



11237  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EN  
UN HOSPITAL DE PRACTICA PRIVADA  
EN LA CIUDAD DE MEXICO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO PEDIATRA

PRESENTA

MONICA GARCIA SANTOS COY

ASESOR:

DR. ABEL DELGADO FERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



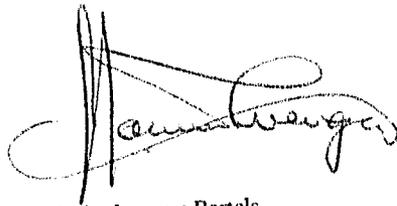
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

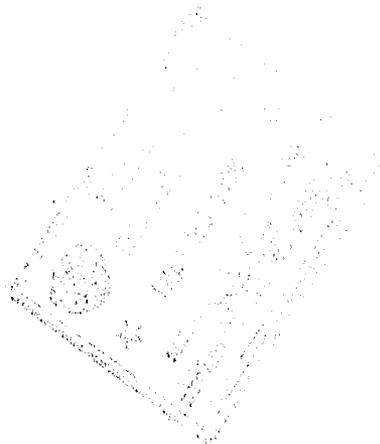
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

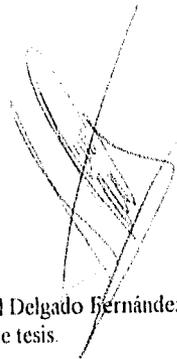
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Dr. Javier Luengas Bartels  
Prof. Titular del Curso de  
Especialización en Pediatría





Dr. Abel Delgado Fernández  
Tutor de tesis.

A TODOS LOS QUE SIEMPRE CREYERON EN MI.

A MIS PAPAS, POR DARMEL LO MAS VALIOSO QUE TENGO: MI EDUCACION

A MI HERMANO, POR SERLO.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS, POR LOS CONOCIMIENTOS  
COMPARTIDOS.

## INTRODUCCION.

Nacer, del Latin "nascere": venir al mundo, empezar a brotar, tomar principio, originarse, supone la culminación de una etapa de lucha por mantener la dirección, ritmo, velocidad y magnitud del crecimiento, favorecido por, o aún a pesar de las limitaciones que se derivan del "ambiente", tanto biológico (micro y matroambiente) como "ecológico" (macroambiente); resultará un ser vivo y sano si los riesgos pudieran evitarse o controlarse, o la pérdida del producto de esa gestación (aborto o muerte fetal) o un homigénito malformado, enfermo, o lesionado.

El organismo materno es, sin duda, factor fundamental en la creación del hijo, ya que además de aportar material genético, ofrece su estructura y medios de vida para el producto. Debe ofrecer las condiciones apropiadas para que el crecimiento sea óptimo y el nacimiento se presente adecuadamente.

Influyen en el crecimiento y desarrollo intrauterino el estado del aparato reproductor, la calidad de salud o enfermedad del organismo materno, sus características heredadas, y su vida previa. Se comprende que la mejor sujeto de embarazo es una mujer sin estigmas genéticos, saludable, en edad reproductiva idónea, y además un estado anímico correcto.

La edad materna óptima para la gestación es de los 23 a los 29 años, cuando los mecanismos metabólicos, homeostáticos, condiciones nutricionales y disposición anímica pueden alcanzar su plenitud, y originar productos sanos. La juventud extrema supone incompleto desarrollo, menor terreno obstétrico y hay mayor incidencia de prematurez y malformaciones. La edad avanzada (más de 35 años) lleva a mecanismos anormales de parto, trastornos de implantación y vascularización placentaria, así como anomalías estructurales del producto.

Después de cierto número de embarazos las condiciones del aparato reproductor femenino declinan respecto a su eficiencia funcional. Los obstetras definen multiparidad después del sexto embarazo. El peso del producto al nacimiento se relaciona con la paridad, observándose aumento con cada embarazo. Las complicaciones obstétricas son más frecuentes en las multigestas (mayor mortalidad, presentación anormal y

malformaciones). El riesgo de embarazos múltiples está en relación inversa con el nivel cultural.

Las deficiencias en la ingesta alimentaria materna durante el embarazo son nocivas para el producto en diversas formas. Hay estudios que reportan menor peso al nacimiento, mayor índice de prematuridad, y por consiguiente, mayor morbi-mortalidad neonatal.

El efecto nocivo de los factores ambientales está condicionado en parte por la edad gestacional, siendo la etapa embriogénica (primeras 12 semanas) particularmente susceptible.

La ignorancia o descuido, tanto de la madre como del médico, puede ocasionar daños graves cuando se prescriben drogas o procedimientos potencialmente riesgosos para el producto (estrógenos, sedantes, rayos X, etc.)

Infecciones, en especial las virales, factores físicos relacionados con la oxigenación del embrión o intoxicación con gases tóxicos, trastornos bioquímicos derivados de deficiencias nutricionales o enfermedades metabólicas, constituyen frecuentemente agresiones para el producto. La diabetes, las cardiopatías, neumopatías y procesos tumorales, pueden alterar el crecimiento del feto y el funcionamiento de su organismo. En la segunda mitad del embarazo es más importante la acción deletérea de la toxemia gravídica, infecciones (sífilis, hepatitis) o parasitemias (toxoplasmosis) y en el tercer trimestre las alteraciones de implantación placentaria que provocan hemorragias importantes que interfieren con la oxemia y nutrición fetal, y la duración misma del embarazo.

Así, es evidente que la vigilancia del embarazo por médicos capacitados, y con la periodicidad adecuada, permite conocer su evolución y descubrir anomalías o trastornos que pudieran afectarlo.

La detección de situaciones que impliquen riesgo para el binomio madre-hijo permite bloquear o disminuir esos riesgos. La prematuridad, el peso bajo al nacimiento y la mortalidad es mayor en las madres que no reciben atención.

## **MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MEXICO**

Los distintos factores que inciden sobre los problemas de natalidad en México (condiciones físicas de los padres, nivel socioeconómico y educacional,

nutrición, vigilancia médica, etc) tienen influencia variable y afectan la resultante de modo muy diferente.

En México las fuentes de información son limitadas y las más acreditadas refieren sus observaciones a grupos de población selectos, que pertenecen a instituciones que atienden a determinado tipo de pacientes, de ninguna manera representantes del total del universo de estudio.

En México nacieron, en 1993, 2'839,686 niños (1) de los cuales 49,631 fallecieron en el primer año de vida.

El nacimiento es un cambio del feto que requiere de una adaptación inmediata para lograr su transformación en recién nacido. Una adaptación parcial se traduce en morbilidad; y una adaptación total, en muerte (2). Así, la salud del recién nacido se podría definir como la capacidad de adaptarse con éxito a las diversas circunstancias de su medio ambiente.

Se sabe que la morbilidad y mortalidad neonatal son menores a mayor edad gestacional del producto (2) y que aquéllas se encuentran relacionadas con factores de riesgo neonatal, como son : sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, trofismo, y la posibilidad de contar con un manejo dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Esto revela tanto la patología biopsicosocial materna como la morbilidad neonatal específica, y es un reflejo de los manejos preventivos y asistenciales instituidos.

En 1985 el INPer refiere como factor de riesgo la inmadurez extrema en el 20% de los recién nacidos, el Síndrome de Dificultad Respiratoria en el 15 %, la asfixia grave en el 58% y el Apgar menor a 6 en el 68%.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la morbi-mortalidad neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Santelena, en la Ciudad de México?:

## JUSTIFICACIÓN

El Hospital Santelena es una Institución privada, con más de 35 años de dar servicio en el D.F., y cuya población usuaria se caracteriza por ser primordialmente cautiva, ya que atiende a compañías, tanto privadas como del sector público; además de dar atención abierta a población de clase socioeconómica predominantemente media.

En nuestro país se cuenta con escasos estudios sobre morbilidad y mortalidad neonatales en instituciones privadas, por lo que este trabajo aportará información acerca de su magnitud en un medio privado, con población de clase socioeconómica media. Y permitirá, además, contar con un marco de comparación con el de los Institutos Nacionales, y con los pocos hospitales privados que publican reportes.

El contar con cifras de riesgo neonatal propias permite aplicar medidas preventivas y plantear estrategias de trabajo que lleven a una disminución en la morbi-mortalidad neonatal con la consecuente disminución del tiempo y costo hospitalario.

## OBJETIVOS

1. Conocer la morbi-mortalidad en el Servicio de Neonatología del Hospital Santelena en un periodo de 20 meses.
2. Determinar los factores de riesgo para la morbi-mortalidad neonatal en nuestra población de clase socioeconómica media.

## DISEÑO

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo, observacional y longitudinal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

1. Se revisan los expedientes de cada uno de los recién nacidos ingresados al servicio de Neonatología del Hospital, en el periodo comprendido del 1o. enero de 1993 al 31 agosto de 1994, inclusive.

2. Criterios de Inclusión:

a) Todos los expedientes de los recién nacidos ingresados al servicio de Neonatología del 1o. enero de 93 al 31 agosto de 94 que se encuentren completos.

b) Que fueran recién nacidos vivos.

3. Criterios de Exclusión:

a) Recién nacidos óbitos o que fallecieron en la Unidad de Toco-Cirugía

b) No haber nacido en nuestra Unidad de Toco-Cirugía.

## VARIABLES

1. INDEPENDIENTES: Sexo, peso al nacimiento en gramos, talla, edad gestacional, edad materna, número de gesta, tipo de nacimiento, trofismo, días de estancia.

2. DEPENDIENTES: Apgar al minuto y a los 5 minutos; se agrupan los padecimientos en trauma obstétrico, presencia de malformaciones congénitas, asfixia, ictericia, alteraciones metabólicas, infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicas, renales, otras causas y motivos de la defunción.

## PARÁMETROS DE MEDICIÓN

Se expresan los datos obtenidos para peso (gramos), talla (cm), edad gestacional (semanas), número de gesta, edad materna, calificación de Apgar (1

y 5 minutos) y días de estancia en números totales y porcentajes por escalas de intervalos.

Las causas de morbilidad y mortalidad neonatales se expresan en número totales y porcentajes.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

El procedimiento de nuestro estudio está de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud para la Investigación sin riesgo: Título segundo, Capítulo primero, artículo 17, sección I.

El estudio fue aprobado por el Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital.

## **PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

Los datos obtenidos de los expedientes de los recién nacidos se colocaron en hojas de vaciamiento en programa Works que posteriormente fueron procesadas mediante el programa d'Base III Plus.

Las gráficas se realizaron mediante programa Excel 4.0.

## **RESULTADOS**

Se revisaron un total de 1684 expedientes de recién nacidos en el Hospital Santelena en el periodo comprendido del 1o. de enero de 1993 al 31 de agosto de 1994 y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión referidos.

SEXO: 858 pacientes (50.95%) fueron de sexo masculino y 825 (48.9%) de sexo femenino, por un total de 1683 pacientes; se presentó un caso de sexo indiferenciado. (Véase gráfica 1).

