin embargo, lo resolvemos con pequeñas colaboraciones de diez bolívares que nos otorgan los familiares y el personal que trabaja en el servicio, porque la limpieza y el mantenimiento del servicio es fundamental. Con lo recolectado compramos las garrafitas de cloro, jabón líquido y vinagre, y combatimos las bacterias, porque si del servicio se apoderan las bacterias, allí sí es donde está un problema grave (Líneas 184-193). Claro

**Comprensión**

Con relación a la subcategoría: «Consideraciones Médico Legales», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, se han hecho Denuncias por fiscalía que los familiares de los niños han interpuesto, por ello, las autoridades inspeccionan y revisan las historias y al bebé. Al respecto, cuestiona lo mostrado por la Organización Panamericana de la Salud OPS (2018:14). “Un hecho muy relevante a destacar es que alrededor del 60% de los Errores Asistenciales (EA) fueron prevenibles, lo cual enfatiza la enorme importancia de la implementación de estrategias para disminuir o prevenir los errores. La mayor proporción de errores prevenibles ocurrieron en los niños menores de 1 año de edad. La naturaleza de los EA ocurridos fueron mayoritariamente las infecciones nosocomiales que representaron cerca del 40%, seguido por los errores en procedimientos quirúrgicos con el 28,5%”. Sin embargo, finalizada la inspección se demostró todo lo contrario. Igualmente, los informantes clave de salud posicionaron los esfuerzos que el personal hace para ir a trabajar, sin comer, los costos del pasaje y emplazan a los funcionarios que inspeccionan, si existe alguna ley que ampare al personal de

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

que aun debemos mejorar mucho, pero lo estamos haciendo, estamos luchando con todo el personal, porque médicos y enfermeras vienen de la calle y no nos queremos cambiar con una vestimenta y entrar a comenzar a trabajar con los niños es contraproducente por la bacterias, y puede suceder que el niño que entró a neonato con otra patología termina siendo también víctima de una sepsis tardía (**Líneas 230-236**). Las madres están dejando de hacer es el aseo personal, están descuidando su aseo personal durante su estadía acá en neonato, mientras está su bebé. Así como también, una estadía, escuché que de nuevo se les permitirá acompañar a su bebé, aunque no todos somos iguales, ni tenemos las mismas costumbres, pero es necesario mantener los espacios alrededor de la sala de neonatos, bien limpia y restringida. Cuando ellas estaban en esa sala de acompañamiento, el olor era horrible, de verdad porque no se aseaban y sus batas sucias, pero se tuvo que sacar a la mamá. Entonces sucedía que yo enfermera, bañaba al niño y lo mantenía limpio para que cuando llamásemos a la madre, él estuviera bien aseado pero su mamá no, ellas estaban tiradas en el suelo. Para que veas cuánto hemos avanzado, nosotros teníamos ese servicio pero se tuvo que sacar por la falta de cooperación y los riesgos que ello representaba (**Líneas 295-311**). **[MNSI/IC2]:** También esa es una de las causas que participan en la mortalidad neonatal. El año pasado sacaron a

**Comprensión**

salud por los atropellos que se reciben algunas veces. inmovilizarlos y ellos lo consideran como que los teníamos amarrados, y pensaban que los estábamos maltratando y hacen denuncias. Por ello, ya no se realizan esos métodos.

Los entrevistados de salud manifiestan que las historias clínicas de los pacientes están bajo resguardo del Departamento de Historias Médicas, y se permiten es un juego de copias fotostáticas. Llamamos a interrogatorio al personal que estuvo de guardia ese día.

Con relación a la subcategoría: «Sepsis Intrahospitalaria», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, El equipo de salud que se consultó consideró que en el caso del hospital hay bacterias y el niño nace en sala de parto, donde hay bacterias y en todo el recorrido que hace el personal se está, en contacto con las bacterias. Asimismo, recuerdan que en el hospital existen muchas bacterias, una es llamada *pseudomona vaginosis*, que es muy propia del hospital. Algunos padres, no entienden que para cumplir el tratamiento a los niños y agarrar las vías, ellos se mueven y a cada rato se pierde el contacto, y antes teníamos unas paleticas.

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

todo el personal de allí, e hicieron una limpieza profunda a todo el ambiente de neonato, algo así como una descontaminación, porque ellos decían que había una bacteria, algunas veces a los bebés se le practicaba una punción lumbar y salía contaminado con una bacteria, entonces se hablaba que era el área, porque una madre puede andar limpiecita y ella toma a su bebé en sus brazos, pero es el área la que está contaminada. Porque yo puedo tener esto aquí limpio, pero tú haces un estudio y el resultado es que pueden existir bacterias. A los bebés por el cordón umbilical que es cortado, es una zona por donde se introducen las bacterias. Asimismo, por el pañal ellos cuando defecan se llenan todos y puede ser origen de una sepsis neonatal (**Líneas 717-733**). Nosotros tenemos que estar pidiendo colaboraciones para comprar el cloro. ¡Quirófano sí! A quirófano constantemente se está desinfectando con cloro y vinagre. A sala de parto no. Ellos, los administradores, dicen que no es necesario, es muy raro cuando a nosotros nos abastecen de Gerdex (**Líneas 735-744**). [MNSI/IC3]: En el caso del hospital hay bacterias y el niño nace en sala de parto, donde hay bacterias y en todo el recorrido que nosotros hacemos estamos, en contacto con las bacterias. Recuerda que en el hospital existen muchas bacterias, una es llamada *pseudomona vaginosis*, que es muy propia del hospital, entonces como la agarran aquí en el

**Comprensión**

El equipo especializado del hospital manifestó que el buen lavado de las incubadoras, instrumentales y todos los equipos que se utilizan con los bebés reclusos en Neonatología contribuyen a la no contaminación de los niños por sepsis intrahospitalaria.

Oliveira y Marques (2017: 2), señalan que “en las unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), se exige que las directrices enfocadas en la prevención y control de las infecciones relacionadas a la asistencia de salud IRAS, sean cumplidas de forma rigurosa, principalmente al tomar en cuenta que el recién nacido (RN), aún en las mejores condiciones, nace susceptible a las infecciones debido a que su sistema inmunológico es naturalmente inmaduro”. [...] “Adicionalmente, desde el momento del parto, se inicia en el RN el proceso de colonización por agentes virulentos que continúa por el contacto con la madre, familiares, el equipo multiprofesional, así como también, con objetos utilizados en la asistencia, muchas veces contaminados, como termómetros, estetoscopios, incubadoras, y otros transductores”

Consideran los informantes que con el desinfectante Gerdex, y si por lo menos hay una muerte neonatal, esa incubadora debe

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

hospital. Igualmente, también como le dije, el buen lavado de las incubadoras, instrumentales y todos los equipos que se utilizan con los bebés reclusos en Neonatología (**Líneas 1012-1021**). El Gerdex, y si por lo menos hay una muerte neonatal, esa incubadora debe ser limpiada y totalmente esterilizada, y mantenerse fuera de servicio por lo menos cuarenta y ocho horas, y ese protocolo no se cumple acá en el hospital por la necesidad de equipos, como tenemos poca capacidad del recurso incubadora, se utiliza prontamente (**Líneas 1028-1034**). Alcohol, agua. El cloro no está recomendado para ser utilizado por las consecuencias que acarrea en bebés. (Líneas 1036-1038).

**Comprensión**

ser limpiada y totalmente esterilizada, y mantenerse fuera de servicio por lo menos cuarenta y ocho horas. También aseveran que ese protocolo no se cumple en el hospital por la necesidad de equipos, como se tiene poca capacidad del recurso incubadora, se utiliza prontamente. El alcohol y agua son de uso imprescindible, también, acotan que el Cloro no está recomendado para ser utilizado por las consecuencias que acarrea en los bebés.

**Interpretación**

Con relación a la subcategoría: «Causas de la Muerte», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos se conoció un caso emblemático de un bebé que se llamaba Isabel, y dejó una experiencia muy linda en todo el equipo. Al final murió al mes porque era un bebé pretérmino y ellos son muy delicados, Asimismo, se evidenció que expulsó borras de café que son buches, muy similar al residuo de partículas de café pos colado, y es un signo de la enfermedad enterocolitis que es causa de muerte neonatal. Ellos también refieren que la angustia más grande es cuando los neonatos no comen, si el bebé no come y está en hidratación y no tiene vía conectada, el bebé puede hacer una hipoglicemia y puede convulsionar y ello puede causar la muerte.

El equipo de salud sustentó que son muchas las causas que se pueden asociar a esas muertes, la madre pudo haber tenido una infección, pudo haber tenido una preeclamsia, pudo haber sufrido de cifras tensionales elevadas, enfermedades que estos recién nacidos llevan o se contagian al nacer.

Los informantes refieren que la falta de recursos en el hospital es participe en las causas de la muerte neonatal, porque muchas.

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

### **Interpretación**

veces no se cuenta con los recursos suficientes, y se encuentran atados de manos, en ese sentido, se les pide a los familiares y se les explica. Nunca se le debe negar la situación, siempre clara y precisa de lo que presenta el recién nacido, se le dice que está en delicadas condiciones generales, por escrito se le solicita lo que para el momento no se tiene en el servicio, para que ellos lo puedan gestionar o comprar.

El equipo informante clave del hospital describió que una sepsis neonatal, es una infección generalizada que sufre el neonato a causa de múltiples infecciones urinarias, o vaginosis que sobrelleva la madre durante el embarazo y la trasmite a su hijo. También aseveraron que es necesario contar con la limpieza ambiental del servicio de Neonatología cada quince días para controlar las bacterias, todos los días hay que esterilizar todo, lavar las incubadoras y los instrumentales. El conjunto de salud se mostró de acuerdo en que la generación de la sepsis intrahospitalaria es motivado a la gran falla en la dotación de los productos de limpieza. Sin embargo, la resuelven con pequeñas colaboraciones que otorgan los familiares, así como también, por el personal que trabaja en el servicio, porque la limpieza y el mantenimiento del servicio es fundamental. Con lo recolectado se compran desinfectantes, cloro, jabón líquido y vinagre, y se combaten las bacterias.

Los informantes clave consideran que aún se debe mejorar mucho, pero se está haciendo, se está luchando con todo el personal, porque médicos y enfermeras vienen de la calle y no se cambian la vestimenta y comienzan a trabajar con los niños y eso es contraproducente por las bacterias, y sucede que el niño que entró a neonato con otra patología termina siendo también víctima de una sepsis neonatal tardía.

Muy semejante razonó el equipo de versionantes clave del hospital que las madres están dejando de hacerse el aseo personal durante su estadía en la sala neonatal, por ello, se restringió su ingreso a la Sala. Sin embargo, se estudia la situación y de nuevo se les permitirá acompañar a su bebé, porque es necesario mantener los espacios alrededor de la sala de neonatos, bien limpia y restringida y sucede que las enfermeras, bañan al niño y lo mantienen limpio para que cuando llamásemos a la madre, él estuviera bien aseado, pero su mamá lamentablemente no estaba en similar situación.

Con relación a la subcategoría: «Consideraciones Médico Legales», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, se encontraron molestos porque se tienen dos o tres denuncias en fiscalía que los familiares de los niños han interpuesto, por ello, las autoridades inspeccionan y revisan las historias y al bebé.

**9/10**

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Causas de la Muerte (CM); 2.- Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.- Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

### **Interpretación**

Los informantes clave de salud posicionaron los esfuerzos que el personal hace para ir a trabajar, sin comer, los costos del pasaje y emplazan a los funcionarios que inspeccionan, si existe alguna ley que ampare al personal de salud por los atropellos que se reciben algunas veces.

Algunos padres, no entienden que para cumplir el tratamiento a los niños y agarrar las vías, ellos se mueven y a cada rato se pierde el contacto, y antes teníamos unas paleticas para inmovilizarlos y ellos lo consideran como que los teníamos amarrados, y pensaban que los estábamos maltratando y hacen denuncias. Por ello, ya no se realizan esos métodos. expresaron una colega, tuvo sus inicios de trabajo de parto y su médico de cabecera estuvo todo el tiempo con ella, hasta que el bebé nació deprimido, de inmediato lo bajan a neonato, de emergencia, y horas después el bebé fallece, supuestamente por una dificultad respiratoria, producida por la distocia que fue cuando el trabajo de parto se complicó y no avanzó más. Sin embargo, ella denunció al médico, dijo que él no le había hecho una cesárea y ha llegado a tal punto que hoy, aun el caso se mantiene abierto.

Cuando se producen las intervenciones de organismos administradores de la justicia, los entrevistados de salud manifestaron que se permiten un juego de copias fotostáticas de las historias clínicas de los pacientes que están bajo resguardo del Departamento de Historias Médicas y llaman a interrogatorio al personal que estuvo de guardia ese día.

Con relación a la subcategoría: «Sepsis Intrahospitalaria», desde la percepción del equipo de salud, en el hospital general Dr. Egor Nucete de San Carlos, El equipo de salud consideró que en el caso del hospital hay bacterias y el niño nace en sala de parto, donde hay bacterias y en todo el recorrido que hace el personal se está, en contacto con las bacterias y precisan que en el hospital existen muchas bacterias, una es llamada *pseudomona vaginosis*, que es muy propia de los recintos hospitalarios.

El equipo de salud de salud del hospital manifestó que el buen lavado de las incubadoras, instrumentales y todos los equipos que se utilizan con los bebés reclusos en Neonatología contribuyen a la no contaminación de los niños por sepsis intrahospitalaria.

Al mismo tiempo, consideran los informantes que el desinfectante Gerdex es muy necesario, y si por lo menos hay una muerte neonatal, esa incubadora debe ser limpiada y totalmente esterilizada, y mantenerse fuera de servicio por lo menos cuarenta y ocho horas. También aseveran que ese protocolo no se cumple en el hospital por la necesidad de equipos, como se tiene poca capacidad del recurso incubadora, se utiliza prontamente. El alcohol y agua son de uso imprescindible. Así como también, acotan que el Cloro no está recomendado para ser utilizado por las consecuencias que acarrea en los bebés.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**10/10**

**Tabla 42.**

*Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Componente Humano»*

<b>Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)</b>	
<b>Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); y 2.- Actitud de la Madre (AC)</b>	
<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p>[CHS/IC4]: Fue sorprendente porque ni lo planeé, ni lo esperaba, ya que yo me estaba cuidando con el método anticonceptivo de inyecciones. Para mí eso fue algo muy sorprendente. [Entrevistador ¿Qué significó para ti perder a tu hija recién nacida? [Entrevistada:] ¡Estee!, Desde mi ámbito y punto de vista, como que lecciones de Dios, lecciones de vida para [voz entrecortada]... Son procesos que tenemos que atravesar los seres humanos y Dios no le da cargas a quien no lo puede soportar. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo familiar durante el embarazo? [Entrevistada:] ¡Eh! No tengo palabras para describirlo, mi familia fue mi ancla. Estuvimos unidos para todo, así como también muchos compañeros y amigos. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo familiar después de haber perdido a tu hija? [Entrevistada:] Exactamente igual, nos ayudamos entre todos porque una pérdida no es fácil, pero si tuve todo el apoyo posible. (Líneas 1075-1092). No tengo palabras y más bien me alejo, porque me revuelve, me remueve, me recuerda todo lo sucedido nuevamente, yo no tengo palabras de aliento. . (Líneas 1110-1113). Considero que recibió los servicios necesarios de salud en dicho hospital, incluso el Dr. Benito Bastidas Cirujano Infantil, en su corta estadía le operó dos veces, en busca de conocer la extraña causa del hecho. . (Líneas 1127-1130). [CHS/IC5]: Fue muy</p>	<p>Con relación a la subcategoría «Sentimiento» el grupo de madres, informante clave en la investigación consideró que cuando falleció su hijo recién nacido en el hospital, son lecciones de vida, lecciones de Dios, como procesos que se dan y tienen que atravesar los seres humanos. Al respecto concuerda perfectamente con los estudios presentados por Bautista (2014: 1) “La dolorosa experiencia de perder un hijo/a es única, personal, particular y cuando ocurre durante el embarazo, en el momento del parto o en la etapa neonatal, provoca una gran afección emocional, a la que se le suman los cambios hormonales y malestares propios del embarazo, parto o puerperio que experimenta la madre, que suelen complicar la experiencia emocional del duelo”.</p> <p>En cuanto al comportamiento familiar durante el embarazo las madres expresaron que recibieron mucho apoyo, y consideraron muy importante esa actitud de sostén y no encuentran palabras para describir lo sucedido,</p> <p>Las madres informantes, reconocieron que durante el parto y la estadía en sala de neonatología, el apoyo familiar fue mucho mayor y de todos los miembros de la pareja, hermanos,</p>

