



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282

Comportamiento de la mortalidad Infantil en el Policlínico Universitario Hermanos Martínez Tamayo en 5 años

Behavior of infant mortality in the Hermanos Martínez Tamayo University Polyclinic in 5 years.

Yariuska Fernández Sopeña¹, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6368-5623>

Denny Matos Laffita², ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3971-8848>

Alexander Durán Flores³, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0550-7997>

Zucel Adelaida Hernandez Rodríguez⁴, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8610-3016>

Gretel Labañino Fernández⁵

¹Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Hermanos Martínez Tamayo, Guantánamo. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6368-5623> Email: yariuska1982@gmail.com

²Licenciado en Matemática-Computación. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Filial de Ciencias Médicas, Baracoa, Guantánamo. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3971-8848> Email: dmlrcepe.gtm@infomed.sld.cu

³ Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Docente Hermanos Martínez Tamayo, Guantánamo. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0550-7997> Email: alezzander80@gmail.com

⁴ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Dirección Municipal de Salud Baracoa, Guantánamo. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8610-3016> Email: dms.pami.gtm@infomed.sld.cu

⁵Estudiante primer año de la carrera medicina. Filial de Ciencias Médicas. Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email: glabaninofernandez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La mortalidad infantil ha sido definida internacionalmente como el número de defunciones que ocurren en una población pediátrica durante su primer año de vida. **Objetivo:** caracterizar la mortalidad infantil en el Policlínico Hermanos Martínez Tamayo en el periodo de 2017 al 2021. **Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. El universo de estudio fue de 12 fallecidos menores de un año. La recolección de datos se realizó mediante el registro de defunciones y las actas de

defunciones. Se midieron variables como edad y escolaridad de la madre, tipo de parto, peso al nacer y causas principales de muerte. **Resultados:** El 2021 cerró con una tasa de mortalidad infantil de 15,2 por cada mil nacidos vivos. Se observó que una mortalidad neonatal precoz con 8,7 defunciones por cada mil nacidos vivos fue superior al resto. Predominaron las edades entre 25 a 29 años con un 58,3 %, con predominio de cesárea (58,3 %). Predominan los recién nacidos con bajo peso al nacer y muy bajo peso con un 33,3 % cada uno. Preponderan de defunciones en menores de un año en bajo peso al nacer (66,7 %) y la prematuridad (66,7 %). **Conclusiones:** Predominan la tasa de mortalidad infantil neonatal precoz y el neonatal tardío. Las madres de los fallecidos en mayor número fueron de 25 a 29 años con nivel universitario. Predominaron los bajos pesos y los partos por cesáreas. Las principales causas de muerte fueron el bajo peso al nacer y la prematuridad.

Palabras clave: mortalidad infantil; tasa de mortalidad; causa de muerte

Abstrac

Introduction: Infant mortality has been internationally defined as the number of deaths that occur in a pediatric population during their first year of life. **Objective:** to characterize infant mortality in the Hermanos Martínez Tamayo Polyclinic in the period from 2017 to 2021. **Methods:** a retrospective longitudinal descriptive observational study was carried out. The universe of study was 12 deceased children under one year of age. Data collection was carried out through death registration and death certificates. Variables such as age and education of the mother, type of delivery, birth weight and main causes of death were measured. **Results:** 2021 closed with an infant mortality rate of 15.2 per thousand live births. It was observed that early neonatal mortality with 8.7 deaths per thousand live births was higher than the rest. Ages between 25 to 29 years predominated with 58.3%, with a predominance of cesarean section (58.3%). Newborns with low birth weight and very low weight predominate with 33.3% each. Preponderance of defenses in children under one year in low birth weight (66.7%) and prematurity (66.7%). **Conclusions:** The early neonatal and late neonatal infant mortality rates predominate. The mothers of the deceased in greater number were from 25 to 29 years old with a university level. Low weights and cesarean deliveries predominated. The main causes of death were low birth weight and prematurity.