**PESO:** El peso promedio fue de 3,244 gr (+- 0.489 desviaciones estándar -DS-), La mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 3,001-3,500gr con 775 pacientes (46%), seguido por los del grupo de >3,500gr, con 420 pacientes (24.94%).

El grupo con menor frecuencia fue el de pacientes con un peso <1,000gr, siendo éstos únicamente 2 (0.1%, véase gráfica 2).

#### **TALLA:**

La talla promedio en centímetros fue de 50 cm (+-2 DS), encontrando mayor frecuencia en el grupo con más de 50 cm de talla, contando éste con 923 pacientes (54.8%, Véase gráfica 3).

#### **EDAD GESTACIONAL:**

La edad gestacional promedio fue de 39 semanas (+- 3 DS), con una mayor frecuencia en el grupo de 38-42 semanas con 1,002 pacientes (59.5%) y la menor frecuencia en el grupo mayor de 42 semanas con 5 pacientes, correspondiendo al 0.29%. (Véase gráfica 4).

#### **EDAD MATERNA:**

La edad materna promedio encontrado fue de 24 años (+-10 DS), con una mayor frecuencia en el grupo comprendido entre 25-30 años, con 520 pacientes (30.87%), seguido por el grupo de 20-25 años con 459 pacientes (29.03%). El grupo que presentó menor frecuencia es el de mayor de 40 años con 14 pacientes (0.83%). (Véase gráfica 5).

#### **NÚMERO DE GESTACIÓN:**

El número promedio de gestación fue de 2 (+-1 DS). Con la mayor frecuencia encontrada en el grupo de 1 y 2 gestas, con 535 (31.76%) y 516 pacientes (30.64%) respectivamente. El grupo que obtuvo la menor frecuencia es el grupo con más de 5 gestas, correspondiendo al 1.42% ( gráfica 6).

#### **CALIFICACIÓN DE APGAR AL MINUTO:**

La calificación de Apgar al minuto promedio fue de 8 (+-1 DS), con una mayor frecuencia en el grupo con Apgar mayor a 6 con 1,515 pacientes (89.9%),

únicamente 25 pacientes (1.48%) tienen una calificación menor de 3 (vease gráfica 7).

#### CALIFICACIÓN DE APGAR A LOS 5 MINUTOS:

La calificación promedio de Apgar a los 5 minutos fue de 9 (+/- 1 DS), con mayor frecuencia en el grupo con calificación superior a 6, con 1,656 pacientes (98.33%). Únicamente 0.77% tuvo calificación de Apgar menor de 3 a los 5 minutos. (Vease gráfica 8).

**EVOLUCIÓN DURANTE LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:**  
Durante su estancia hospitalaria 1,240 pacientes (76.63%) cursaron como RN sanos y 444 (26.36%) presentan alguna patología que permitió considerarlos como "no sanos". (Vease gráfica 9).

#### PATOLOGÍA PRESENTADA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:

La patología más frecuentemente presentada fue la ictericia, con 426 pacientes (39.22 %), seguida inmediatamente por asfixia con 160 pacientes (14.73%) y en 3er lugar la patología infecciosa con 139 pacientes (12.7%).

La menor frecuencia se presenta en el grupo con patología renal con 4 pacientes (0.4%). (Vease gráfica 10).

**Ictericia.-** Dentro del grupo de pacientes que presentan ictericia se encuentra que 216 de ellos (53%) presentan ictericia que se consideró como fisiológica y 192 pacientes (47%) como ictericia multifactorial. (Vease gráfica 11).

**Asfixia.-** Entre los pacientes que presentan asfixia (ver clasificación de asfixia por Apgar), se presenta mayor frecuencia en el grupo con asfixia leve (Apgar 6) con 116 pacientes (72%), seguido por aquellos con moderada (Calificación Apgar 3-5) con 28 pacientes (17.5%), únicamente 16 pacientes (10%) presentan asfixia severa (Apgar menor de 3). Vease gráfica 12.

**Infección.-** En un total de 1,684 pacientes se encuentran 139 que presentan patología infecciosa, correspondiendo estos a un 12.7% de la población no sana. De estos se encuentran, en primer lugar, los pacientes considerados como "potencialmente infectados" (50%), seguidos por aquellos con conjuntivitis

(37%) , posteriormente neumonía (7%), y Sepsis clínica en 3 pacientes (2%).  
Vease gráfica 13.

Patología Gastrointestinal: Se encuentran un total de 10 pacientes con patología gastrointestinal (0.92%), presentandose 3 pacientes con fisura anal (30%), 6 pacientes con Enterocolitis necrosante (ECN) en un 60%, de los cuales correspondieron 3 al grado IA , 2 al grado IIA y un paciente al grado III; se presentó un paciente con síndrome colestásico (10%). Vease gráfica 14.

#### DIAS DE ESTANCIA:

Los días de estancia hospitalaria promedio fueron 2 días (+- 2 DS), 750 pacientes (44%) permanecieron 2 días, y 11 pacientes (0.65%) más de 10 días. (Vease gráfica 15).

#### DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE ACUERDO A PATOLOGIA PRESENTADA:

La patología que presentó más días de estancia hospitalaria fue la Gastrointestinal (ECN), con 15 días promedio; seguida por la patología renal (Insuficiencia renal aguda) con 11 días y posteriormente, con 8 días promedio la patología neurológica (Hemorragia intraventricular). La patología con menor número de días de estancia hospitalaria promedio fueron las malformaciones congénitas (Malformaciones menores en extremidades) con 2 días. (Vease gráfica 18).

#### DESTINO AL EGRESO.

1,653 pacientes (98.1%) se egresaron a su domicilio, 15 pacientes (0.89%) se trasladaron a otra unidad hospitalaria y 16 (0.95%) fallecieron. (Vease gráfica 16).

#### CAUSAS DE DEFUNCION.

16 pacientes fallecieron, correspondiendo estos al 0.95% del total de nuestros recién nacidos. Las principales causas de mortalidad fueron: prematuréz en 3 pacientes (19%), asfixia severa en 3 (19%) y SDR 3 en pacientes (19%). (Vease Gráfica 17).

**PRESENCIA DE PATOLOGIA DE ACUERDO A SEXO:**

Encontramos que 244 (28.4%) de los recién nacidos de sexo masculino muestran alguna patología y en el sexo femenino 199 ( 24.1%). (Vease gráfica 19).

**PRESENCIA DE PATOLOGÍA DE ACUERDO A PESO AL NACIMIENTO:**

Esta se presentó en 31 ( 88.5%) del grupo de pacientes con peso menor a 2,000 gr, en 310 (25%) en el grupo 2,001-3,500 gr y en 103 (24.5%) de aquellos con peso mayor de 3,500gr. (Vease gráfica 20).

**PRESENCIA DE PATOLOGIA DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL:**

Se encontraron 24 pacientes (30.4%) en el grupo de edad menor a 38 semanas en 419 (23.6%) en el grupo de edad entre 38 y 42 semanas y con más de 42 semanas 1 paciente (20 %). Vease gráfica 21.

**PRESENCIA DE PATOLOGIA DE ACUERDO A EDAD MATERNA:**

En las madres con menos de 20 años de edad se presenta patología en 66 de los productos( 20.8%) y entre aquellas mayores de 35 años en 29 de ellos ( 32%). En el grupo comprendido entre 20- 35 años se presenta en 349 ( 27%). Vease gráfica 22.

**MORTALIDAD DE ACUERDO A SEXO:**

De los recién nacidos de sexo masculino fallecieron 9 (1%) y entre los de sexo femenino 6 (0.7%). Vease gráfica 23.

**MORTALIDAD DE ACUERDO A PESO AL NACIMIENTO:**

Entre los pacientes que presentan peso menor a 2,000gr fallecieron 10 (28%), del grupo con peso entre 2,001-3,500 gr fallecieron 6 (0.48%), ningún paciente falleció del grupo de recién nacidos con peso mayor a 3,500 grms. (Vease gráfica 24).

**MORTALIDAD DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL:**

En el grupo de recién nacidos con edad gestacional menor a 38 semanas fallecieron 15 (2.2%), en el de 38-42 semanas falleció únicamente un paciente (0.1%), no se presentó ninguna defunción en el grupo con más de 42 semanas de edad . (Vease gráfica 25).

**MORTALIDAD DE ACUERDO A CALIFICACION DE APGAR:**

El 40% de los recién nacidos con Apgar al minuto menor de 3 falleció. Entre los pacientes con Apgar de 4-6 el 2.7% y con Apgar mayor de 6 únicamente el 0.2%.

Respecto al Apgar a los 5 minutos, se encuentra que, entre los pacientes con una calificación menor de 3 fallece el 61%, con Apgar 4-6 el 20% y con calificación mayor de 6 solamente el 0.3% (Vease gráfica 27).

**MORTALIDAD DE ACUERDO A PATOLOGÍA PRESENTADA:**

La patología que presenta mayor mortalidad es la renal, de esta, la insuficiencia renal con 50% de los pacientes del grupo, seguida por la neurológica, de esta la hemorragia intraventricular con 28.6% de ellos , y posteriormente la gastrointestinal, principalmente la ECN con el 20%. La menor mortalidad se presenta en el trauma obstétrico con un 0%. (Vease gráfica 28).

**DISCUSIÓN**

En México tenemos un alto índice de natalidad, con más de 2'800,000 nacimientos al año, de éstos, aproximadamente el 13% ocurre en hospitales o clínicas privadas (1). En el Hospital Santelena la natalidad en un periodo de 20

meses fue de 1,684 recién nacidos vivos, correspondiendo aproximadamente al 0.26% de éstos. Se encuentra un discreto predominio del sexo masculino, similar a lo referido por el INEGI en 1993 (1).

El peso promedio fue de 3,244 g y la talla de 50 cm, con lo que encontramos un predominio de recién nacidos entróficos.

La edad gestacional promedio fue de 39 semanas, la edad materna de 24 años y el número de gestación de 2. Con estos resultados podemos determinar que nuestra población es en su gran mayoría de bajo riesgo (3,9, 10).

De nuestros recién nacidos el 76.6% cursó sano durante su estancia hospitalaria y 26.3% de ellos presentó alguna patología. Las patologías más frecuentemente presentadas fueron la ictericia, asfixia y la infecciosa. La patología menos frecuente fue la insuficiencia renal.

30 pacientes presentaron trauma obstétrico.

50 pacientes presentaron algún tipo de malformación congénita, correspondiendo al 2.9% de la población, cifra similar a lo referido por otros autores (9,12).

El 25% de los recién nacidos presentó ictericia predominando la de tipo fisiológica en el 53% de ellos.

160 pacientes (9.5%) presentaron asfixia (Apgar menor a 6), siendo ésta leve en el 72.5% de los casos, cifra muy por arriba a la referida por otros autores (9, 10, 11). A los 5 minutos de vida únicamente 28 pacientes persisten con Apgar menor de 6, correspondiendo al 1.6%, lo cual refleja recuperación adecuada en un número importante de ellos, secundaria a una adecuada reanimación en la Unidad de Toco-cirugía. La morbi-mortalidad secundaria a la asfixia es muy alta, alcanzando ésta un 60% en los pacientes que persisten con Apgar menor a 3 a los 5 minutos de vida a pesar de las maniobras de reanimación.

