



11237
118
Facultad de Medicina - 2^{ej}-
Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL

C.M.N. MANUEL AVILA CAMACHO DEL IMSS
PUEBLA, PUE.

CURSO: ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA

ANALISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
DEL HGR No. 36 DEL CMN
MANUEL AVILA CAMACHO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA

DR. ULISES MELO ARIAS

Asesor: Dra. Lucila Hernández Herrera
HOS. GENERAL DEL PUEBLA
NO. 36 PUEBLA

PUEBLA, PUE.

1992



IMSS

JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVEST.



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.

I N D I C E

	PAGINAS
TITULO	1
OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
ESPECIFICACION DE VARIABLES	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS.....	11
CUADROS DEL 1 AL 34	15
DISCUSION	49
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	55

TITULO:

**ANALISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL DEL HGR No. 36
DEL CMN, MANUEL AVILA CAMACHO.**

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la mortalidad por frecuencia, grupo de edades, sexo, en el HGR No. 36, durante 1971.

- 2.- Conocer los factores predisponentes de la mortalidad infantil en el HGR No. 36, desde el punto de vista socioeconómico nutricional y Médico-Asistencial.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Las primeras observaciones sobre mortalidad y fertilidad fueron publicadas en 1662 por John Graunt (Inglaterra) quien notó una alta mortalidad infantil, un mayor nacimiento de niños sobre niñas, y una variación estacional de la enfermedad. El registro obligatorio de muerte y nacimientos es ahora universal, como lo es el registro obligatorio de algunas enfermedades aunque esto varía de país en país.

Los certificados de defunción no se introdujeron con fines epidemiológicos, sino como documentos legales, posteriormente se registraron eventos vitales como los nacimientos. Luego se establecieron las causas específicas de muerte. (5)

A través de estas estadísticas han surgido una serie de estudios epidemiológicos de mortalidad y morbilidad con tendencias y cambios a través del tiempo, lugar y características de las personas (edad, sexo, raza, condición económica y social). (5)

La epidemiología Descriptiva nos da cifras y de ellas podemos hacer índices crudos y específicos, (PE: edad y sexo) y de estos podemos obtener el riesgo de enfermar o morir. Por mucho tiempo se ha reconocido que la mortalidad está asociada al desarrollo económico y social de una comunidad. (4) Además de que el conocimiento preciso de la mortalidad general e infantil es de una suma importancia para evaluar los avances en los grupos de desarrollo de una población, así como para elaborar e instrumentar con objetividad los programas que tienden a MODIFICAR el estado que guarda la población, con el riesgo de enfermar o morir. (5)

Igualmente las estadísticas sobre estos fenómenos demográficos, tienen una importancia capital para fines de investigación social de una población o un país. (3)

En México se ha observado que en las estadísticas vitales se tiene una tasa de mortalidad infantil muy similar a la que reportan países con mayor grado de desarrollo. (1)

El nivel de mortalidad de un país se ha obtenido tradicionalmente a partir del registro de muertes en oficinas del registro Civil, esta fuente nos da la frecuencia y las principales causas de muerte. (1)

La tasa de mortalidad infantil expresa, no solo el fenómeno biológico si no además condiciones de educación, alimentación, ingresos, vivienda, etc.

En el caso de México, de acuerdo a los datos reportados en las estadísticas vitales publicadas por la Dirección General de Bioestadística de la Secretaría de Salud (SSA), la tasa de mortalidad infantil ha variado de 60.5×1000 nacidos vivos en 1970 a 37.5×1000 nacidos vivos en 1981. Específicamente en el periodo de 1977 a 1981, la tasa de mortalidad infantil pasó de 40.9 a 37.5 lo cual significó una reducción de cerca del 27%, pasando de 480 a 260 defunciones por 100 000 habitantes dicho periodo fué por otra parte de crecimiento económico acelerado de 8% promedio anual. (4)

Con respecto a la mortalidad perinatal, son pocas - confiables las estadísticas de mortalidad en este rubro en nuestro país, ya que los reportes de muertes fetales no son acuciosos, por lo que estos datos se deben tomar en cuenta con reservas. (4)

El análisis de las condiciones de salud de la población menor de 15 años revelan que tienen mayor riesgo de muerte que cualquier otro de los grupos etarios y representan el problema principal de morbimortalidad en el país. (6)

Las defunciones de niños constituyeron en 1972 el 40.4% de todas las muertes en México. De estas 73.6% son menores de 5 años de edad, y de las cuales el 60% son menores de 1 año, y que se deben a causas infecciosas entericas y respiratorias agudas. (6)

En el grupo de preescolares (1-4 años) así como el grupo de escolares (5-14 años) se mantienen las causas infecciosas agudas intestinales y respiratorias, entre las primeras 5 causas de muerte. (9).

CLASIFICACION DE MORTALIDAD. (8)

- Mortalidad Fetal Temprana: Es el nacimiento de un feto - muerto (natimorto) que tiene una edad gestacional que va desde las 21 semanas completas hasta las 27 semanas completas, o bien que pa se de 500 a 999 gr o mide de 25-34 cms.
- Mortalidad Fetal Tardia: Es el nacimiento de un feto muerto (natimorto) que tiene una edad gestacional que va desde las 28 semanas de gestación completas hasta el nacimiento, peso de 1000 gr o más y mide 35 cms o más, medido de la coron illa al talón.
- MORTALIDAD NEONATAL: Desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida postnatal.
- Mortalidad Neonatal Temprana: Todos los R. N. vivos desde el nacimiento hasta antes de las 168 hrs de vida postnatal (menos de 7 días completos).
- Mortalidad Neonatal Tardia: La que ocurre en los nacidos vivos, desde las 168 hrs completas de vida post natal hasta antes de las 672hrs completas (de 7 a menos de 28 días completos).
- Mortalidad Postneonatal: Que comprende de los 28 días de vida a los 12 meses de edad.
- Mortalidad Infantil: que comprende desde el nacimiento has ta el año de edad.
- Mortalidad Preescolar: que comprende de los 12 meses a - los 4 años de edad.
- Mortalidad Escolar: De los 5 a los 14 años de edad.
- Periodo Perinatal: Comprende desde que el embarazo cumple 21 semanas o 147 días completos hasta que antes de que el R.N. cumpla 28 días (672 hrs com pletas de vida postnatal). Se subdivide en 2.
- Periodo Perinatal I: Comprende de las 28 semanas de gesta ción completas hasta antes del septimo día - después del parto (168 hrs completas).
- Periodo Perinatal II: Comprende ue las 21 semanas completas del embarazo hasta antes de que se cumpla el día 28 después del parto (672 hrs completas).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El análisis de las causas de muerte y los factores que influyen de alguna manera en las defunciones, permite crear estrategias para tratar de abatir la mortalidad.