Keywords: infant mortality; mortality rate; death cause

INTRODUCCIÓN

Toda defunción tiene una causa, entendida como la enfermedad, lesión o traumatismo que desencadena u ocasiona la muerte. Los cambios en los niveles de mortalidad están explicados y asociados a los cambios que experimentan las causas de muertes. ⁽¹⁾

La mortalidad infantil (MI) ha sido definida internacionalmente como el número de defunciones que ocurren en una población pediátrica durante su primer año de vida; representa el riesgo de morir de los niños menores de un año de edad. ⁽²⁾

En Cuba la MI ha descendido apreciablemente en las últimas décadas: en 1950 se situaba alrededor del 81 por mil nacidos vivos (una de las más bajas de América Latina, sólo por encima de Argentina y Uruguay), descendió al 38 por mil en 1970 (la más baja de América Latina) y quedó por debajo del 11 por mil en 1990

(también la más baja de la región).⁽³⁾ El país alcanzó al cierre del 2018, la tasa de mortalidad infantil (TMI) más baja de su historia, con 4,0 por cada mil nacidos vivos.⁽⁴⁾

Esta baja mortalidad infantil tiene su origen en la reducción de las causas referidas a las infecciones respiratorias e intestinales, las que alcanzan una cifra significativa en la mayoría de los demás países latinoamericanos.⁽³⁾

Desde inicios del 2018, el MINSAP implementó un plan de medidas dirigidas a mantener y mejorar los indicadores propósito de mortalidad infantil, que incluyen ocho componentes: el perfeccionamiento de los sistemas de dirección y el control al programa en las provincias con mayores problemas, hasta lograr su transformación; el fortalecimiento del trabajo de los cuadros que intervienen en la conducción del Programa Materno-Infantil; un plan de superación profesional para mejorar las competencias profesionales necesarias en el personal de Salud que forma parte del mismo; el desarrollo de investigaciones; el aseguramiento de los recursos necesarios; una amplia estrategia de promoción de Salud para modificar hábitos, costumbres y elevar la autorresponsabilidad de la población en el cuidado de la salud materna infantil; así como la implementación de acciones específicas para reducir las principales causas de mortalidad infantil.⁽⁵⁾

Conocer la estructura de causas de la mortalidad infantil y cada uno de sus componentes, resulta un insumo indispensable para la planificación estratégica e implementación de políticas públicas que permitan el mejoramiento de la salud materno infantil. Permite, además, identificar las enfermedades de mayor trascendencia que afectan a una población.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar el comportamiento de la mortalidad infantil en el Policlínico Universitario Hermanos Martínez Tamayo en el periodo comprendido de 2017 al 2021.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en el periodo de 2017 al 2021 en el Policlínico Hermanos Martínez Tamayo. El universo de estudio estuvo conformado por los 12 fallecidos menores de un año en la institución durante el periodo de referencia.

Se seleccionaron las variables:

- Edad de la madre: valorada en los intervalos de edad: < 20, 20-24, 25-29, 30-34.
- Escolaridad de la madre: valorada en secundaria, preuniversitario y universitario.
- Tipo de parto: Valorado en cesárea, eutócico y vaginal
- Peso al nacer: valorado en muy bajo peso, bajo peso, peso adecuado y macrosoma.
- Causas principales de muerte: Sofocación y asfixia, neumonía inicio precoz, sepsis grave con distrés respiratorio, asfixia prenatal severa, insuficiencia respiratoria crónica, bajo peso al nacer, hipertensión pulmonar secundaria, trasposición de los grandes vasos

Para la recolección de los datos se utilizó el registro de defunciones del departamento de estadística del Policlínico Hermanos Martínez Tamayo, así como las actas de defunciones.

Las fuentes de información fueron:

- Historia clínica de cada fallecido.
- Encuesta epidemiológica referida a cada defunción.

- El certificado de defunción y el protocolo de necropsia.
- Planilla-encuesta confeccionada para recopilar los datos obtenidos.

