



11237  
29/105  
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

I. S. S. S. T. E.

Subdelegación Médica Zona Oriente

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de:

**Especialista en Pediatría Médica**

PRESENTA:

Dra. MARIA VERONICA MORALES CRUZ

Titular: Dr. ENRIQUE MENDIZABAL RUIZ

Asesor: Dra. MARICELA MURILLO HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1987

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE .

	PAGINA
I . INTRODUCCION .....	1
MORBIMORTALIDAD PERINATAL .....	2
FACTORES DE RIESGO PERINATAL .....	4
HIPOXIA NEONATAL .....	6
INFECCIONES .....	8
MALFORMACIONES CONGENITAS .....	10
HIPERBILIRRUBINEMIA .....	11
II . OBJETIVO .....	12
III. MATERIAL Y METODOS .....	12
IV . RESULTADOS .....	14
V . CONCLUSIONES .....	23
VI . BIBLIOGRAFIA .....	25

## I N T R O D U C C I O N .

Dentro de los problemas de salud que afectan a nuestro país se encuentra a la Mortalidad Perinatal actualmente reportada como el 41.9 por 1000 RN nacidos vivos .Se ha considerado a la mortalidad perinatal como uno de los indicadores del proceso reproductivo .Por lo que en la literatura nacional y extranjera se han encontrado numerosos artículos en relación al tema .

En base a esta inquietud el Instituto Nacional de Perinatología estudio el problema más allá del evento del nacimiento , agrupando las muertes perinatales en tres grupos:

- a) Muerte Intrauterina : desde la semana 20 de embarazo en adelante .
- b) Muertes Neonatales Tempranas: del primero al séptimo día de vida extrauterina .
- c) Muertes Neonatales Tardías : del 8o al 28o día de vida extrauterina .

En base a dichos grupos encontraron las siguientes observaciones :

- 1.- La probabilidad de muerte intrauterina aumenta a medida que aumenta la edad gestacional y alcanza un pico máximo entre los productos de término , para descender entre los postérmino .
- 2.- La probabilidad de muerte en la primera semana de vida extrauterina disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad gestacional.
- 3.- La menor mortalidad se encuentra en los RN a término y se incrementa hasta cinco veces más el riesgo de muerte en los productos de postérmino .

La mortalidad tardía aumenta entre los RN menores de 27 semanas y es mayor aún entre los de 28 y 30 semanas siendo baja para los RN entre 37 y 41 semanas .No se observo ninguna defuncion despues de la segunda semana en los de postérmino . (1)

Un estudio realizado en Australia revela el siguiente índice en base al peso de mortalidad, encontrando lo siguiente:

(2) Peso :	Índice de Mortalidad:
500 - 1 499 -----	54%
1 500 - 2 499 -----	26%
≥ 2 500 -----	20%

Observando en la población estudiada la sobrevivencia hasta en dos años de los RN de bajo peso para valorar la Mortalidad postnatal, encontrando lo siguiente :

Sobrevivencia	Peso: 501-1000 g	1001-1500 g
6 días	68%	89%
27 días	57%	85%
1er año	55%	81%
2o año	55%	81%

Entendiéndose al Índice de Mortalidad Postnatal a la medida de riesgo de muerte entre los 28 días y un año de edad.

Aunque los riesgos de mortalidad neonatal aumentan de manera exponencial (progresión geométrica) con la edad gestacional y entre más bajo sea el peso, los avances logrados en los cuidados obstétricos y neonatales han reducido de manera importante los índices de mortalidad para los neonatos con peso mayor a 1000 g y con edad gestacional mayor de 28 semanas, no siendo así para los de peso excesivamente más bajo en los que el índice de mortalidad Neonatal y Morbilidad Postnatal sigue siendo alto .(3)

La Mortalidad Neonatal varía de acuerdo a los diferentes Medios Hospitalarios así como a la población que en ellos se maneja, reportándose por ejemplo en el Centro Médico Nacional del IMSS una Mortalidad de 2.5% (teniendo como principales causas de muerte: Inmadurez, Insuficiencia Respiratoria y Hemorragia Cerebral), y para el Centro Médico la Raza una Mortalidad de 3.6%. En el centro médico Nacional se encontraron las siguientes como causas de Morbilidad :

