

11237
53
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUB-DIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

ESCOLARES

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN :

PEDIATRIA MEDICA

**MORBIMORTALIDAD DEL SINDROME DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO EN EL
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTA :

DR. ROGELIO GOMEZ NAVARRETE

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

DIRECTORES DE TESIS :

DR. MARGARITO FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN

DRA. MARIA DEL SOCORRO CRUZ SORIANO

CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud

DDF



1994

**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.



Vo. Bo.

DR. M. FRANCISCO GUTIERREZ GUZMAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA MEDICA
D.G.S.S.O.D.F.



Vo. Bo.

DR. BENJAMIN SOTO DE LEON
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
D.G.S.S.O.D.F.

A TODOS LOS NIÑOS DE AYÉR, HOY Y MAÑANA.

A YOLETTE FERNANDA POR SU ESPERA

A LUPITA POR SU CONFIANZA Y CARINO

A MIS PADRES, RUBEN Y ANGELINA
POR HABERME DADO LA VIDA.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1.- RESUMEN	1
2.- INTRODUCCION	2
3.- MARCO TEORICO	3
4.- MATERIAL Y METODO	7
5.- RESULTADOS	8
6.- ANALISIS	10
7.- CONCLUSIONES	12
8.- RECOMENDACIONES	13
9.- BIBLIOGRAFIA	14
10.- ANEXOS	16

1.- RESUMEN.

SE REALIZO UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO, CON EL OBJETO DE CONOCER LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE LOS NEONATOS CON MEMBRANA HIALINA. PARA ELLO, SE ESTUDIARON 93 RECIEN NACIDOS CUYOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN FUERON: EL HABER INGRESADO AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO" EN EL PERIODO DEL 1º DE JUNIO DE 1992 AL 31 DE MAYO DE 1993, CON LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD; Y DE EXCLUSIÓN, NO LLENAR LOS REQUISITOS PREVIOS.

LA POBLACIÓN SE DIVIDIÓ PARA SU ESTUDIO EN SEIS GRUPOS: MENORES DE 1,000 GRS., DE 1,001 A 1,500 GRS., DE 1,501 A 2,000 GRS., DE 2,001 A 2,500 GRS., DE 2,501 A 3,000 GRS. Y MAYORES DE 3,000 GRS. PARA CADA GRUPO SE TOMÓ EN CONSIDERACIÓN LA EDAD GESTACIONAL, CALIFICACIÓN DE SILVERMAN Y TEMPERATURA AL INGRESO, EGRESO POR MEJORIA O DEFUNCIÓN. SI HUBO DIFERENCIA EN CUANTO A LA FRECUENCIA DE FALLECIMIENTOS CON LOS YA REPORTADOS EN OTROS ESCRITOS.

CONCLUIMOS QUE EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (MEMBRANA HIALINA), ES UNA ENFERMEDAD PROPIA DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO Y QUE LAS CONDICIONES DEL TRASLADO PUEDEN INFLUIR EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

2.- INTRODUCCION.

EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ES UN PADECIMIENTO QUE SE PRESENTA EN EL PERÍODO INMEDIATO NEONATAL, DENTRO DE LAS PRIMERAS 6 A 12 HORAS POSTERIORES AL NACIMIENTO, CON UNA INCIDENCIA DE HASTA 70% EN LOS RECIÉN NACIDOS DE 28 A 30 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON UNA MORTALIDAD DEL 13 AL 49%, EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS PUBLICADOS.

PARA LO ANTERIOR SE COMPARARON LOS DATOS EXPUESTOS EN LA LITERATURA NACIONAL Y EXTRANJERA, CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO", PARA DESCRIBIR EL GRADO DE SOBREVIVENCIA DE ESTOS PACIENTES. TAMBIÉN SE MENCIONAN EN FORMA SOMERA ALGUNOS FACTORES QUE DURANTE EL TRASLADO PODRÍAN INFLUIR EN EL INCREMENTO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE ESTE PADECIMIENTO.

3.- MARCO TEORICO.

EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (SDR), LO PODEMOS DEFINIR COMO UN PADECIMIENTO QUE SE PRESENTA EN EL PERÍODO INMEDIATO NEONATAL, DENTRO DE LAS PRIMERAS 6 A 12 HORAS POSTERIORES AL NACIMIENTO, CASI EXCLUSIVA DEL RECIÉN -NACIDO PRETÉRMINO. SE LE HA DENOMINADO DE DIVERSAS FORMAS (ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA IDIOPÁTICA, PREMATUREZ PULMONAR, SÍNDROME DE DEFICIENCIA DE SURFACTANTE, SDR TIPO I, ATELECTASIA PULMONAR O SÍNDROME DE MICROATELECTASIAS MÚLTIPLES). (1,2)

PARA SU PRESENTACIÓN SE DEBEN TOMAR EN CUENTA FACTORES DE RIESGO, COMPRENDIENDO ESTOS A LA PREMATUREZ, ANTECEDENTES DE SDR EN HERMANOS, SEXO MASCULINO, SEGUNDO PRODUCTO GEMELAR, CESÁREA SIN TRABAJO DE PARTO Y LA CALIFICACIÓN DE APGAR.