Después de obtenida la información se sometió a revisión y verificación para detectar errores u omisiones, utilizando una computadora personal se creó la base de datos en el programa Excel 2016 y a partir de ella se formuló una tabla dinámica para el procesamiento de las tablas y los cálculos correspondientes a las medidas de resumen previstas (frecuencias absolutas y relativas. Se calcularon las tasas de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos en sus componentes neonatal precoz, neonatal tardío y posneonatal en cada año.

Toda información recolectada se utilizó bajo estricta confidencialidad por parte de los investigadores, y no se dio a conocer datos pertinentes de los pacientes y sus familiares.

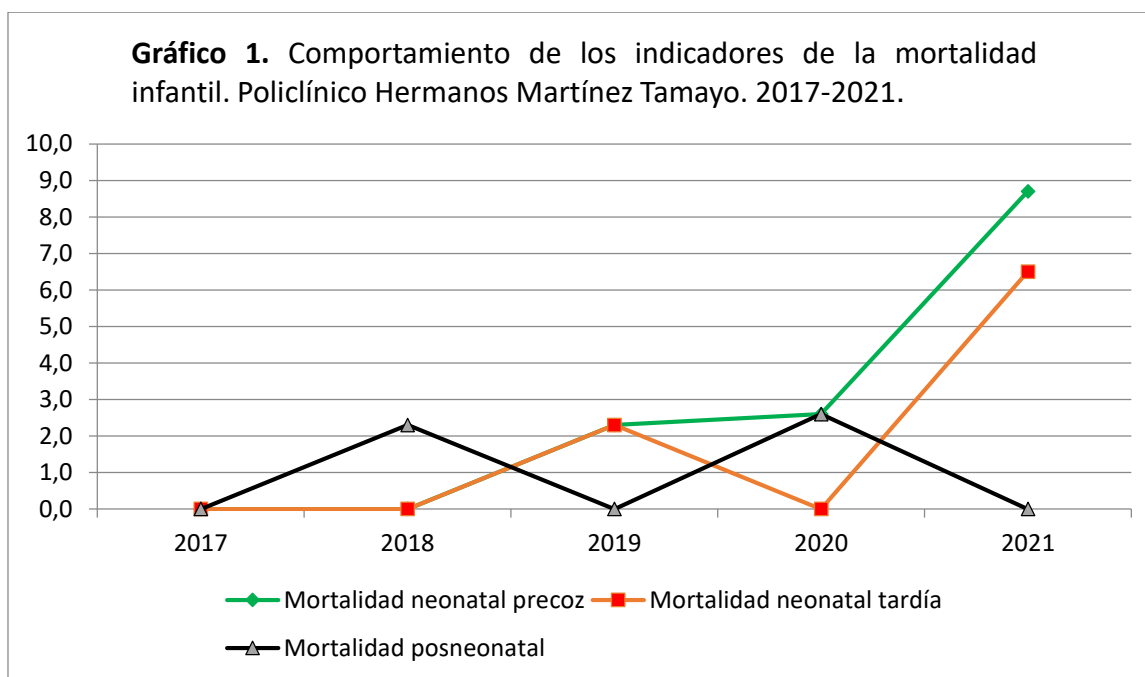
RESULTADOS

Respecto a la mortalidad infantil –indicador que se refiere al riesgo de morir de los menores de 1 año de nacido– cabe señalar que ocurren en el policlínico 12 defunciones en el periodo de estudio. La mortalidad infantil se mantuvo en cero en el 2017, y después ha venido incrementándose por años. Para el 2021 el policlínico cerró con una tasa de mortalidad infantil de 15,2 por cada mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil del policlínico en los años analizados estuvo siempre por debajo de la media municipal y provincial excepto en los años 2020 y 2021.

Tabla 1. Comportamiento de la mortalidad Infantil. Policlínico Hermanos Martínez Tamayo. 2017-2021.