Es nuestro interés que los programas del servicio - de pediatría de este hospital, vayan encomendados ha - corregir las desviaciones, que llevan al fallecimien - to en la edad pediátrica, basados en el estudio de nues - tras defunciones.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Edad
Sexo
Clínica de procedencia
Ingresos hospitalarios previos
Grado de desnutrición
Edad de los padres
Ocupación de los padres
Ingreso mensual
Escolaridad
Inmunizaciones
Ingreso a Terapia intermedia
Utilización de antimicrobianos.
Diagnosticos de defunción.

MATERIAL Y METODOS:
CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron todos los niños menores de 14 años de edad que fallecieron en el servicio de pediatría del HGR No. 36 del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1991.

Se revisaron los resúmenes clínicos y expedientes de las defunciones del periodo antes mencionado y se registró en una libreta, los datos edad, sexo, clínica de adscripción, nivel socioeconómico, cultural, residencia, estado nutricional y factores médicos-asistenciales.

En el periodo de estudio se capturaron 335 defunciones totales de las cuales 52 correspondieron al servicio de urgencias pediátricas (U-P) y 283 en los demás servicios de pediatría (pacientes ingresados).

Tanto para el análisis como para el cálculo de las tasas de mortalidad se consideraron estos dos grupos por separado.

De las defunciones de urgencias pediatría se analizaron las defunciones por grupo de edad, sexo, y del grupo de neonatos se analizaron edad gestacional y peso.

De las defunciones de pacientes ingresados se analizaron todas las variables antes mencionadas.

El nivel socioeconómico se captó del expediente según como fué clasificado por el Médico que realizó la nota de ingreso.

El nivel Cultural se catalogó como BAJO a aquellos padres que no sabían leer ni escribir y que tenían primaria incompleta. MEDIO a aquellos padres que tenían primaria mas secundaria completa. ALTO, preparatoria más alguna carrera técnica y/o Licenciatura. Estos datos son establecidos por el investigador ya que no hay bibliografía al respecto.

El lugar de residencia: Se designó como medio Rural aquellas familias que procedían de pueblos menores de 10 000 habitantes. Medio suburbano, a aquellas familias que procedían de pueblos conurbanos con la Cd. de Puebla y Medio Urbano: a todos que procedían de la Cd. de Puebla.

Estado de NUTRICION: Según la clasificación de Gómez referente al deficit de peso, Pacientes sin Desnutrición aquellos que tenían menos del 15% de deficit ponderal.

Desnutrición de 1er. grado o leve del 1 al 25% de deficit, desnutrición de 2do grado o moderada del 26 al 40%, y desnutrición de 3er. grado o severa a aquellos que tuvieron mas del 40% de deficit ponderal.

Atención Médico-asistencial: Ya que no contamos con estudios anatomopatológicos, se trató la forma de llegada del paciente al hospital, si es espontaneo o enviado de la clinica de adscripción, y si recibió atención previa y si recibió atención en sala de Terapia, si faltaron procedimientos médicos y/o recursos.

**TIPO DE ESTUDIO: RETROSPECTIVO
TRANVERSAL
DESCRIPTIVO**

**METODO ESTADISTICO: PROMEDIO
TASA**

RECURSOS HUMANOS: El investigador.

**RECURSOS FISICOS: Resúmenes y expedientes de las defun-
ciones del servicio de pediatría.**

RESULTADOS:

Se realizaron cuadros de cada una de las variables, de las cuales se analizan por porcentajes y promedios.

De las 335 defunciones totales, 52 ocurrieron en el servicio de Urgencias pediatría y 283 en los demás servicios (pacientes ingresados).

Defunciones de Urgencias Pediátricas:

De las 52 defunciones del servicio de U-P, 27 (52%) - fueron neonatos, 19 (36.4%) lactantes, preescolares 2 (4%) y Escolares 4 (7.6%). (Cuadro 5)

De las causas de defunción por orden de frecuencia - (cuadro 6) ocurrió el primer lugar el Sx diarreico agudo - infeccioso con 11 casos (21.2%) seguido de Enfermedad de Membrana hialina (EMH) con 10 (19.3%), Sepsis 9 (17.3%) Bronconeumonía 7 (13.5%), Encefalopatía Hipoxica Izquiemica (EHI) con 4 (7.7%), Neuroinfección 3 (5.8%) y otras causas 8 (15.2%).

En los neonatos el 70.4% (19 casos) ocurrió la defunción antes de los 7 días de vida, y el 29.6% (8) de 7 a 28 días de vida extrauterina. (Cuadro 7).

Con respecto a la Edad gestacional, la mayoría ocurrieron en neonatos de término de 38-42 semanas de gestación, siguiente los preterminos de 28 a 37 semanas con 55.6% y 40.7% respectivamente. (Cuadro 8).

Con respecto al peso 40.7% tuvieron un peso inferior a 2500 grs.

Defunciones de pacientes ingresados:

Las defunciones que ocurrieron en los demás servicios de pediatría (excluyendo U-P) se enumeran en el cuadro 10, por mes, sexo y porcentajes. Siendo los meses de Enero y junio los que más defunciones tuvieron con 27 (9.5%) y el mes que menor defunciones tuvo fué febrero con 16 (5.7%).

Por grupos de edad, los neonatos ocuparon el primer lugar con 218 (77%) seguido de lactantes con 33 (11.7%) preescolares con 22 (7.8%), y Escolares 10 (3.5%). (Cuadro No. 11).

En el cuadro No. 12 se analizan las defunciones según el servicio de pediatría donde fallecieron, la mayor incidencia ocurrió en neonatos del 4to. piso con 182 casos

(64.3%), seguidos por la Terapia intermedia con 40 (14.1%) posteriormente segundo piso neonatos con 35 (12.4%); cubículos generales (2do piso) 16 (5.7%) y por último la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) con 10 (3.5%).