Desnutricion Intrauterina	55%
Prematuros Hipotroficos	45%
Fetopatia Toxémica	26%
Disfuncion Placentaria	21%
Término Hipotrofico	9.3%
Inmadurez	4%

(4)

En la literatura extranjera se reportan estudios que engloban tanto las causas de muerte como la manera de mejorar la supervivencia de los RN afectados. Así, tenemos que el Hospital UCH de Ibadan Nigeria, realizó un estudio en 5 años (1976-1980) en donde observaron que la mortalidad era debida principalmente a Inmadurez Pulmonar y Asfixia Neonatal entre los nacidos de bajo peso, así como, la Asfixia Neonatal, las Malformaciones Congénitas y las Infecciones Graves (Septicemia + Meningitis), desempeñan el papel más importante en la Mortalidad de los niños de peso mayor o igual a 2000g. En base a esta observación, proponen tres medidas claves en el manejo de estos RN con riesgo Perinatal Alto:

- Mejoria en la reanimacion y tratamiento de las complicaciones postasfícticas
- Diagnostico Precoz y tratamiento eficaz de la Sepsis Neonatal
- Mejoria de la asistencia a los RN de bajo Peso al Nacer empleando recursos actuales y adecuados.

Con lo cual encontraron una disminucion significativa en la Morbimortalidad Perinatal de la siguiente manera.

Mortalidad Reportada:

≤1000	42%
1 001-1500	25%
1501 -2499	9%
2001-2499	3%

Que sufrió los siguientes cambios:

En RN con peso al nacer de la Mortalidad disminuyo de

1.2 a 0.7% .(peso  $\geq$  2 500 g).

La Mortalidad debida a Asfixia disminuyo en un 40%.

La Mortalidad debida a Sepsis disminuyo en un 32 %.

Sin embar o la mortalidad en niños con peso entre 1000 y 2,400 g continuo sin cambios .Con lo cual se logro una disminucion del 20% de la Mortalidad Infantil Global y un 40% - de la Mortalidad Neonatal Global .Habiendo observado que la puntuacion de Apgar era bastante mejor en los neonatos de bajo peso en los centros perinatales de tercer nivel que en los de segundo .Estos datos apoyan la opinion de que el traslado de un prematuro a un nivel superior de unidad de cuidados intensivo es preferible al traslado de un neonato pretermo enfermo . (5)

Para hacer un analisis más exacto de la Morbimortalidad Neonatal o Perinatal sera conveniente revisar los factores— más frecuentemente involucrados en la Patologia Neonatal.

#### I. FACTORES DE RIESGO PERINATALES .

Para el analisis de este punto tomaremos como referencia publicaciones realizadas en otras instituciones , que nos sirvan como punto de apoyo y comparacion al analizar las - nuestras .

Se realizo un estudio en el Centro Medico la Raza del IMSS , donde se analizaron los antecedentes Ginec obstétricos más frecuentes , encontrando que el 90% de las gestaciones estudiadas contaban con dichos antecedentes.Los cuales fueron las siguientes :

Edad Inadecuada de la Madre	23%
Alta Escolaridad	54%
Gestación	20%
Multiparidad	11%
Toxemia	15%
Problemas Placentarios	23% (placenta Previa y Desprendimiento

premature de placenta)

Trabajo de parto prematuro 12%

Ruptura Prenatura de Membranas 26%

Observandose en relacion al tipo de parto :

Parto Eutocico : 46.5%

Cesarea : 42.4%

Parto Distosico: 10.1%

Las causas de muerte presentadas por estos RN que contaban con dichos antecedentes fueron en orden de importancia y frecuencia :

Inmadurez	33%
Prematurez	36% (50% con SIBI)
Hemorragia Intraventricular	20%
Hemorragia Pulmonar	11%
Infecciones	17%
Malformaciones Mayores	10.7%
Traumatismo Obstetrico	4%
Pneumotorax	4.9%
Enterocolitis Necrotizante	3.3 %
CID	1.8%

(6)