1/5

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); y 2.- Actitud de la Madre (AC);**

**Información develada por los Actores Sociales**

duro porque no era algo que yo esperaba, nadie se espera eso, fue muy duro haberlo perdido y el no entender por qué pasó y tantas cosas. [Entrevistador:] ¿Cómo fue el apoyo familiar durante el embarazo? [Entrevistada:] ¡Infinito! Mi mamá siempre, mis hermanos, siempre han estado allí, mi suegra, de toda mi familia, de quedarse en el hospital y hasta en el suelo dormir. El apoyo de mí familia fue muy importante para mí. [Entrevistador:] ¿Y cómo fue el apoyo familiar después de haber perdido a tu hijo? [Entrevistada:] Mucho mayor, de verdad es una de las cosas que puedo decir, que me ayudó a estar más tranquila, es algo que no se supera, se aprende a vivir con ello. En verdad el apoyo de mi familia, de mi esposo, de mi hijo y de mi familia ha sido significativo para mí. (Líneas 1160-1174). Bueno, que es difícil, verdad al principio no lo podía entender por qué me pasó, con la esposa de un primo, yo, pierdo a mí bebé y como a los quince días ellos pierden el suyo, y yo fui a visitarla y me pregunté qué le puedo decir si yo también estoy igual que ella, qué le puedo decir yo, era difícil. Mas sin embargo, ahorita puedo decirle a cualquiera que sí puede salir adelante y que aunque duela, se pueda vivir con ello y queda el consuelo que Dios sabe por qué hace las cosas y que quizás a lo mejor, él hubiese venido con algún defecto, o algo que yo no hubiese podido soportar, y Dios sabe nuestras cargas y qué es lo que podemos y no. Soportar, entonces pues

**Comprensión**

cuñados, suegra y esa muestra de afecto les brindó un poco de tranquilidad ante el difícil trance que vivieron. Esta manifestación concuerda fielmente con los hallazgos presentados por Pérez *et al* (2019: 1), cuando indican que “se considera que los principios de cuidado como fe, amor, convivencia, responsabilidad, disminuir riesgos entre otros, están presentes en las redes de apoyo con las que cuentan la embarazada de la comunidad, al igual está presente el sentido de acompañamiento que se establece en la familia en un principio y que se extiende hacia la comunidad, construyendo un significado de solidaridad que garantiza el crecimiento como familia”.

Manifestaron las madres que en el regreso a casa al principio es un momento muy duro, insuperable, pero se aprende a vivir con ello y queda el consuelo que Dios sabe por qué hace las cosas y que quizás a lo mejor, él niño hubiese venido con algún defecto, o algo que yo no hubiese podido soportar, y Dios sabe nuestras cargas y conque podemos y no.

Recibieron apoyo del centro hospitalario, su hija antes de morir fue operada dos veces por el interés del personal médico en salvar a la niña.

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); y 2.- Actitud de la Madre (AC);**

**Información develada por los Actores Sociales**

considero que ahorita puedo darle y brindar palabras de aliento a cualquiera y que puede salir hacia adelante y sí se puede vivir con ello. (Líneas 1210-1224). [CHS/IC6]: Fue una experiencia muy bonita, esté, nosotros deseamos tener ya a la niña, porque tenemos a dos varones, uno de ocho años y otro de cuatro, y deseamos tener a la bebé quien fue la que falleció (Líneas 1253-1256). Fue un dolor muy fuerte, de hecho, todavía sigo de hecho todavía sigo un poco débil por eso, ya que me había acostumbrado de tenerla en mi vientre y quería ahora tenerla en mis brazos viva, para darle el mismo amor que le di a mis otros dos niños, que gracias a Dios tengo conmigo. (Líneas 1258-1263). Tuve mucho apoyo de parte de mi familia y de parte de la familia de mi esposo, siempre han estado pendiente de mí, mi suegra, mi cuñada y mi pareja, siempre estuvieron pendiente de mí. [Entrevistador:] ¿Y cómo fue el apoyo familiar después de haber perdido a tu hija? [Entrevistada:] Siguió siendo el mismo, es más, incluso cuento más con ellos después del embarazo, ya que me siento fortalecida, porque si necesito algo o me siento mal, acudo a ellos, y ellos me brindan ese apoyo. (Líneas 1264-1273). Se siente un vacío enorme porque uno se acostumbra a ellos, teniéndolo nueve meses en su barriga y desea tenerlo en sus brazos para llenarlo de cariño y protegerlo. Le diría, a otra madre que está pasando por ese proceso, que si yo pude salir

**Comprensión**

Las madres participantes en la investigación expresaron que conocer el sexo de su bebé durante el embarazo, les brindó satisfacción y conformismo según fuera el caso, pero sus hijos fueron esperados con mucho cariño. En ese sentido, es relevante y coincide con estudios presentados por Martínez (2021: 3), cuando cita que “Sigmund Freud fue el primero en percatarse de la importancia de los sentimientos de las madres; se dio cuenta de que las primeras etapas de la maternidad tenían efectos a largo plazo en la psicología del niño y que la educación emocional de los hijos no empezaba cuando estos nacían, sino en el útero”.

Las madres informantes destacaron que cuando perdieron a su hijo necesitan mucho apoyo familiar, inclusive atención psicológica.

Las madres participantes en el estudio refieren que perder un hijo es un dolor muy fuerte, de hecho, todavía siguen débiles por eso, ya que se habían acostumbrado a tenerlo en el vientre y ahora ansían tenerlo en los brazos vivo, para darle el mismo amor que le dan a sus otros niños, que gracias a Dios preservan. Al respecto describen perfectamente Rozas y Francés (2001: 1), en sus estudios cuando sostienen que “la

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); y 2.- Actitud de la Madre (AC);**

**Información develada por los Actores Sociales**

adelante, aun con el dolor, le diría que trate de ser fuerte y si tiene otros hijos pequeños que se aferre a ellos, para poder salir y no superar, sino para saber llevar ese dolor tan fuerte. **(Líneas 1326-1333)**. [CHAM/IC5]: Fue planificado, nosotros ya teníamos ya un hijo mayor, que hoy en día tiene ocho años, en ese entonces tres años y obviamente queríamos tener otro bebé, y cerrar como quién dice la fábrica. Este, nos esperábamos, aunque para mí también al principio no me adaptaba a él, porque yo esperaba una hembra, cuando me hice el eco y me dicen que es otro varón, para mí fue una crisis, no lo superaba, más sin embargo, y me imagino que esas cosas, destaparían o también incidirían en que pasara lo que pasó. **(Líneas 1150-1158)**. Bueno este, quizás más cuidado, no haber permitido que me hicieran “el parche” por supuesto y haber soportado los otros dos meses allí acostada, en cama, en reposo absoluto, que era lo que se me había dicho desde un principio y todas esas cosas, pero tratando de buscar otra solución favorable. **(Líneas 1231-1236)**. [CHAM/IC6]: Cambiaría el centro médico hospitalario al que acudí. Acudiría con especialistas y si en dado caso me atendiera un médico residente, me gustaría que estuviera acompañado por especialistas. **(Líneas 1342-1345)**.

**Comprensión**

experiencia de una muerte perinatal es una circunstancia que produce una gran sensación de tristeza en los padres y que resulta difícil de afrontar, ya que éstos no sólo sienten que han perdido su descendencia, sino que el fatal desenlace va a alterar las perspectivas de futuro de la pareja. La pérdida perinatal (PP) incluye el aborto, la muerte anteparto y la muerte neonatal dentro de los 28 primeros días de vida del recién nacido”.

**Categoría y Código de Análisis: COMPONENTE HUMANO (CH)**

**Subcategorías y Códigos: 1.- Sentimientos (S); y 2.- Actitud de la Madre (AC);**

### **Interpretación**

Con relación a la subcategoría «Sentimiento» el grupo de madres, informante clave en la investigación consideró que cuando falleció su hijo recién nacido en el hospital, son lecciones de vida, lecciones de Dios, como procesos que se dan y tienen que atravesar los seres humanos.

En cuanto al comportamiento familiar durante el embarazo las madres expresaron que recibieron mucho apoyo, y consideraron muy importante esa actitud de sostén y no encuentran palabras para describir lo sucedido,

Las madres informantes, reconocieron que durante el parto y la estadía en sala de neonatología, el apoyo familiar fue mucho mayor y de todos los miembros de la pareja, hermanos, cuñados, suegra y esa muestra de afecto les brindó un poco de tranquilidad ante el difícil trance que vivieron.

Manifestaron las madres que en el regreso a casa considerando que al principio es un momento muy duro, insuperable, pero se aprende a vivir con ello y queda el consuelo que Dios sabe por qué hace las cosas y que quizás a lo mejor, él niño hubiese venido con algún defecto, o algo que yo no hubiese podido soportar, y Dios sabe nuestras cargas y conque podemos y no.

Recibieron apoyo del centro hospitalario, su hija antes de morir fue operada dos veces por el interés del personal médico en salvar a la niña.

Las madres participantes en la investigación expresaron que conocer el sexo de su bebé durante el embarazo, les brindó satisfacción y resignación según fue el caso, pero sus hijos fueron esperados con mucho cariño.

Las madres informantes destacaron que cuando perdieron a su hijo necesitan mucho apoyo familiar, inclusive atención psicológica.

Las madres participantes en el estudio refieren que perder un hijo es un dolor muy fuerte, de hecho, todavía siguen débiles por eso, ya que se habían acostumbrado a tenerlo en el vientre y ahora ansían tenerlo en los brazos vivo, para darle el mismo amor que le dan a sus otros niños, que gracias a Dios preservan.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**5/5**

**Tabla 43.**

*Comprensión e interpretación de los significados y significantes que emergieron de la categoría «Muerte Neonatal»*

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.-Causas de la Muerte (CM); 2.-Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.-Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p>[MNCM/IC4]: luego de dieciocho días de estar en casa, fue que regresamos al hospital. [Entrevistador:] ¿Hubo algo que te llamó la atención para la toma de decisiones de volver al hospital? [Entrevistada:] ¡Sí! Un llanto irritante de mi hija ya que no tenía esos síntomas, eso alteró mi angustia y la llevé directamente al hospital. (Líneas 1101-1107). Entrevistada:] Salir rápido de... de esa área. Sí, salir rápido de esa área, porque, esteee, desde mi punto, mi hija obtuvo la bacteria fue allí, ya que es una bacteria intrahospitalaria. El Diagnóstico fue confirmado por exámenes especializados que se le hicieron a la niña, tanto dentro como fuera del estado. (Líneas 1121-1126). [MNCM/IC5]; ¡Eehh!. Para mi serían muchas las causas, esteee, fueron muchas las que provocaron la ruptura de membrana, desconozco cuáles fueron, más sin embargo, estuve hospitalizada por un período de un mes en el hospital de San Carlos. Durante ese mes, el líquido amniótico se mantenía porque, eehh, interdiario me hacían ecusonografía, para comprobar cómo estaba el feto y el líquido neonatal, más sin embargo, se mantenía, yo bebía muchos líquidos. Luego de ello, los médicos deciden hacerme un “parche”, que considero fue la estocada final de que tuvieran que hacerme la cesárea de emergencia y que el feto hoy en día no pudiera estar. (Líneas</p>	<p>Con relación a la subcategoría «Causas de la Muerte» el grupo de madres, informante clave en la investigación consideró que muchas de las causas son por sepsis intrahospitalaria al contagiarse con bacterias que posteriormente son determinadas mediante resultados de exámenes médicos. Tal aseveración coincide con los estudios demostrado por Pérez <i>et al</i> (2015: 3), al señalar que “en las UCIN ha llevado a que un mayor número de procesos intervencionistas, y al riesgo de mayor incidencia de las infecciones en el período neonatal que en otras etapas de la vida. Se estima que 10 de cada 1 000 nacidos vivos, contraerán una infección dentro de los primeros 28 días”. Las madres manifestaron que en los embarazos de alto riesgo obstétrico que ameritan larga estancia hospitalaria se cuestionó seguir las instrucciones de los médicos al pie de la letra, por las derivaciones incontrolables e impredecibles resultados de las prácticas clínicas quirúrgicas que se producen, causando entre otras la de mortalidad neonatal. En el discurso las madres reconocieron inadecuados sitios de hospitalización y larga espera para recibir los tardíos servicios</p>

1/5

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.-Causas de la Muerte (CM); 2.-Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.-Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

<b>Información develada por los Actores Sociales</b>	<b>Comprensión</b>
<p><b>1136-1147).</b> Bueno, -ji,ji,ji- [<i>risa nerviosa</i>] fue una tortura realmente, porque me suben a hacerme el “parche”, luego me dejan en una cama ginecológica donde hacen los legrados, desde la madrugada, hasta las ocho de la mañana, y yo de por sí soy pesada y es una cama de las chiquita, angosta e incómoda, me dejaron allí todo ese tiempo, luego que me hacen “el parche” que supuestamente iba a cerrar la fisura, eso causó de que fuera peor, el líquido empezó a salir mucho más, ahora era sangre y líquido todo eso, como hasta las ocho de la mañana que se acordaron de mí, porque le pedí a una señora de limpieza que por favor llamara a un médico. Ahí fue que me pasaron a sala de parto. Bueno, allí estuve me vieron y eso, y le pidieron a mis familiares todo lo necesario para realizar una cesárea de emergencia, me suben a hacer la cesárea como a las once de la mañana, todo ese tiempo aguantó, por supuesto. El feto había sufrido demasiado. Este, me hacen la cesárea, luego de que despierto es que me entero que obviamente el bebé estaba sumamente grave, eran exámenes tras exámenes que le hacían a cada momento. También nos dicen que se necesitaba un Cpap, cosa que pudieron habernos dicho desde un primer momento, nos dijeron mucho tiempo después, como a las cinco o seis de la tarde, mas sin embargo, mis familiares se movilizaron, tuvieron que ir hasta Acarigua a buscar ese</p>	<p>de atención médica obstétrica lo que consideraron negligencia médica del personal especializado del hospital.</p> <p>Al respecto tal versión es vinculante con los estudios presentado por Ochoa <i>et al</i> (2022: 1). “La hospitalización inadecuada implica costos innecesarios a la familia del paciente y al centro de salud, congestión de los servicios hospitalarios y disminución del beneficio social, pudiendo llegar a exponer al paciente a riesgos como infecciones intrahospitalarias y a períodos de estrés”.</p> <p>Las madres informantes clave de la investigación precisaron que los servicios obstétricos en el hospital son atendidos muy generalmente por médicos generales y no por personal médico especializado, especialmente en el horario vespertino y nocturno con falta de humanismo y consideración hacia las parturientas. Manifestación que coincide con lo expresado por Rocha <i>et al</i> (2019: 55), al precisar que “en países latinoamericanos como Argentina, Cuba, Venezuela, Uruguay y México, se ha reportado que durante el parto se vulneran los derechos de las mujeres, hay subordinación y discriminación, descalificación de los conocimientos y las opiniones de las</p>

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.-Causas de la Muerte (CM); 2.-Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.-Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

Cipack, pero ya al bebé le había dado el primer paro cardíaco. Luego le colocan el Cipack, el bebe pasó la noche batallando, por supuesto, al siguiente día, como a las once de la mañana, nos informan que el bebé había fallecido. [Entrevistador:] ¿Qué siente una madre que ha perdido a su hijo recién nacido, cuando sabe que otra madre en este momento llora por su hijo que acaba de fallecer? ¿Tú que le dirías? [Entrevistada] (Líneas 1178-1206). [MNCM/IC6]: Considero que la causa de la muerte de mi hija fue negligencia médica por parte del personal de maternidad del hospital Dr. Egor Nucete, ya que ellos me dejaron sola durante al momento del trabajo de parto. Me dejaron cinco horas sola, no me prestaron el apoyo que necesité y, les pedí de por favor que me ayudaran con una Cesárea, ya que no sentía fuerzas, no me sentía capacitada para seguir en el trabajo de parto y ellos me negaron esa oportunidad, diciéndome que una cesárea se planifica meses antes de llegar a un hospital (Líneas 1241-1250). Comencé con las contracciones el veintidós de febrero, a las ocho de la noche, mi esposo y mi comadre que es mi cuñada, me llevaron a las diez de la noche al hospital, cuando llegue allá, me atendieron, llegue con cinco dilataciones, me llenaron la historia y todo el proceso, me subieron a sala de parto y allí fue cuando el doctor me atendió, me dijo que llevaba ya ocho dilataciones, pero aún no había rompido fuente, el tendió a

**Comprensión**

mujeres por parte del personal de salud, obtención de consentimiento bajo presión, desacreditación de ellas como sujetos que sufren y naturalización de tales formas de maltrato”.