Años	Defunciones	TMI Policlínico	TMI Baracoa	TMI Provincia
2017	0	0,0	0,0	0,0
2018	1	2,3	4,5	7,3
2019	2	4,7	4,8	6,2
2020	2	5,2	47	4,9
2021	7	15,2	9,2	7,4

El gráfico 1 muestra el comportamiento de los indicadores de la mortalidad infantil. La mortalidad neonatal precoz se mantuvo en cero en los años 2017 y 2018. Ya a partir del 2019 este indicador fue incrementándose hasta llegar a una tasa de de 8,7 defunciones por cada mil nacidos vivos en el 2021. La mortalidad neonatal tardía se mantuvo en cero en los años 2017 y 2018. En el 2019 este indicador se incrementó a una tasa de 2,3 por cada 1000 nacidos vivos, volviendo a bajar a cero en el 2020 para incrementarse en el 2021 a 6,5 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad posneonatal se mantuvo en cero en el periodo analizado excepto en los años 2018 y 2020 que se comportó con una tasa de 2,3 defunciones por cada 1000 nacidos vivos y una tasa de 2,6 respectivamente.



Teniendo en cuenta la edad de la madre de los niños fallecidos según muestra la tabla 2, predominaron las que tenían edades entre 25 a 29 años con un 58,3 %. Ocurrieron tres defunciones de niños menores de un año en madres adolescentes para un 25,0 %. La media de edad materna fue de 24,8 años, con edad mínima de 15 años y máxima de 31 años. En cuanto a la escolaridad de la madre, predominaron aquellas con nivel escolar universitario para un 58,3 %.

Tabla 2. Distribución de fallecidos menores de un año según edad y escolaridad de la madre.

Edad (años)	Escolaridad						Total	
	Secundaria		Preuniversitario		Universidad		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
< 20	2	16,6	1	8,3	-	-	3	25,0
20-24	-	-	-	-	1	8,3	1	8,3
25-29	-	-	2	16,6	5	41,7	7	58,3
30-34	-	-	-	-	1	8,3	1	8,3
Total	2	16,6	3	25,0	7	58,3	12	100

La tabla 3 muestra la distribución de fallecidos menores de un año según tipo de parto y peso al nacer. En cuanto al tipo de parto, existió un predominio de cesárea (58,3 %). Según el peso al nacer, se observó mayor frecuencia en los recién nacidos con bajo peso al nacer y muy bajo peso con un 33,3 % cada uno.

Tabla 3. Distribución de fallecidos menores de un año según tipo de parto y peso al nacer.

Variable	No.	%
----------	-----	---

Tipo de parto		
Cesárea	7	58,3
Vaginal	5	41,7
Peso al nacer		
muy bajo peso	4	33,3
bajo peso	4	33,3
Peso adecuado	3	25,0
macrosoma	1	8,3

A través de la tabla 4 se evidenció mayor número de defunciones en menores de un año en bajo peso al nacer (66,7 %) seguido por prematuridad (66,7 %). Más elejado estuvieron la sepsis grave con distres respiratorio (25,0 %) y la Hipertensión pulmonar Secundaria (25,0 %).

Tabla 4. Distribución de fallecidos según principales causa de muerte.

Causa de muerte	Defunciones	%
Bajo peso al nacer	8	66,7
Prematuridad	8	66,7
Hipertensión pulmonar secundaria	3	25,0
Sepsis grave con distres respiratorio	3	25,0
Asfixia prenatal severa	2	16,6
insuficiencia respiratoria crónica	1	8,3
Sofocación y asfixia	1	8,3
Neumonía inicio precoz	1	8,3
Trasposición de los grandes vasos	1	8,3

DISCUSIÓN

La mortalidad infantil en el área del Policlínico Hermanos Martínez Tamayo ha venido incrementándose desde 2017 hasta el 2021, llegando en el 2021 a una tasa de mortalidad infantil de 15,2 por cada mil nacidos vivos, muy superior al 5,2 de 2020, a pesar del esfuerzo heroico del personal médico y paramédico en pleno recrudescimiento de la pandemia de COVID-19.