TAMBIÉN SE TOMAN EN CUENTA FACTORES QUE ACELEREN LA MADURACIÓN PULMONAR Y EVITAN EL SDR, TALES COMO LA TOXEMIA MATERNA, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O ADMINISTRACIÓN PRENATAL DE GLUCOCORTICOIDES. (3,4)

EL DIAGNÓSTICO PRENATAL SE REALIZA EN AQUELLOS CASOS DE RIESGO DE SDR, A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS FOSFOLÍPIDOS EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO OBTENIDO POR AMNIOCENTÉISIS. PUEDE HACERSE MEDIANTE LA RELACIÓN LECITINA/ESFINGOMIELINA O MEDIANTE LA CUANTIFICACIÓN DE FOSFATIDIL COLINA Y TAMBIÉN POR LA ESTIMACIÓN DE FOSFATIDIL GLICEROL, CUYA PRESENCIA ES INDICATIVA DE MADUREZ. (3,4)

PARA EL DIAGNÓSTICO POSTNATAL SE TOMAN EN CUENTA EL ASPECTO CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y DE LABORATORIO.

EN EL ASPECTO CLÍNICO, LOS SIGNOS POSTNATALES SON TAQUIPNEA, TIROS INTERCOSTALES, RETRACCIÓN XIFOIDEA, ALETEO NASAL, QUEJIDO ESPIRATORIO Y CIANOSIS; A LA AUSCULTACIÓN HAY REDUCCIÓN IMPORTANTE DEL RUIDO RESPIRA-

TORIO Y, EN OCASIONES, ESTERTORES ALVEOLARES. ES CONVENIENTE EVALUAR LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CUANTITATIVAMENTE, MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE SILVERMAN-ANDERSEN. (3,4)

PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO, EXISTE UNA RADIOGRAFÍA TÍPICA DEL SDR, LA CUAL, MUESTRA UNA IMAGEN RETICULOGANULAR FINA, UNIFORME, BILATERAL, CON BRONCOGRAMA AÉREO QUE REBASA LA SILUETA CARDIACA Y PUEDE TARDAR 12 A 24 HORAS EN ESTABLECERSE. SE HA EMPLEADO UNA CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA QUE CONSIDERA CUATRO GRADOS: EL I CONSISTE EN UNA IMAGEN GRANULAR FINA CON BRONCOGRAMA AÉREO QUE NO REBASA LA SILUETA CARDIACA; EN EL II, CON UNA IMAGEN RETICULOGANULAR TÍPICA, CON DISCRETA DISMINUCIÓN DE LA ILUMINACIÓN PULMONAR Y BRONCOGRAMA QUE REBASA LA SILUETA CARDIACA; EN EL III, HAY DENSIDADES MAS CONFLUENTES, EL BRONCOGRAMA ES MAS EVIDENTE Y PERIFÉRICO EXISTIENDO UN AUMENTO EN LA DENSIDAD PULMONAR; EL IV GRADO, SE CARACTERIZA POR PACIDAD TOTAL DE LOS PULMONARES SIN BRONCOGRAMA Y NO SE VEN LÍMITES DE LA SILUETA CARDIACA. (3,4)

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO SE REALIZAN NO CON EL FIN DE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE SDR, SINO, PARA EVALUAR INTEGRALMENTE AL PACIENTE. PARA ESTO, SE REALIZAN LOS SIGUIENTES EXÁMENES: GASOMETRÍA ARTERIAL, GLUCEMIA, SODIO, CLORO, POTASIO, CALCIO, FÓSFORO, MAGNESIO, MICROHEMATÓCRITO, BIOMETRÍA HEMÁTICA, PLAQUETAS, BILIRRUBINAS Y SANGRE OCULTA EN HECEs. OTROS EXÁMENES SE INDICARÁN EN FUNCIÓN DE LA SOSPECHA CLÍNICA. (1,2,3,4)

DESDE EL AÑO DE 1903 SE HAN LOGRADO IMPORTANTES AVANCES, EN ESA ÉPOCA SE CONOCE ESTA ENFERMEDAD CON EL NOMBRE DE MEMBRANAS HIALINAS PULMONARES. HASTA EL AÑO 1950 LAS INVESTIGACIONES FUERON EN EL ASPECTO MORFOLÓGICO, CON LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MEMBRANAS HIALINAS Y EL DESARROLLO DEL PULMÓN FETAL, ASÍ TAMBIÉN, SOBRE EL SIGNIFICADO DEL SURFACTANTE EN LA PRODUCCIÓN DE TENSIÓN SUPERFICIAL PULMONAR. (4)