Las madres informantes refirieron que eventualmente se cumplen los protocolos de atención en los partos, ya que amuchas Multíparas son forzadas a parir naturalmente aunque se produzcan complicaciones, negando la opción a practicar cesáreas.

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.-Causas de la Muerte (CM); 2.-Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.-Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

**Información develada por los Actores Sociales**

**Comprensión**

reventar la membrana con ocho dilataciones, a las diez y media de la noche y me dijo que cuando sintiera dolor, que pujara, que yo ya había pasado dos veces por el trabajo de parto y que yo tenía que saber, como era ese procedimiento. Debido a eso, me dejó sola a las doce de la noche y hasta las cinco y media de la mañana, ellos se acostaron a descansar, no había más pacientes, solo yo. A las cinco y media de la mañana decidieron irme a revisar, me hicieron el tacto nuevamente y tenía ya diez dilataciones y en ese momento procedieron a colocarme tres ampollas de Oxitocina, una tras de otra, esas ampollas me dieron reacción, me dieron mareos, me dieron vómitos y dolor de cabeza. De ahí me mandaron a lo que uno le dice el “burro”, en ese momento habían era puro pasantes, no habían médicos como tal en ese momento. El doctor que me estaba atendiendo, me decía que tenía que colaborar, que pujara, porque solamente yo podía sacar a mi niña de ahí. Ellos no me hicieron la incisión para ayudar al bebé a salir, sino hasta a las seis y media de la mañana, que mandaron a buscar a la doctora especialista que estaba de guardia. La doctora y me vio sin fuerzas, ni nada, ella decidió cortarme abajo y entonces Fue cuando la niña salió, ella soltó un llanto pero muy débil, después no la escuché más (Líneas 1276-1309).

**Interpretación**

Con relación a la subcategoría «Causas de la Muerte» el grupo de madres, informante clave en la investigación consideró que

4/5

**Categoría y Código de Análisis: MUERTE NEONATAL (MN)**

**Subcategorías y Códigos: 1.-Causas de la Muerte (CM); 2.-Consideraciones Médico Legales (CML); y 3.-Sepsis Intrahospitalaria (SI)**

### **Interpretación**

muchas de las causas son por sepsis intrahospitalaria al contagiarse con bacterias que posteriormente son determinadas mediante resultados de exámenes médicos.

Las madres manifestaron que en los embarazos de alto riesgo obstétrico que ameritan larga estancia hospitalaria se cuestionó seguir las instrucciones de los médicos al pie de la letra, por las derivaciones incontrolables e impredecibles resultados de las prácticas clínicas quirúrgicas que se producen, causando entre otras la de mortalidad neonatal.

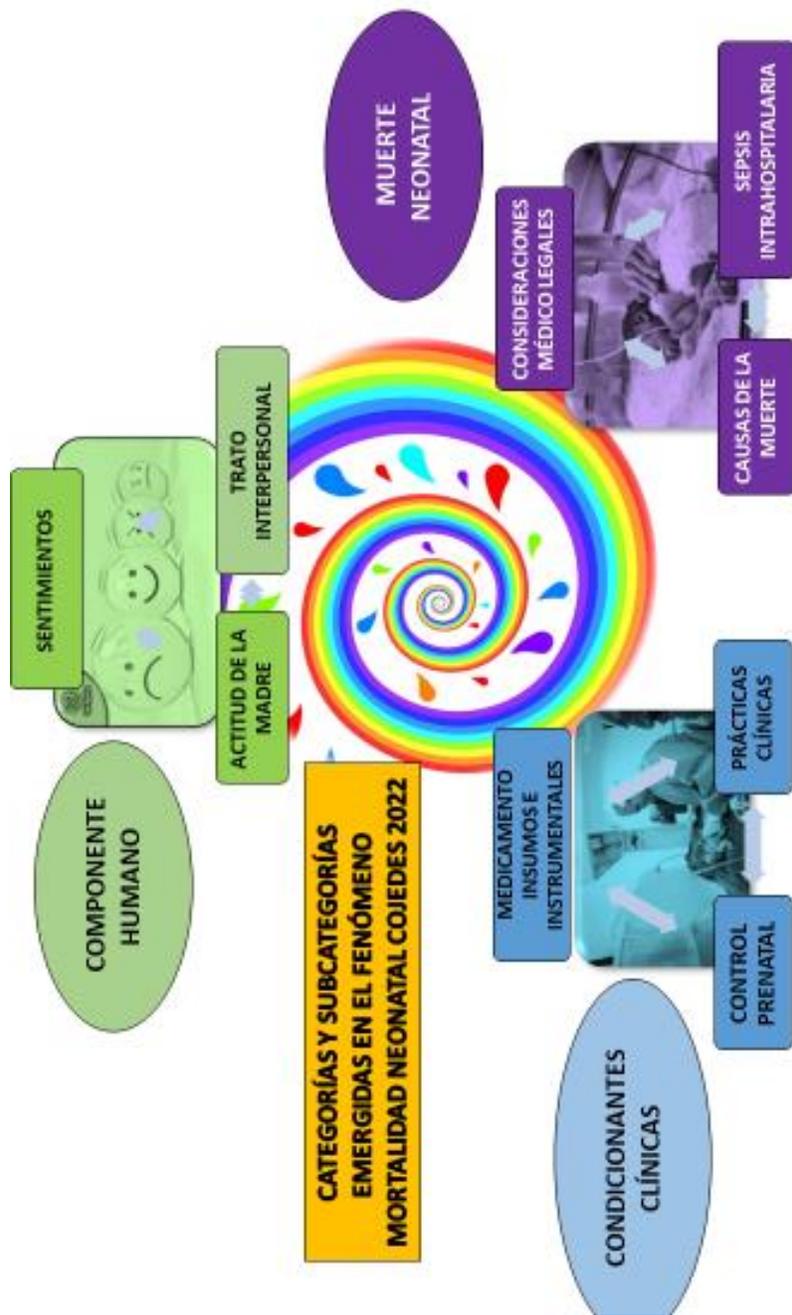
En el discurso las madres reconocieron inadecuados sitios de hospitalización y larga espera para recibir los tardíos servicios de atención médica obstétrica lo que consideraron negligencia médica del personal especializado del hospital.

Las madres informantes clave de la investigación precisaron que los servicios obstétricos en el hospital son atendidos muy generalmente por médicos generales (pasantías rotatorias) por la falta de personal médico especializado, especialmente en el horario vespertino y nocturno.

Las madres informantes refirieron que eventualmente se cumplen los protocolos de atención en los partos, ya que a muchas Multíparas son forzadas a parir naturalmente aunque se produzcan complicaciones, negando la opción a practicar cesáreas.

**Fuente:** Meléndez, Mujica (2024).

**5/5**



## **HOLÓN V**

### **TEÓRICO FINAL**

*“Nacer es comenzar a morir”.*

**Teófilo Gautier.**

#### **Integración Compleja de los Datos Cuantitativos y la Información Cualitativa**

Con el siguiente apartado se cumple el propósito número cuatro de la investigación, referido al basamento teórico que resultó de los análisis de los datos estudiados. La teoría en la investigación social, proporciona un marco conceptual y analítico para comprender y explicar los fenómenos sociales. Al respecto Martínez (1998: 88), sostiene que una teoría es una “construcción mental simbólica, verbal o icónica de naturaleza conjetural o hipotética, que nos obliga a pensar de un modo nuevo al completar, integrar, unificar, sistematizar o interpretar un cuerpo de conocimientos que hasta el momento se consideraban incompletos, imprecisos, inconexos o intuitivos”.

Al respecto, Grosser (2016: 3-4), afirma que “los datos recolectados no pueden hablar por sí solos, requieren de un lente teórico que los haga hablar. La teoría nos proporciona determinados patrones”, bajo los cuales les podemos sacar mayor provecho a las observaciones que nosotros hacemos, dado que éstas se encuentran de una u otra manera cargadas de teoría, “de este modo las observaciones se hacen más profundas, más selectivas, con mayor detalle y más exhaustivas, proporcionando a los investigadores sociales avanzar a través de arenas menos movedizas”.

Igualmente, Revilla y Gil (2018: 195), aseguran que “la construcción de una teoría científica es un ejercicio reflexivo y creativo que tiene como fundamentación la investigación exhaustiva, rigurosa y sistemática”. En este sentido, dichos investigadores señalan que “a la hora de la construcción de teorías y de la elaboración del lenguaje científico, es relevante brindar importancia a la manera cómo desde lo cotidiano los fenómenos se presentan ante el investigador”. Sin más demora, presentamos a ustedes el constructo teórico generado con este estudio.

## **Matriz Epistémica sobre los Factores Epidemiológicos Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Estado Cojedes, Venezuela**

En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, en el estado Cojedes, durante el año 2022, de cada 3 madres que perdieron a sus bebés recién nacidos, 2 mantenían la condición de multíparas. El comportamiento del período intergenésico de las madres en estudio, reveló que el grueso de parturientas que perdieron a sus hijos neonatos, oscila entre 1 y 4 años, concordando con lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que han establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos veinticuatro meses. Cuando se trata de muerte neonatal, el número de controles prenatales es muy bajo, adjudicándose el calificativo de embarazos mal controlados (EMB), bajo el argumento médico-clínico plasmado en las historias clínicas, condición que –sin duda alguna– aumenta considerablemente los riesgos de enfermedades postnatales.

De cada 3 gestantes cuya revisión se efectuó a su historia clínica, 2 eran mayores de 20 años. En estos resultados, aunque el rango de las edades no coincide textualmente con los trabajos de Donoso y otros (cit.), se refleja una concomitancia favorable con el estudio antes referido. Durante el tiempo circunscrito, es equiparable el número de muertes neonatales, bien sea que nazcan a través de un parto normal, o bien que el nacimiento sea producto de una cesárea. El mayor porcentaje de muerte neonatal en el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, durante el año 2022, se produjo en gestantes que tuvieron una labor de parto que duró al menos 30 minutos, y se extendió hasta un máximo de 4 horas, en consideración, entre mayor sea el tiempo de trabajo de parto, mayor es el riesgo de complicaciones tanto para el bebé como para la madre.

Casi el 80% de los neonatos que fallecen en el hospital general de San Carlos, Cojedes, es decir, 3 de cada 4 bebés que mueren, son gestacionalmente pre-términos o prematuros. Durante los criterios en estudio, no se registraron muertes neonatales de partos múltiples, solo gestaciones sencillas o de un solo producto. El bajo peso al nacer, constituye una característica predominante en los neonatos que fallecen en el

hospital, lo cual es proporcional a la condición de prematuridad o inmadurez que se registra. La insuficiencia respiratoria aguda, el riesgo de sepsis neonatal, y la coagulación intravascular diseminada, son las principales causas de muerte neonatal que se registran en el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, y dichas causas son consecuencia directa de embarazos no controlados y partos con un manejo muy pobre.

Los municipios Ezequiel Zamora y Tinaquillo, los de más alta densidad poblacional en el estado Cojedes, es lógico que en estos territorios se concentre el mayor número de embarazos y, por ende, de muertes neonatales. Sin embargo, dichos resultados deben llamar la atención del Sistema Público Nacional de Salud y sus órganos descentralizados, porque son esos mismos municipios, Ezequiel Zamora y Tinaquillo, los que cuentan con el mayor número de centros ambulatorios, y consultorios populares de atención primaria de salud. Mención aparte merece el municipio Arismendi del estado Barinas, quien figura de tercero en el caso de muertes neonatales registradas, municipio que reúne características de una zona de silencio, muy distante y de difícil acceso a los servicios de salud, por tanto, correspondería una verdadera articulación entre la Dirección Estatal de Salud de Cojedes, y su organismo homólogo en Barinas.

Estos resultados evidencian la directa intervención estatal en el fenómeno de la muerte neonatal, a través del Sistema Público Nacional de Salud, y la atención médica que brinda el hospital general “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, pues casi la totalidad de los recién nacidos que fallecen en la ciudad, son atendidos en dicho nosocomio local. En el hospital de San Carlos, Cojedes, durante el año en estudio, 4 de cada 5 madres que perdieron a sus bebés, apenas tenían un nivel de instrucción primaria, y en el mejor de los casos, alcanzaban una educación secundaria. Entonces, existe una relación estrecha entre el grado de instrucción de la madre, su acceso a la educación sexual y reproductiva, y la muerte neonatal.

Un elevado porcentaje de las gestantes que perdieron a sus bebés, tuvieron el apoyo emocional de sus parejas para superar y sobrellevar la pérdida perinatal. El grueso número de madres que perdieron a sus bebés en el hospital general de San Carlos,

Cojedes, durante el año en estudio, eran solteras, bien porque nunca habían contraído nupcias de manera legal, o bien porque se encontraban conviviendo en una unión estable de hecho con su pareja sentimental. Más de la mitad de las madres que perdieron a sus bebés, se trató de mujeres primigestas, que no habían parido antes, o bien de mujeres que habían tenido un parto anterior; siendo significativamente baja la tasa de mortalidad neonatal en féminas que ya han tenido 3, 4 o más partos anteriores. Desde la experiencia del equipo de salud, en el hospital general Dr. “Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, cuando un recién nacido se encuentra en la Sala de Neonatología debido a una complicación, y se agrava su condición general, el personal sanitario va sin demora y comunica a los familiares, la situación del bebé para que estén al tanto de lo que está sucediendo, como una forma de prepararlos ante lo inevitable. En algunas ocasiones, los recién nacidos permanecen durante varios días reclusos en el Servicio de Neonatología y el equipo de salud está ahí, luchando y batallando junto a ellos, pendientes de su evolución cada día, pero llega un momento en que el recién nacido no puede más, y muere.

Cuando un recién nacido fallece, existe mucha tristeza y llanto en el equipo de salud especializado intrahospitalario, indistintamente el sexo de ese personal, pues hombres y mujeres –médicos y médicas; enfermeros y enfermeras– lloran por igual ante la pérdida de un bebé. Hay abrazos, hay contacto físico desde ese personal sanitario hacia las madres, para sobrellevar en conjunto el dolor. Ese llanto trasciende el nosocomio y se traslada hacia el hogar del médico y la enfermera. Permanece durante días, les afecta grandemente y el dolor regresa con ellos al servicio, en las subsiguientes guardias. Para el personal sanitario, en muchos casos, el fallecimiento del bebé recién nacido, resulta menos traumático antes de seguir viendo su sufrimiento.