Respecto a la infección, encontramos 139 pacientes, de los cuales 50% se consideraron como "potencialmente infectados", el 37% presentó conjuntivitis, únicamente 3 pacientes presentaron sepsis, uno de los cuales falleció.

Los días de estancia hospitalaria promedio fueron 2. La patología que requiere más días de estancia hospitalaria, en promedio, es la gastrointestinal con 15 días, destacando entre ellas la enterocolitis necrozante.

El 98% de los pacientes se egresó a su domicilio, en tanto que el 0.89% se trasladó, principalmente por cuestiones económicas.

16 pacientes fallecieron (0.95%), siendo las principales causas de mortalidad la prematuridad, la asfixia y el Síndrome de Dificultad Respiratoria, con 3 casos respectivamente.

En cuanto a la presencia de patología, ésta predomina en el recién nacido de sexo masculino, en aquellos con peso al nacimiento menor a 2,000 gramos, los de edad gestacional menor a 38 semanas, y aquellos con edad materna mayor a 35 años.

Respecto a la mortalidad, ésta predominó en el sexo masculino, en los recién nacidos con peso menor a 2,000 gramos, los de edad gestacional menor a 38 semanas, aquellos con Apgar menor a 3 al minuto y 5 minutos y los portadores de patología renal, neurológica y gastrointestinal.

## CONCLUSIONES

1. No encontramos diferencia significativa en cuanto a las frecuencias de natalidad de uno y otro sexo.
2. Por peso y talla, la mayor frecuencia se encuentra dentro de los rangos de eutrofia. A menor peso al nacimiento se observó mayor presencia de patología como síndrome de dificultad respiratoria y asfixia, ambos en la misma proporción.
3. En cuanto a la edad gestacional, predominó el grupo de 38 a 42 semanas. Sin embargo, encontramos un alto índice de recién nacidos de pretérmino (menores a 38 semanas), alcanzando un 40%, siendo esta frecuencia alta comparando con reportes de E.U.A. que refieren prematuridad en un 9% de sus recién nacidos. A menor edad gestacional, mayor morbimortalidad neonatal.
4. La edad materna promedio fue de 24 años. A una mayor edad materna (más de 40 años) se presenta mayor morbimortalidad neonatal.
5. La alteración más frecuentemente encontrada fue el síndrome icterico, de los cuales el 53% fue ictericia fisiológica y el 47% ictericia multifactorial.
6. Predominó la asfixia leve (Apgar 6) y se observó que a menor calificación de Apgar la mortalidad es mayor (hasta un 60% en los que persiste calificación de Apgar a los 5 minutos menor de 3).

7. Se encontró proceso infeccioso en el 3.6% del total de nuestra población, siendo sus principales causas la conjuntivitis, neumonía y sepsis, en ese orden. Estas cifras se encuentran por debajo de las reportadas por otros autores tanto nacionales como extranjeros (4,9).

8. La complicación más frecuente del aparato digestivo correspondió a la ECN y de esta el grado IA de la clasificación modificada de Bell.

9. Los días de estancia promedio fueron de 2 (+2). Egresándose el mayor porcentaje sano y a su hogar.

10. Nuestra tasa de morbilidad fue de 263 por cada 1000 nacimientos vivos.

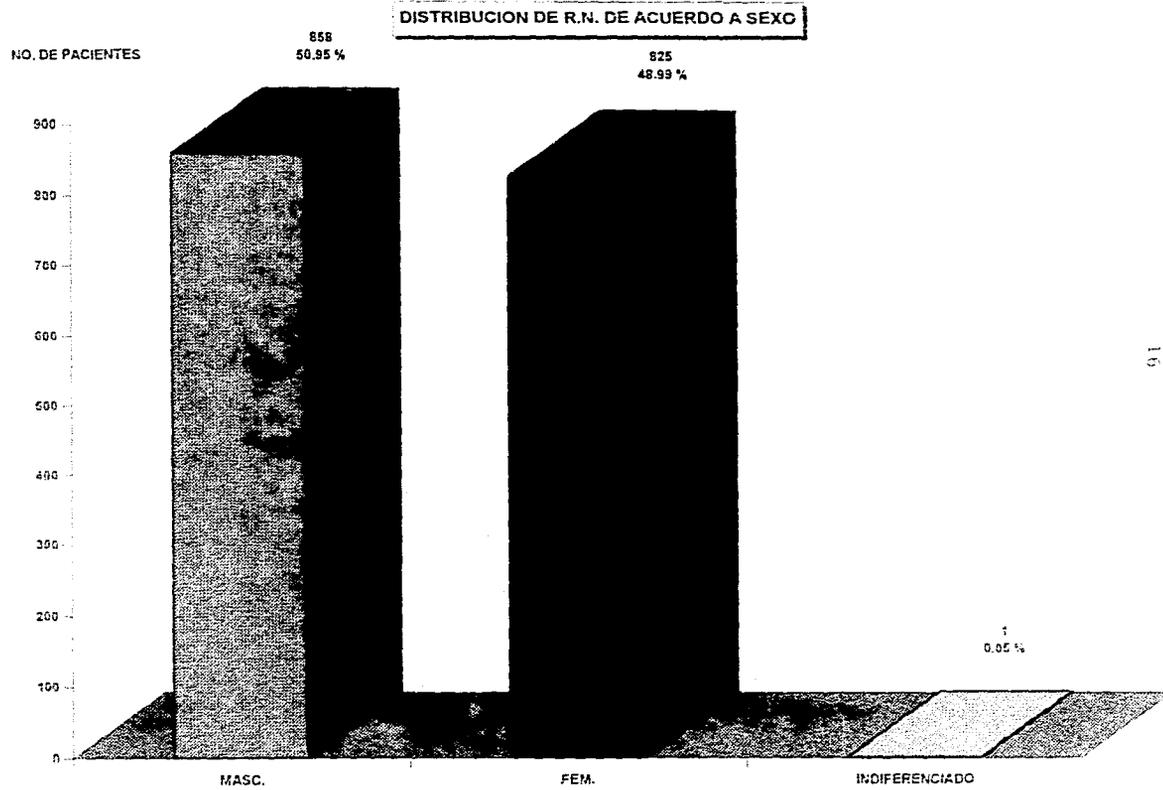
11. La mortalidad fue de 16 pacientes correspondiendo al 0.95% del total de la población.

Encontramos una tasa de mortalidad de 9.5 x cada 1000 nacimientos, cifra por debajo de lo referido por el INEGI (1). Siendo las causas de esta las mismas que las reportadas por el INPer e INEGI: prematuridad, asfixia y Síndrome de dificultad respiratoria (2,1).

**BIBLIOGRAFIA**

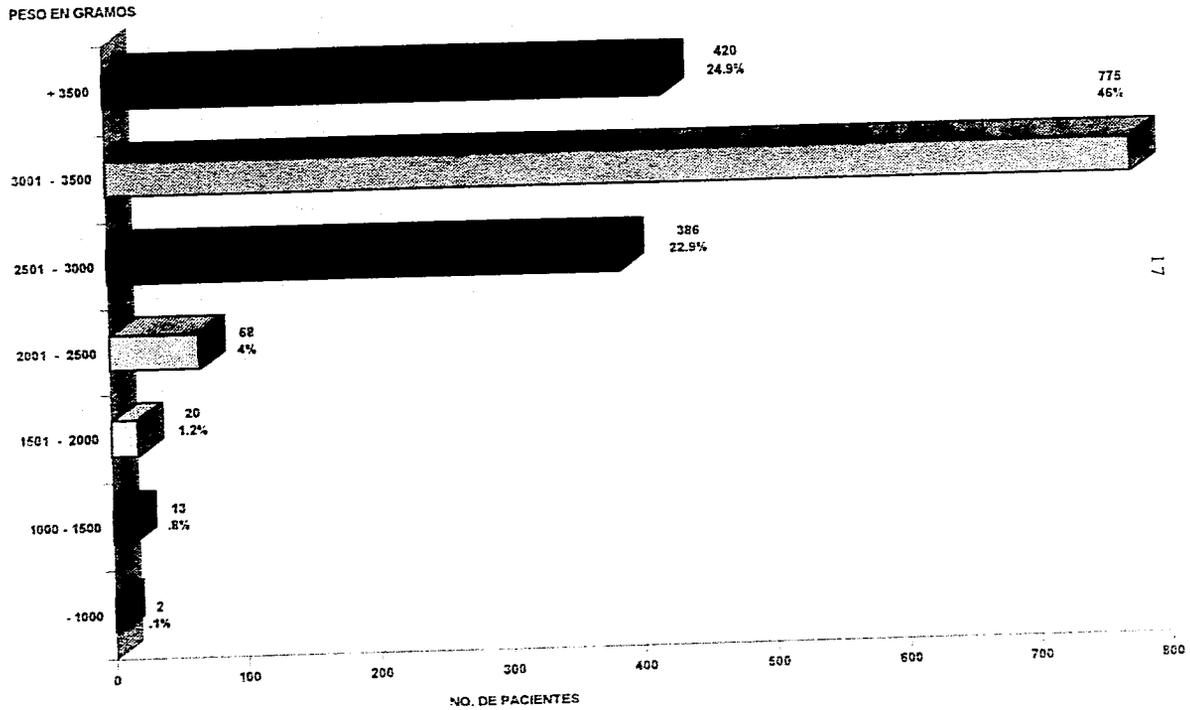
1. INEGI. Estadística en Población y Salud. 1993
2. Langer A, Arroyo P: La mortalidad perinatal en el INPer. Bol Med Hosp Infant Mex 1983; 40(1):618-623.
3. Lores M, Lozano C: Factores de riesgo al nacer Rev de Perinatol 1989 4 (1):9-14.
4. Díaz del Castillo. Pediatría perinatal 2º ed. México: Interamericana, 1983.
5. Dussault JH: J Pediatr 1980; 96:385.
6. Galina MP: N Engl J Med 1985; 304:702.
7. Kauppila O: Acta Obstet Gynecol Scand 1975; 39:1.
8. Starfield BJ: Pediatrics 1982; 101:978.
9. Cloherty JP. Manual of Neonatal Care, 3ed. E.U.A.: Little, Brown and Company, 1985.
10. Klaus and Fanaroff . Care of the high-risk neonate, 4a ed. E.U.A:Saunders Company, 1993.
11. Avery. Neonatología 6a ed, Argentina : Panamericana, 1990.
12. Figueroa J.E. El proceso diagnóstico en el paciente dismórfico. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;51(1):59.

GRAFICA 1.