A PARTIR DE ESA FECHA, LAS INVESTIGACIONES SE BASARON EN LA FISIOPATOLOGÍA Y LA NATURALEZA Y FUNCIÓN DEL SURFACTANTE, (4), Y EN LOS AÑOS DE 1970, 1971 Y 1973, SE ATRIBUYÓ A LA MEMBRANA HIALINA Y A LA HEMORRAGIA CEREBRAL, COMO LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE MUERTE HASTA EN UN 30.3%. (5)

DURANTE LOS AÑOS DE 1975 A 1977, 2.2% DE TODOS LOS RECIEN NACIDOS PRESENTABAN MEMBRANA HIALINA, REPORTÁNDOSE HASTA UN 37.1% DE MUERTES ATRIBUIDAS A ESTA ENFERMEDAD. (5,6)

LA MEMBRANA HIALINA SE PRESENTA, SOBRETUDO, EN EL SEXO MASCULINO Y MÁS EN AQUELLOS PACIENTES QUE PESAN 1,500 A 2,500 GRs., CON UNA EDAD GESTACIONAL ENTRE LAS 33 A 36 SEMANAS, PERO SIN UNA MORTALIDAD IMPORTANTE. (8)

EN OTROS ESTUDIOS SE HA VISTO UN INCREMENTO PAULATINO DE LA MORTALIDAD EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS, QUE VAN DESDE EL 1.32% EN 1969-1973, AL 1.59% EN 1974-1978, HASTA 1.72% EN 1979-1983. (6,7,14)

TAMBIÉN SE HAN REPORTADO ALGUNOS FACTORES QUE PUEDEN ALTERAR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA MEMBRANA HIALINA, ENTRE ELLOS ESTÁN: SEXO, EDAD GESTACIONAL, CALIFICACIÓN DE APGAR, TEMPERATURA A LA ADMISIÓN, SUGIRIENDO QUE SU CUIDADO PUEDE DISMINUIR LA GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO. (5,8,9,11)

SOBRE LAS CAUSAS IATRÓGENAS; LA IMPORTANCIA EN LA ADECUADA VALORACIÓN DE LA MADUREZ FETAL HA SIDO REPORTADA CON UNA DISMINUCIÓN DE MEMBRANA HIALINA DEL 11.1% EN 1970-1973 AL 1.4% EN 1980-1983, ESTO REFLEJADO CON EL ADVENIMIENTO DEL ULTRASONIDO Y LOS ESTUDIOS DE LA MADUREZ FETAL. (10)

CON RESPECTO A LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y A LA ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA MEMBRANA HIALINA, SE HA DISMINUIDO LA MORTALIDAD DEL RECIEN NACIDO AUN EN NEONATOS CON PESO MENOR DE 1,500 GRs. O HASTA MENOS DE 1,000 GRs. (12,13)

A PESAR DE LO ANTERIOR, EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA HASTA HOY EN DÍA FIGURA COMO LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL EN TODO EL MUNDO, CON UNA MORBILIDAD DEL 70% EN NEONATOS DE 28 A 30 SEMANAS DE GESTACIÓN, DEL 15 AL 20% EN LOS DE 32 A 36 SEMANAS, SIENDO RARO EN LOS DE 37 O MÁS SEMANAS. (2,3)

CON RESPECTO A LA MORTALIDAD, SE REPORTA DESDE UN 13.5% EN LOS RECIÉN NACIDOS DE 32 A 36 SEMANAS Y HASTA UN 49% EN LOS PACIENTES DE 28 A 31 SEMANAS.

AUN CON LOS CONOCIMIENTOS DE SU ETIOLOGÍA, PATOGENIA, BIOQUÍMICA, FISIOLÓGICA, COMPLICACIONES Y SECUELAS, LA MORTALIDAD NO SE HA PODIDO DISMINUIR. SU PREVENCIÓN PUEDE LOGRARSE EVITANDO LA PREMATUREZ, CON UN ADECUADO CONTROL PRENATAL.

4.- MATERIAL Y METODOS.

SE ESTUDIARON EN FORMA RETROSPECTIVA, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVA, TODOS LOS EXPEDIENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS CON EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AZCAPOTZALCO", EN EL PERÍODO DE TIEMPO DEL 1º DE JUNIO DE 1992 AL 31 DE MAYO DE 1993. LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN FUERON: TODOS LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL PERÍODO ANTES EXPUESTO, CON EL DIAGNÓSTICO DE MEMBRANA HIALINA; LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, LOS QUE NO HAYAN INGRESADO EN ESE PERÍODO DE TIEMPO, AUN CON LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD.

SE REVISÓ CADA EXPEDIENTE ANOTANDO LAS VARIABLES EN ESTUDIOS, ESTAS FUERON: SEXO, PESO, EDAD GESTACIONAL, TEMPERATURA AL INGRESO, CALIFICACIÓN DE SILVERMAN, EGRESO POR DEFUNCIÓN O MEJORA, TIPO DE PARTO. SE CONCENTRARON Y SE DIVIDIERON PARA SU MEJOR ESTUDIO.