Cuidar de un neonato hospitalizado altera los nervios y genera ansiedad. No hay palabras que puedan consolar a una madre que ha perdido a su bebé, pero el equipo de salud se llena de hidalguía para dar la noticia. Se les explica cuál pudo haber sido la causa de la muerte, y se intenta dar consuelo. Es recurrente en el equipo de salud, la manifestación de tristeza y empatía hacia la madre, porque muchos de ellos

también son madres y padres de familia, incluso abuelos y abuelas. En algunas ocasiones el equipo de salud se auto percibe como una pared, es decir, fríos, frívolos, sin sentimientos, pero con el pasar del tiempo y las experiencias vividas, se forma en ellos como una especie de coraza. Se llegan a sentir culpables e impotentes por las muertes de los neonatos, a pesar de haber hecho todo lo que estuvo a su alcance. Trabajan al cien por ciento. Existe en ellos apego emocional hacia los neonatos, y es inevitable, pues son seres humanos, con sentimientos.

En el personal sanitario se evidencia espiritualidad, la trascendencia del Ser, mencionando a un Dios y el respeto hacia sus designios, aunque resulte triste y dolorosa la muerte de un recién nacido. Lo “normal” es que los hijos vean morir a sus padres, y no al contrario. Una madre no pierde nunca las esperanzas. El personal de salud ha visto una inmensa cantidad de niños y familias que han luchado y han salido vivos del Servicio de Neonatología. Se conciben a sí mismos como dadores de vida, de buenas noticias. Enfermeros y médicos, son para eso, para dar vida, para salvar vidas, y no para perder vidas.

En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, se considera importante el trato con los padres y familiares, ese trato debe ser recíproco porque cuando algunos de ellos se comunican tosca y ásperamente, los familiares igual responden. En ocasiones algún integrante del equipo de salud falla en su trato, por lo que se debe mejorar, sobretodo en el nuevo contingente de enfermeras, a quienes, quizá, les haga falta un poco de humanismo, de amor. Cuando sucede este tipo de maltrato por parte de algún miembro del equipo, se recomienda intervenir para identificar la situación, y hacer el llamado de atención cuando se está agrediendo verbalmente, pues ello constituye una violación a los derechos de la paciente. Si no se dice nada, se está siendo cómplice del mismo.

Las visitas en el Servicio de Neonatología se encuentran restringidas. Sin embargo, cuando el bebé está muy malito, se le permite a la madre que lo vea hasta tres veces diarias, y no esperar a que el bebé fallezca para que su mamá lo vea. El equipo de salud especializado, considera que durante el embarazo existen servicios de atención tanto públicos como privados, por tanto, al no controlarse la gestación, es donde

proviene las causas de complicaciones y su posterior consecuencia, que es la muerte del neonato. Se argumenta la importancia que tiene para una madre y su bebé, una buena alimentación durante el embarazo, y la realización oportuna de los exámenes. Ha habido casos evidentes en los que existe el rechazo por parte de la madre luego de nacido el bebé, y el personal de salud ha tenido que recurrir a las instituciones del Estado venezolano, para que intervengan y se hagan cargo de ese recién nacido.

Para el personal de salud, las madres deben ponerse un poco más serias, con su responsabilidad de llevar una vida sana. La actitud de la madre es determinante para el desenlace de su embarazo, porque si es una madre que no se cuida, y no está pendiente de su gestación, le va a afectar de múltiples formas.

La actuación del equipo de salud, en el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, considera que se ha mejorado muchísimo el servicio, porque han solicitado medicamentos, insumos e instrumentales, y les ha llegado, quizás no a un cien por ciento, pero sí más de un ochenta por ciento. En el caso del medicamento Meropenem que es un antibiótico de última generación muy costoso, el Servicio de Neonatología lo administra de manera muy eficiente, así como también los antibióticos Ampicilina y Ciprofloxacina, aunque la falla más recurrente es con el antibiótico Penicilina. Respecto a la dotación de insumos quirúrgicos para la atención de las embarazadas que llegan al hospital, existe el Programa “Ruta Materna” y es quien ayuda y entrega todo ese material necesario para la cesárea, cuando es de emergencia.

La dotación de insumos a una embarazada que se le va a practicar una cesárea, consiste en un kit de Laparatomía necesario en el área de quirófano, el cual contiene compresas, suturas (que son muchas) y las drogas que utiliza el anesthesiólogo. La Oxitocina es una de las drogas primordiales que se emplean tanto para el trabajo de parto, como para la cesárea, ya que ésta disminuye o detiene el sangrado. Para una cesárea electiva o programada la paciente debe suministrar todo el insumo. El equipo de salud del hospital consideró en ese momento, que las sondas en existencia para aspirar al bebé, no eran las más adecuadas porque, eran número cinco, muy pequeñas,

lo que dificultaba aspirar al bebé y se necesitaban las sondas del número entre ocho y diez, mismas que debían ser suministradas por los familiares del neonato.

Los insumos “solución, inyectoras y yelco”, son los de mayor demanda y con las inyectoras se presentan fallas, por lo que el familiar es quien debe comprarlas. Los padres suministran dos o tres unidades que se utilizan en el cuidado diario de sus hijos. Sin embargo, muchas veces a los niños se les dañan las vías y es necesario retomarlas, lo que amerita otro gasto de insumos que los padres no entienden. El procedimiento para la atención de los bebés es variado, según el padecimiento que soportan, y de ello depende el tiempo que permanecen en la Sala de Neonatología y consumen muchos materiales y medicamentos durante el tratamiento, y eso los agota y ameritan un descanso de un día o dos, para que se recuperen y no colapsen. Con respecto al gasto de insumos e instrumentarias, desde la Sala de Neonatología se apoya a otros servicios del hospital, controlando cuando existe despilfarro.

Entre los meses de octubre y noviembre 2023, hubo un repunte de casos ingresados a la Sala de Neonatología, por lo que hubo un mayor gasto de insumos. Sí han muertos niños, pero que también se han salvado muchos otros, aunque la gente asegura que no hay medicamentos en el hospital, pero en Neonatología, a diferencia de otros servicios, sí los hay. El equipo de salud que opera en la Sala de Neonatología, estaba a la espera de una nueva dotación en cuanto a instrumentales, Oxibú e incubadoras, primordiales para el servicio y es donde se colocan a los recién nacidos. Fueron recibidos termómetros para todas las incubadoras, cintas métricas y estetoscopios. Sin embargo, se contaba con apenas dos cámaras de Oxibú y estaban dañadas. Las ocho incubadoras del servicio, debieran tener una cámara de Oxibú cada una. También hacen falta CPAP.

El equipo de salud considera indispensable el control prenatal para el futuro de los bebés, pues es muy frecuente que al hospital lleguen madres sin ningún control, o embarazos mal controlados. El equipo de salud manifiesta su extrañeza porque inexplicablemente conocieron del caso de una madre que nunca se controló el embarazo, pero sí se practicó una cesárea en una clínica privada. El bebé nació a pretérmino, con una malformación a nivel cerebral, el abdomen distendido y falleció.

La madre declaró que se enteró de su malformación cuando le fueron a hacer el eco para la cesárea. La red de servicio comunal es responsable de hacer el trabajo en las comunidades, junto a líderes de calle y de los Consejos Comunales, para captar a las embarazadas y garantizar la parte preventiva, porque si no hay prevención, no hay nada, al hospital es lo último a donde deben llegar.

Las embarazadas deben comer sano, muchas adolescentes embarazadas fuman y beben y no se controlan los embarazos. Hacen desastres alimentarios comiendo en la calle, comida chatarra y se jactan que su hijo nació sano. La parte preventiva ayuda a identificar que una parturienta con riesgo biológico, no le vaya a nacer el hijo con la patología de su madre, porque el bebé mientras está en el vientre será protegido por la placenta, el virus no atraviesa la placenta y entonces, se puede planificar una cesárea. Es muy importante el control prenatal cada mes, durante todo el embarazo, porque tienen a los hospitales abarrotados.

La causa principal de todo esto que está pasando, es porque de verdad no se cumplen las medidas preventivas, eso implica el control prenatal durante los nueve meses. Desde el primer momento en que la mujer se enteró del embarazo, debe acudir al médico, a su control, a realizarse sus ecos y hacerse los exámenes, sobre todo, a atender las infecciones urinarias y vaginosis que son muy recurrentes en los embarazos, y ello genera que los bebés nazcan con sepsis neonatal. La mortalidad neonatal viene desde el momento en que se inicia el embarazo, no es en el trabajo de parto, sino desde el embarazo, porque una madre debe tener su control, mínimo de seis a siete controles en sus nueve meses de gestación, allí son los médicos, en este caso que involucran también al equipo de enfermeras, sobre el seguimiento de los exámenes, como la alimentación de la madre, porque los exámenes son muy importantes para evitar la complicación de ésta.

Las muertes neonatales sobrevienen con las complicaciones que tienen las madres. Allí es donde éstos bebés fallecen por la complicación que pudo haber tenido la madre. Luego de nacer el neonato se buscan los hallazgos o antecedentes, porque una infección urinaria puede traer muchas complicaciones. No es tan frecuente la ausencia de los exámenes, sino más que todo la falta de control del embarazo, porque

actualmente es algo que no se puede negar, durante el parto pudieran afectar las infecciones urinarias o vaginosis que pueden generar una consecuencia muy grave al recién nacido, lo que puede ocasionar una sepsis neonatal.

No se están controlando los embarazos de manera completa, las embarazadas no se están tomando los multivitamínicos que tomar durante el embarazo, no se están colocando su esquema de vacunación, muchas cuando llegan a sala de parto y se les pregunta si se colocaron los inductores pulmonares que ayudan al recién nacido, aceptan que no se los colocaron, o sea, son muchos los factores que están desencadenando desde el embarazo y eso progresivamente va a ir afectando al niño. Las embarazadas llegan a los partos con treinta y cinco semanas o menos de gestación, por el mal cuidado que ellas han tenido durante el embarazo. Los apoyos deben recibirlos en control prenatal desde los Consultorios Populares de Barrio Adentro, los exámenes algunos se hacen en la red ambulatoria y hospitalaria, así como también el esquema de vacunación. Los inductores de maduración pulmonar se los colocan en las Casas de Abrigo.

Las ayudas siempre están, ahora lo que pasa es que muchas veces las madres no se hacen el control del embarazo. En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, recurrentemente se practican flebotomías a los niños hospitalizados, que es una pequeña cirugía para agarrar la arteria femoral o la yugular, práctica clínica que hace allí mismo un cirujano pediátrico junto al residente de guardia, guardando toda sepsia para fijar un catéter. El catéter es costoso y debe ser comprado por los familiares. En ocasiones los padres se incomodan por la pequeña incisión, porque van a cortar y agarrar puntos que se le hace al bebé. En el hospital tenían catéteres pero se vencieron y se tomó la decisión de recogerlos y devolverlos a almacén por la responsabilidad y los riesgos que ello amerita para con la vida del bebé.

En los servicios y atención a los neonatos, se optó por emplear el método “canguro”, que es cuando la madre, utilizando un suéter cómodo, seguro, se coloca a su hijo entre su pecho en medio de los senos, para darle ese calor cerca de su corazón, porque desde la barriga los bebés reconocen los latidos de su madre y eso les da calor, amor,

y les ayuda muchísimo en la recuperación. Los padres también forman parte de la situación y se deben educar, algunas veces se quiere como excluirlos y no es así, por el contrario, se les instruye sobre la higiene adecuada, y se le invita a tener contacto con el bebé, a demostrarle amor, que eso ayuda. No todos los del servicio, tienen ese tacto para comunicarse con los padres y familiares. Es importante compenetrarse con los familiares, por ejemplo, es necesaria la actualización, pero hay cosas viejas que no se debe dejar de hacer, como ese contacto de la madre.

En el caso de la asfixia perinatal, cuando se comprueba mediante el examen CK-MB, que son las enzimas cardiacas cuyas cifras elevadas lo confirman, y los bebés son ingresados al retén de neonato, es preferible admitirlo con una dieta absoluta, y si los exámenes salen bien, hay que dejarlos durante setenta y dos horas, que es cuando aparecen esos posteriores signos y síntomas. Esa asfixia perinatal también causa la enfermedad Enterocolitis, que es donde el bebé se pone con el abdomen globoso y empieza a hacer buchec como borra de café. Cuando los neonatos entran en paro, se le comunica a la madre la situación. En esos casos, algunas veces se les informa o cuando están en malas condiciones, y tienen dificultades, se les aplica Ambú a solas. El Ambú es un aparato con una perilla que se utiliza para reanimar al bebé, se coloca entre la nariz y la boca, y su método es que se le dan tres pequeños masajes en el pecho, con cierta frecuencia y suavidad, por lo delicado del cuerpo del niño.

Durante las emergencias, forzosamente se intercambia el Ambú entre los neonatos y, es por eso que algunas veces involuntariamente se contribuye a las complicaciones, porque la patología que uno tiene, puede ser fácilmente transmitida a otro bebé. El equipo de salud también ha tenido que construir unos "Oxibú" artesanalmente, para poder superar las crisis que frecuentemente se afrontan en la sala de neonatos. En el servicio de sala de parto cuando el recién nacido nace, que nace vivo, pero tiene un puntaje de Adgar muy bajo, la enfermera le realiza los primeros auxilios, en esos primeros cinco o seis minutos, esos que marcan al personal, porque ellos quieren es dar vida, no muerte, y es cuando se realiza la reanimación cardiopulmonar al bebé, los llamados RCP. Hay recién nacidos que nacen, lloran, otros respiran pero no lloran

y se sacan de la dificultad con que llegaron, pero hay otros que no. Hay unos que vienen sin signos vitales.

En la sala de parto se deja temporalmente a las pacientes que los especialistas consideran bajo observación, por presentar una hipertensión descontrolada, o de repente salen de quirófano y falta conocer cómo evolucionan en algo, entonces se dejan en la sala de parto. Sin embargo, ese es un sitio donde ellas no tienen la tranquilidad necesaria. Si se tiene a una paciente que está en trabajo de parto y se mueve de aquí para allá, el equipo de salud lo que quiere es que esa paciente salga rápido de ese trance, porque ella le transmite toda su angustia y el dolor que está atravesando, a las otras parturientas. Hay pacientes bajo observación que aconsejan a las otras que están en trabajo de parto, cuando ella debería estar tranquila en su cuarto de hospitalización.

Cuando un bebé nace, se les pide a las enfermeras que le expliquen a esa madre cómo es que debe amamantarlo, y en qué posición lo va a colocar. Dicha orientación sí se hace, pero es como todo, hay algunas enfermeras que sí tienen el interés de enseñar, de decirles a las madres, y otras que no, como en todos los servicios del hospital. En muchos casos no se colocaron los inductores de ventilación pulmonar, y que deben ser administrados a las embarazadas entre la 28 y las 34 semanas de gestación, porque ellos van a ayudar a que los pulmones puedan formarse de una manera más satisfactoria, por eso es que muchos niños en Neonatología, nacen con dificultad respiratoria, no lloran, ni respiran al nacer, y es en vista de que sus pulmones no están completamente desarrollados

Los casos de dificultad respiratoria son los que se reciben con mayor frecuencia, muchas veces el bebé dura demasiado tiempo en el canal de parto y ahí pierde el oxígeno que le aporta la madre, es decir, él ya está respirando por sí solo, en ese sentido, el neonato necesita estimulación táctil y reanimación. Otros niños ya vienen con la dificultad respiratoria y deben ser referidos a Neonatología para su recuperación. Si las madres tuvieran un buen control del embarazo, si se hicieran sus ecografías mensualmente, si se colocaran sus vacunas, si tomaran multivitamínicos, si

se colocaran los inductores de maduración pulmonar, y cumplieran con un esquema nutricional de forma adecuada, no hubiera este tipo de consecuencias.

En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, se conoció un caso emblemático de un bebé que se llamaba Isabel, y dejó una experiencia muy linda en todo el equipo. Al final murió al mes porque era un bebé pretérmino y ellos son muy delicados. Isabel expulsó borras de café que son buchets, muy similares al residuo de partículas de café pos colado, y es un signo de la enfermedad enterocolitis que es causa de muerte neonatal. La angustia más grande es cuando los neonatos no comen, si el bebé no come y está en hidratación y no tiene vía conectada, el bebé puede hacer una hipoglicemia, puede convulsionar y ello puede causar la muerte. Son muchas las causas que se pueden asociar a esas muertes, la madre pudo haber tenido una infección, pudo haber tenido una preeclamsia, pudo haber sufrido de cifras tensionales elevadas, enfermedades que éstos recién nacidos llevan o se contagian al nacer.