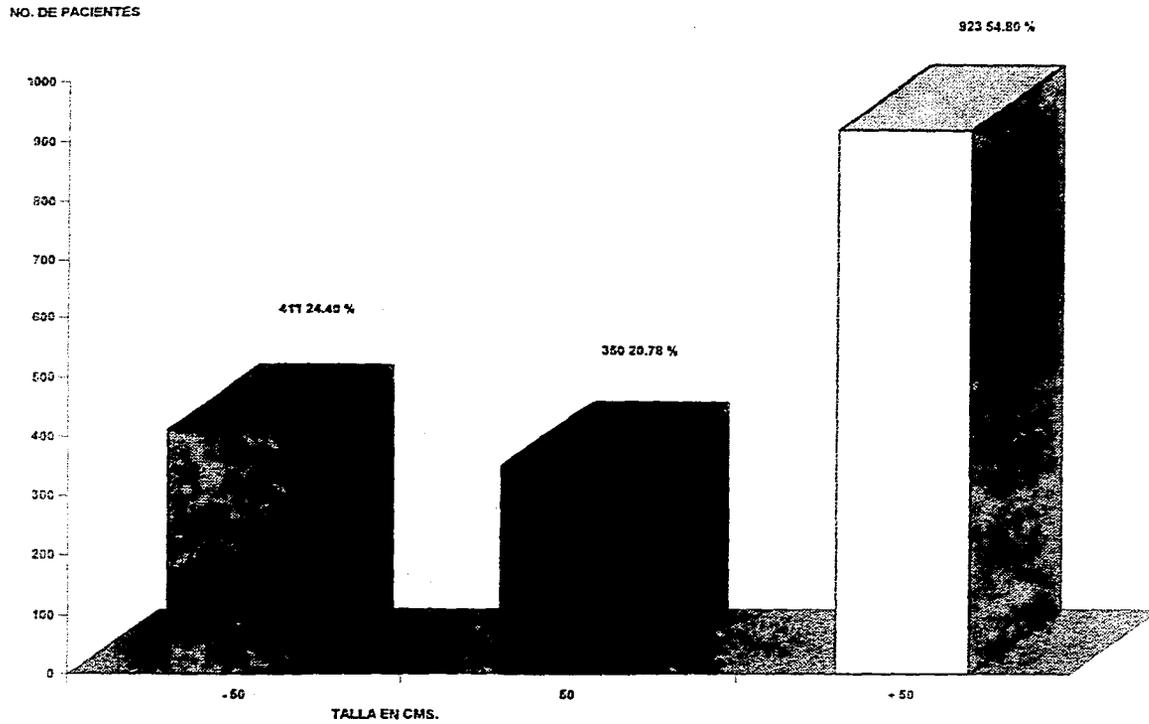
GRAFICA 2.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A SU PESO AL NACIMIENTO



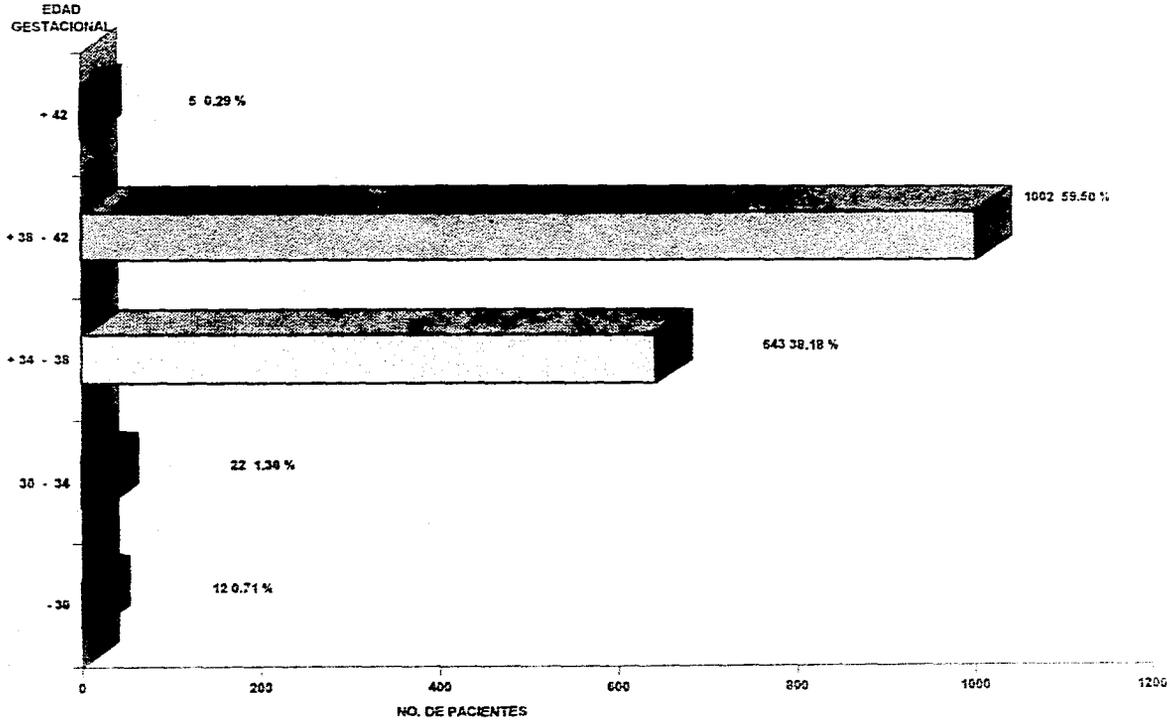
GRAFICA 3.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A TALLA AL NACIMIENTO



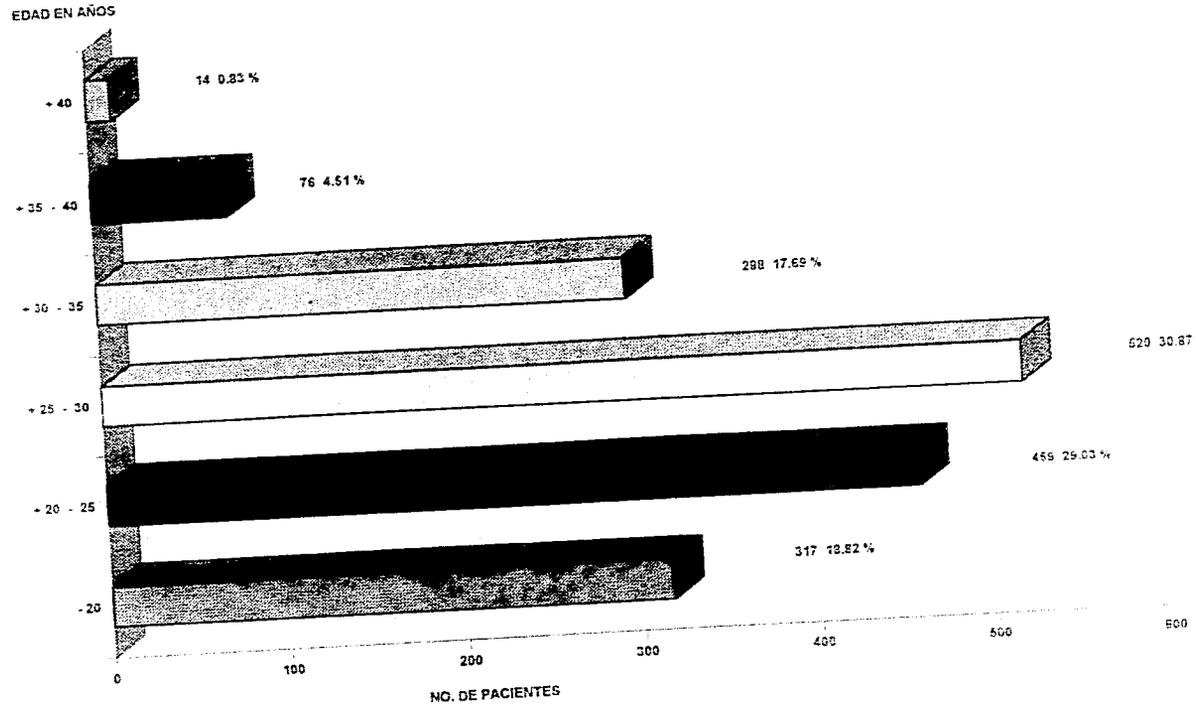
GRAFICA 4.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL



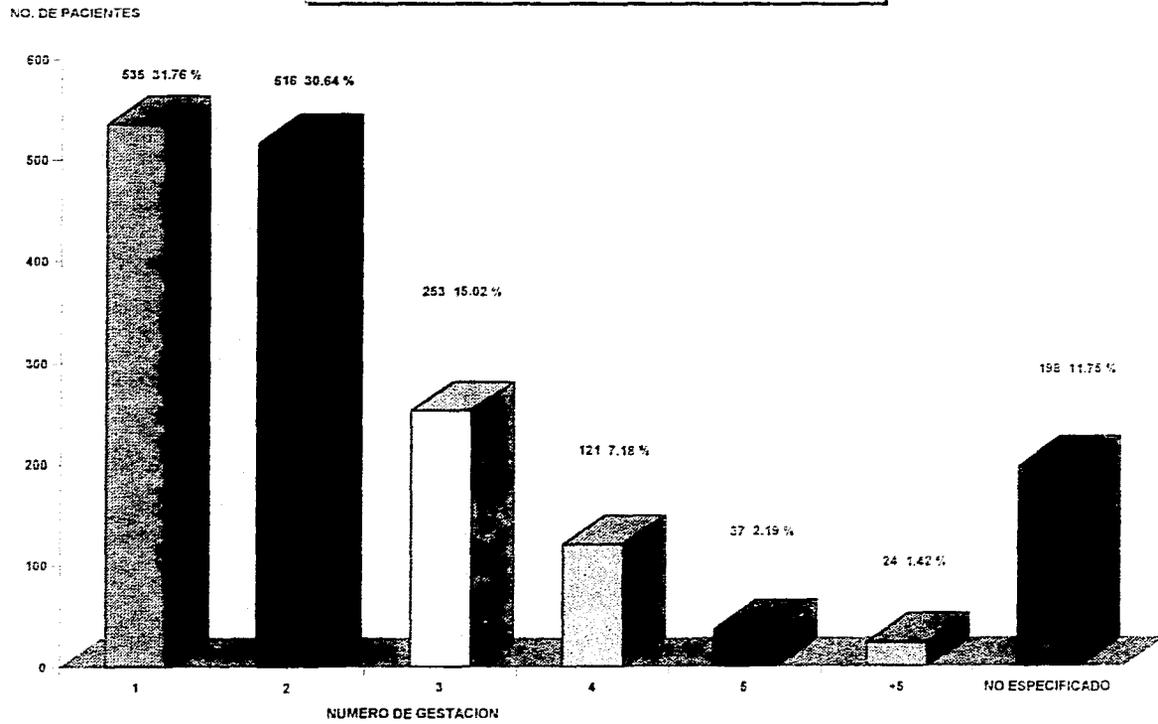
GRAFICA 5.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A EDAD DE LA MADRE