De las causas de defunción general de los pacientes in gresados, en orden de frecuencia, el primer lugar fué la EMH con 114 (40.3%), seguido de la EHI con 36 (9.2%), Sx. diarreico agudo infeccioso con 22 (7.8%), Sepsis con 21 (7.4%), Síndrome de aspiración de meconio (SAM) con 20 (7%), cardiopatías con 11 (3.9%), Bronconeumonías y neumonías con 9 (3.2%) y 8 (2.8%) respectivamente. (cuadro No. 13).

Analizando el grupo de neonatos, las defunciones según el piso donde fallecieron, 179 (82.1%) ocurrió en 4to. piso de neonatos, 29 (13.2%) en 2do piso neonatos, y en UTQ 10 (4.6%). Cuadro No. 15).

De los 218 neonatos que fallecieron, 143 (65.6%) ocurrió en menos de 7 días de vida y 75 (34.4%) entre 7 y 28 días de vida extrauterina. (cuadro No. 16).

Del total de neonatos 151 (69.2%) fueron menores de 37 semanas de gestación (preterminos) y el 94% tuvieron un peso menor de 2499 grs. (cuadro No. 18).

De las causas de muerte neonatales, ocupó el primer lugar E.M.H. con 114 (52.3%), seguidos por orden de frecuencia por EHI 26 (11.8%), SAM 20 (9.1%), Sepsis 18 (9.1%), cardiopatías 8 (3.6%) y otras causas que se enumeran en el cuadro No. 19.

Con respecto a los 33 lactantes que fallecieron, las causas en orden de frecuencia fueron, Sx. Diarreico agudo infeccioso 16 (48.5%), Bronconeumonía y Neumonía con 6 (18.2%) y 4 (12.1%) respectivamente, cardiopatías 3 (9.1%), Sepsis 3 (9.1%) y por último neuroinfección con 1 (3.0%). (cuadro No. 21).

De las defunciones de preescolares de un total de 22 las principales causas de defunción fueron las siguientes, Sx. Diarreico agudo infeccioso con 5 (22.8%), neuroinfección con 5 (22.8%), neumonía 3 (13.7%), hepatitis fulminante 2 (9.1%), Insuficiencia renal aguda 2 (9.1%) y otras causas 5 (22.5%). (cuadro No. 22).

De las defunciones en los escolares, ocurrieron 10, de las cuales las causas de muerte por orden de frecuencia fueron las siguientes, neuroinfección 2 (20%), cetoacidosis diabética 2 (20%), neumonía 1 (10%) y con la misma incidencia de esta última, Hepatitis fulminante, Leucemia linfoblástica aguda, Síndrome de Guillain Barré, anemia aplásica y tétanos. (cuadro No. 23).

Con respecto a las defunciones según la clínica a la cual pertenecían, el mayor número fueron, de las siguientes clínicas: clínica 2 con 43 (17.1%) la clínica 6 con 29 (11.6%) y la 55 con 24 (9.6%), el resto se enumeran en el cuadro No. 24.

Los días de Estancia hospitalaria (EH), de los pacientes que fallecieron fueron la mayoría de 1 a 5 días con 151 casos (53.4%), con un rango que va de 1 a 35 días. (cuadro No. 25).

Para valorar la nutrición se tomó el grupo de lactantes, preescolares y escolares, de los cuales 49 (76.3%) tuvieron algún grado de desnutrición y 16 (24.6%) fueron bien nutridos. De los 76.3% con desnutrición, el 49% fué de tercer grado o severa. (cuadro No. 26).

Las inmunizaciones se analizaron también en los grupos de edad antes mencionados, con un total de 61.5% de las defunciones de dichos grupos, siendo incompleta en 22 casos (55%) y completa en 18 casos (45%). (cuadro No. 28).

Se analizó el 91.8% de las defunciones en cuanto a lugar de origen, siendo el medio urbano donde la mayoría de los pacientes fallecieron con 183 casos (70.3%), seguido del medio suburbano 57 (22%) y el medio rural con 20 casos (7.7%) (cuadro No. 29).

El nivel cultural se analizó en 129 pacientes, un 45.6% del total de las defunciones, siendo la mayoría de nivel bajo con 102 (70.0%), Medio 18 (14.0%) y Alto 9 con 7%. (Cuadro No. 30).

Se calcularon las tasas de mortalidad general pediátrica, neonatal temprana y tardía y la tasa de mortalidad infantil, y los resultados son los siguientes:

Tasa General pediátrica: 102 defunciones x 10 000 nacidos vivos.

Tasa Neonatal: 120 defunciones x 10 000 nacidos vivos.

Tasa Neonatal Temprana: 78 defunciones x 10 000 nacidos vivos.

Tasa Neonatal Tardia: 42 defunciones x 10 000 nacidos vivos.

Tasa de Mortalidad infantil: 14.2 defunciones x 1000 nacidos vivos.

CUADRO No. 1

NUMERO DE DEFUNCIONES POR MES, SEXO Y PORCENTAJE. 1991
Incluyendo todas las areas de pediatria.

MES	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
ENERO	20	9	29	8.7
FEBRERO	13	4	17	5.0
MARZO	13	13	26	7.8
ABRIL	18	16	34	10.1
MAYO	19	15	34	10.1
JUNIO	20	13	33	9.9
JULIO	14	14	28	8.4
AGOSTO	13	14	27	8.0
SEPTIEMBRE	16	6	22	6.6
OCTUBRE	18	11	29	8.7
NOVIEMBRE	14	15	29	8.7
DICIEMBRE	12	15	27	8.0
TOTAL	190	145	335	100 %

PROMEDIO: 27.91 defunciones por mes.

CUADRO No. 2

NUMERO DE DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y PORCENTAJE. Incluye todas las areas de Pediatria. 1991

<u>GRUPO DE EDAD:</u>	<u>MASCULINOS</u>	<u>FEMENINOS</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
NEONATOS	148	97	245	73.1
LACTANTES	23	29	52	15.5
PRESCOLAR	12	12	24	7.2
ESCOLAR	7	7	14	4.2
TOTAL	190	145	335	
PORCENTAJE	56.72%	43.28%		100 %

CUADRO No. 3

CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR ORDEN DE FRECUENCIA 1991.
 Incluye todos los servicios.