Se ha encontrado que los RN con peso de 2 500 o menos pertenecen aproximadamente al 14 % de madres menores de 15 años , mientras que en madres entre 15-19 años la incidencia es del 9.9% y en las de 20-29 años es de 6.5 % .i sabemos que la edad materna y su desarrollo puberal no es tan importante como su peso y talla antes del embarazo y el aumento durante el mismo .Asi mismo la maternidad en la Adolescencia se acompaña de falta de educación , pobreza , subalimentación ,inaccesibilidad a los servicios de salud , y por lo tanto deficiente o nula atención prenatal que afectan a la madre y su producto haciendolos victimas de la llamada "efectos de la segunda generacion " ,aumentando el riesgo de muerte y morbilidad perinatal . (7)



Con el fin de consignar todos los antecedentes Perinatales mas importantes se hizo una sistematización de los mismos de la siguiente manera : (3)

- I Factores Socioeconomicos
- II Factores Maternos
- III Antecedentes Ginecobstetricos
- IV Patologia durante el Embrazo
- V Factores Intraparto
- VI Atencion Medica .

#### HIPOXIA NEONATAL .

La calificación de Apgar es una evaluación rápida y semi-cuantitativa del estado fisiológico del niño y se utiliza para valorar la severidad de la asfixia neonatal , entendiéndose se esta como el cese de la respiración por falta o ausencia de oxígeno , el cual puede medirse al minuto y a los 5 minutos y cada 5 minutos hasta los primeros 20 minutos .

La puntuación de Apgar al minuto es un índice de la asfixia intraparto , mientras que la valoración a los 5 minutos mide el pronostico Neurológico del RN .

El índice de Apgar puede indicar asfixia pero no la duración del periodo asfíctico , sin embargo como indicador de asfixia se considera que :

- Asfixia Leve 5-7
- Asfixia Moderada 3-5
- Asfixia Grave 0-2

El índice de Apgar bajo indica un cefalo anormal del niño pero no manifiesta su etiología .Se sabe que el riesgo de padecer asfixia intraparto esta relacionado con :

- 1.- Alteraciones en el intercambio Placentario
- 2.- Alteraciones en el flujo sanguíneo placentario
- 3.- Reducción en la Saturación de Oxígeno materno arterial

Dichos eventos se han observado en las siguientes patologías :

Placenta Previa

Desprendimiento Prematuro de Placenta Norma inserta

Distosia de Presentacion

Prolapso de Cordon

Infarto Placentario

Toxemia

Aplicacion de Forceps

Corioamniotitis

Ruptura Prematura de Membranas

Cordón Corto o Circular

Todas ellas consideradas como complicaciones Anoxigenicas obstetricas .

Se reporta que el indice de mortalidad en el neonato con Apgar al minuto de 0-3 es del 5-10% , el cual aumenta hasta / un 53 % cuando el indice de Apgar se mantiene bajo durante 20 minutos .

Dentro de las complicaciones secundarias a Hipoxia la más grave en cuanto a su pronóstico para la vida y la funcion es la Encefalopatía Isquemicohipoxica . (EIH) .Este termino se ha empleado para designar a los hallazgos clinicos y neuropatologicos que se considera ocurren en el neonato a termino despues de la asfixia ya sea transparto o neonatal . (9).De manera inmediata debemos tomar en cuenta que la hemorragia Intracraneana espontanea en el RN se acompaña a menudo de prematuridad , traumatismo y asfixia , y en el RN de muy bajo peso ( menor de 1500g , que parece ser mas vulnerable ) se ha demostrado la presencia de hemorragia cerebral, en sus diferentes localizaciones y extensiones de acuerdo a la clacificacion ultrasonografica en un 43 -60 % de los casos , lo cual aumenta en forma muy importante la mortalidad y la morbilidad neonatal y postnatal .(10)

Otras de las complicaciones secundarias a Hipoxia neonatal o perinatal se observa en el 51% de los casos de Ente

rocolitis Necrotizante en un estudio realizado en el Hospital Infantil de México, la cual fue evaluada según la clasificación de Bell, siendo la más frecuente en los estadios II y III (76.1% de todos los casos estudiados), encontrándose como antecedentes de importancia perinatales los siguientes además de la Hipoxia : (evaluada por Apgar bajo)::

Peso menor de 2000 g	76.1%	
Semanas de gestacion menor de 36		80.9%
Apgar al minuto menor de 7		36.0%
Cateterismo Umbilical		33.3%
Exanguineotransfusión		14.2%
Sufrimiento Fetal Agudo		9.5%
Síndrome de Dificultad respiratoria		9.5%
Policitemia		4.7%
Fetopatía Diabética		4.7%
Aspiración de Meconio		4.7%

(11)(12).