PARA FINALIZAR, SE CONTRASTARON LAS VARIABLES DE CADA CATEGORÍA, UTILIZANDO PRUEBAS DESCRIPTIVAS DE DISTRIBUCIÓN, COMO PORCENTAJES, REPRESENTADOS EN GRÁFICAS DE BARRAS Y PASTEL.

5.- RESULTADOS.

DE 328 RECIÉN NACIDOS INGRESADOS, SE REUNIERON 99 PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE EXCLUYERON 6 RECIÉN NACIDOS SEGÚN LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, POR LO QUE ÚNICAMENTE SE ESTUDIARON 93 NEONATOS (22.09%). (GRÁFICA 1.) LA MORTALIDAD GENERAL PARA ESTE GRUPO FUE DE 49 PACIENTES (52.69%). (GRÁFICA 2)

DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, LA INCIDENCIA POR SEXO FUE DE LA SIGUIENTE MANERA; PARA LOS MASCULINOS 48 PACIENTES (51.61%) Y PARA LOS FEMENINOS 45 PACIENTES (48.39%). (GRÁFICA 3) LA MORTALIDAD OBSERVADA EN ESTOS GRUPOS; 25 NEONATOS DEL SEXO MASCULINO (51.02%) Y 24 FEMENINOS (48.98%). (GRÁFICA 4)

EN RELACIÓN A LOS INGRESOS POR EDAD GESTACIONAL, EL MAYOR PORCENTAJE CORRESPONDIÓ A LOS NEONATOS CON EDADES ENTRE 32 Y 36 SEMANAS, CON 63 PACIENTES (67.74%); ENTRE 28 A 31 SEMANAS, 25 PACIENTES (26.88%) Y LOS MAYORES DE 37 SEMANAS CON 5 PACIENTES (5.38%). (GRÁFICA 5) LA MORTALIDAD PARA EL GRUPO DE RECIÉN NACIDOS ENTRE 32 Y 36 SEMANAS FUE DE 30 PACIENTES (61.22%), ENTRE 28 A 31 SEMANAS DE 18 PACIENTES (36.73%), Y MAYORES DE 37 SEMANAS 1, (2.05%). (GRÁFICA 6)

PARA LA POBLACIÓN ESTUDIADA, EL NÚMERO DE PACIENTES DE ACUERDO AL PESO FUE: PACIENTES MENORES DE 1,000 GRs., 1; DE 1,001 A 1,500 GRs., 29; DE 1,501 A 2,000 GRs., 22; DE 2,501 A 3,000 GRs., 7 Y MAYORES DE 3,000 GRs., 1. (GRÁFICA 7) LA MORTALIDAD PARA ESTOS GRUPOS FUE MAYOR PARA LOS RECIÉN NACIDOS ENTRE 1,001 A 1,500 GRs. EN 19 NIÑOS; DE 1,501 A 2,000 GRs. DE 17 NIÑOS; DE 11 NIÑOS EN EL GRUPO DE 2,001 A 2,500 GRs. Y CON UN PACIENTE EN LOS MENORES DE 1,000 GRs. Y MAYORES DE 3,000 GRs., RESPECTIVAMENTE. (GRÁFICA 8)

DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS, 49 (52.69%), PRESENTARON TEMPERATURA ENTRE 36 Y 37 GRADOS; 33 (35.48%), MENOR DE 36 GRADOS Y 11 (11.38%), MAYOR DE 37 GRADOS. (GRÁFICA 9) SE PRESENTÓ MAYOR MORTALIDAD PARA EL

GRUPO QUE INGRESÓ CON TEMPERATURA MENOR DE 36 GRADOS EN 26 PACIENTES (53.06%), SEGUIDA DE LOS NIÑOS CON 36 A 37 GRADOS CON 19 PACIENTES (38.78%) Y EN LOS DE MAS DE 37 GRADOS CON 4 (8.16%). (GRÁFICA 10)

EL SILVERMAN REGISTRADO AL INGRESO FUE COMO SIGUE: 52 PACIENTES (55.91%), CON CALIFICACIÓN ENTRE 4 A 6; 36 (38.71%), ENTRE 0 Y 3, Y 5 (5.38%), CON 7 A 10. (GRÁFICA 11) LA MORTALIDAD PRESENTADA EN LOS DIFERENTES GRUPOS ES: CON CALIFICACIÓN DE 4 A 6, 32 PACIENTES (65.31%); DE 0 A 3, 14 PACIENTES (28.57%) Y DE 7 A 10, 3 PACIENTES (6.12%). (GRÁFICA 12)

6.- ANALISIS.