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.= Enfermedad de Membranas Hialinas	124	37
2.= Sx. Diarreico Agudo infecc.	32	9.5
3.= Sepsis	30	9.0
4.= Encefalopatía Hipox-Isquémica	30	9.0
5.= Sx. de Aspiración de Meconio.	21	6.3
6.= Bronconeumonía	16	4.8
7.= Neuroinfección	12	3.5
8.= Cardiop. Cong. Cianogena	11	3.3
9.= Neumonía	8	2.3
10.= Hemorragia intracraneana	6	1.8
SUBTOTAL	290	
PORCENTAJE		86.5%

CUADRO No. 4

CONTINUACION DE CAUSAS DE DEFUNGION. 1991 POR ORDEN DE FRECUENCIA. Incluye todos los servicios de Pediatria.

CAUSA	FRECUENCIA	%
11.- Enterocolitis Necrozante	5	1.5
12.= Enf. Hemorragica del R. N.	5	1.5
13.= Malformaciones (anencefalia)	4	1.2
14.= Sx. de Arnold Chiari	4	1.2
15.= Leucemia Linfoblastica Aguda	3	0.9
16.= Hepatitis Fulminante	3	0.9
17.= Cetoacidosis Diabetica	2	0.6
18.= Hernia Diafrag. de Bochdaleck	2	0.6
19.= Insuficiencia Renal aguda	2	0.6
20.= Atresia Esofagica + Fistula Traqueoesofagica.	1	0.3
21.= Sx. de Guillain Barre	1	0.3
22.= Bronquiolitis	1	0.3
23.= Laringotraqueitis	1	0.3
24.= Anemia Aplasica	1	0.3
25.= Oclusion intestinal	1	0.3
26.= Tetanos	1	0.3
27.= T. C. E Grave	1	0.3
28.= Insuficiencia Renal Cronica	1	0.3
29.= Intoxicacion por organo-fosforados	1	0.3
30.= Intoxicacion por anticolinergicos	1	0.3
31.= Kernicterus	1	0.3
32.= Hidrops Fetalis	1	0.3
33.= Sx. de Pierre Robin	1	0.3
34.= Cardiomiopatia	1	0.3
SUBTOTAL	45	13.5%
TOTAL	335	100 %

CUADRO No. 5
DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD, EN URGENCIAS PEDIATRIA.

GRUPO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
NEONATOS	13	14	27	52%
LACTANTES	13	6	19	36.4
PREESCOLARES	1	1	2	4.0
ESCOLARES	2	2	4	7.6
TOTAL	29	23	52	100%

4.3 defunciones por mes.

CUADRO No. 6
CAUSAS DE DEFUNCION SEGUN ORDEN DE FRECUENCIA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA DURANTE 1991.

Causa	frec.	%
1.- Sx. Diarreico	11	21.2
2.- Enfermedad de Membrana Hial.	10	19.3
3.- Sepsis	9	17.3
4.- Bronconeumonia	7	13.5
5.- Encefalop. Hipoxico-Izquemica.	4	7.7
6.- Neuroinfección	3	5.8
7.- Leucemia linfoblast. Aguda	1	1.9
8.- Sx. Aspiracion de Meconio	1	1.9
9.- T.C.E. grave	1	1.9
10.- Insuf. Renal Cronica	1	1.9
11.- Anencefalia.	1	1.9
12.- Oclusión Intestinal	1	1.9
13.- Intoxicación por Organo-Fos- forados	1	1.9
14.- Hemorragia Cerebral	1	1.9
TOTAL	52	100 %

CUADRO No. 7
FRECUENCIA DE DEFUNCIONES SEGUN LA CLASIFICACION DE
MUERTES NEONATALES TEMPRANA Y TARDIA EN URGENCIAS -
PEDIATRIA

	HOMBRE	MUJERES	TOTAL.	%
TEMPRANA 0-7días	10	9	19	70.4
TARDIA 7-28 días	3	5	8	29.6
TOTAL	13	14	27	100%

CUADRO No. 8
FRECUENCIA POR EDAD GESTACIONAL EN DEFUNCIONES DE
NEONATOS EN URGENCIAS PEDIATRIA.

<u>Semanas de edad</u> <u>Gestacional</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>total</u>	<u>%</u>
menos de 27	-	1	1	3.7
28 a 37	7	4	11	40.7
38 a 42	6	9	15	55.6
<u>más de 42</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
TOTAL	13	14	27	100%

PROMEDIO: 2.25 defunciones de Neonatos por mes.

CUADRO No. 9
FRECUENCIA POR PESO EN DEFUNCIONES DE NEONATOS EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA.

PESO gr.	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
500 - 999	1	1	2	7.4
1000-2000	4	2	6	22.2
2001-2499	-	3	3	11.1
2500-3000 o más	8	8	16	59.3
TOTAL	13	14	27	100 %

CUADRO No. 10
NUMERO DE DEFUNCIONES POR MES Y SEXO. DE 1991.
Excluyendo U-P.

MES	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
ENERO	19	8	27	9.55
FEBRERO	12	4	16	5.7
MARZO	12	13	25	8.8
ABRIL	15	10	25	8.8
MAYO	15	10	25	8.8
JUNIO	14	11	25	8.8
JULIO	13	14	27	9.55
AGOSTO	13	9	22	7.8
SEPTIEMBRE	13	4	17	6.0
OCTUBRE	16	10	26	9.2
NOVIEMBRE	10	14	24	8.5
DICIEMBRE	9	15	24	8.5
	161	122	283	100%

PROMEDIO DE: 23.58 defunciones por mes.

CUADRO No. 11
 NUMERO DE DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD, SEXO Y PORCENTAJE DURANTE 1991. Excluyendo U-P

GRUPO	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
NEONATOS	135	83	218	77.0
LACTANTES	10	23	33	11.7
PREESCOLAR	11	11	22	7.8
ESCOLAR	5	5	10	3.5
TOTAL	161	122	283	100%
PORCENTAJE	56.72%	43.28%	=	100%

CUADRO No. 12

DEFUNCIONES SEGUN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DONDE FALLE-
CIERON. 1991.