### INFECCIONES .

El factor infeccioso forma parte de otro serio capítulo dentro de los riesgos de Morbimortalidad Neonatal, por tratarse de organismos con características inmunológicas deficientes que los transforman en blancos fáciles de Infecciones graves dentro de las cuales se incluyen Meningitis y Sepsis .

Se tiene que considerar dentro de los factores perinatales a la Ruptura prematura de membranas (RPM), que condiciona la Potencialidad Infecciosa en un RN, para los cuales se encuentran reportados los índices de frecuencia tan diferentes como estudios publicados. Por ejemplo se reporta una incidencia de 5.4 % de RPM de las cuales 11.9% curso con Corio amnionitis y 3.3 % con Sepsis Neonatal en el Johns Hopkins Hospital, mientras que en un estudio realizado en México,

en la ciudad de Coahuila la incidencia de RPM fue de 14.1 % por desgracia no se hizo una correlacion con los productos de estas madres con RPM que permitieran evaluar adecuadamente a esta poblacion .

La flora mas comunmente encontrada en cuatro centros hospitalarios diferentes fue :

Hospital de Pediatria

B) Hospital Infantil de Méx.

IMSS CMN

Gram Negativos (2/3 del total)

E. Coli

Klebsiella

Klebsiella

E. Coli

Enterobacter

Pseudomona

Gram Positivos

S.epidermidis

S. aureus

C)CM La Raza IMSS

D) Hospital Universitario de Coahuila.

E. Coli

Estaphilococcus epidermidis

Proteus

Enterobacter amyloferans

Pseudomona

Enterobacter hafnia

Staphylococcus aureus

Es necesario comentar que la sensibilidad encontrada para los gram negativos fue alta para los aminoglucozidos del tipo de la Amikacina , que a aumentado para la Ampicilina y disminuido para la Gentamicina y Cloranfenicol , mientras que los gram positivos tienen una adecuada sensibilidad a la dicloxacilina y a la Gontamicina .

Se reporta ademas un estudio realizado en Cliveland en donde la frecuencia de Staphylococcus epidermidis encontrados en hemocultivos de neonatos es importante y por lo que ellos concluyen que la infeccion por germen oportunistas

de este tipo se hace propicio en niños prematuros que normalmente presentan anomalías en la Quimiotaxis , y transtornos en los neutrofilos y en donde las transfusiones mal controladas ponen en peligro de ser infectados por Citomegalovirus que deprimen aun mas sus condiciones anormales de defensa .

(13) (14)(15)(16).

#### MALFORMACIONES CONGENITAS .

Se analizaron tres estudios publicados en diferentes poblaciones y medios hospitalarios en donde la incidencia de Malformaciones Congenitas en el RN fueron :

INPer 3.3%

IMSS CMH 19.86%

Hospital U de Bruselas 2%

En el INPer se buscó a las malformaciones congenitas externas , definiendose a estas como cualquier defecto estructural presente al nacimiento , y mayor a aquella que produce limitaciones importantes en las areas biológicas , psicológicas y/o sociales del individuo . De estos el 1.2% presenta malformaciones mayores y el 2.1 % malformaciones menores , y en relacion al sexo se encontro un predominio de l sexo masculino en una relacion de 1.06 : 1 .

En el centro medico nacional se analizaron en base al peso encontrando que el 35.23% fueron RN de peso menor a 2,500g y las diez mas frecuentes fueron :

Luxacion Congenita de cadera

Cardiopatias Congenitas

Defectos del cierre del tubo neural

Pie equinovarus

Poliotia

Malformaciones Congenitas Múltiples

Síndrome de Dawn

-----

Labio y paladar hendido

P. Pie Talonalgus

Polidactilia.

En el Hospital de Bruselas la incidencia de malformaciones mayores fue de 1.5, y en las muertes perinatales el 22% así como en las Neonatales fue el 26% y de las recurrencias se observo en el 1-9% . (17)(18)(19).