La falta de recursos en el hospital es partícipe en las causas de la muerte neonatal, porque muchas veces no se cuenta con los recursos suficientes, y se encuentran atados de manos, en ese sentido, el equipo de salud pide a los familiares. Nunca se les debe negar la situación, siempre clara y precisa de lo que presenta el recién nacido, se le dice que está en delicadas condiciones generales, por escrito se le solicita lo que para el momento no se tiene en el servicio, para que ellos lo puedan gestionar o comprar.

Una sepsis neonatal es una infección generalizada que sufre el neonato a causa de múltiples infecciones urinarias, o vaginosis que sobrelleva la madre durante el embarazo y la trasmite a su hijo. Es necesario contar con la limpieza ambiental del servicio de Neonatología cada quince días para controlar las bacterias, todos los días hay que esterilizar todo, lavar las incubadoras y los instrumentales. La generación de la sepsis intrahospitalaria es motivada a la gran falla en la dotación de los productos de limpieza. Sin embargo, se resuelve con pequeñas colaboraciones que otorgan los familiares, así como también el personal que trabaja en el servicio, porque la limpieza

y el mantenimiento del servicio son fundamentales. Con lo recolectado se compran desinfectantes, cloro, jabón líquido y vinagre, y se combaten las bacterias.

Aún se debe mejorar mucho, pero se está haciendo, se está luchando con todo el personal, porque médicos y enfermeras vienen de la calle y no se cambian la vestimenta y comienzan a trabajar con los niños, y eso es contraproducente por las bacterias, y sucede que el niño que entró a neonato con otra patología, termina siendo también víctima de una sepsis neonatal tardía. Las madres también están dejando de hacerse el aseo personal durante su estadía en la Sala Neonatal, por ello se restringió su ingreso a dicha sala. Sin embargo, se estudió la situación y de nuevo se les permitió acompañar a sus bebés, porque es necesario mantener los espacios alrededor de la sala de neonatos bien limpia y restringida, y sucede que las enfermeras bañan al niño y lo mantienen limpio para que cuando se llame a la madre, él estuviera bien aseado, pero su mamá lamentablemente no estaba en similar situación.

En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, se encontró a algunos integrantes de su personal molestos, porque se tenían dos o tres denuncias en fiscalía, las cuales habían sido interpuestas por los familiares de niños fallecidos, por ello, las autoridades habían inspeccionado y revisado algunas historias. Aun así, se posicionó el esfuerzo que hace el personal para ir a trabajar, sin comer, costeando pasaje y emplazando a los funcionarios que inspeccionaron, si existía alguna ley que amparara al personal de salud por los atropellos que se reciben algunas veces.

Algunos padres no entienden que para cumplir el tratamiento a los niños y agarrar las vías, ellos se mueven y a cada rato se pierde el contacto, y antes se tenían unas paleticas para inmovilizarlos, y los padres consideraban que los tenían amarrados, y pensaban que estaban siendo maltratados y hacían denuncias. Por ello, ya no se realizan esos métodos. Hubo el caso de una enfermera que inició de trabajo de parto y su médico de cabecera estuvo todo el tiempo con ella, hasta que el bebé nació pero nació deprimido, de inmediato lo bajan a Neonato, de emergencia, y horas después el bebé fallece supuestamente por una dificultad respiratoria, producida por la distocia que fue cuando el trabajo de parto se complicó y no avanzó más.

Esa enfermera denunció al médico, alegó que él no le había hecho una cesárea y ha llegado a tal punto la denuncia, que aun el caso se mantiene abierto. Cuando se producen las intervenciones de organismos administradores de la justicia, se les permite un juego de copias fotostáticas de las historias clínicas de los pacientes que están bajo resguardo del Departamento de Historias Médicas, y llaman a interrogatorio al personal que estuvo de guardia ese día.

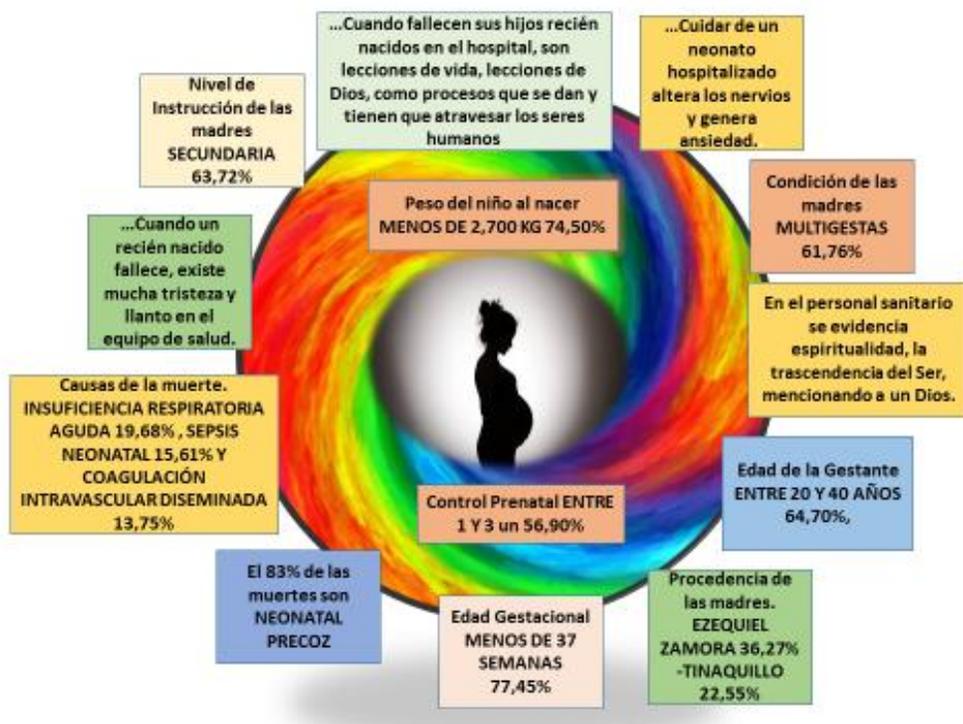
En el hospital general “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, Cojedes, hay bacterias y el niño nace en sala de parto, donde hay bacterias y en todo el recorrido que hace el personal, se está en contacto con las bacterias, una es llamada *pseudomona vaginosis*, que es muy propia de los recintos hospitalarios. El buen lavado de las incubadoras, instrumentales y todos los equipos que se utilizan con los bebés recluidos en Neonatología, contribuyen a la no contaminación de los niños por sepsis intrahospitalaria. El desinfectante Gerdex es muy necesario, y si por lo menos hay una muerte neonatal, esa incubadora debe ser limpiada y esterilizada, y mantenerse fuera de servicio por lo menos 48 horas. Ese protocolo no se cumple en el hospital por la necesidad de equipos, como se tiene poca capacidad del recurso incubadora, se reutiliza prontamente. El alcohol y agua son de uso imprescindible. El cloro no está recomendado para ser utilizado por las consecuencias que acarrea en los bebés.

Para las madres cuando fallecen sus hijos recién nacidos en el hospital, son lecciones de vida, lecciones de Dios, como procesos que se dan y tienen que atravesar los seres humanos. Las madres reciben mucho apoyo, y consideran muy importante esa actitud de sostén y no encuentran palabras para describir lo sucedido. Las madres reconocen que durante el parto y la estadía en Sala de Neonatología, el apoyo familiar es mucho mayor y de todos los miembros de la familia, pareja, hermanos, cuñados, suegra y esa muestra de afecto brinda un poco de tranquilidad ante el difícil trance que se vive. En el regreso a casa, al principio es un momento muy duro, insuperable, pero se aprende a vivir con ello y queda el consuelo que Dios sabe por qué hace las cosas, y que quizás a lo mejor, el niño hubiese venido con algún defecto, o algo que no hubiese podido soportar, y Dios sabe las cargas y con qué pueden ellas soportar.

Las madres consideran que conocer el sexo de su bebé durante el embarazo, les brinda satisfacción y resignación, porque en muchos casos sus hijos fueron esperados con cariño. Las madres cuando pierden a un hijo necesitan apoyo familiar, inclusive atención psicológica. Perder un hijo es un dolor muy fuerte. Permanecen débiles por largo tiempo. Se acostumbran a llevarlos en el vientre, ansiaban tenerlo en los brazos vivo, para darles el mismo amor que le dan a sus otros niños, que gracias a Dios preservan.

Para las madres, la principal causa de la muerte de sus hijos es por sepsis intrahospitalaria, al contagiarse con bacterias que posteriormente son determinadas mediante resultados de exámenes médicos. En los embarazos de alto riesgo obstétrico, que ameritan larga estancia hospitalaria, las madres cuestionan seguir las instrucciones de los médicos al pie de la letra, por las derivaciones incontrolables, y los resultados impredecibles de las prácticas clínicas quirúrgicas que se producen, causando la mortalidad neonatal.

Las madres reconocen inadecuados sitios de hospitalización, y larga espera para recibir los tardíos servicios de atención médica obstétrica, lo que consideran negligencia del personal especializado del hospital. Para ellos, los servicios obstétricos en el hospital son atendidos muy comúnmente por médicos generales, pasantías rotatorias, debido a la falta de personal médico especializado, especialmente en el horario vespertino y nocturno. Eventualmente se cumplen los protocolos de atención en los partos, pues muchas multíparas son forzadas a parir naturalmente, aunque se produzcan complicaciones, negando la opción a practicárseles cesáreas.



### Matriz Epistémica.

## Reflexiones de Cierre

Revisar acertadamente cientos de trabajos científicos que pululan en la web, a fin de sustentar decenas de conceptos e ideas que dejáramos plasmados en el desarrollo de nuestra labor investigativa, dejó un aprendizaje tan significativo en mí, que sin duda alguna marcó mi ser. Ello es invaluable. Atrás dejé mi incultura en exploración de conocimientos, y aprehendí –ya al final de mi existencia– cuál es el real y verdadero concepto de «*investigare*». La paciencia durante los trece meses que duró ésta osada travesía, por el intrincado mundo de la ciencia académica, fue de gran satisfacción pues trabajar de la mano de un célebre tutor, como el Doctor Reynaldo Mujica Mendoza, se convirtió en un admirable reto para mí existir.

En ese transitar percibí la tenaz lucha por la vida que mantiene un recién nacido, en aras de superar la terrible enfermedad que soporta, pero que al final sucumbe. ¡Oh, terrible muerte! ¡Qué cruel eres a veces! Sumergirme a revisar las ciento dos historias clínicas en el hospital, tuvo gran impacto emocional. Sobre todo cuando el dato se ocultaba tan celosamente que hacía mucho más rigurosa la observación. Tal situación fue tan asombrosamente calificativa para mí, que ahora lo considero como un verdadero santuario terrenal de la existencia humana. Vivir es un eterno presente que pocos, realmente muy raras personas, saben aprovechar.

Observar el silencio ingrato, así como el brillo en los ojos de una madre, por lágrimas que se apropiaban de su rostro cuando me relataban sus aconteceres, recordando la muerte de su hijo, fue un pesar que de alguna manera llegó a mí y acongojó mi alma. Igual sentí la falta de cariño y el desapego emocional de aquella otra madre que se refirió a su hijo fallecido como “el feto”. Luego ella misma confesaría que había sido un embarazo no deseado. En el *verbatim* de las madres, ninguna fue responsable por la muerte de sus hijos. En su discurso no se concibe al “control prenatal” como una causa de muerte. En la narratividad del equipo especializado de salud fue al revés, éste aspecto resultó ser crucial.

Parafrasear los aconteceres de la marcha metodológica durante los capítulos que ameritó el trabajo de grado, proceso al que nos atrevimos a llamar de manera apócrifa: “llenar las páginas de cháchara”, fue la forma más empírica de adueñarme y

manejar el conocimiento científico. Y es que sostener un estudio riguroso no es tarea fácil, empero, La Complejidad como paradigma no es aconsejable para nobles investigadores, el trajinar sería tempranamente abandonado debido a lo severo que resulta la integración de métodos que exige el modelo.

Sin embargo, «*labor omnia improba vincit*».

## Referencias Consultadas

- Abcarius, J. (2022). *Factores de riesgo asociados a la mortalidad y peso al nacer de pacientes neonatos, caso de estudio: hospital pediátrico Baca Ortiz 2022*. Revista Enfermería Investiga Vol. 7 N° 1. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. [Documento en línea] Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1473> [Consulta: 2023, septiembre 24]. p. 18.
- Agra M., et al. (2019). *Modos de fallecimiento de los niños en Cuidados Intensivos en España. Estudio MOMUCIP (modos de muerte en UCIP*. Asociación Española de Pediatría. Vol. 91. Núm. 4. Santiago de Compostela España. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-modos-fallecimiento-ninos-cuidados-intensivos-articulo-S1695403319300670> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 5.
- Aguilar, A. (2016). *Consideraciones sobre la mortalidad infantil y su componente neonatal*. Archivos Argentinos de Pediatría vol.114 no.5. Buenos Aires – Argentina. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752016000500004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000500004) [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 1.
- Almeida, K. (2019). *Factores de riesgo obstétricos en adolescentes embarazadas que acuden al hospital San Vicente de Paul, Ibarra 2018*. Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador. p.58
- Almira, A. (2008). *Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto*. Revista Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Santiago de Cuba, Cuba Enfermería Investiga Vol. 12 N° 4. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445249017.pdf>[Consulta: 2023, noviembre 13]. p. 7.
- Alvarado, S. (2015). *La Alquimia de la Orientación: Propuesta pedagógica desde el paradigma de La Complejidad*. Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n1/a33v15n1.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 13]. p. 6.
- Aquino C., Estévez N., y Guevara H., (2021). *Periodo intergenésico como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia*. Revista Obstétrica Ginecológica. Vol. 81, N° 2Caracas, Venezuela: [Documento en línea] Disponible en: [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021\\_vol81\\_num2\\_6.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021_vol81_num2_6.pdf) [Consulta: 2023, noviembre 14]. p. 140.

- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la investigación científica*. (6° Ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Episteme. Pp. 40, 43, 107.
- Arias, M. (2000). *La triangulación metodológica, sus principios, alcances y limitaciones*. Universidad de Antioquia – Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf> [Consulta: 2024, mayo 1]. p. 3.
- Arias M., y Navarro, M. (2017). *Epistemología, Ciencia y Educación Científica: premisas, cuestionamientos y reflexiones para pensar la cultura científica*. Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v17n3/1409-4703-aie-17-03-00774.pdf> [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 3.
- Arriagada, I. (2001). *Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo*. CEPAL Santiago de Chile – Chile. [Documento en línea]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d6b5e09a-7f07-4d4e-85fd-00a17306e3f0/content> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 33.
- Artal, R. (2021). *Manejo del trabajo de parto normal*. MSD MD, Saint Louis University School of Medicine. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal> [Consulta: 2024, mayo 11]. p. 1.
- Asensi V., y Parra, A. (2002). *El método científico y la nueva filosofía de la ciencia*. Anales de Documentación, núm. 5. Universidad de Murcia Espinardo, España. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/635/63500001.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 22]. p. 13.
- Azuaje L., y González M., (2018): *Reflexiones sobre la epistemología, axiología y ontología de la investigación docente*. CIEG, Revista Arbitrada del Centro de Investigación y Estudios Gerenciales. Número 33. ISSN 2244-8330. Barquisimeto, Venezuela. p. 254.
- Balestrini M., (2002). *Como se elabora el proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: BL Consultores Asociados, Servicio Editorial. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.academia.edu/32672800/Como\\_Se\\_Elabora\\_El\\_Proyecto\\_de\\_Investigacion\\_Ballestrini\\_7ma](https://www.academia.edu/32672800/Como_Se_Elabora_El_Proyecto_de_Investigacion_Ballestrini_7ma) [Consulta: 2024, mayo 16]. p. 114.