SERVICIO	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
4to. Piso Neo.	110	72	182	64.3
2do. Piso Neo.	20	15	35	12.4
UTQ.	6	4	10	3.5
UTIP	18	22	40	14.1
CUBICULOS GENERALES	7	9	16	5.7
TOTAL	161	122	283	
PORCENTAJE	56.72	43.28		100%

CUADRO No. 13
 CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE FRECUENCIA. 1991
 Excluyendo U-P

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Rnf. de Membranas Hialinas	114	40.3
2.- Encefalopatia Hipox-izq.	26	9.2
3.= Sx. Diarreico Agudo infeccioso	22	7.8
4.= Sepsis	21	7.4
5.= Sx. de Aspiracion de Meconio	20	7.0
6.= Cardiopatia. Cong. Cianogen	11	3.9
7.= Bronconeumonia	9	3.2
8.= Neuroinfeccion	9	3.2
9.= Neumonia	8	2.8
10.= Hemorragia intracraneara	5	1.8
TOTAL	245	86.6%

CUADRO No. 14
CONTINUACION DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR ORDEN DE FRE-
CUENCIA. 1991 Excluyendo U-P

CAUSA	FRECUENCIA	%
11.- Enterocolitis necrozante	5	1.8
12.- Emf- Hemorragica del R. N.	5	1.8
13.= Sx. De Arnold Chiari	4	1.4
14.= Hepatitis fulminante	3	1.05
15.= Malformaciones (anencefalia)	2	0.7
16.= Leucemia Linfoblastica Aguda	2	0.7
17.= Cetoacidosis Diabetica	2	0.7
18.= Hernia Diafragmatica de Bockdaleck	2	0.7
19.= Insuficiencia Renal Aguda	2	0.7
20.= Atresia Esofagica + fistula Traqueoesofagica	1	0.35
21.= Sx. Guillain Barre	1	0.35
22.= Bronquiolitis	1	0.35
23.= Laringotraqueobronquitis	1	0.35
24.= Anemia Aplasica	1	0.35
25.= Tetanos	1	0.35
26.= Intoxicacion por Anticolinergicos	1	0.35
27.= Kernicterus	1	0.35
28.= Hidrops Fetalis	1	0.35
29.= Sx. de Pierre Robin	1	0.35
30.= Cardiomiopatia	1	0.35
TOTAL	38	13.4%

CUADRO No. 15
DISTRIBUCION DE NEONATOS EN LOS SERVICIOS. 1991.

SERVICIO	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
4to. piso	109	70	179	82.1
2do piso	20	9	29	13.2
UTQ	6	4	10	4.6
TOTAL	135	83	218	
PORCENTAJE	62%	38%		100 %

PROMEDIO: 18.16 defunciones neonatales por mes.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCION DE DEFUNCIONES NEONATALES DE 4to y 2do.
PISO 1991. SEGUN LA CLASIFICACION DE MUERTE NEONATAL
TARDIA O TEMPRANA.

MUERTE NEONATAL	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
TEMPRANA	98	45	143	65.6
TARDIA	37	38	75	34.4
TOTAL	135	83	218	100%

CUADRO No. 17
DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL EN DEFUNCIONES NEONATA
LES DE 4o. 2do. Piso.

Semanas de edad gestacional	Hombres	Mujeres	Total	%
Menos de 27	12	8	20	9.2
28 a 37	76	55	131	60.0
38 a 42	42	19	61	28.3
42 ó más	5	1	6	2.8
TOTAL	135	83	218	
PORCENTAJE	62%	38%		100 %

CUADRO No. 18
 DISTRIBUCION EN DEFUNCIONES NEONATALES DE 4to y 2do. PI
 SO 1991. SEGUN EL PESO.

PESO gr	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
500- 999	11	8	19	8.7
1000-2000	71	46	119	54.6
2001-2499	40	27	67	30.7
más de 2500	13	0	13	6.0
TOTAL	135	83	218	100%

CUADRO No. 19
 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION NEONATAL, POR ORDEN
 DE FRECUENCIA 1991.

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.= Enfermedad de Membranas Hialinas	114	52.3
2.= Encefalopatia Hipox-Izq	26	11.8
3.= Sx. de Aspiracion de Meconio	20	9.1
4.= Sepsis	18	8.3
5.= Cardiopatia Cong. Cianog.	8	3.6
6.= Hemorragia intracranesana	5	2.3
7.= Enterocolitis necrozante	5	2.3
8.= E. H. R. N.	5	2.3
9.= Sx. de Arnold Chiari	4	1.8
10.= Malformaciones (anencefalia)	2	0.9
SUBTOTAL	207	94.7%

CUADRO No. 20

CONTINUACION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE NEONATAL
 POR ORDEN DE FRECUENCIA 1991.

CAUSA	FRECUENCIA	%
11.- Hernia Diafragmatica de Bockdaleck	2	0.9
12.- Bronconeumonia	2	0.9
13.= Intoxicacion por anticolinergicos	1	0.5
14.= Hidrops Fetalis	1	0.5
15.= Sx. de Pierre Robin	1	0.5
16.= Kernicterus	1	0.5
17.- Atrasia Esofagica + fistula traqueo- esofagica	1	0.5
18.= Sx. Diarreico agudo infeccioso	1	0.5
19.= Neuroinfección	1	0.5
SUBTOTAL	11	5.3%
TOTAL	218	100 %

CUADRO No. 21
CAUSAS DE DEFUNCION EN LACTANTES, POR ORDEN DE FRECUENCIA
1991

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.= Sx. Diarreico Agudo Infeccioso	16	48.5
2.= Bronconeumonia	6	18.2
3.= Neumonia	4	12.1
4.= CARDIOPATIA CONG. CIANOSANA	3	9.1
5.= Sepsis	3	9.1
6.= Neuroinfección	1	3.0
	33	100%

CUADRO No. 22
CAUSAS DE DEFUNCION EN PREESCOLARES, POR ORDEN DE FRECUEN-
CIA. 1991

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.= Sx. Diarreico Ag. infecc.	5	22.8
2.= Neuroinfección	5	22.8
3.= Neumonia	3	13.7
4.= Hepatitis fulminante	2	9.1
5.= Insuf. renal Aguda	2	9.1
6.= Bronconeumonia	1	4.5
7.= Leucemia linfoblastica Linf.	1	4.5
8.= Bronquiolitis	1	4.5
9.= Laringotraqueitis	1	4.5
10.= Cardiomiopatia	1	4.5
TOTAL	22	100 %

CUADRO No. 23
CAUSAS DE DEFUNCION EN ESCOLARES, POR ORDEN DE FRECUENCIA
1991.

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Neuroinfeccion	2	20
2.- Cetoacidosis Diabetica	2	20
3.- Neumonia	1	10
4.- Hepatitis Fulminante	1	10
5.- Leucemia Linfob. Aguda	1	10
6.- Sx. Guillain Barre	1	10
7.- Anemia Aplasica	1	10
8.- Tetanos	1	10
TOTAL	10	100%

CUADRO No. 24
DEFUNCIONES SEGUN LAS CLINICAS DE ADSCRIPCION.