#### HIPERBILIRRUBINEMIA

Dentro de la Morbimortalidad Neonatal la Hiperbilirrubinemia en sus diferentes etiologías , constituye una de las principales causas , que en el peor de los casos se asocia a procedimientos riesgosos como la Exanguinotransfusión , en la cual se registra un índice de mortalidad de 1.8 % según un estudio realizado en el IMSS , y no se analizara en la presente revisión bibliográfica por ser tema de otro estudio de tesis\_ realizado en esta unidad . (20)

### OBJETIVO .

Se pretende conocer y analizar la Morbimortalidad presente en el servicio denominado Cunero Patologico de nuestra unidad\_ bajo las condiciones actuales de trabajo , con el fin de conocer la patologia predominante y enfocar la atencion en los problemas que este estudio plantea.

### MATERIAL Y METODOS .

En el Hospital General de Zona Ignacio Zaragoza del ISSSTE en el tiempo comprendido entre el 1o de Abril y 1o de Octubre - se analizaron 511 casos de RN que ingresaron al cunero patologico a donde eran enviados por Riesgo Perinatal Alto , excluyendose los nacimientos sin problemas que fueron evaluados en el Cunero de Transicion y que se pasaron a la seccion de \_ Habitacion Conjunta , para ser egresados con su madre a su domicilio. De esta misma seccion se recibieron a pacientes que - presentaron alguna patologia neonatal y que requerian de cuidados especiales por parte del personal medico y de enfermeria . Por lo tanto se excluyen de este estudio RN sanos .

La recopilacion de datos se obtuvo de la libreta de Control Neonatal que se lleva en el servicio de Neonatologia y donde se registra : Fecha de Ingreso , Sexo , Peso al Nacer, Apgar al minuto y 5 minutos , Tipo de Parto , Diagnostico de Ingreso , Diagnostico de Egreso , Manejo y destino final , registrandose en este ultimo , las defunciones , egresos domiciliarios y trasladados a otras unidades de 2o y 3er nivel segun el caso .

Por las condiciones actuales de manejo del expediente\_ clinico , no fue posible completar este estudio retrospectivo con las hojas de historia perinatal por lo que datos importantes como la edad materna , control, perinatal y sena-

nas de gestacion por FUR , no se consigan en nuestro analisis .

La clacificacion en base a peso y edad gestacional se realizo con las tablas de Jurado Garacia anotadas en la Hoja de Historia Perinatal , clacificandose la edad gestacional por clinica con la valoracion de Usher y Capurro.

Para fines practicos y estadisticos la Calificacion de Apgar como parametro de valoracion de Hipoxia Neonatal y Perinatal se divido de la siguiente manera : Normal(8-10) , Hipoxia leve(6-7) , Hipoxia Moderada(3-5) , Hipoxia Grave o Severa (0-2) , calificandose al RN al minuto ya los 5 minutos .

Se incluye a la poblacion general estudiada para la evolucion de las diez primeras causas de Morbomortalidad , haciendose enfasis en las patologias que requerian de un analisis mayor .



RESULTADOS . . .

MORBIMORTALIDAD

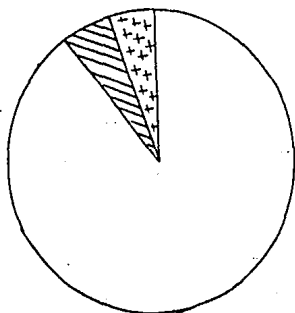


FIGURA I .

CUADRO 1 .- EVOLUCION DE CASOS ESTUDIADOS

□	ENFERMOS DOMICILIARIOS	457	89.4%
///	DEFUNCIONES	33	6.4%
+ +	TRASLADOS	21	4.1%
	TOTAL	511	100.0%

CUADRO 2 : MORBIMORTALIDAD GENERAL DE ACUERDO AL SEXO .

SEXO	NoDE CASOS	%	RELACION
MASCULINO	276	54%	1.1:1
FEMENINOS	235	45.9%	

CUADRO 3 : MORBIMORTALIDAD GENERAL DE ACUERDO AL TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO	NoDE CASOS	%
PARTO EUTOCICO	262	51.2%
CESAREA	176	34.4%
FORTUITO	28	5.4%
DISTOCICO	12	2.3%

En el presente cuadro no se analizan las causas de Distocia en las que se encontraron : la Distocia de hombros , parto pelvico y aplicacion de Forceps .