- Banco Mundial. (2021). *Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000) Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. [Documento en línea]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT.MAes#:~:text=Las%20principales%20ca> [Consulta: 2023, septiembre 24]. p. 1
- Barboza V., (2017). *Parto Y Trabajo De Parto Conceptos-Factores-Etapas*. Universidad Nacional de la Plata. Cátedra de Atención de Enfermería en Salud Materno Infantil 1 UNLP – FCM – EU. [Documento en línea]. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/144699/Documento\\_completo\\_%20PARTO%20Normal.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/144699/Documento_completo_%20PARTO%20Normal.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 2024, agosto 22]. p. 5
- Barrios V., (1992). *Relación afectiva, sensora y motora de la madre y el recién nacido de parto vaginal y cesárea*. Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Ciencias con Especialización en Enfermería Materno Infantil. Universidad de Panamá. p. 51.
- Bautista P., (2014). *El duelo ante la muerte de un recién nacido*. Revista Enfermería Neonatal. Neuquén Argentina [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/El-duelo-ante-la-muerte-de-un-reci%C3%A9n-nacido.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 1.
- Bavaresco A., (2006). *Proceso metodológico en la investigación: cómo hacer un diseño de investigación*. Maracaibo. Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <http://sibucv.ucv.ve/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=239144> [Consulta: 2023, noviembre 12]. p. 4
- Besio M., (1999). *Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética* Revista médica de Chile v.127 n.9 Santiago de Chile.[Documento en línea]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999000900014](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014) [Consulta: 2023, noviembre 15]. p. 9.
- Bobadilla D., (2021). “*Adolescencia, prematuridad y peso al nacer asociado a la mortalidad neonatal en el hospital María Auxiliadora Lima-Perú, 2018-2019*”. Trabajo de grado para optar al título de Doctor en Salud. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5728/T061\\_08367748\\_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5728/T061_08367748_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 2023, octubre 27]. p. 10.
- Bonvecchio A., Montekio V., Carriedo L., y Landaeta M.. (2011). *Sistema de salud de Venezuela*. Revista Salud Pública de México / Vol. 53, suplemento 2. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s275-s286> [Consulta: 2023, noviembre 27]. p. 527.

- Borda P., et al. (2017). *Estrategias para el Análisis de Datos Cualitativos*. Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. [Documento en línea]. Disponible en: <https://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2019/11/DHIS2.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 10]. p. 10.
- Briones G., (1996). *Epistemología de las Ciencias Sociales*. ARFO Editores. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2018/03/epistemologi%CC%81a-briones.pdf> [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 13.
- Broche C., et al. (2021). *Infecciones neonatales tardías*. Revista Cubana Pediatría volumen 93, Ciudad de la Habana, Cuba, [Documento en línea]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312021000500004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000500004) [Consulta: 2024, septiembre 3]. p. 3.
- Cabrera C., (2007). *Perinatología. Medicina Materno fetal*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ISSN 0048-7732. Volumen 67, Nro. 3 Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322007000300001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300001) [Consulta: 2023, octubre 24]. p. 2.
- Camacho M., (2020). *Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal*. Tesis para optar al grado académico de Doctor en Salud, Psicología y Psiquiatría. Universidad de Almería. Almería, España. [Documento en línea]. Disponible en: <https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/10825/camacho%20AVILA%20MARCOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 2023, octubre 27]. p. 3.
- Cárdenas M., et al (2018). *Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal: Una mirada fenomenológica*. Ágora Revista Científica. 05(02). p. 2.
- Carvajal J., y Ralph C., (2019). *Manual de Obstetricia y Ginecología* Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. [Documento en línea]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 13]. p. 32.
- Castillo E., (2013). *La Fenomenología Interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos*. Revista Educación y Enfermería. Medellín Colombia, [Documento en línea]. Disponible en:

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16852> [Consulta: 2024, septiembre 10]. p. 32.

Céspedes B., (2023). *Factores asociados a la mortalidad neonatal y postneonatal en el Perú, 2015-2018*. Trabajo para optar al grado académico de Magister Scientiarum en Demografía y Población. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13347/Factores\\_CespedesPanduro\\_Bernardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13347/Factores_CespedesPanduro_Bernardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 2023, octubre 24]. p. 43.

Charres H., y Martínez, J., (2018). *Triangulación: Una herramienta adecuada para las investigaciones en las ciencias administrativas y contables*. Revista FAECO sapiens Universidad de Panamá, Panamá [Documento en línea]. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/221/2211026002/2211026002.pdf> [Consulta: 2024, mayo 1]. p. 3.

Chávez M., y Barrantes M., (2014). *Confiabilidad y validez de las listas de cotejos del Examen Clínico Objetivo Estructurado para el aprendizaje por competencias de Cirugía*. Revista “Ciencia y Tecnología”, Año 10, N° 3. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. [Documento en línea]. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/713/643> [Consulta: 2023, noviembre 24].p. 116

Chico P., e Hidalgo F., (2004). *Factores de riesgo en la mortalidad infantil*. Acta Pediátrica de México Volumen 25, Núm. 1, enero-febrero. [Documento en línea]. Disponible en: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1528/1/ActPed2004-06.pdf> [Consulta: 2023, octubre 24].p. 28.

Columbus M., y Andrade, W. (2002). *Percentiles peso, talla y perímetro cefálico en recién nacidos a término, obtenidos por parto y cesárea, en el hospital Materno Infantil del Guasmo*. Guayaquil – Ecuador. [Documento en línea]. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/9.4/RM.9.4.07.pdf> [Consulta: 2024, mayo 11].p. 2.

Coto C., et al (2008). *Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico*. Asociación Española de Pediatría. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 6]. p. 1.

De la Cruz G., et al. (2009). *Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco*, México. Revista Cubana Salud Pública vol.35, n.1. ISSN 0864-3466

[Documento en línea]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>  
[Consulta: 2023, septiembre 25]. p. 3.

De los Reyes H., (2019) *La fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales*. Revista Pensamiento & gestión, N° 47. Universidad del Norte, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n47/2145-941X-pege-47-203.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 10]. p. 3.

De Oliveira J., et al. (2020). *Acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto. Seguridad para la Salud materna*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Universidad Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPbnFcmHR8qWRjyYbypzktK/?format=pdf&lang=es> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 2.

Donoso E., et al. (2014). *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil*. Revista Médica Chile [Documento en línea]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf> [Consulta: 2024, agosto 22]. p. 173.

Duarte J., y Parra E., (2015). *Lo que debes saber de una tesis doctoral*. Imprecolor C.A. Maracay, Venezuela. p. 45.

Escudero C., y Cortez L., (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica*. Editorial UTMACH. Machala, Ecuador. p. 34.

Estrada A., (2020). *Los principios de la complejidad y su aporte al proceso de Enseñanza*. Ensayo Rio de Janeiro, Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/b4CvmDH3fNCRvZT3K3MrQnj/?format=pdf> [Consulta: 2023, noviembre 25].p. 4.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018). *El Trabajo de UNICEF en Venezuela para contribuir con la supervivencia infantil. Cada vida cuenta*. UNICEF Venezuela. Caracas [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/comunicados-prensa/el-trabajo-de-unicef-en-venezuela-para-contribuir-con-la-supervivencia-infantil>. [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 1.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2014). *Colección Crecer. Ecuador*. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/2541/file/Cartilla%201.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 13]. p. 9.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Población UNFPA (2018). *América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo*. [Documento en línea]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1> [Consulta: 2024, agosto 23]. p. 2.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2012). *Programa de Reducción de la Mortalidad Materna Comarca Ngäbe Buglé (2001-2011) (Una Sistematización de las Experiencias)*. Ciudad de Panamá, Panamá. [Documento en línea]. Disponible en: [https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/documento%20finalSISTEMATIZACIONCOMARCAGNOBEBUGLE\\_2.pdf](https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/documento%20finalSISTEMATIZACIONCOMARCAGNOBEBUGLE_2.pdf) [Consulta: 2023, octubre 24] p. 29.
- Forni P., y De Grande P., (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias Sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología* 82, núm.1. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. Ciudad de México. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v82n1/2594-0651-rms-82-01-159.pdf> [Consulta: 2024, abril 14] p. 2.
- Gallardo C., Robles, V., y Hernández J., (2009). *Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México*. *Revista Cubana Salud Pública*. vol.35, n.1.[Documento en línea] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662009000100016&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662009000100016&lng=es&nrm=iso) [Consulta: 2023, noviembre 04]. p. 01.
- González M., González M., Pisano C., y Casale, R. (2019). *El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo? Un Estudio Transversal Analítico* *Revista Fasgo* N 1. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-tran> [Consulta: 2023. Noviembre 14] p. 1.
- González M., (2017). *Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras?* *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. ISSN 0048-7732. [Documento en línea]. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v77n1/art01.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 10]. p. 3.
- González R., (2010:1). *Salud Materno-Infantil En Las Américas*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Volumen.75 N°.6, Santiago de Chile, Chile. [Documento en línea] Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000600011](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011) [Consulta: 2024, septiembre 11]. p. 1.

- González T., et al. (1998). *Longitud y peso al nacer: El papel de la nutrición materna*. Revista Salud Pública de México / Vol. 40, No. 2. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400203.pdf> [Consulta: 2024, agosto 25]. p. 19.
- Grosse G., (2016). *El rol de la teoría en la investigación social*. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS) Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8466/ev.8466.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8466/ev.8466.pdf) [Consulta: 2024, septiembre 10] p. 4.
- Guerra M., y Muñoz L., (2013) *Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal*. Revista Enfermería Universitaria, Volumen10 N°.3 Ciudad de México, México [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632013000300003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000300003) [Consulta: 2024, septiembre 2] p. 5
- Guía de Asistencia Práctica (2020). *Parto Pretérmino*. Editado en Progresos de Ginecología y Obstetricia, registró oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, España. [Documento en línea] Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-parto_pretermino_2020.pdf) [Consulta: 2024, mayo 10]. p. 1.
- Guillén L., Campos C., Acosta I. (2021). *Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico*. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=95&Itemid](http://www.ine.gob.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid) [Consulta: 2023, noviembre 26]. p. 271.
- Guzmán J., Carrasco S., Gómez E., Herrainz C., y Tofe I. (2008). *Embarazo prolongado. RN postmaduro*. Servicio de Obstetricia y Ginecología H.U. Reina Sofía. Córdoba España. [Documento en línea] Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_1.pdf) [Consulta: 2024, mayo 10]. p. 1.
- Guzmán J., y Orellana H. (1988). *Mortalidad infantil, neonatal y pos neonatal en algunos países de América Latina*. Revista Repositorio Digital Beta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL [Documento en línea]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/aefb95da-59ca-4189> [Consulta: 2023, septiembre 25]. p. 39.

- Hernández R., et al (2003). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.) McGraw - Hill Interamericana Editores S.A. Distrito Federal, México. p. 277.
- Hurtado J., (2012). *El Proyecto de Investigación*. 7ma edición, Ediciones Quiron Sypal. Caracas Venezuela. Pp. 117, 126.
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós. p. 9.
- Jaramillo L., (2003). *¿Qué es Epistemología?* Revista Cinta de Moebio, Núm. 18, diciembre. Universidad de Chile. Santiago, Chile. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/101/10101802.pdf> [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 3.
- Lona J., et al. (2018). *Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales*. Archivos argentinos de pediatría versión impresa. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a09.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 4]. p. 43.
- Londoño O., et al., (2016). *Guía para construir Estados del Arte*. Publicación: International Corporation of Network of Knowledge, ICONK. Bogotá, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25566w/Guia%20estados%20del%20arte.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 1]. p. 9.
- Losada C., (2007). *Perinatología Medicina Materno Fetal*. Revista de Obstetricia y Ginecología. Vol. 67 N° 3. Caracas Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <https://ve.scielo.org/scielo> [Consulta: 2023, septiembre 24]. p. 1.
- Madariaga J., (2009). *El Desarrollo psicosocial*. Revista de Psicodidáctica, Vol. 14, núm. 1. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Vitoria-Gazteiz, España [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17512723007.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 27]. p. 97.
- Marlon F., y Melón R., (2022). *Factores Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Chankay Período 2018-2020*. [Documento en línea]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13044?show=full> [Consulta: 2023, noviembre 4]. p. 4.
- Marrugo C., et al. (2019). *Determinantes de estancia prolongada de neonatos en una unidad de cuidados intensivos*. Revista Ciencia Salud. Bogotá, Colombia, vol.17. [Documento en línea]. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7928> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 1.
- Martínez A., *et al.* (2015). *La pregunta de investigación en educación médica*. Revista Investigación en Educación Médica. ISSN 2007-865X. Universidad Nacional Autónoma de México. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v4n13/v4n13a8.pdf> [Consulta: 2023, septiembre 17]. p. 42.
- Martínez E., (2021). *El apego desde el útero*. Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Volumen 11, nº 2. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/El\\_apego\\_desde\\_el\\_uterio\\_E.Alvarez.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_apego_desde_el_uterio_E.Alvarez.pdf) [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 3.
- Martínez S., *et al.* (2019). *Factores asociados a mortalidad neonatal en los hospitales de Santa Bárbara e Intibucá*. Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud, Volumen 6, Año No. 6, No. 1 de Honduras. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS6-1-2019-3.pdf> [Consulta: 2023 noviembre 15]. p. 1-3.
- Martínez, M. (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico*. Editorial Trillas, 3era edición. Ciudad de México, México. Pp.87-88. [Documento en línea]. Disponible en: <https://profeinfo.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/06/investigacion-cualitativa-etnografica-martinez.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 10]. p.88.
- Martínez, M. (2006). *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. Revista Paradigma [online]. Vol.27, Nro. 2. ISSN 1011-2251. [Documento en línea]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512006000200002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002) [Consulta: 2024, septiembre 11]. p. 8.
- Martínez, M. (2015). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Editorial Trillas, 2a edición. Ciudad de México, México. Pp. 31, 38, 261.
- Martino M., (2016). *Modelo Gerencial para Integrar la Red de Servicios de Salud Pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia Pública. Programa de Estudios Avanzados UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 16-17.
- Mazzeo V., *et al.* (2015). *Análisis de los cambios en la situación conyugal. Una aplicación de la metodología de panel Población de Buenos Aires*. Vol. 12, Núm. 22. Dirección General de Estadística y Censos Buenos Aires, Argentina. [Documento en línea]. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/740/74042520008.pdf> [Consulta: 2024, agosto 25]. p. 85.

Ministerio de Poder Popular para la Salud. (2007). *Boletín Indicadores Epidemiológicos de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas, Venezuela 2007. p. 5

Ministerio de Poder Popular para la Salud. (2013). *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*. Caracas, Venezuela. p. 39.

Ministerio de Poder Popular para la Salud. (2013). *Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia* Caracas, Venezuela [Documento en línea]. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 12]. p. 4.

Ministerio de Poder Popular para la Salud. (2017). *Guía Práctica de Programas de Salud Priorizados para el Equipo Básico de Salud*. Caracas, Venezuela. p. 14.

Ministerio de Poder Popular para la Salud. (2022). *Manual Operativo para la Implementación de la estrategia de Ruta materna*. Caracas, Venezuela. p. 14.

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía Práctica Clínica. Atención del trabajo de parto, parto y post parto inmediato*. Quito – Ecuador. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediato.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf). [Consulta: 2024, agosto 22]. p. 20.

Ministerio del Poder Popular para la salud. (2020). *Manual operativo para la implementación de la estrategia de Ruta Materna*. Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ruta\\_materna.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ruta_materna.pdf) [Consulta: 2024, septiembre 1]. p. 1.

Mittelmark A., (2021). *Manejo del trabajo de parto normal*. MSD Saint Louis University School of Medicine. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal> [Consulta: 2024, mayo 11]. p. 2.