CLINICA	FRECUENCIA	%
2	43	17.1
6	29	11.6
55	24	9.6
Metepc-HGZ	22	8.8
Tehuacan. HGZ	21	8.4
12	20	8.0
7	20	8.0
1	20	8.0
13	17	6.8
11	9	3.5
24	6	2.4
3	5	2.0
16	5	2.0
43	4	1.5
22	4	1.5
H.R. Chiautla	1	0.4
H.R. Chignahuapan	1	0.4
TOTAL	251	100 %

CUADRO No. 25

CUADRO CON DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.
Incluyendo Todas las defunciones.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Número de Casos	%
1 a 5 dias	151	53.4%
6 a 10 dias	62	21.9%
10 a 20 dias	50	17.7%
más de 20 dias	20	7.0%
TOTAL	283	100%

CON UN RANGO DE: 1 a 35 dias

CUADRO No. 26

CUADRO QUE DEMUESTRA LOS GRADOS DE DESNUTRICION.

++ Se obtuvo de lactantes, escolares y preescolares.

GRADO DE DESNUTRICION	TOTAL	%
DESNUTRICION DE 1er. GRADO	11	16.9
DESNUTRICION DE 2do. GRADO	14	21.5
DESNUTRICION DE 3er. GRADO	24	37.0
SIN DESNUTRICION	16	24.6
TOTAL	65	100%
TOTAL CON ALGUN GRADO DE DESNUTRICION:	49	76.3%

CUADRO No. 27
NIVEL SOCIOECONOMICO

NIVEL	CASOS	PORCENTAJE.
BAJO	200	95.7%
MEDIO	9	4.3%
ALTO	-	-
TOTAL	209	100 %

SE ANALIZARON 73.85% del Total de defunciones.

CUADRO No. 28
INMUNIZACIONES

TIPO	CASOS	PORCENTAJE
COMPLETA	18	45%
INCOMPETA	22	55%
TOTAL	40	100%

Nota: Solo estan incluidos, Lactantes, Escolares y preescolares.

Se Analizaron el 61.5% del Total de Defunciones de los grupos antes mencionados.

CUADRO No. 29
LUGAR DE ORIGEN

ORIGEN	CASOS	PORCENTAJE
RURAL	20	7.7
SUBURBANO	57	22.0
URBANO	183	70.3
TOTAL	260	100%

Se Analizaron 91.8% del Total de las defunciones.

CUADRO No. 30
NIVEL CULTURAL

NIVEL	CASOS	PORCENTAJE
BAJO	102	70.0%
MEDIO	18	14.0%
ALTO	9	7.0%
TOTAL	129	100%.

Se analizaron el 45.6% de las Defunciones Totales.

CUADRO No. 31
CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE FRECUENCIA. 1987

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Enf. Membranas Hialinas	22	21.4
2.- Traumatismos del nacimiento, Hemorragia subdural y cerebral.	9	8.7
3.- Bronconeumonia	6	5.8
4.- Infecciones del periodo perinatal	6	5.8
5.- Diarrea infecciosa	5	4.8
6.- Anomalias congenitas del corazón	5	4.8
7.- Desnutricion proteino-calorica grave.	4	3.9
8.- Coagulación intravascular diseminada	4	3.9
9.- Meningitis bacteriana	4	3.9
10.- Síndrome de Aspiracion de meconio	4	3.9
11.- Otras defunciones	34	33.1
TOTAL	103	100%

Fuente: Estadísticas generales de mortalidad hospitalaria. Sistema único de información.

CUADRO No. 32
CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE FRECUENCIA. 1988

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Enfermedad de Membranas Hialinas	14	27.5
2.- Otros problemas respiratorios, posterior al nacimiento	5	9.9
3.- Infecciones propias del periodo perinatal	5	9.9
4.- Mierres infecciosa	4	7.8
5.- Anomalias congenitas	2	3.9
6.- Infecciones intestinales mal definidas	2	3.9
7.- Septicemia	2	3.9
8.- Asfixia perinatal	2	3.9
9.- Neumonia	2	3.9
10.- Leucemia linfoide aguda	2	3.9
11.- Otras defunciones	11	21.5
TOTAL	51	100 %

Nota: Se tomaron los datos de Enero a Junio de 1988.

Fuente: Estadísticas generales de mortalidad hospitalaria.
Sistema único de información.

CUADRO No. 33
CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE FRECUENCIA. 1989

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Enf. de Membranas Hialinas	48	16.1
2.- En. a Pretermino	30	10.0
3.- Anomalias congenitas del corazón	19	6.3
4.- Hemorragia Subdural y cerebral	12	4.0
5.- Diarrea infecciosa	12	4.0
6.- Sx. de aspiracion de Meconio	11	3.7
7.- Desnutrición proteino-calorica grave	11	3.7
8.- Bronconeumonia	8	2.7
9.- Inmadurez extrema	6	2.1
10.- Anomalias congenitas multiples	6	2.1
11.- Demás defunciones	135	45.3
TOTAL	298	100 %

Fuente: Estadísticas generales de mortalidad hospitalaria.
Sistema único de información.

CUADRO No. 34
CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE FRECUENCIA. 1990

CAUSA	FRECUENCIA	%
1.- Inf. de Membranas Hialinas	48	17.5
2.- Anomalias congenitas del corazón	19	6.9
3.- Sx. de aspiracion de meconio	15	5.4
4.- Bronconeumonia	11	4.0
5.- Neumonia Postsarampionosa	10	3.7
6.- Inmadurez extrema	10	3.7
7.- Hemorragia subdural y cerebral	10	3.7
8.- Diarrea infecciosa	10	3.7
9.- Infecciones propias del periodo perinatal	8	2.9
10.- Enterocolitis necrozante	8	2.9
11.- Demás defunciones	125	45.6
TOTAL	274	100%

Fuente: Estadísticas generales de mortalidad hospitalaria. Sistema único de información.

COPIA
SALIDA DE LA
TESIS DE LA
BIBLIOTECA

DISCUSION:

Aunque contamos con la cifra total de defunciones del servicio de años anteriores, no podemos decir que estas, vayan en aumento por no contar con las tasas de mortalidad en los lapsos previos, aparentemente en 1989 se reportaron más defunciones que en 1991 (7), probablemente en base a un mayor número de egresos o quizá a un mejor sistema de captación.