En todo el mundo las medidas de mortalidad se utilizan como indicadores de salud y, por lo tanto, ayudan en la evaluación y planificación de políticas de salud pública para mejorar la atención de la salud. Entre estas medidas, la tasa de mortalidad infantil es uno de los principales indicadores de la situación de salud, porque está relacionado con las condiciones socioeconómicas y sanitarias de la población y también porque se refiere a muertes tempranas, en gran medida prevenibles.⁽⁶⁾ La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles y comúnmente usados para medir el estado de salud de una población.⁽⁷⁾

Cuba ha mantenido por años una de las tasas más bajas de mortalidad infantil en el continente americano, solo comparada con países desarrollados (como Canadá, Noruega, Islandia y Estados Unidos que son los

que tienen más baja mortalidad en el mundo), cifras que no por repetidas dejan de ser trascendentes, pues reflejan la voluntad política del Estado cubano y su sistema de salud por preservar la vida de todas las embarazadas, puérperas e infantes del país.⁽⁸⁾

Al cierre de 2020, año que puso a prueba las capacidades en materia de salud de los gobiernos de todo el mundo, la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública refiere, como datos preliminares, que en la Isla nacieron 105 mil 030 niños, 4 mil 686 menos que el año anterior, y la nación registró una tasa de mortalidad infantil de 4,9 por cada mil nacidos vivos, 36 fallecidos menos que el año 2019, a pesar de la situación epidemiológica del país y del mundo ante el aumento del número de contagios por COVID-19.⁽⁸⁾

Sin embargo, al concluir 2021 los indicadores de mortalidad infantil que por años han distinguido el trabajo del PAMI en Cuba con tasas de mortalidad infantil por debajo de cinco por cada mil nacidos vivos en los últimos años, no son los esperados registrando una tasa de mortalidad infantil de 7,6 por mil nacidos vivos, un 55 % más que el año 2020. Guantánamo registró una tasa de 7,4 siendo Baracoa uno de los municipios con las tasas más altas de la provincia.⁽⁹⁾

Los autores refieren que detrás de este aumento de las tasas de mortalidad infantil donde se incluye la del Policlínico Hermanos Martínez Tamayo, se encuentra el complejo panorama epidemiológico que atravesó la isla por la pandemia del coronavirus, aunque hay que destacar el esfuerzo de médicos, enfermeras y el resto de los trabajadores de la salud en un escenario epidemiológico sumamente complejo que obligó a reorganizar servicios y optimizar recursos.

Según los indicadores de la mortalidad infantil estudiados, los componentes que predominan en la tasa de mortalidad infantil fueron el neonatal precoz y el neonatal tardío.

La OMS considera al cuidado neonatal como un indicador muy importante, ya que mediante éste se mide el avance en salud de un país. Los primeros 28 días de vida, el periodo neonatal representan la etapa más vulnerable para la supervivencia del niño, ya que la inmadurez limita los mecanismos de defensa.⁽¹⁰⁾

En Perú, por ejemplo, la fracción que le corresponde a la mortalidad neonatal dentro de la mortalidad infantil, continúa siendo alta entre 40-50%, al igual que en otros países del continente. Las tasas de mortalidad neonatal en países latinoamericanos como Chile, Argentina, Colombia, Bolivia, Ecuador, Venezuela oscilan entre 6 a 15 x 1000 nacidos vivos.⁽¹¹⁾

En 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal: aproximadamente un tercio el día mismo del nacimiento y cerca de tres cuartas partes en la primera semana de vida. En África Subsahariana, por ejemplo, registró la tasa de mortalidad neonatal más alta, a 27 muertes por cada 1000 nacidos vivos, seguida de Asia Central y Meridional, con 24 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Un niño nacido en África Subsahariana o en Asia Meridional tiene una probabilidad de morir en su primer mes de vida 10 veces mayor que un niño nacido en un país de ingreso alto.⁽¹²⁾

Con respecto a las características maternas, se puede observar que el grupo de edad entre 25 y 29 años presenta el mayor registro de muertes en niños menores de un año, resultados que coincide con los de

Antunes de Araujo et al⁶, donde el grupo de edad entre 20 y 29 años presenta el mayor registro de muertes en niños menores de un año con un 41,8 %, la media de edad materna fue de 23 ± 6 años, con edad mínima de 10 años y máxima de 42 años. En estudio realizado por Pérez Díaz et al¹⁰, La media de edad materna fue de 27 ± 6 años, con edad mínima de 15 años 7% y máxima de 35 años 20%.