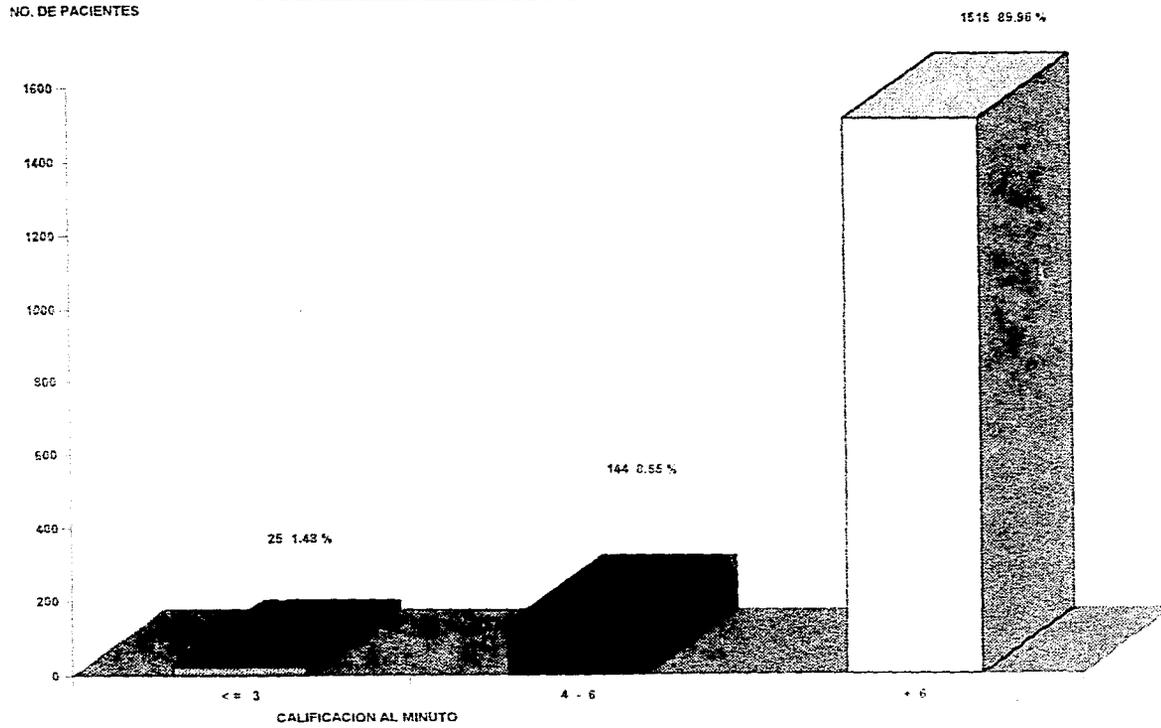
GRAFICA 6.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A NUMERO DE GESTACION

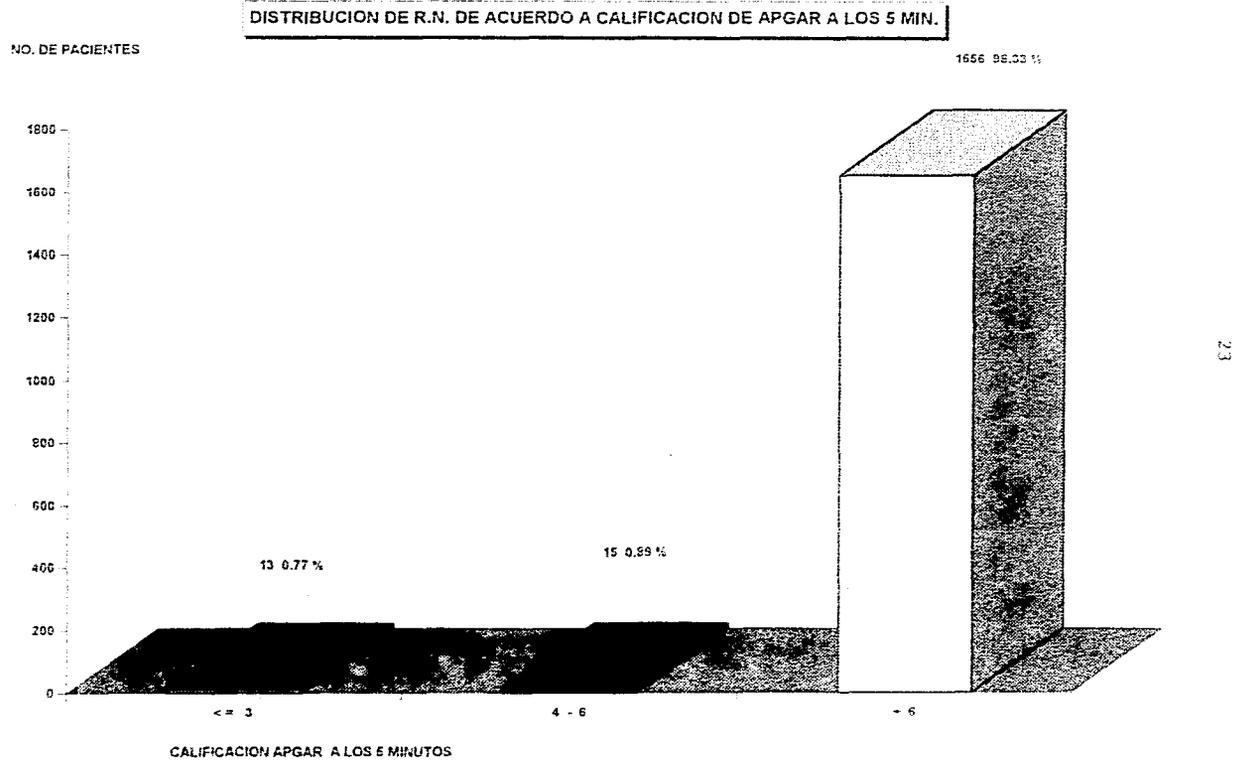


GRAFICA 7.

DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A CALIFICACION DE APGAR AL MINUTO

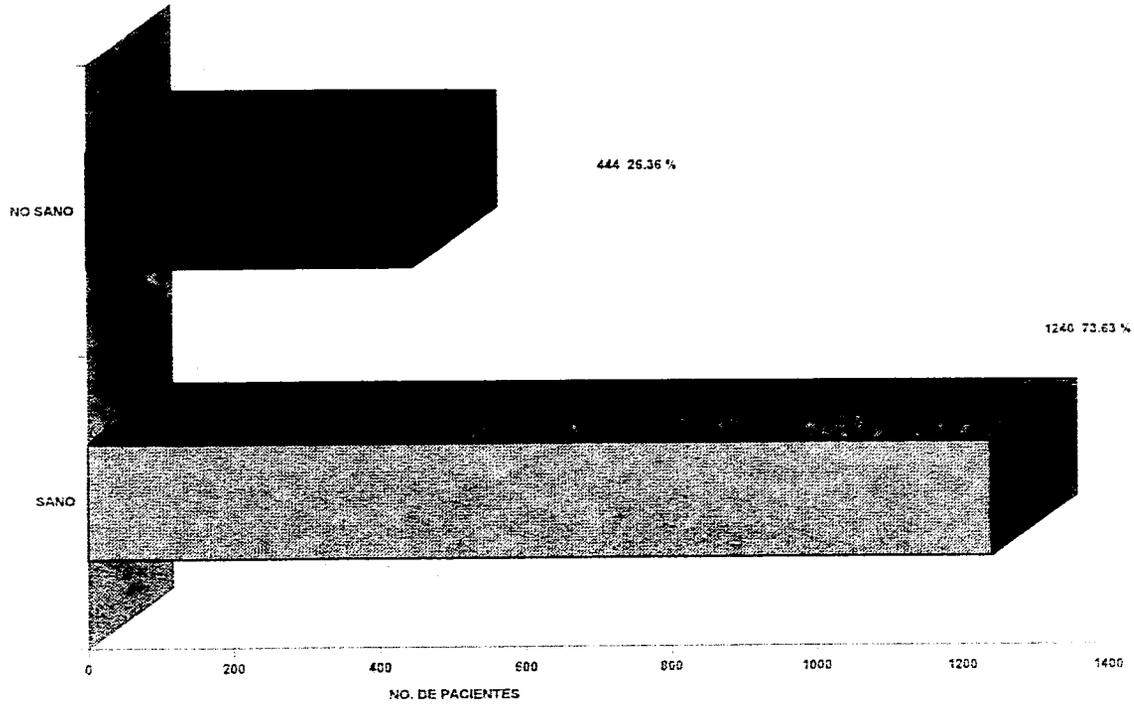


GRAFICA 8.



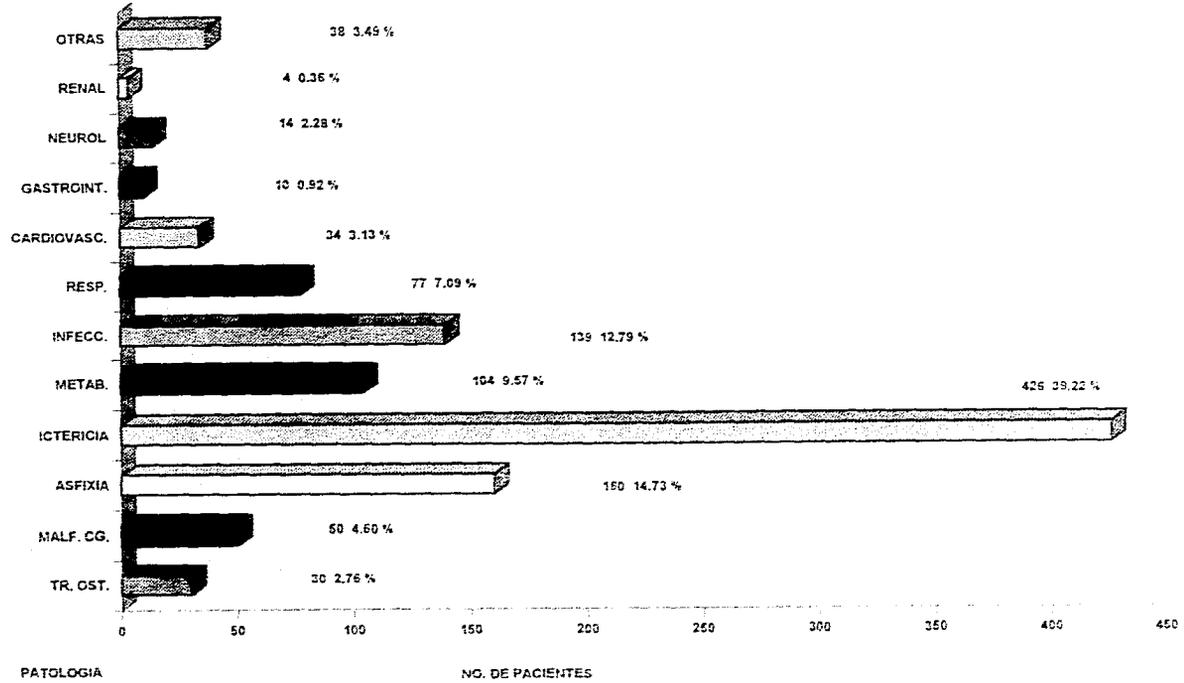
GRAFICA 9.