CUADRO 4: MORBIMORTALIDAD GENERAL EN RELACION A PESO Y EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL	No	%	TROPISMO	No	%
TERMINO	417	81.6%	Eutrofico	320	62.6%
PRETERMINO	51	9.9%	HIPOTROFICO	107	20.9
POSTERMINO	15	2.9%	HIPOTROFICO	59	11.5

CUADRO 5 : VALORACION DE Apgar .

PUNTAJE	No	%	No	%
	(al min.)		(a los 5 min)	
NORMAL 8-9	326	63.7%	399	78%
6-7	67	13.1%	35	6.8%
3-5	44	8.6%	22	4.3%
0-2	29	5.6%	6	1.1%

CUADRO 6 : MORBIMORTALIDAD

MORBILIDAD	No CASOS	%
1.-HIPOTRÓFICO	107	20.9%
2.-HIPERBILIRUBINEMIA	83	16.2%
3.-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	79	15.4%
4.- HIPOXIA LEVE	67	13.1%
5.-HIPERTRÓFICO	59	11.5%
6.-PRETERMINO	51	9.9%
7.-HIPOXIA MODERADA	44	8.6%
8.-MALFORMACIONES CONGÉNITAS	42	8.2%
9.-SEPSIS	35	6.8%
10.-BRONCOASPIRACION	32	6.2%
11.-HIPOXIA SEVERA	29	5.6%
12.-POSTERMINO	23	4.5%
13.- ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	22	4.3%
14.- TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN	17	3.3%
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	17	3.3%
15.-HIPOGLUCEMIA	11	2.1%
16.-GID	9	1.7%
17.-SÍNDROME DIARREICO	5	0.9%
18.- CRISIS CONVULSIVAS	3	0.5%

Los FACTORES DE RIESGO MATERNOS se encontraron presentes en 21 casos que correspondio al 4.1 % , tomando en cuenta que el analisis completo de dichos riesgos de estos casos y el resto no pudo valorarse por falta de registro .Los encontrados fueron los siguientes :

Corioamniocitis	No de Casos	4
DIABETES MATERNA		4
Desprendimiento de Placenta		3
Toxemia Severa		2
Neumonía Basal		2
Madre Rh Negativa		2
Disfuncion Feto-Placentaria		1
Sepsis Materna		1
Peritonitis Materna		1

Se encontro HIPERBILIRRUBINEMIA en 83 casos que corresponden al 16 .2% del total de casos estudiados de los cuales de acuerdo a su etiologia fueron :

Incompatibilidad a ABO	46 casos
MULTIFACTORIALES	31 casos
Incompatibilidad a Rh	6 casos

Las MALFORMACIONES CONGENITAS que se presentaron en esta poblacion correspondio a 42 casos que representan el 8.2 % de la poblacion total estudiada ,encontrandose las siguientes patologias :

Cardiopatias Congenitas	16 casos
Sindrome de Down	5 casos
Sindrome Dismorfico	3
TORCH	3 (uno de ellos Sifilis Congenita)
Luxacion Congenita de cadera	2
Hidrocefalia	2
Pie Talo Valgo	1
Coloboma Bilateral	1
Onfalocelo	1
Pie Equino varo	1
Sindrome de Teacher Collins	1
Sindrome de Apert	1
Trisomia 13 S. de Patau	1
Anencefalia	1
Polidactilia	1
Duplicacion Vaginal	1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 7 : MORTALIDAD DE ACUERDO AL SEXO .

SEXO	NoCASOS	%
MASCULINO	17	51.5%
FEMENINO	16	48.4%

CUADRO 8 : MORTALIDAD DE ACUERDO A TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO	no CASOS	%
PARTO EUTOCICO	15	45.4%
CESAREA	14	42.4%
FORTUITO	2	3.0%
DIStOSICOS	2	3.0%

cuadro 9 : MORTALIDAD EN RELACION A CALIFICACION DE APGAR.

PUNTAJE	AL MINUTO		A LOS 5 MINUTOS	
NORMAL 8-10	6	18.1%	12	36.3%
6-7	6	18.1%	8	24.2%
3-5	7	21.2%	8	24.2%
0-2	15	45.4%	3	9.0%

CUADRO 10: MORTALIDAD DE ACUERDO A PESO Y EDAD GESTACIONAL.