Las condiciones de la salud infantil son un indicador clásico de la salud pública y están asociadas con muchos factores, como lo es el nivel de escolaridad de la madre, factor asociado al riesgo de muerte infantil.

En esta investigación las muertes de menores de 1 años ocurrieron en madres con nivel de escolaridad universitario. Estos resultados no coinciden con algunos autores de la literatura revisada. En estudio realizado por Antunes de Araujo et al⁽⁶⁾, se identificó que la mayoría de las madres tienen poca escolaridad, lo que puede estar directamente relacionada al coeficiente de mortalidad infantil elevada. Por otro lado, en estudio de Teixeira⁽¹³⁾ y Holanda Prezotto⁽¹⁴⁾, la escolaridad materna se consideró una variable protectora, porque se encontró que las madres con educación superior a ocho años es un factor positivo para reducir la mortalidad infantil.

En relación al tipo de parto existió un predominio de las cesáreas, resultado que no coincide con los de Antunes de Araujo et al⁽⁶⁾ donde predominó el parto vaginal con un 55,6 %.

La cesárea electiva es un procedimiento quirúrgico destinado para reducir la morbimortalidad materna, neonatal y perinatal, en situaciones que dificultan el parto vaginal o que precisan un término inmediato del embarazo. Sin embargo, no está libre de complicaciones. El mismo acto operatorio y los efectos de la anestesia pueden generar problemas en la madre y en el niño. Por otro lado, es conocido que una cesárea aumenta el riesgo de muerte en seis veces al compararse con el parto vaginal.⁽¹⁵⁾

En el caso del recién nacido por cesárea, el riesgo para la salud puede durar hasta la niñez e incluso puede persistir en la vida adulta. En los infantes nacidos por cesárea, la formación de la microbiota intestinal se retrasa después del nacimiento, es decir, durante un período crítico de desarrollo para la maduración del sistema inmunológico del recién nacido. Este retraso puede favorecer el desarrollo posterior de trastornos inflamatorios y metabólicos durante la infancia. Por lo tanto, el efecto positivo de una formación temprana del microbioma intestinal infantil en la salud a largo plazo se pierde cuando el bebé nace por cesárea.⁽¹⁶⁾

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado, nunca deben obviarse los posibles riesgos que conlleva una intervención quirúrgica de ese tipo, pues el antecedente de cesárea puede aumentar las condiciones desfavorables en embarazos subsecuentes, dadas por placenta previa, acretismo placentario, rotura uterina y muerte perinatal, entre otras⁽¹⁷⁾.

El presente estudio analizó el peso al nacer de los fallecidos menores de un año. Los resultados mostraron una mayor frecuencia en los recién nacidos con bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer es el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo normales. Esta desviación de la salud constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales, pues se relaciona con más de 75 % de los casos de morbimortalidad perinatal.^(18, 19)

El peso al nacer es uno de los principales factores predictores de la mortalidad infantil y se asocia a cifras elevadas de morbilidad. Aunque los recién nacidos de muy bajo peso al nacer representan entre 1 y 1,5% del total de los nacimientos, contribuyen significativamente a la mortalidad neonatal (50 a 70%) e infantil (25 a 40%) en la región del Cono Sur de Suramérica. En comparación con los recién nacidos que pesan 2500 g o más, en los países en desarrollo, los recién nacidos de bajo peso al nacer tienen 40 veces más riesgo de morir en el período neonatal, lo cual aumenta a 200 veces en aquellos niños con menos de 1500 g al nacimiento.⁽²⁰⁾

Los resultados de una investigación de Retuleta Milán *et al*⁽²¹⁾ la cual incluyó a más de 250 000 nacidos vivos en 50 maternidades de 11 países, mostró que los niños que nacieron con bajo peso correspondieron a 9 % del total de los nacidos vivos y contribuyeron a 78 % de la mortalidad neonatal precoz. Además, de cada 1 000 niños nacidos con bajo peso, 140 murieron durante la primera semana de vida.