DISTRIBUCION DEL R.N. DE ACUERDO A SU EVOLUCION HOSPITALARIA



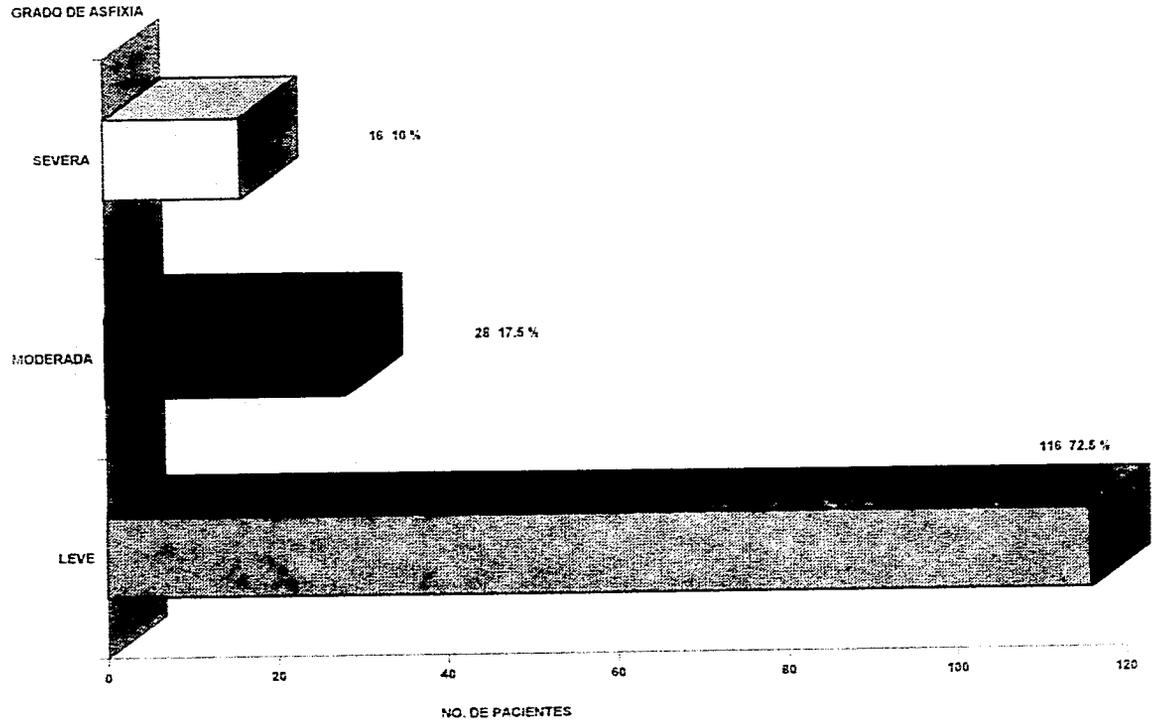
GRAFICA 10.

DISTRIBUCION DE R.N. NO SANOS DE ACUERDO A PATOLOGIA PRESENTADA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA



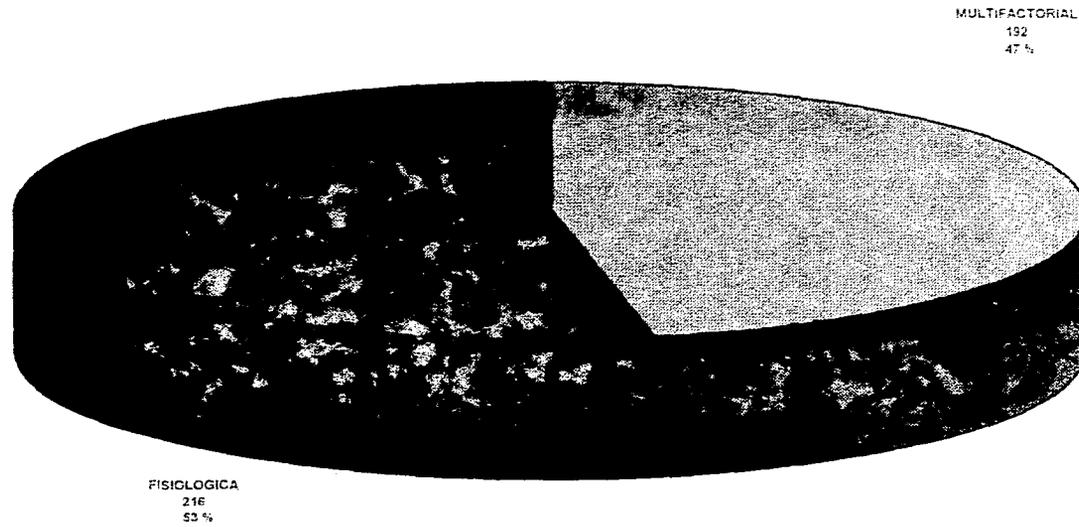
GRAFICA 11.

DISTRIBUCION DE R.N. CON ASFIXIA DE ACUERDO A GRADO



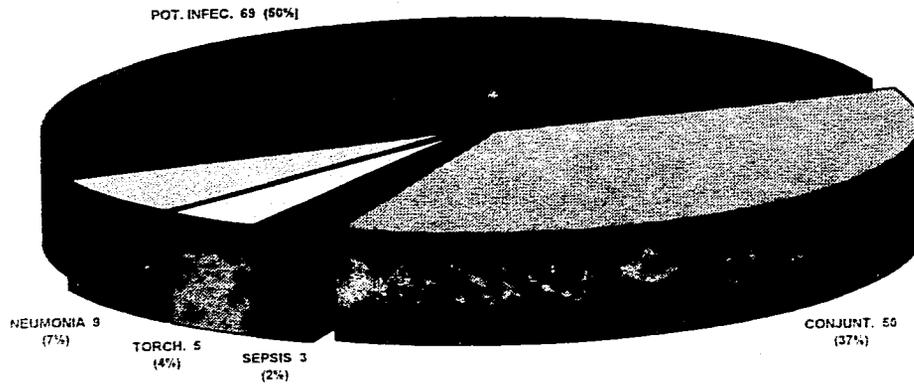
GRAFICA 12.

DISTRIBUCION DE R.N. CON ICTERICIA



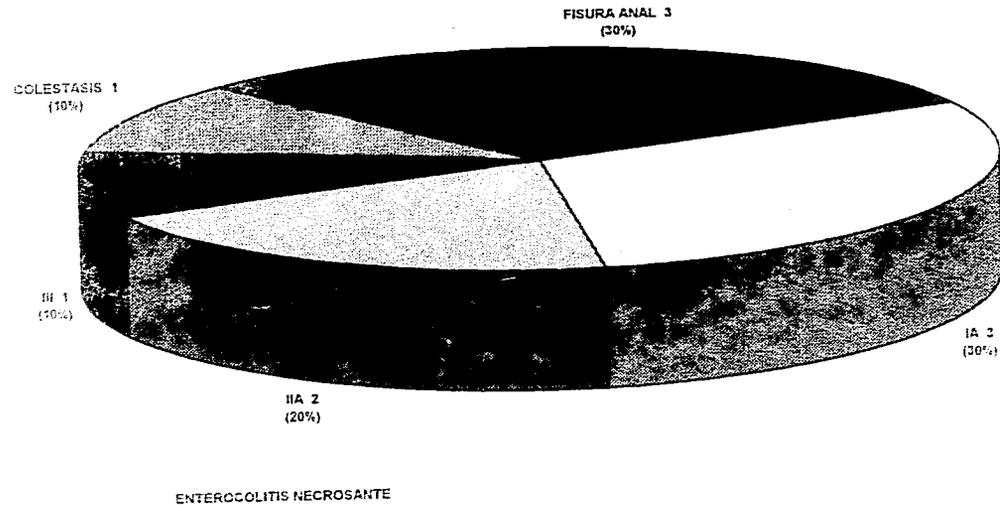
GRAFICA 13.

DISTRIBUCION DE R.N. CON PATOLOGIA INFECCIOSA

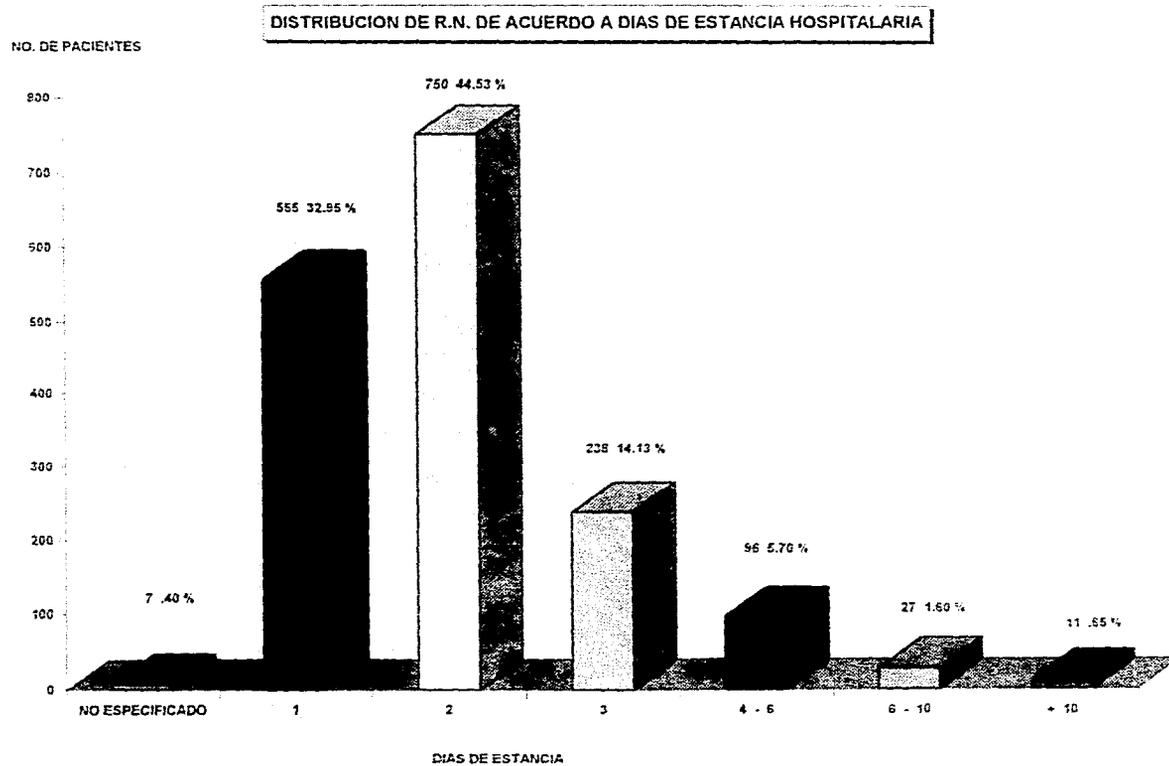


GRAFICA 14.