	No	%		No	%
PRETERMINO	17	51.5%	EUTROFICO	22	66.6%
TERMINO	10	30.3	Hipotrofico	8	24.2
POSTERMINO	4	12.1	HIPOTROFICO	1	3.0%
INMADUROS	2	6.0%			

CUADRO 11: MORTALIDAD DE ACUERDO AL PESO .

Peso (g)	No CASOS	%
500-1499	6	18.1
1500-2499	13	39.3
≥2500	10	30.3

(de el total de defunciones no se cuenta con el registro de peso de 4 casos ). Se distribuyo la poblacion de muertes\_ neonatales de acuerdo a Peso de manera mas clara y exacta de la siguiente manera :

Peso : 500 - 999	2 casos
1000 - 1499	4
1500 - 1999	6
2000 - 2499	7
2500 - 2999	2
3000 - 3499	4
3500 - ≥4000	4



CUADRO 12 : **MORTALIDAD**

PATOLOGIA	No CASOS	%
1.-ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	12	36.3%
SEPSIS	12	36.3%
2.-HEMORRAGIA CEREBRAL	9	27.2%
BRONCOASPIRACION	9	27.2%
3.-MALFORMACIONES CONGENITAS	6	18.1%
4.-GID	5	15.1%
5.- INMADUREZ ORGANICA	3	9.0%
6.- POSTMADUREZ	2	6.0%
Neumonias	2	6.0%
Insuficiencia Cardiaca	2	6.0%
7.-HIPERBILIRUBINEMIA	1	3.0%
HEMORRAGIA PULMONAR	1	3.0%

Es importante aclarar que las Malformaciones Congenitas con las que cursaron estos paciente fuerin basicamente de -- Sistema Nervioso Central y Cardiacas .

CONCLUSIONES :

La Mortalidad general fue de 6.4 % , siendo mayor en el pretermino (51.5%) ,Eutrofico (66.6%) , con predominio del Sexo masculino (relacion 1.1:1) , sin una diferencia significativa en cuanto en la obtencion del producto , la Califi cacion de Apgar al minuto fue de 0-2 en el 45% de los falle cidos , y el peso observado fue de 2000-2499 g .Las cinco - causas de muerte encontradas fueron : Enfermedad de Membrana Hialina ,Sepsis Neonatal , Hemorragia Cerebral , Broncoaspi racion , Malformaciones congenitas ,CID e Inmadurez Organi ca .

El indice de mortalidad es mayor en relacion al reporta do por otras instituciones , pero debe tomarse en cuenta que el tipo de Patologia que se presenta a pesar de que las ca- racteristicas de peso , sexo,edad gestacional ,Apgar al mi- nuto y 5 minutos ,son similares a lo registrado para otras, poblaciones .Sin embargo la poblacion que predomina en esta zona cuenta con riesgos perinatales de por si por ser fre- cuente el nivel sociocultural y economico muy bajo que condi cionan las complicaciones perinatales que asu vez aumentan\_ en forma considerable el riesgo Perinatal , la Mrobilidad\_ perinatal , Neonatal y postnatal y el indice de Mortalidad Infantil y Perinatal de manera alarmante .

Aunado a etos factores se agregan otros factores pro- pios de la unidad la cual se ha implementado como una Uni- dad de Cuenero patologico sin ser fisicamente una Unidad de Cuidados intensivos manejandose patologia de Tercer Nivel.

Para valorar la magnitud de este problema que se analiza en cuanto a atencion del RN deberan deberan tomarse en cuenta lo citado en la literatura en base a tres factores importan- tes : Primero ,existen mas casos de Paralisis Cerebral en ni ños a termino que en prematuros , en segundo lugar sobreviven mas neonatos a termino que prematuros y tercero las secuelas

Neurológicas que arrastra el niño hacia su futuro .

Esto solo por mencionar una de las razones por las que la morbilidad Perinatal debiera ser atendida de manera, eficaz .