Molina N., (2013). *La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecno científico, multicultural y diverso*. Revista Colombiana de Bioética, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. [Documento en

- línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf> [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 21.
- Monleón J., *et al.* (2002). *El concepto de primípara añosa*. Maternidad. Hospital Universitario La Fe. Universidad de Valencia. España. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501302758093?via%3Dihub> [Consulta: 2023, noviembre 14]. p. 2.
- Morales C., *et al.* (2020). *Neonato con terapia intravenosa: una revisión de la literatura dirigida a la prevención de riesgos*. Revista Sanus vol.5 no.13 Sonora, México. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-60942020000100003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942020000100003) [Consulta: 2024 septiembre 1]. p. 2.
- Morillo J., *et al.* (2021). *Manejo del recién nacido en adolescentes de 15 a 19 años en el centro de salud San Gabriel*. Revista Conrado, 18(S2), 36-42. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/355174280\\_Manejo\\_del\\_recien\\_nacido\\_en\\_adolescentes\\_de\\_15\\_a\\_19\\_anos\\_en\\_el\\_centro\\_de\\_salud\\_San\\_Gabriel](https://www.researchgate.net/publication/355174280_Manejo_del_recien_nacido_en_adolescentes_de_15_a_19_anos_en_el_centro_de_salud_San_Gabriel) [Consulta: 2023, octubre 24]. p. 38.
- Moya D., *et al.* (2010). *Ingreso Temprano al Control Prenatal en Una Unidad Materno Infantil*. CUIDARTE Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v1n1/v1n1a07.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 1]. p. 1, 2.
- Munch, L., (2009). *Métodos y Técnicas de Investigación*. Editorial Trillas. Distrito Federal, México. p. 185.
- Muñoz, L. (s/f). *Sobre la Teoría Pura del Derecho y la Verdadera Pirámide Planteada por Hans Kelsen*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/256/art/art12.pdf> [Consulta: 2023, octubre 23]. p. 181.
- Núñez de la Torre G., *et al.* (2014). *Espiritualidad y religiosidad del personal de salud y los pacientes de dos hospitales públicos ecuatorianos*. Revista Médica Vozandes Volumen 24, Número 1-2. [Documento en línea]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015177/01\\_ao\\_5.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1015177/01_ao_5.pdf) [Consulta: 2024, agosto 29]. p. 45.
- OCDE/Banco Mundial (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing, París, [Documento en línea]. Disponible

- en: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/> [Consulta: 2023, septiembre 24]. p. 1.
- OCDE/Banco Mundial (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD Publishing, París, [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/> [Consulta: 2023, septiembre 24]. p. 1.
- Ochoa Y., et al. (2022). *Hospitalizaciones inadecuadas prevenibles en la atención primaria de salud: desafío actual como problema social*. Revista Médica Electrón. Vol. 44. No. 5. [Documento en línea]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v44n5/1684-1824-rme-44-05-876.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 1.
- Okuda M., y Gómez C., (2005). *Métodos en investigación cualitativa: triangulación*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 34 N°.1 Bogotá, Colombia, [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008) [Consulta: 2024, mayo 5]. p. 2.
- Oliveira A., y Marques A., (2017; 2). *Infecciones relacionadas con la asistencia a la salud en unidades de terapia intensiva neonatal: una revisión integradora*. Revista Enfermería. Global. Volumen .16 no.45 Murcia. España. [Documento en línea]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000100508](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100508) [Consulta: 2024, septiembre 5]. p. 2.
- Organización Mundial para la Salud OMS. (2014). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra. [Documento en línea]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1) [Consulta: 2024, agosto 22]. p. 4.
- Organización Mundial para la Salud OMS. (2018). *¿Por qué nacen más niños que niñas?* Ginebra. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46687335> [Consulta: 2024, agosto 23]. p. 2.
- Organización Mundial para la Salud OMS. (2024). *Mortalidad neonatal*. Ginebra [Documento en línea]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality> [Consulta: 2024, septiembre 3]. p. 2.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2018). *Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos*. [Documento en línea]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49097/9789275320068-spa.pdf>  
[Consulta: 2024, septiembre 3]. p. 14.

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2022). *Investigación clínica*. [Documento en línea]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56254/OPSHSSMT220024\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56254/OPSHSSMT220024_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 2024, septiembre 19]. p. 7.

Osorio C., y Romero A., (2008). *Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal precoz. Hospital General “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” Tabasco, 2005*. Revista Salud en Tabasco, vol. 14, núm. 1-2, enero-agosto. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711537002.pdf> [Consulta: 2023, octubre 24].p. 722.

Pérez P., et al. (2019). *Significado del Cuidado Familiar como Red de Apoyo en las Embarazadas en una Comunidad de Tabasco*. Revista Cuidarte. N° 15 México. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93766> [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 1.

Pérez R., y Suarez D., (2015). *Estudio Multicéntrico Sobre Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Neonatal en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa del año 2007 a Junio 2012* Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2015/ot152d>. [Consulta: 2023, septiembre 24]. p.75.

Pérez Y., et al. (2015). *Sepsis neonatal grave en una unidad de cuidados intensivos*. Revista Cubana de Pediatría vol.87 no.1 Ciudad de la Habana Cuba. [Documento en línea]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312015000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000100007) [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 3.

Pérez, R., et al. (2018). “*Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional*” [Documento en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.18233/apm1no1pp23-321537> [Consulta: 2023, noviembre 5]. p. 3.

Rada D., (2006). *Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad en Investigación Cualitativa*. Revista IPASME. MEDIPASME. Pp. 17, 28, 56, 111.

Reich W., (1978). *Encyclopedic of Bioethics*. New York: Free Press-MacMillan.

- Rellan, S., García C., y Paz M. (2008: 1). *El recién nacido prematuro*. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. España. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf) [Consulta: 2024, mayo 11]. p. 2.
- Revilla E., y Gil R., (2018). *La construcción de teorías científicas: una disertación desde lo pragmático*. Revista DIKAIOSYNE Nro. 33. ISSN 1316-7939. Universidad de Los Andes (ULA). Mérida, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/45616/art9.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 2024 septiembre 10]. p. 195.
- Revista Progreso de Ginecología y Obstetricia. (2018). *Control prenatal del embarazo normal*. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Documento en línea]. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP\\_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal\\_6105.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf) [Consulta: 2023, noviembre 12]. p. 61.
- Ribola L., (2010). *Inducción a la maduración pulmonar*. 1º Congreso Argentino de Neonatología. - Ciudad de Buenos Aires, Argentina. [Documento en línea] Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/ribola\\_rsm.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/ribola_rsm.pdf) [Consulta: 2024, septiembre 3]. p. 2.
- Rocha *et al.* (2019). *Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá*. Revista de la Facultad. Nacional de Salud Pública. Bogotá – Colombia. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2019000100053](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000100053) [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 55.
- Rodríguez C., *et al.* (2021). *Las variables en la metodología de la investigación científica*. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L. [Documento en línea]. Disponible en: <https://3ciencias.com/wp-content/uploads/2021/10/Las-VARIABLES.pdf> [Consulta: 2024, mayo 13]. p. 33
- Rodríguez J., *et al.* (2008). *La patología neonatal asociada al proceso del parto*. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf) [Consulta: 2024, agosto 31]. p. 126.
- Rojas B., (2010). *Investigación Cualitativa, fundamentos y praxis*. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador FEDUPEL. Caracas, Venezuela. Pp. 110, 116.

- Rojas D., (2017). *Distribución geográfica del cambio en mortalidad neonatal según bajo peso al nacer, Colombia 2008-2017*. Revista de la Universidad Industrial de Santander – Colombia. Vol. 52. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-121.pdf> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 1.
- Román C., y Plaza A., (2023). *Reconceptualización de la maternidad y estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal en mujeres que asisten a un grupo de apoyo*. Revista Puertorriqueña de Psicología. V. 34.No. 3. Septiembre-Diciembre. ISSN 1946 – 2016. Pp. 442-443, 445.
- Rotondo M., (2017). *Introducción a la bioética*. Revista Uruguaya de Cardiología. Volumen 32, Nro. 3. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.suc.org.uy/revista/V32N3/pdf/rcv32n3\\_rotondo-bioetica.pdf](https://www.suc.org.uy/revista/V32N3/pdf/rcv32n3_rotondo-bioetica.pdf) [Consulta: 2023, septiembre 22]. p. 240.
- Rozas M., y Francés L., (2001). *Maternidad tras una muerte perinatal*. Revista Matronas. Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. [Documento en línea]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33077/1/519921.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 7]. p. 1.
- Sabino C., (2003). *El Proceso de Investigación*. Editorial Panapo. Caracas, Venezuela. Pp. 82, 83.
- Salazar I., (2004). *El paradigma de la complejidad en la investigación social*. Revista Educere, vol. 8, núm. 24, enero-marzo. pp. 22-25. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35602404.pdf> [Consulta: 2023, noviembre 26]. p. 23.
- Sampedro C., (2019). *Factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho, cantón milagro, 2014-2017*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Pública. Universidad Estatal de Milagro. Guayas, Ecuador [Documento en línea]. Disponible en: [https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4635/1/TESIS%20SAMPEDRO%20MERCHAN%20CARLA\\_compressed.pdf](https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4635/1/TESIS%20SAMPEDRO%20MERCHAN%20CARLA_compressed.pdf) [Consulta: 2023, octubre 27]. p. 11.
- Sánchez H., Pérez, G., Pérez, P., Vázquez, F. (2005). *Impacto del control prenatal en la morbilidad del control prenatal en la morbilidad*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 43, núm. 5. Distrito Federal, México [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745544003> [Consulta: 2023 noviembre 12]. pp. 377-380.

- Sevilla L., (2008). *Vivencia de la maternidad según el tipo de parto*. Universidad de Oviedo, España. [Documento en línea]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=208725> [Consulta: 2023, noviembre 27]. p. 2.
- Smith G., et al. (2003). *Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy*. The Lancet, Volume 362, Issue 9398, 1779 – 1784. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)14896-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)14896-9/abstract) [Consulta: 2024, agosto 31].
- Stasiejko H., Tristany, S., Pelayo, L., Krauth, K. (2009). *La triangulación de datos como criterio de validación Interno en una investigación exploratoria*. II Congreso Internacional de Investigación. 2 al 14 de noviembre de 2019, La Plata, Argentina. Revista Memoria Académica. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.12024/ev.12024.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12024/ev.12024.pdf) [Consulta: 2024 abril 14]. p. 6.
- Strauss A., y Corbin J., (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. ISBN: 958-655-624-7 (volumen) ISBN: 958-655-623-9 (obra completa). Primera edición (en español). Traducción Eva Zimmerman. Medellín, Colombia. Pp. 110, 116, 140.
- Suarez T., (2020). *Comportamiento de la Mortalidad Neonatal. 2019 – 2020*. Hospital Provincial Docente “Vladimir Ilich Lenin” Holguín, Cuba. [Documento en línea]. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2129&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26G75%3D1089> [Consulta: 2024 septiembre 11]. P. 8.
- Suárez T., (2021). *Comportamiento de la Mortalidad Neonatal 2019 – 2020*. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Neonatología. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín, Cuba. p. 8.
- Tamayo y Tamayo M., (2008). *Proceso de la Investigación Científica*. Editorial Trillas. Ciudad de México, México. Pp. 17, 35, 36, 211.
- Tang, M. (2010) *Factores Asociados a la Mortalidad Neonatal en el hospital José María Benítez - la Victoria estado Aragua*. Estudio presentado a la Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud Sede Aragua. Universidad de Carabobo. [Documento en línea]. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932010000100003](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000100003) [Consulta: 2023, noviembre 5]. p. 3.

- Ticona M., et al. (2005). *Mortalidad Perinatal, Inequidades en América Latina*. Revista Acta Médica Peruana Vol. XXII N°2. . [Documento en línea]. Disponible en: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dialnet-MortalidadPerinatalInequidadesEnAmericaLatina-7975289.pdf> [Consulta: 2024, agosto 23]. p. 1.
- Tijerina C., et al. (2011: 2). *Sepsis neonatal intrahospitalaria. Incidencia y factores de riesgo*. Revista Médica Práctica Clínica Quirúrgica Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116j.pdf> [Consulta: 2024, septiembre 2]. p. 2.
- UNICEF (2020). *El embarazo adolescente impacta en la economía de las mujeres y tiene un alto costo socioeconómico para el Estado*. Quito – Ecuador. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/el-embarazo-adolescente-impacta-en-la-econom%C3%ADa-de-las-mujeres-y-tiene-un-alto> [Consulta: 2024, agosto 24]. p. 3.
- Varela T., y Sutton L., (2021). *La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos*. Revista Investigación Médica de la Universidad Autónoma de México. [Documento en línea]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Inv+Ed+Med.+Vol.+10%2C+n.+97+o+40%2C+octubre-diciembre+2021&rlz=1C1NHXL\\_esVE845VE845&oq=Inv+Ed+Med.+Vol.](https://www.google.com/search?q=Inv+Ed+Med.+Vol.+10%2C+n.+97+o+40%2C+octubre-diciembre+2021&rlz=1C1NHXL_esVE845VE845&oq=Inv+Ed+Med.+Vol.) [Consulta: 2024, febrero18]. p. 100.
- Vega A., (2023). *Sepsis neonatal: Diagnóstico y tratamiento*. Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú Vol 16. Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v16n1/2227-4731-rcmhnaaa-16-01-94.pdf> [Consulta: 2024, Septiembre 10]. p. 2.
- Venezuela 1998. *Ley Orgánica de Salud*. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.579. Caracas. Noviembre, 11.
- Venezuela 2009. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.908. Caracas. Febrero 19.
- Venezuela 2012. *Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.912. Caracas. Abril, 30.

- Venezuela 2020. *Decreto del Ministerio del Poder Popular para la Salud sobre las Competencias del Área de Salud Integral Comunitaria*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.886. Caracas. Mayo, 25.
- Villarrubias M., (2017). *Cuidados al final de la vida perinatal de sala de partos: estudio cualitativo fenomenológico de las experiencias vividas y de las necesidades percibidas de los padres*. Tesis doctoral para optar al grado académico de Doctor Investigador en Salud. Universidad Internacional de Catalunya, (UIC). Barcelona, España.[Documento en línea]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/461077?locale-attribute=ca#page=1> [Consulta: 2023, octubre 28]. p. 27.
- Wolde D., (2015). *ODM4: Un espectacular descenso de la mortalidad infantil en los últimos 20 años*. Banco Mundial Datos [Documento en línea]. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT?locations=VE%20> [Consulta: 2023, septiembre 23]. p. 1.
- World Health Organization (1996). *Essential newborn care: Report of a technical working group*. Geneva: WHO.
- Ximenez I., e Izquierdo I., (2020). *Vínculo tras el rechazo emocional posnatal: caso clínico*. Norte de salud mental, vol. XVII, n° 63: 47-54.