PARA INICIAR ESTE ANALISIS, ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA QUE EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AZCAPOTZALCO" ES CONSIDERADO COMO DE REFERENCIA; POR LO QUE NO PODEMOS REALIZAR UNA COMPARACIÓN CON LOS TRABAJOS DE JASSO, VARGAS ORIGEL, CAROLANE, LEE Y OTROS, (2,3,7,9), YA QUE ESTOS ESTUDIOS SE REALIZARON EN HOSPITALES GINECOBSTÉTRICOS. POR LO TANTO, HEMOS REALIZADO UNA REVISIÓN DE LA FRECUENCIA Y MORTALIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE MEMBRANA HIALINA Y CONSIDERAMOS IMPORTANTE LA REVISIÓN DE OTROS FACTORES OBSERVADOS POR STANLEY, (5), PRESENTES EN EL TRASLADO DE PACIENTES.

DE ACUERDO A LO ANTERIOR, LA FRECUENCIA OBSERVADA DE MEMBRANA HIALINA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO "AZCAPOTZALCO", FUE DEL 22.9%, SIENDO MENOR DE ACUERDO A OTRAS REVISIONES. (2,3) LA INCIDENCIA POR SEXO FUE MAYOR EN EL MASCULINO, LO QUE CORRESPONDE A OTROS ESTUDIOS. CON RESPECTO A LA EDAD GESTACIONAL, ESTA FUE MAYOR PARA AQUELLOS DE 32 A 36 SEMANAS, DIFIRIENDO DE OTROS RESULTADOS EN LOS QUE SE MENCIONA UNA INCIDENCIA MAYOR EN EL GRUPO DE 28 A 31 SEMANAS. (4)

POR GRUPO DE PESO, LA MAYOR INCIDENCIA CORRESPONDIÓ A AQUELLOS CON PESO ENTRE 1,001 A 2,000 GRs., NO ENCONTRANDO DIFERENCIA EN LA REFERIDO EN OTRAS PUBLICACIONES. (4)

CON RESPECTO A LA MORTALIDAD, PREDOMINÓ EN EL SEXO MASCULINO, EN NEONATOS ENTRE 32 Y 36 SEMANAS DE GESTACIÓN Y CON PESO DE 1,001 A 2,000 GRs., ENCONTRAMOS SIMILITUD A LO PUBLICADO POR OTROS AUTORES. (5)

DE LOS FACTORES ESTUDIADOS COMO CONDICIONES DE TRASLADO, (TEMPERATURA Y SILVERMAN AL INGRESO), SE OBSERVÓ MAYOR MORTALIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON TEMPERATURAS MENORES A 36 GRADOS CENTIGRADOS Y CON SILVERMAN ENTRE 4 Y 6, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL Y PESO.

DE ESTE ANALISIS, LLAMA LA ATENCIÓN LA MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS CON TEMPERATURAS BAJAS (< DE 36 GRADOS), INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL Y PESO, COINCIDIENDO CON LO REPORTADO (5), POR LO QUE PODEMOS ATRIBUIRLE A ESTE FACTOR ALGUNA IMPORTANCIA DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES, CONSIDERANDO NECESARIO REALIZAR INVESTIGACIONES POSTERIORES PARA PRECISAR EL PAPEL DE ESTOS FACTORES EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE.

7.- CONCLUSIONES.

- 1.- DE TODOS LOS INGRESOS, EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON MEMBRANA HIALINA FUE DEL 22.09%, ESTO DEBIDO A QUE EL HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO" ES UN HOSPITAL DE REFERENCIA.
- 2.- LA EDAD GESTACIONAL, QUE EN NUESTRO ESTUDIO, SE PRESENTÓ CON MAS FRECUENCIA FUE DE 32 A 36 SEMANAS.
- 3.- DE LA MUESTRA ESTUDIADA, EL 48.39% CORRESPONDIÓ AL SEXO FEMENINO Y EL 51.61% AL MASCULINO, NO HUBO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.
- 4.- LOS FACTORES MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES FALLECIDOS, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, FUERON: PESO BAJO PARA SU EDAD, SEXO MASCULINO, TEMPERATURA AL INGRESO MENOR DE 36 GRADOS Y SILVERMAN AL INGRESO DE 4 A 6.
- 5.- LOS FACTORES MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES QUE SOBREVIVIERON, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, FUERON: PESO ADECUADO A SU EDAD, SEXO FEMENINO, TEMPERATURA AL INGRESO ENTRE 36 Y 37 GRADOS, Y SILVERMAN AL INGRESO DE 0 A 3.
- 6.- SI PUEDE EXISTIR UNA RELACIÓN ENTRE TEMPERATURA Y SILVERMAN AL INGRESO CON LOS DEMÁS FACTORES PREDISPONENTES DE SDR.

8.- RECOMENDACIONES.