DISTRIBUCION DE R.N. CON PATOLOGIA GASTROINTESTINAL



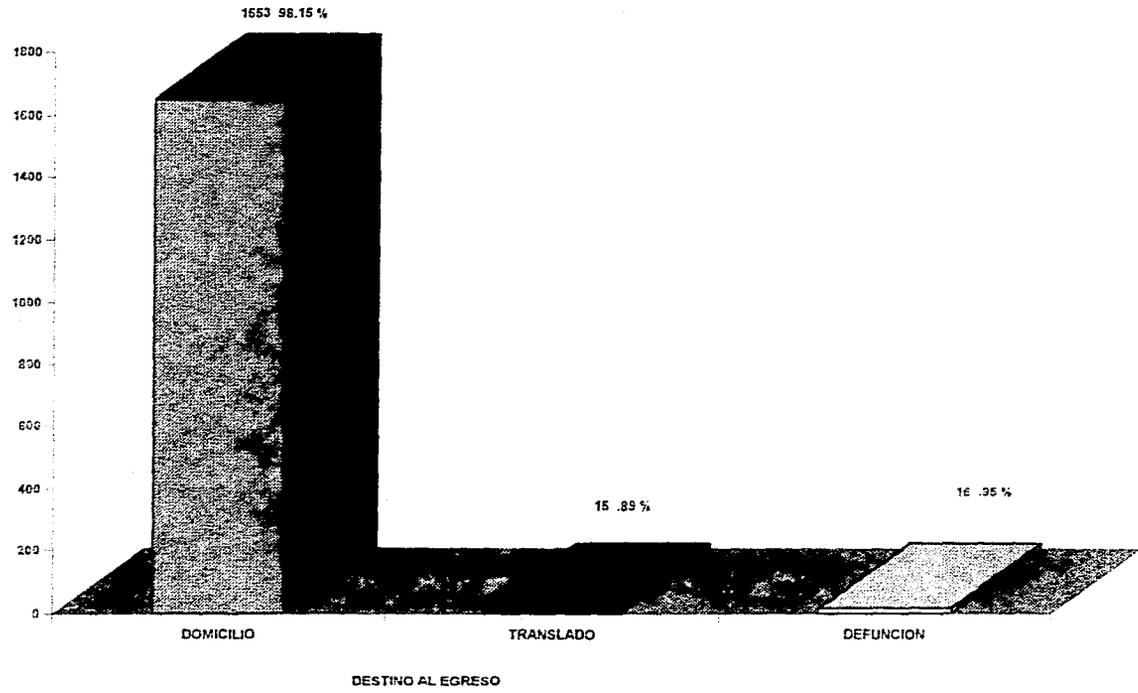
GRAFICA 15.



GRAFICA 16.

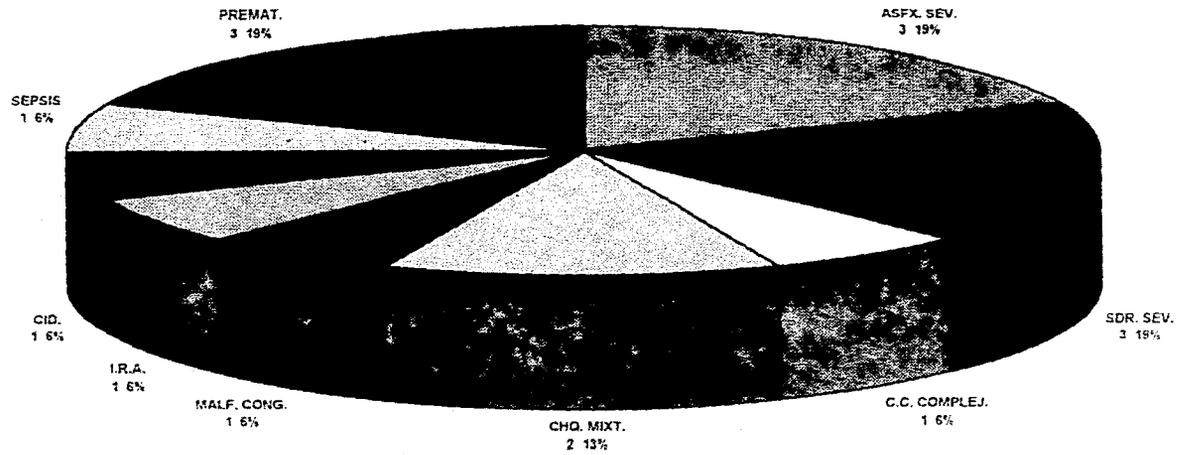
DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A DESTINO A SU EGRESO

NO. DE PACIENTES

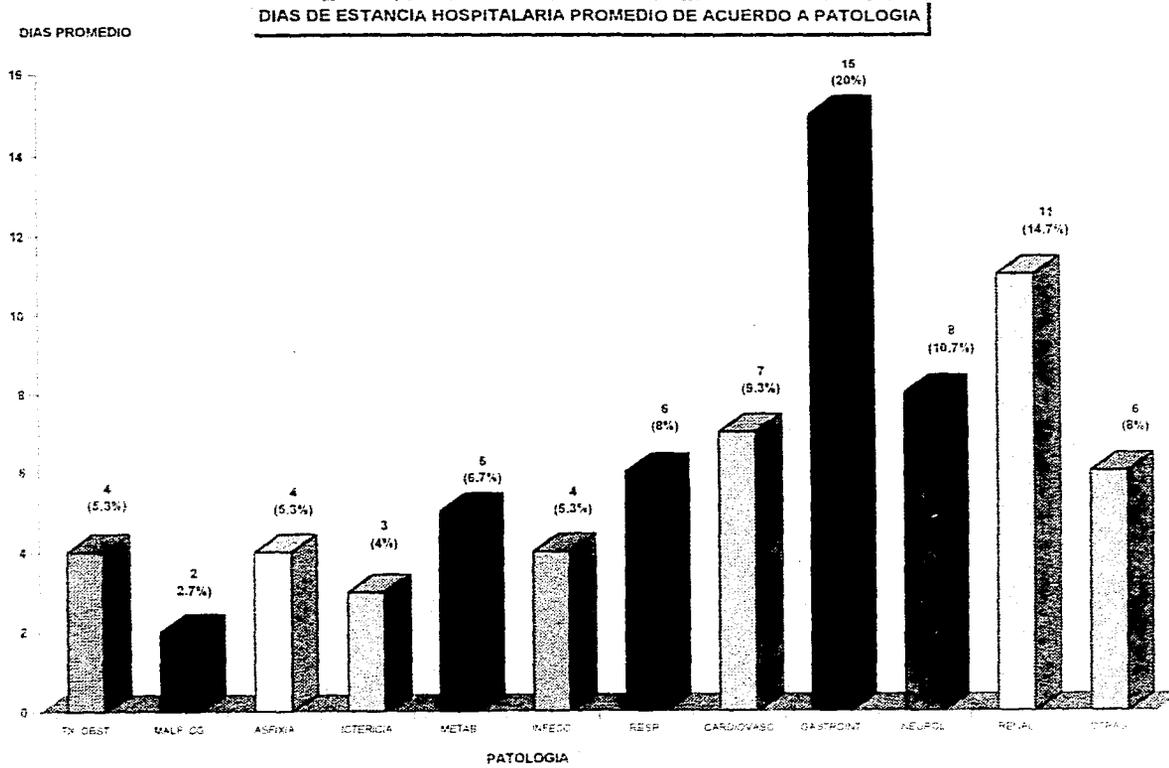


GRAFICA 17.

DISTRIBUCION DE R.N. FALLECIDOS DE ACUERDO A CAUSAS

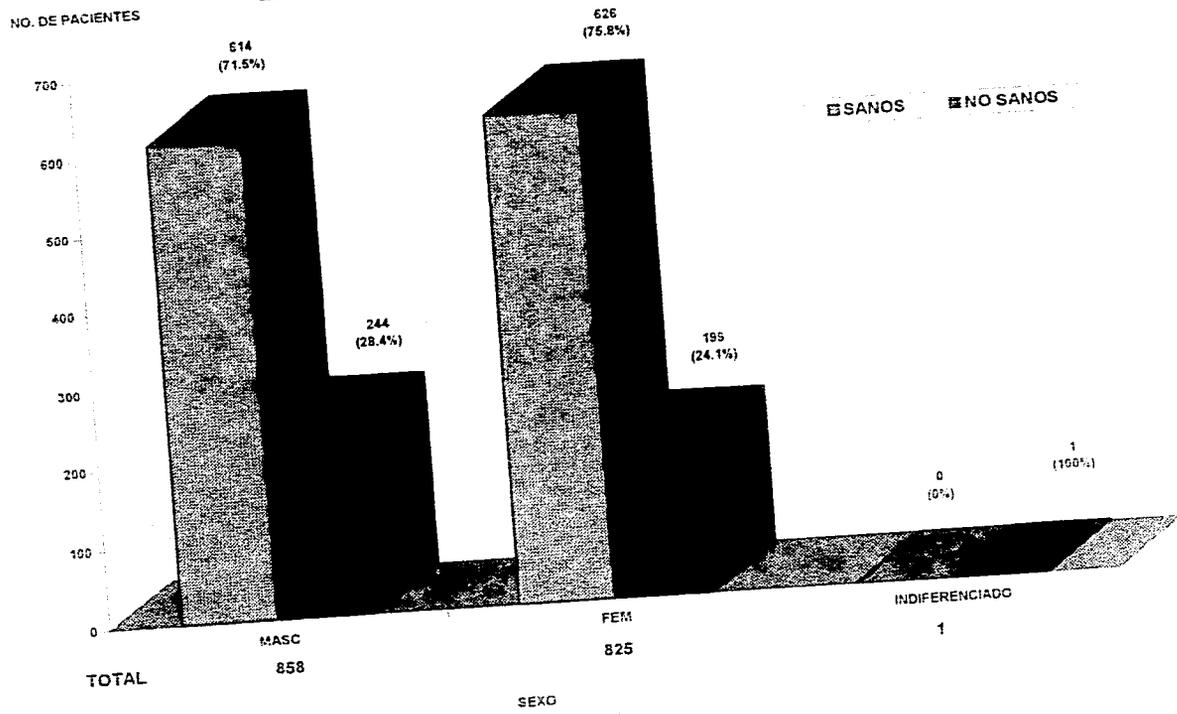


GRAFICA 18.