El grupo de edad más afectado fué el neonatal, esto es lo esperado tanto por ser el de mayor riesgo (5,9,10) como por ser nuestro hospital una unidad de atención obstétrica de concentración.

La tasa de mortalidad neonatal fué de 120 defunciones x 10 000 nacidos vivos y de ésta la tasa de mortalidad neonatal temprana es mayor que la tardía con 78 y 42 defunciones por 10 000 nacidos vivos, respectivamente, esto se encuentra por arriba de los publicado en otros hospitales (10).

La distribución de neonatos según el servicio donde fallecieron, la mayoría ocurrió en el 4to. piso de neonatos con 82.1% seguido de 2do piso de neonatos con 13.2% y la unidad tócoquirúrgica (UTQ) con 4.6%, esto puede ser explicado porque la mayoría de los recién nacidos que se hospitalizan provienen de la UTQ de nuestro hospital y van al 4to. piso, y los recién nacidos foráneos en un menor porcentaje van al 2do. piso de neonatos.

Con respecto a la edad gestacional y el peso, el 69.2% fueron preterminos y el 94% pesaron menos de 2499 grs, y que puede estar dado por las malas condiciones socioeconómicas, culturales, nutricionales y mal control prenatal.

Como ya nos dimos cuenta, el gran porcentaje de recién nacidos preterminos y de bajo peso, y que están considerados como una de las causas que incrementan la morbimortalidad neonatal, ya que un gran número de reportes indican que estos recién nacidos difieren de los normales en algunas características, fisiológicas, metabólicas e inmunológicas, lo que determinan que presenten una mayor morbilidad, con mayor incidencia de patología respiratoria, problemas metabólicos y electrolíticos, así como patología infecciosa. (13).

Los lactantes ocuparon el 2do lugar de defunciones de acuerdo a grupo de edades con 33 defunciones, aquí obtuvimos la tasa de mortalidad infantil (incluye neonatos y lactantes), que fué de 14.2 defunciones x 1000 nacidos vivos, que esta por debajo de la nacional de 49 x1000 nacidos vivos, pero muy alta en relación a otros países como Cuba y Canada con .6 x 1000 nacidos vivos, y de Estados Unidos de Norteamérica con .7 (12, 13).

Le continuó en frecuencia por grupo de edades, los preescolares con 22 defunciones y escolares con 10 defunciones. Esto es lo reportado por la literatura ya que la pirámide de defunciones es de base ancha y según avanza la edad se hace más pequeña, para volver a ensancharse en la 5ta y 6ta década de la vida. (7, 9)

En las causas de defunciones incluyendo a todos los grupos de edad, no ha habido cambios con respecto a la primera causa de muerte, siendo la EMH con 40.3% de las defunciones totales habiéndose incrementado con respecto a años anteriores, ya que de 1987 a 1990 tuvieron un promedio del 20% de las defunciones totales (cuadro 31, 32, 33, 34), esto podría explicarse por un aumento de la atención obstétrica en nuestro hospital, por las malas condiciones socioeconómicas, culturales, nutricionales y multiparidad (9).

La segunda causa de muerte fué el Sx. Diarreico agudo infeccioso con 32 (9.5%), lo que habla que ha sido y es una de las principales causas de muerte en nuestro país y como ya se menciona va de la mano con el bajo nivel socioeconómico, cultural, condiciones de la vivienda, - carencia de agua potable y drenaje, así como fecalismo al ras del suelo, y desde luego la mala higiene. (9)

El tercer lugar de las defunciones lo ocupa la sepsis con 30 casos (9%), esta se ha incrementado en relación a años anteriores, que se puede deber a que la mayoría de estos pacientes están inmunocprometidos por desnutrición en diversos grados.

El quinto lugar lo ocupa las Infecciones agudas respiratorias bajas (bronconeumonía y neumonía) con 24 casos (7.1%) estando aún en las 5 primeras causas de muerte, que coincide con lo reportado por la literatura (9) aunque en esas series se reportan en 2do o tercer lugar. esto se puede deber a las malas condiciones de la vivien

da, con hacinamiento y pobreza, entre otros factores.

Con respecto a las causas de defunciones por grupos de edad, en los neonatos, sigue la EMI, EHI y SAM como las primeras tres causas de muerte, y esto probablemente esta relacionado con el gran número de preterminos - que nacen en este hospital, el estado nutricional de la madre y la multiparidad, esto con respecto a la 1ra. - causa, y de la segunda y tercer causa, se debe a la mala detección del sufrimiento fetal agudo o crónico, así como detección oportuno del embarazo de alto riesgo y recién nacido de alto riesgo, como consecuencia hay hipoxia y una tardía reanimación del recién nacido.

En la EHI la Hipoxia tiene una importancia capital, para esta patología, por lo que detectar el sufrimiento fetal agudo y una reanimación oportuna disminuirá la incidencia.

En el grupo de lactantes se repite lo observado en la literatura, ocupando el primer lugar el síndrome diarreico y el segundo lugar las infecciones respiratorias agudas (bronconeumonía, neumonía) con 16 casos (48.5%) y 10 (30.3%) respectivamente y entre las dos causas hacen un total de 78.8%, o sea 3/4 partes de las defunciones en este grupo de edad.

En el grupo de preescolares aquí se invierten los papeles ya que las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar (sumando la incidencia de todas estas) con 6 casos 27.2% y el Síndrome diarreico agudo el segundo lugar con 5 casos (22.8%) las dos juntas ocupan la mitad de las defunciones que ocurren en este grupo de edad, siguiendo en tercer lugar las neuroinfecciones con 5 (22.8%), aquí las causas de defunción coinciden con otros datos bibliográficos (9, 10, 11, 2, 3).

En los escolares la neuroinfección ocupó el primer lugar de muerte, seguido de la cetoacidosis diabética con dos casos, esta última la diabetes mellitus es controlable con un manejo médico oportuno, Posteriormente continúan todas con un caso, las infecciosas como Neumonía, hepatitis fulminante, tetanos y otras neoplásicas como Leucemia linfoblástica aguda y Anemia Aplásica. Con respecto al Tetanos, es verdaderamente lamentoso ya que es una enfermedad prevenible por vacunación, que por lo tanto bien pudo evitarse.