- 1.- INVESTIGAR, ¿CUALES SON LAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ANTECEDENTES PERINATALES Y LA MORTALIDAD DE ESTOS PACIENTES?.
- 2.- INVESTIGAR EL TIEMPO DE ESTANCIA ENTRE EL INGRESO Y LA DEFUNCIÓN.
- 3.- PROCURAR DE QUE EL ENVÍO DE PACIENTES SE REALICE EN LAS MEJORES CONDICIONES DE ESTABILIDAD METABÓLICA Y CLÍNICA.
- 4.- PARTIENDO DEL PUNTO ANTERIOR, SE PODRÍA VERIFICAR LA CORRELACIÓN ENTRE TEMPERATURA Y SILVERMAN, CON EL RESTO DE LOS FACTORES PRE-
DISPONENTES DE SDR.

9.- BIBLIOGRAFIA.

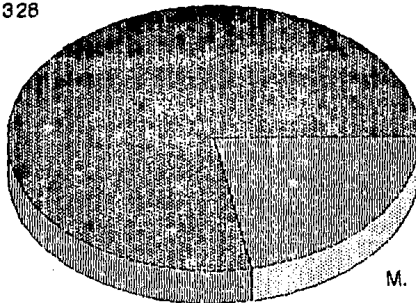
- 1.- JASSO G.L., VARGAS-ORIGEL A.: SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA IDIOPÁTICA, EN; ARELLANO P. (ED): CUIDADOS INTENSIVOS EN PEDIATRÍA, 2A. EDICIÓN, MÉXICO, INTERAMERICANA 1981: 158-72.
- 2.- JASSO G. L., NEONATOLOGÍA PRÁCTICA 3A. EDICIÓN, MÉXICO, MANUAL MODERNO 1989.
- 3.- DÍAZ DEL CASTILLO E.: PATOLOGÍA RESPIRATORIA NEONATAL EN: DÍAZ DEL CASTILLO, (ED): PEDIATRÍA PERINATAL 3A. EDICIÓN, MÉXICO, INTERAMERICANA 1988: 215-92.
- 4.- VARGAS ORIGEL A.: SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA; REV MEX PED 1990: 193-212.
- 5.- STANLEY F.S.; ALBERMAN E.D.; INFANTS OF VERY LOW BIRTH WEIGHT II: PERINATAL FACTORS AND CONDITIONS ASSOCIATED WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; DEV MED CHILD NEUROL; 1978, JUN; 20 (3): 313-22.
- 6.- CAROLAN D.J., TAYLOR P.S., JHONSON M.D., DEW J.H.; RESPIRATORY DISTRESS IN NEWBORN INFANTS: CONTRIBUTIONS TO CURRENT MORTALITY; MED J AUST; 1988, MAY 1 (11); 569-70.
- 7.- HJARLMARSON O: EPIDEMIOLOGY AND CLASSIFICATION OF ACUTE NEONATAL RESPIRATORY DISORDERS. ACTA PEDIATR SCAND: 1981 NOV.;70 (8): 773-83.
- 8.- KHOURY M.J., MARKS J.S., MC CARTHY B.J., ZARO S.M.; FACTORS AFFECTING THE SEX DIFFERENTIAL IN NEONATAL MORTALITY; THE ROLE OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; AM J OBSTET GYNECOL, MAR 151 (6): 777-82.
- 9.- LEE K.S., EIDELMAN A.I., TSENG P.I., KANDALL S.R., GARTNER L.M.; RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME OF THE NEWBORN AND COMPLICATIONS OF PREGNANCY; PEDIATRICS 1976, 58: 675-680.
- 10.- BERKOWITZ G.S., CHANG K, CHERVENAK F.A., KROUSKOP WILKING I.A.; DECREASING FREQUENCY OF IATROGENIC NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; AM J PERINATOL, 1986; JUL 3 (3): 205-208.

- 11.- PERELMAN R.H., PALTA M., KIRBY R., FARREL P.M.: DISCORDANCE BETWEEN MALE & FEMALE DEATHS DUE TO THE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; PEDIATRICS, 1986 AUG. 78 (2): 238-44.
- 12.- MANNINO F.L., MERRIT T.A.: THE MANAGEMENT OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME, EN: THIBEAULT D.W., GREGORY G.A.: NEONATAL PULMONARY CARE, 2A. ED.: NORWALK CONNECTICUT APPLETON-CENTURY-CROFTS, 1986: 472-59.
- 13.- NOTTER R.H., SHAPIRO D.E.; SUBSTANCIAS TENSOACTIVAS DEL PULMÓN COMO FORMA DE REPOSICIÓN: ASPECTOS BIOQUÍMICOS, BIOFÍSICOS Y CLÍNICOS; CLIN PERINATOL 1987: 455-504.
- 14.- DANIELS W.; BIOESTADÍSTICAS, MÉXICO, TRILLAS.
- 15.- REA R., GUTIERREZ J.N., KIBHANO N.S., CASTRO P.; ESTRUCTURACIÓN DE LOS CAPITULOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EL TIPO DE ESTUDIO, REV MED DISTR FED Mex; 1987, 4: 137-50.