Las principales causas de muertes en los menores de un año estuvieron asociadas, fundamentalmente, con el bajo peso al nacer y la prematuridad. Estos resultados difieren de los encontrados por Pérez-Díaz *et al*⁽¹⁰⁾ en estudio de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional en México. Evidenciaron predominio de la inmadurez extrema 19%, asfixia neonatal 13% y la sepsis neonatal 11%.

Otros autores como Dávila Aliaga *et al*⁽¹¹⁾ en su investigación Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal instituto nacional materno perinatal 2015–2016 plantearon que la primera causa básica de fallecimiento fue malformaciones congénitas 48,6%, luego infecciones 23,1%.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal y es responsable del 50% de la discapacidad en la infancia.⁽²²⁾ Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto.⁽¹⁾

Blasco-Navarro *et al*⁽¹⁷⁾ afirman en su artículo que los partos pretérmino son un factor de riesgo en la aparición del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, con sus graves consecuencias para la sobrevida.

La calidad del seguimiento en la atención primaria de la madre desde el inicio de su edad reproductiva, el diagnóstico oportuno de infecciones maternas, malformaciones congénitas fetales, la toma de decisiones en equipo con enfoque multisectorial, multidisciplinario y multinivel, corresponden al resultados en este aspecto .

CONCLUSIONES

La tasa de mortalidad infantil en el área de salud del Policlínico Universitario Hermanos Martínez Tamayo tuvo una tendencia creciente en el periodo analizado. Los componentes que predominan en la tasa de mortalidad infantil fueron el neonatal precoz y el neonatal tardío. La edad de la madre más predominante de los fallecidos fue el de 25 a 29 años con nivel universitario. Predominaron los fallecidos menores de un año con bajo peso y directo de partos cesareados. Las principales causas de muerte fueron el bajo peso al nacer y la prematuridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Pacheco BL. Evolución de la mortalidad infantil en Cuba. Rev. cuban. pediatri. 2016 [acceso 08/5/2019]; 88(1): 1-4. Disponible en: <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/38/20>
2. Eurosur. Mortalidad y sus causas. [Internet]. Chile: FLACSO; 2000 [acceso 08/5/2019]. Disponible en: <http://www3.eurosur.org/FLACSO/mujeres/guatemala/salu3.htm>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019. [acceso 25/10/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
4. Bassat Q. La mortalidad infantil en un mundo globalizado. EsGlobal [Internet]. Madrid, España: FRIDE; 2018 [acceso 08/5/2019]. Disponible en: <https://www.esglobal.org/la-mortalidad-infantil-en-un-mundo-globalizado/>
5. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. ODM4. [Internet]. 2010 [acceso 25/10/2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/honduras/ODM4.pdf>
6. Antunes de Araujo Filho AC, Dantas Almeida P, Lages de Araujo AK, Magalhães Sales IM, Evangelista de Araújo TM, Santiago da Rocha S. Aspectos epidemiológicos de la mortalidad infantil en un estado del Nordeste de Brasil. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [acceso 2022 Jun 09]; 17(49): 448-477. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100448
7. Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez LC, Torres Ramos I, Samón Leyva M, Franco Bonal A. Implicaciones de la ciencia y la tecnología en algunos aspectos del Programa de Atención Materno Infantil. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [acceso 2022 Jun 09]; 97(3): 671-678. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1933/3774>
8. Redacción MINSAP. 1 enero 2021. Sitio Web oficial de gobierno. Ministerio de salud pública. Cuba registró una tasa mortalidad infantil de 4,9 en un año marcado por la COVID-19. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cuba-registro-una-tasa-mortalidad-infantil-de-49-en-un-ano-marcado-por-la-covid-19/>
9. Noda Alonso S. 2 enero 2022. Sitio Web oficial de gobierno. Ministerio de salud pública. Cuba registra una tasa de mortalidad infantil de 7,6 por mil nacidos vivos, en un año complejo debido a la pandemia de la COVID-19. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cuba-registra-una-tasa-de-mortalidad-infantil-de-76-por-mil-nacidos-vivos-en-un-ano-complejo-debido-a-la-pandemia-de-la-covid-19/>
10. Pérez-Díaz R, Rosas-Lozano AL, Islas-Ruz FG, Baltazar-Merino RN, MataMiranda MP. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Acta Pediatr Mex. [Internet] 2018 [acceso 2022 octubre 09] 39(1): 23-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912018000100023&lng=es&nrm=iso