La variable de desnutrición el 70.3% tuvieron algún grado de desnutrición, siendo la mayoría de tercer grado con 37% y el nivel socioeconómico el 95.7% fué bajo por lo que por lo tanto nos explicamos, que la mayor incidencia de causas de defunción sean infecciosas, con afección al aparato respiratorio, gastrointestinal y sistema nervioso central, entre otras, ya que la desnutrición hace más susceptible o más graves estas patologías, por la inmunodpresión que existe en estos pacientes. Esto aunado al nivel cultural que en el 70% fué bajo, por lo que el nivel de higiene es deficiente.

Con respecto a las inmunizaciones la mayoría fueron incompletas en un 55%, estos nos habla del nivel cultural bajo o bien que necesitamos una mayor cobertura de vacunaciones.

Del total de las inmunizaciones se analizó el lugar de origen en el 91.8% de los casos y la mayoría procedía del medio urbano con 70.3%, seguido por orden de frecuencia por el suburbano y el rural.

De los días de estancia hospitalaria más de la mitad 53.4% estuvieron hospitalizados de 1 a 5 días, con un rango de 1 a 35 días, esto nos habla de que quizás estos pacientes exceptuando a los recién nacidos, ya ingresaron en una etapa terminal de su padecimiento y por lo tanto ya eran muertes inevitables para el servicio.

Las defunciones según la clínica de adscripción las tres primeras fueron de medio urbano, clínica, 2,6,55 las que ocuparon la mayor incidencia. Con respecto a los envíos de los hospitales de zona, el Hospital de Metepec ocupó el primer lugar con 22 casos, seguidos del de Tehuacan con 21, y los hospitales rurales de solidaridad de Chiautla y de Chignahuapan con 1 caso cada uno, lo cual nos indica que fueron pacientes que ya habían recibido un 2do. nivel de atención y requerían una atención más especializada o bien terapia intensiva.

En este revisión apreciamos que el principal grupo afectado fué el de neonatos, de ellos los preterminos - quienes fallecen por ENH, por lo que se deben realizar programas para conocer y combatir las causas de la prematuridad, pero al mismo tiempo en neonatología mejorar el

tratamiento de esta entidad, ya que actualmente existen técnicas de ventilación asistida (10, 11, 12, 13), empleo de estimulantes de la producción de surfactante (13) ya sea natural o sintético, con lo que desde luego no contamos en nuestro hospital.

En segundo lugar los neonatos fallecen por hipoxia, de ahí que mejorar la atención obstétrica: anteparto con un adecuado monitoreo perinatal y transparto, para evitar el sufrimiento fetal agudo y por ende la hipoxia neonatal.

En el grupo de lactantes y preescolares resalta la desnutrición como principal agravante y factor predisponente de las causas de muerte, por lo que el servicio debiera realizar programas encaminados en mejorar las condiciones nutricionales del niño a pesar del medio socioeconómico.

En el grupo de escolares lamentablemente se encontraron padecimientos que deberían ser evitables con inmunizaciones (tétanos) ó controlables con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado (cetoacidosis diabética), señalando que deben emprenderse programas para mejorar estos rubros.

Por último es indispensable contar con una TERAPIA - INTENSIVA NEONATAL y PEDIATRICA, en un hospital que ofrezca el tercer nivel de atención y en el que lleguen pacientes en estado crítico ya manejados en servicios pediátricos de segundo nivel, si queremos abatir nuestra mortalidad.

CONCLUSIONES:

- 1.- La mortalidad neonatal en nuestro hospital es muy alta, en comparación a la reportada en otros países latinoamericanos como Cuba (12,13)
- 2.- La EMH sigue siendo la principal causa de muerte neonatal y pediátrica en nuestro hospital condicionada por una incidencia elevada de nacimientos pretérminos.
- 3.- La hipoxia neonatal condicionó un número importante de muertes neonatales y puede evitarse con atención perinatal adecuada.
- 4.- La desnutrición así como el nivel cultural, socioeconómico fueron constantes en esta población, lo que predispone, agrava o complica el padecimiento que lleva a la muerte a lactantes y preescolares.
- 5.- Si bien son múltiples los factores que contribuyeron a una elevada mortalidad pediátrica en nuestro medio, creemos que es factible emprender programas hospitalarios para tratar de abatirla.
- 6.- El manejo actualizado de la EMH; una unidad de atención perinatal del embarazo de alto riesgo, terapia intensiva pediátrica y neonatal; programas nutricionales; inmunizaciones oportunas, evitarían algunas muertes en la edad pediátrica.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Mojarro O.; Nuñez L.; Mortalidad infantil en México: Tendencias y factores determinantes; Salud Pública de México; 1988;30:329-343
- 2.- Bobadilla J; Cerón S.; Suarez P.; Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad perinatal. Registros vitales en México; Salud pública de México; 1988; 30:10-113
- 3.- Zambrano M.; Analisis de las variables socioeconómicas y médico-asistenciales en la determinación en los niveles de mortalidad infantil en México 1970-1980.; Salud Pública de México; 1987; 29:512-519
- 4.- Mosley H.; Determinantes biológicas y socioeconómicas en la mortalidad infantil: Las dimensiones del problema; Salud Pública de México; 1988;30:289-311
- 5.- Blanco R.; El Pediatra y la epidemiología; Bol. Med. del Hosp. Infant. de Mex.; 1990;47:660-669
- 6.- Behm H; La Sobrevivencia en la infancia; Las dimensiones del problema en america latina; Salud Pública de México; 1988; 30:289-345
- 7.- Estadísticas Generales de mortalidad hospitalaria; - Sistema Único de información.
- 8.- Manual de normas y procedimientos de pediatría perinatal; Subdirección General Médica. I.M.S.S.
- 9.- Clinica VIII Pediátrica; Díaz del Castillo, Jasso G.; Edit: Francisco Mendez Oteo; México D.F. 1977 p: 45-85.
- 10.- Dollfus C.; Patteta M.; Siegel E.; Cross A.; Infant Mortality: A Practical Approach to the Analysis of the leading causes of death and risk factors; Pediatrics; 1990; 86: 176-182.
- 11.- Riveron R.; Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años; Revista Cubana de Pediatría; 1989;117-126
- 12.- Návoles R.; Vázquez G.; Romero V.; Mortalidad en niños menores de 5 años en familias marginadas de Guadalajara; Bol Med Hosp Infant Méx; 1991; 48: 637-642.
- 13.- Rivera R.; Santiago G.; Miguet R.; López R.; Udaeta M.; Morbilidad y mortalidad en neonatos de bajo peso al nacer; Bol Med Hosp Infant Méx; 1991; 48:71-77.