## ANEXO I

**Instrumento de Recolección de Datos Clínicos, Demográficos y Psicosociales asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el Hospital General “Dr. Égor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes, durante el año 2022**

Servicio: <u>Historias Clínicas HGEN</u>		Fecha Ingreso:		Historia Nro.:		
1. Condición de la Gestante:		Primigesta:	( )	Múltipara:	( )	
2. Período Intergenésico:		NA: ( )	<1a: ( )	1-2a: ( )	3-4a: ( )	>4a: ( )
3. Control Prenatal:		Sin Control: ( )	Entre 1-3: ( )	Entre 4-6: ( )	Más de 6: ( )	
4. Edad de la Gestante (en años):		≤14a: ( )	≥14-19a: ( )	Entre 20-40a: ( )	>40a: ( )	
5. Condición Nutricional de la Madre:		Normal: ( )	Bajo Peso: ( )	Obesidad: ( )		
6. Tipo de Parto:		Natural: ( )	Cesárea: ( )			
7. Horas de Labor de Parto:		≤30min: ( )	>30min-2h: ( )	2h-4h: ( )	5h-7h: ( )	>8h: ( )
8. Edad Gestacional:		Pre término (menos de 37 semanas):		( )		
		A término (entre 37 y 42 semanas):		( )		
		Post término (mayor de 42 semanas):		( )		
9. Cantidad de Productos:		Sencillo: ( )	Múltiple: ( )			
10. Sexo del Producto		Masculino: ( )	Femenino: ( )			
11. Peso del Producto al Nacer:		Bajo peso al nacer (inferior a 2700gr):			( )	
		Adecuado para edad gestacional (2700gr a 3700gr):			( )	
		Grande para edad gestacional (>3700gr):			( )	
12. Causas de la Muerte:		Asfixia: ( )		Bajo Peso al nacer: ( )		
		Diarreas: ( )		Enfermedades Hereditarias: ( )		
		Enfermedades Propias del Embarazo: ( )		Infecciones Graves: ( )		
		Lesiones debido al parto: ( )		Malformaciones Congénitas: ( )		
		Neumonías: ( )		Prematuridad: ( )		
		Riesgos Perinatales durante el Embarazo: ( )		Uso de Medicamentos y Drogas: ( )		
		Otra (indique):				

<b>13. Estadía de reclusión en la Sala de Neonatología:</b>		<b>1-7 días:</b>	( )	<b>8-28 días:</b>	( )	
<b>14. Hora de la Muerte:</b>	<b>Diurno:</b>	( )	<b>Nocturno:</b>	( )		
<b>15. Municipio de residencia de la madre (Estado Cojedes):</b>			<b>Anzoátegui:</b>	( )		
			<b>Ezequiel Zamora:</b>	( )		
			<b>Girardot:</b>	( )		
			<b>Lima Blanco:</b>	( )		
			<b>Pao de San Juan Bautista:</b>	( )		
			<b>Ricaurte:</b>	( )		
			<b>Rómulo Gallegos:</b>	( )		
			<b>Tinaco:</b>	( )		
			<b>Tinaquillo:</b>	( )		
			<b>Estado foráneo:</b>			
<b>16. Lugar del Fallecimiento:</b>		<b>Comunidad:</b>	( )	<b>Vía Hospital:</b>	( )	
				<b>Intra-hospitalario:</b>	( )	
<b>17. Grupo Étnico:</b>	<b>Mestizo:</b>	( )	<b>Caucásico:</b>	( )		
	<b>Mulato:</b>	( )	<b>Afrodescendiente:</b>	( )		
	<b>Indígena:</b>	( )	<b>Asiático:</b>	( )		
<b>18. Nivel de Instrucción de la Madre:</b>		<b>Analfabeta:</b>	( )	<b>Primaria:</b>	( )	
		<b>Secundaria:</b>	( )	<b>Universitaria:</b>	( )	
<b>19. Contención Familiar:</b>	<b>Madre:</b>	( )	<b>Pareja:</b>	( )	<b>Pariente:</b>	( )
<b>20. Situación Conyugal:</b>	<b>Soltera:</b>	( )	<b>Casada:</b>	( )	<b>Viuda:</b>	( )
		( )		( )	<b>Divorciada:</b>	( )
					<b>Unión Estable:</b>	( )
<b>21. Número de hijos anteriores:</b>	<b>0:</b>	( )	<b>1:</b>	( )	<b>2:</b>	( )
					<b>3:</b>	( )
					<b>≥4:</b>	( )

## ANEXO II



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

### VALIDACIÓN DE EXPERTO

Nombres y Apellidos:	Emilia Soledad Lugo Torvar
Cédula de identidad:	V-7.006.117.
Estudios de Pregrado:	Médico - Cirujano
Estudios de Postgrado:	Doctorado en Educación
Lugar de Trabajo:	Unidad Sanitaria.
Docente Universitario en:	UNELLEZ

**Nombre del Instrumento:** Instrumento conformado por veintiún (21) ítems para la recolección de datos clínicos, demográficos y psicosociales asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el hospital general "Dr. Égor Nucete" de San Carlos, estado Cojedes, durante los años 2022 y 2023.

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	✓				✓		✓	
2	✓				✓		✓	
3	✓				✓		✓	
4	✓				✓		✓	
5	✓				✓		✓	
6	✓				✓		✓	
7	✓				✓		✓	
8	✓				✓		✓	
9	✓				✓		✓	
10	✓				✓		✓	
11	✓				✓		✓	
12	✓				✓		✓	
13	✓				✓		✓	
14	✓				✓		✓	
15	✓				✓		✓	
16	✓				✓		✓	
17	✓				✓		✓	

...Continúa...



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

...Viene de la página anterior...

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	✓				✓		✓	
19	✓				✓		✓	
20	✓				✓		✓	
21	✓				✓		✓	

Observaciones: Seguir las recomendaciones  
Sugeridas.

Dra. Emilia S. Lugo  
Médico - Cirujano - Mg.  
C.I. 7006117 / C.M.P.  
Médico

Firma del Experto-Validador

Fecha: 24-05-2024.

### ANEXO III



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

#### VALIDACIÓN DE EXPERTO

Nombres y Apellidos:	Andrew del Carmen Yngoa
Cédula de identidad:	9.533.315
Estudios de Pregrado:	Lic. en Enfermería
Estudios de Postgrado:	Docencia Universitaria
Lugar de Trabajo:	MPPB → DRS Cojedes
Docente Universitario en:	UNEFM - UNEFA - IAES

**Nombre del Instrumento:** Instrumento conformado por veintiún (21) ítems para la recolección de datos clínicos, demográficos y psicosociales asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el hospital general "Dr. Égor Nucete" de San Carlos, estado Cojedes, durante los años 2022 y 2023.

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	✓		✓		✓		✓	
2	✓		✓		✓		✓	
3	✓		✓		✓		✓	
4	✓		✓		✓		✓	
5	✓		✓		✓		✓	
6	✓		✓		✓		✓	
7	✓		✓		✓		✓	
8	✓		✓		✓		✓	
9	✓		✓		✓		✓	
10	✓		✓		✓		✓	
11	✓		✓		✓		✓	
12	✓		✓		✓		✓	
13	✓		✓		✓		✓	
14	✓		✓		✓		✓	
15	✓		✓		✓		✓	
16	✓		✓		✓		✓	
17	✓		✓		✓		✓	

...Continúa...



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

...Viene de la página anterior...

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	✓		✓		✓		✓	
19	✓		✓		✓		✓	
20	✓		✓		✓		✓	
21	✓		✓		✓		✓	

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Experto-Validador

Fecha: 20-5-2024

## ANEXO IV



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

### VALIDACIÓN DE EXPERTO

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<i>Judith Castillo Oropeza</i>
<b>Cédula de identidad:</b>	<i>8.665.667</i>
<b>Estudios de Pregrado:</b>	<i>Licenciatura en Enfermería</i>
<b>Estudios de Postgrado:</b>	<i>Doctorado en Enfermería</i>
<b>Lugar de Trabajo:</b>	<i>INSITEZ - UNELLEZ</i>
<b>Docente Universitario en:</b>	<i>UNELLEZ</i>

**Nombre del Instrumento:** Instrumento conformado por veintiún (21) ítems para la recolección de datos clínicos, demográficos y psicosociales asociados a los índices de mortalidad neonatal precoz, registrados en el hospital general "Dr. Égor Nucete" de San Carlos, estado Cojedes, durante los años 2022 y 2023.

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1	X		X		X		X	
2	X		X		X		X	
3	X		X		X		X	
4	X		X		X		X	
5	X		X		X		X	
6	X		X		X		X	
7	X		X		X		X	
8	X		X		X		X	
9	X		X		X		X	
10	X		X		X		X	
11	X		X		X		X	
12	X		X		X		X	
13	X		X		X		X	
14	X		X		X		X	
15	X		X		X		X	
16	X		X		X		X	
17	X		X		X		X	

...Continúa...



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS  
OCCIDENTALES "EZEQUIEL ZAMORA" (UNELLEZ)  
VICERRECTORADO DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES  
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS  
MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN SALUD PÚBLICA

... Viene de la página anterior...

ÍTEM	SUFICIENCIA EN EL NÚMERO DE INDICADORES		PERTINENCIA DE LOS INDICADORES		RELACIÓN CON LA VARIABLE		RELACIÓN CON EL PROPÓSITO	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18	X		X		X		X	
19	X		X		X		X	
20	X		X		X		X	
21	X		X		X		X	

Observaciones: En la revisión del instrumento se observa pertinencia de los ítems con los indicadores y la variable en estudio observándose coherencia paradigmática en concordancia con la metodología aplicada, guardando relación con los objetivos

  
Firma del Experto-Validador  
Fecha: 11/06/2024

## ANEXO V

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad Nro. \_\_\_\_\_, por medio de la presente declaro que: He sido consultado(a) sobre mi participación en la investigación titulada: “APREHENSIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN COJEDES, VENEZUELA, DESDE UN POSICIONAMIENTO COMPLEJO E INTERDISCIPLINARIO”, realizado por el Licenciado Argimiro Antonio Meléndez Figueroa, titular de la cédula de identidad Nro. V-4.101.812, aspirante al grado académico de *Magíster Scientiarum* en Salud mención Salud Pública, de la UNELLEZ-VIPI, bajo la tutoría académica del profesor Reynaldo Mujica Mendoza, docente de esa misma casa de estudios, así como la necesidad de otorgar mi consentimiento para autorizar el uso de la información recolectada, con fines de difusión de los resultados de ésta investigación.

Entiendo que los resultados y/o hallazgos generales que se obtengan con el presente estudio, serán informados a mi persona como derecho por haber participado en él. Entiendo además, que la información será tratada en forma absolutamente respetuosa, anónima y confidencial, con fines estrictamente académicos, resguardando y cautelando la reserva sobre cualquier otro dato que pueda facilitar el reconocimiento de mi persona, si no doy expresa autorización para ello.

Las entrevistas podrían ser grabadas y su registro se mantendrá en privacidad y sólo el investigador responsable y la persona encargada de tutorarle, tendrán acceso a la información que yo entregue. Asimismo, entiendo que la firma de este consentimiento es voluntaria. También entiendo que puedo negarme a firmar, en cuyo caso mis datos no serán utilizados para los fines previamente señalados.

Sí, he leído, comprendo el contenido y alcance de esta carta de consentimiento y estoy de acuerdo en autorizar al investigador *supra* identificado, para que haga uso de la información en forma anónima y confidencial, bajo los términos aquí expuestos.

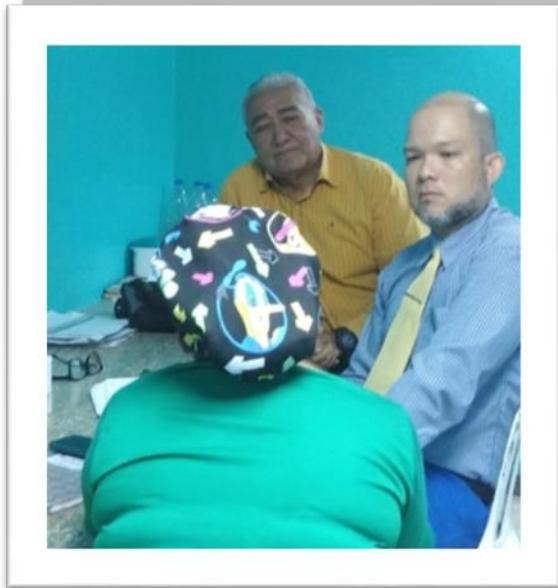
\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ANEXO VI

### **Imagen 1.**

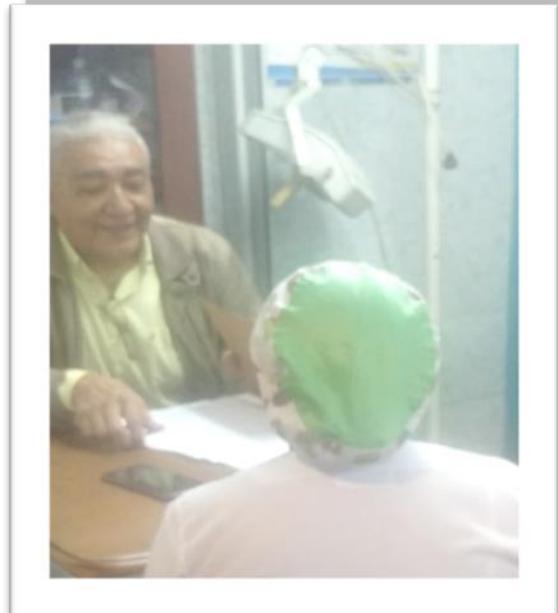
*Entrevista a Informante Clave Uno (IC1)*



**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

### **Imagen 2.**

*Entrevista a Informante Clave Dos (IC2)*



**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

## ANEXO VII

### **Imagen 3.**

*Entrevista a Informante Clave Tres (IC3)*



**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

### **Imagen 4.**

*Entrevista a Informante Clave Cuatro (IC4)*

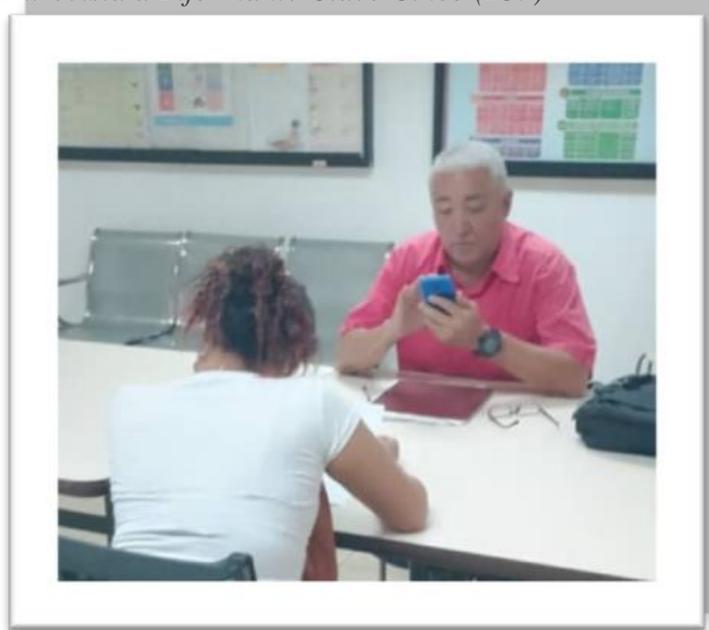


**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

## ANEXO VIII

### **Imagen 5.**

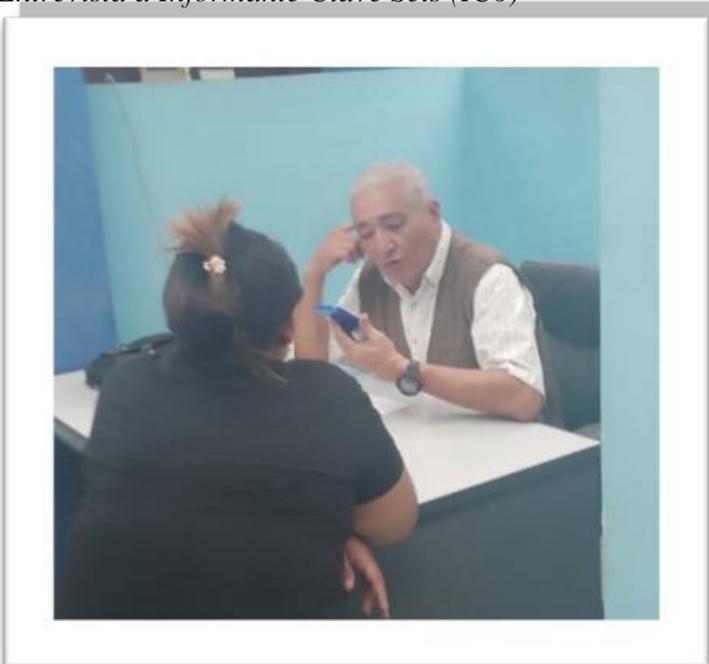
*Entrevista a Informante Clave Cinco (IC5)*



**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).

### **Imagen 6.**

*Entrevista a Informante Clave Seis (IC6)*



**Fuente:** Meléndez, Mujica (2023).