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

GRAFICA 1.

TOTAL INGRESOS 328
77,91%



M. HIALINA 93
22,09%

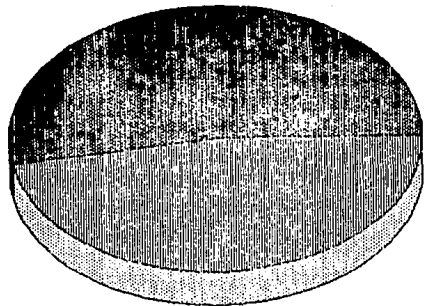
INCIDENCIA

10.- ANEXOS.

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO 'AZCAPOTZALCO'**

GRAFICA 2.

DEFUNCIONES 49
52,69%



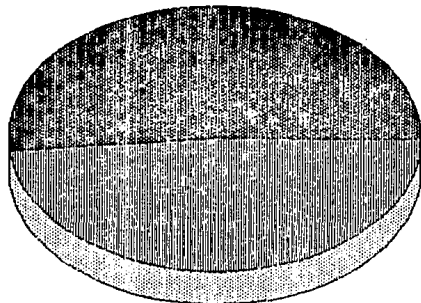
ALTAS 44
47,31%

MORTALIDAD GENERAL

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

GRAFICA 3.

MASCULINO 48
51,61%

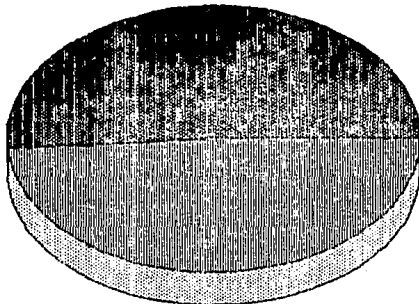


FEMENINO 45
48,39%

DISTRIBUCION POR SEXO

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

MASCULINO 25
51,02%

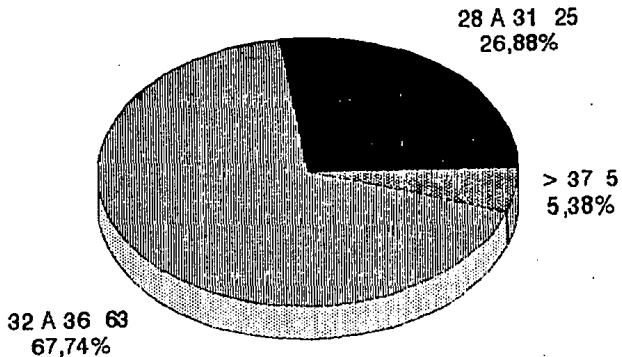


FEMENINO 24
48,98%
MORTALIDAD/SEXO

GRAFICA 4.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

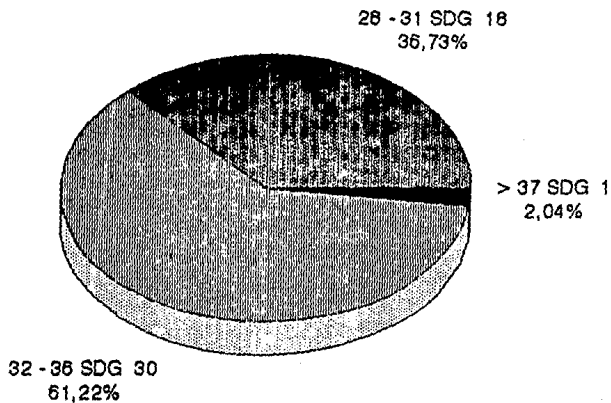
**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**



EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS

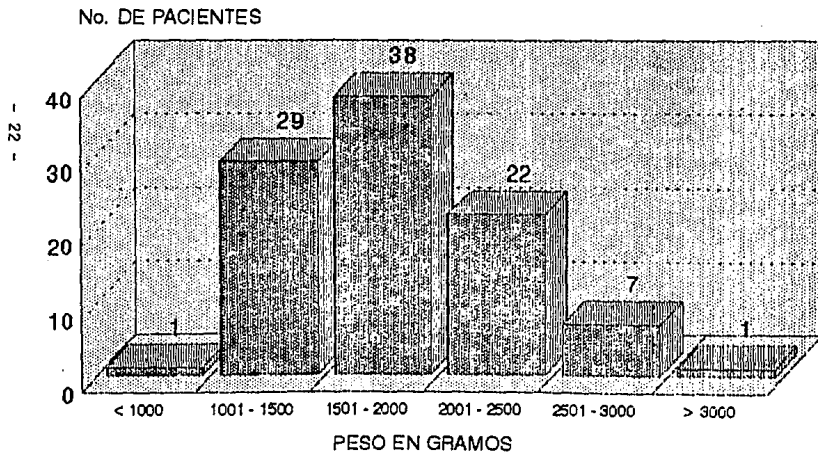
**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

GRAFICA 5.