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA , MEXICO .Ana Langer y Cols. Bol Med Infant Mex . Vol. 40 ,No 11 Nov. 1983 .Pag . 618-623 .
- 2.- NEONATAL AND POSTNATAL MORTALITY UN /VERY LOW BIRTH WEIGHT INFANTS . U/HYU. A. Watkins .Archives of Disease in Childhood ,1984-59 .Pag.985-999 .
- 3.- CLINICAS DE PERINATOLOGIA .ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAGRAMTES DE PESO MUY BAJO Y EXCESIVAMENTE BAJO AL NACER . Vol. 2 1986.Pag.247-265 .
- 4.- MORBIMORTALIDAD EN UN SERVICIO DE PREMATUROS.Manuel Gomez\_ y Cols.Bol Med Infant Mex. Vol.43 No 5 MAY-1986 . Pag294-299.
- 5.- MORTALIDAD NEONATAL :EFECTOS DE DIVERSAS INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PEDIATRICAS ESPECIFICAS. Adenkunle H. Pediatrics (ed. esp) Vol.19 No.1 1985 . Pag 46-52.
- 6.- CORRELACION DE LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS CON LA MORTALIDAD NEONATAL .German Chavez Rokas y Cols.Bol Med Hosp Infant Mex.Vol.43 No.6 JUN 1986 Pag. 359-363 .
- 7.- EMBARAZO Y MATERNIDAD EN ADOLESCENTES NUEVOS DATOS NUEVOS PROBLEMAS.Pediatrics(ed esp) Vol.19 Abril 1985 No.5 Pag:283-285
- 8.- LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN UN ESTUDIO DE CASOS CONTROLES .Bol Med Hos Infant Mex Vol. 42 No3 Marzo 1985 .Pag. 153-158 .
- 9.- ENCEFALOPATIA ISQUEMICOHIPONICA .ASFIXIA .El Neonato II .Clinicas Pediatricas de Norteamerica Vol. 3 1986.Pag.461-475 .
- 10.-HEMORRAGIA DE LA MATRIZ CERVICAL SUBEPIDIMARIA EN EL RECIGN\_ NACIDO A TERMINO .Pediatrics (ed esp) Vol.19 NO4 1985 .Pag: 233-236 .
- 11.-HEMORRAGIA PERIVENTRICULAR -INTRAVENTRICULAR .Clinicas Pediatricas de Norteamerica Vol. 1 1986 .Pag. 51-68 .
- 12.-ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE:CORRELACION CLINOPATOLOGICA. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS.Bol Med Hosp Infant Mex Vol.43 No9 SEP 1986 pag.565 -569 .

- 13.- CHORIOAMNIOITIS AND PRETERM DELIVERY. Guzick and Winn .Obste-  
trics and Gynecology Vol.65 No.1 January 1935.Pag. 11-15 .
- 14.- GERMINES AISLADOS EN RUPTURAS DE MEMBRANAS .Rodolfo J Wals  
Rodriguez.Ginecologia y Obstetricia de Mex. Vol.53 Sep 1985  
Pag. 247-251 .
- 15.- EPIDEMIOLOGIA DE LAS BACTEREMIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS NEONATALES .Arturo Vargas y Colz .Sol Med Hps  
Infant Mex Vol. 42 No 5 Mayo 1985 .
- 16.- INECCIONES PETALES POR ESTAFILOCOCOS EPIDERMIDIS EN RN DE  
MUY BAJO PESO INFECTADOS POR CITOMEGALO VIRUS .Mary L.Kunar .  
Pediatrics (ed. esp) Vol. 20 No1 1985 .Pag. 285-290
- 17.- Congenital Malformations in 10 000 coneeves Births in a---  
University Hospital .The Journal of Pediatrics Vol.104 No3  
Pag. 386 390.
- 18.- Deteccion de Malformaciones Congenitas Externas .Sonia Ca-  
nun .Sol Med Hosp Infant Mex. Vol. 41 No.1 1984 Pag.21-24.
- 19.- ESTUDIO DE MALFORMACIONES CONGENITAS EN 105 , 325 NASIEN-  
TOS CONSECUTIVOS. Ernesto A. Jimenez .Sol Med Hosp Infant ,  
Vol.42 No.62 DIC 1985 . Pag. 744-747 .
- 20.- EMBRAGUINOTRANSFUSION EN HIPERBILIRUBINEMIA NEONATAL CON ELI-  
JASION DE Y LACTANCIA .Arturo Vargas y Colz. Sol Med Hops In-  
fant Mex Vol.43 No11 Nov 1986 Pag. 239-245 .