11. Carmen Dávila Aliaga, Elina Mendoza Ibañez. Características Epidemiológicas de la mortalidad neonatal instituto nacional materno perinatal 2015 – 2016. Rev Perú Investig Matern Perinat [Internet] 2016; [acceso 2022 octubre 09] 5(2): 16-21. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/61/62>
12. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. : OMS; [actualizado 19 Sept 2020; acceso 23 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
13. Teixeira GA, Costa FML, Mata MS, Carvalho JBL, Souza NL, Silva RAR. Factores de riesgo para la mortalidad neonatal en la primera semana de vida. Rev. pesqui. cuid. fundam. [Internet]. 2016 [acceso 2022 Jun 09]; 8(1): 4036-4046. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3943/pdf_1832
14. Holanda Prezotto K, Ruella de Oliveira L, Rosseto de Oliveira R, Cristina Melo E, Rolim Scholze A, Molena Fernandes CA. Mortalidad infantil: tendencia y cambios tras la implantación del programa red madre paranaense. Enferm. glob. [Internet]. 2019 [acceso 2022 Jun 09]; 18(55): 469-509. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/1695-6141-eg-18-55-469.pdf>
15. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras?. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 Oct [acceso 2022 Jun 15]; 63(4): 659-660. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400022
16. Faundes Anibal. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2021 Ene [acceso 2022 Jun 15]; 67(1): 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100004
17. Blasco-Navarro M, Cruz-Cobas M, Cogle-Duvergel Y, Navarro-Tordera M. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. MEDISAN [Internet]. 2018 [acceso 15 Jun 2022]; 22(7): 578-599. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1443>
18. Gómez Mendoza C, Ruiz Álvarez P, Garrido Bosze I, Rodríguez Calvo MD. Bajo peso al nacer, una problemática actual. AMC [Internet]. 2018 Ago [acceso 2022 Jun 15]; 22(4): 408-416. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408
19. Ferrer Martín Y, Posada Fernández P, García Pérez R. Tendencia temporal y variabilidad espacial del bajo peso al nacer en la provincia Ciego de Ávila (1991-2017). MediCiego [Internet]. 2019 [acceso 15 Jun 2022]; 25(4): 1-16. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/985>
20. Castro-Delgado OE, Salas-Delgado I, Acosta-Argoty FA, Delgado-Noguera M, Calvache JA. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. Pediatr [Internet]. 2016 [acceso 15 Jun 2022]; 49(1): 23-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-muy-bajo-extremo-bajo-peso-S0120491216000173>
21. Retureta Milán S, Hernández Cervantes L, González González G, Hernández Campos L, Hernández Fabelo M, Llanes Gómez D. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Municipio de Ciego de

Ávila, 2012-2013. MediCiego [Internet]. 2015 [acceso 15 Jun 2022]; 21(3): 44-50. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/459>

22. del Río R, Thió M, Bosio M, Figueras J, Iriondo M. Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada. An Pediatr [Internet]. 2020 [acceso 15 Jun 2022]; 93(1): 24-33. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prediccion-mortalidad-recien-nacidos-prematuros-articulo-S1695403319303777>