MORTALIDAD/EDAD GESTACIONAL

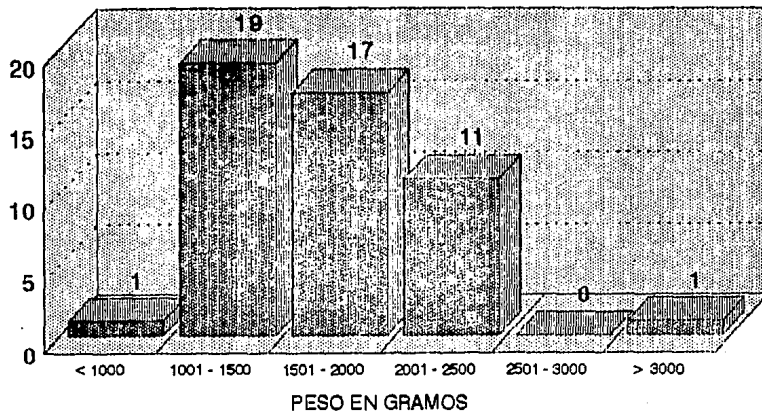
**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO 'AZCAPOTZALCO'
DISTRIBUCION POR PESO**



**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"
MORTALIDAD/PESO**

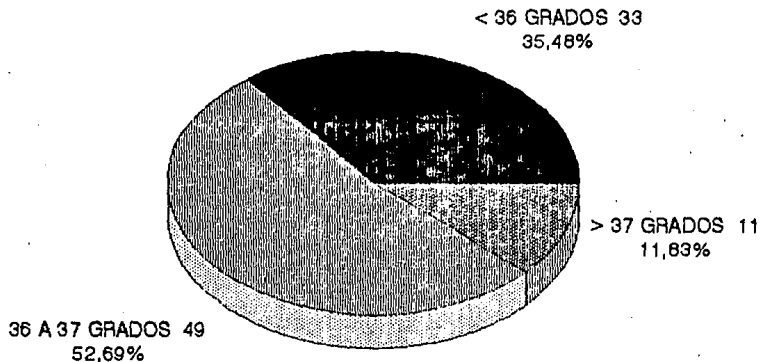
GRAFICA 8.

No. DE PACIENTES



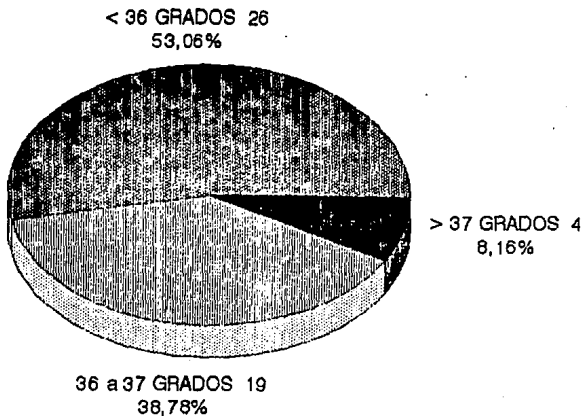
MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"

GRAFICA 9.



TEMPERATURA AL INGRESO

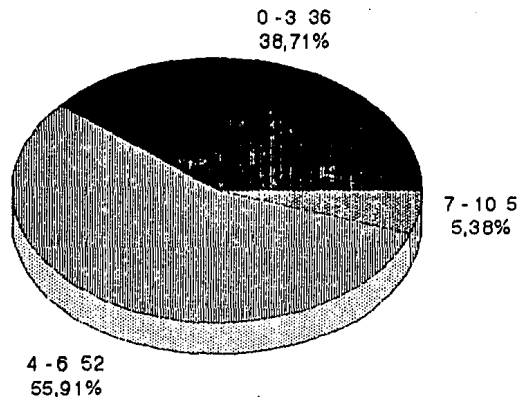
**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**



MORTALIDAD/TEMPERATURA

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

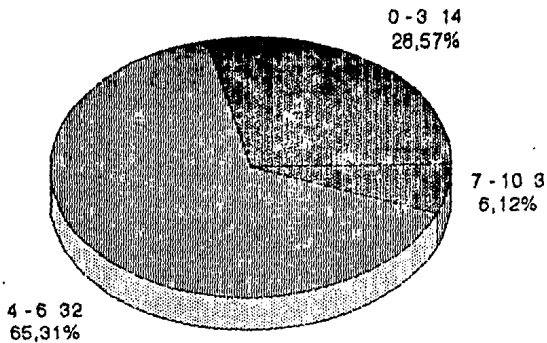
GRAFICA 11.



SILVERMAN AL INGRESO

**MORBIMORTALIDAD MEMBRANA HIALINA
HOSPITAL PEDIATRICO "AZCAPOTZALCO"**

GRAFICA 12.



MORTALIDAD/SILVERMAN