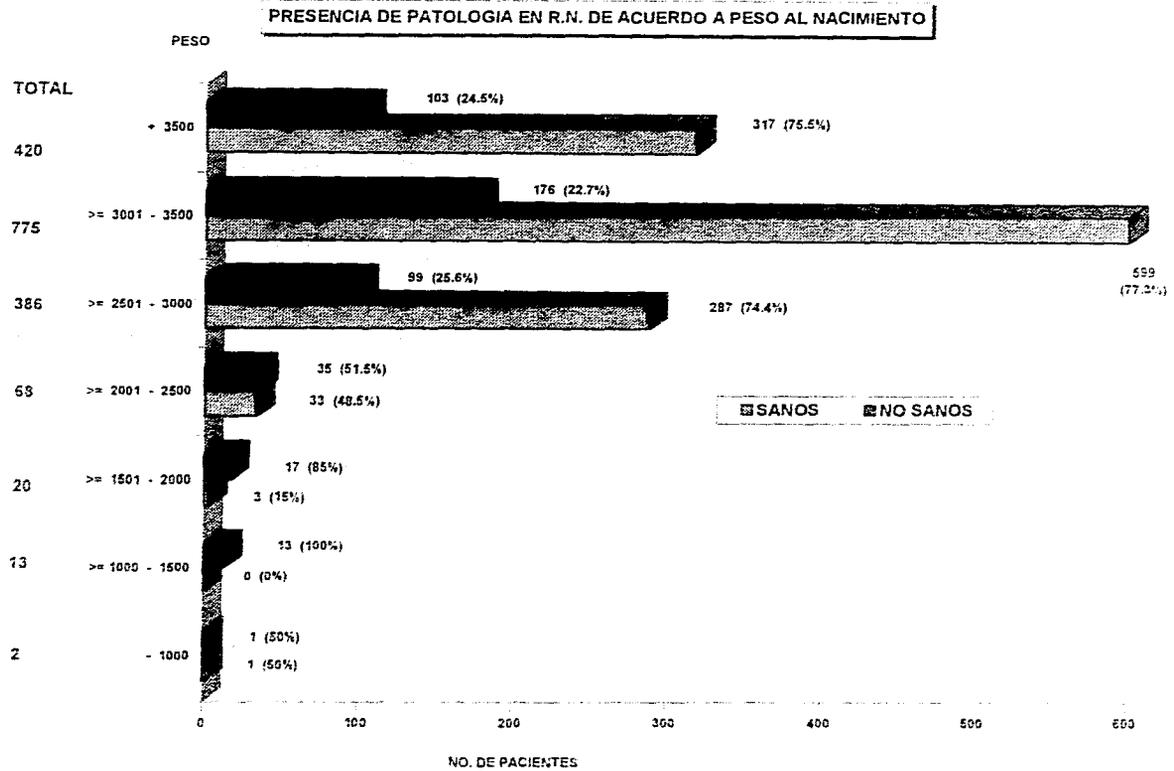


GRAFICA 19.

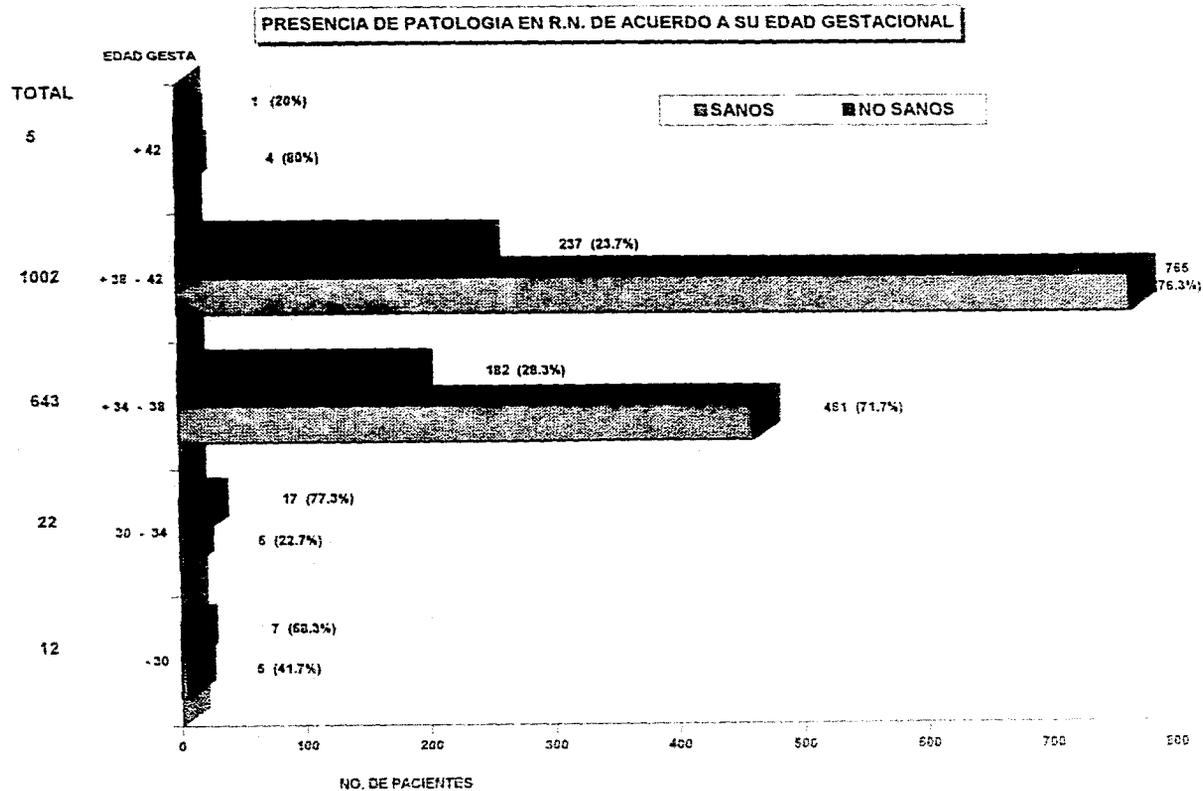
DISTRIBUCION DE R.N. DE ACUERDO A SEXO Y PRESENCIA DE PATOLOGIA



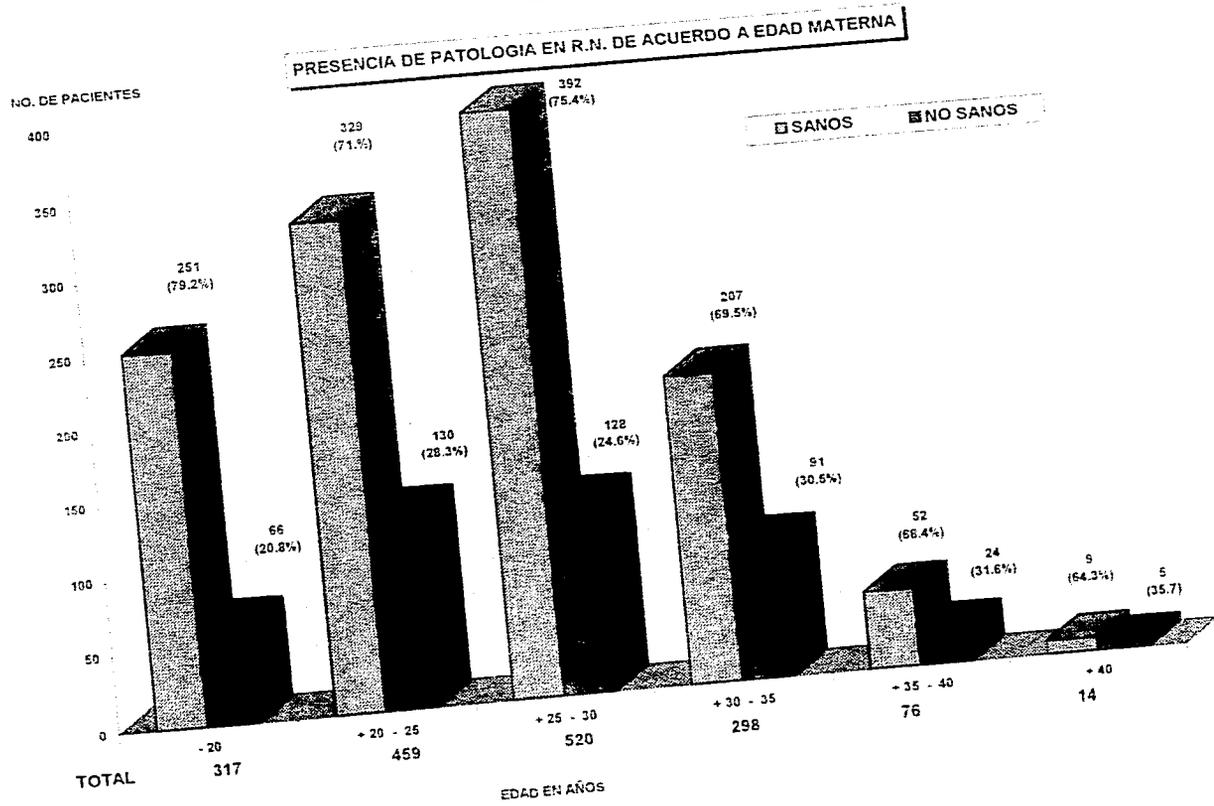
GRAFICA 20.



GRAFICA 21.

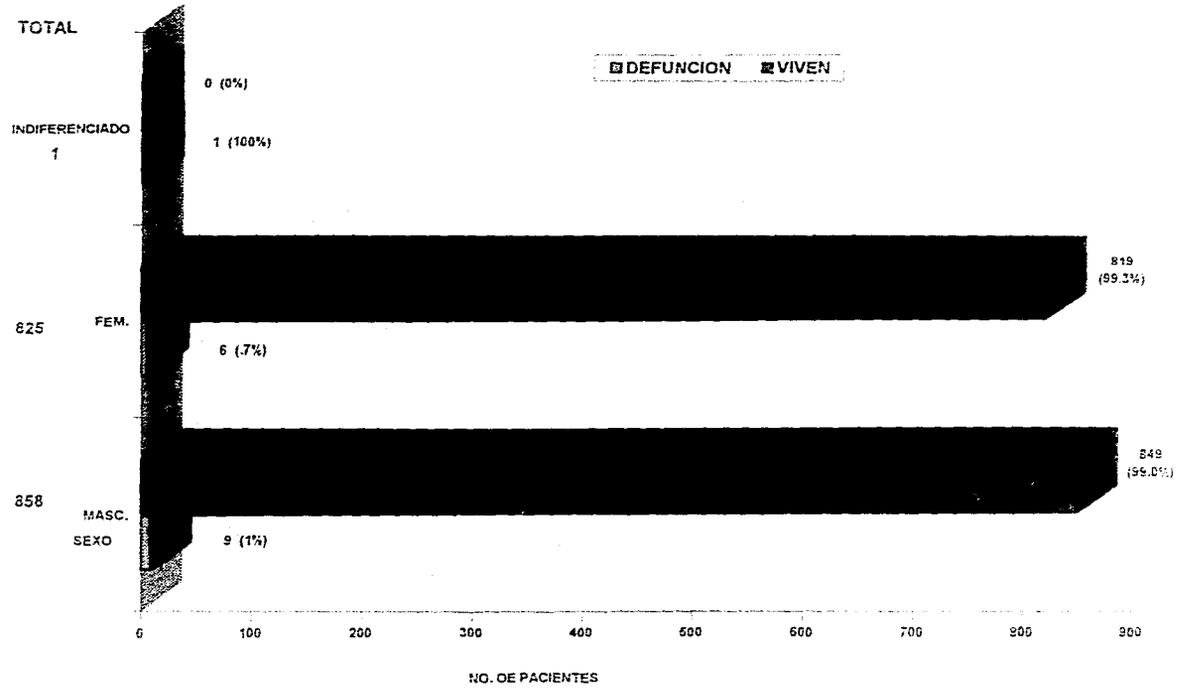


GRAFICA 22.

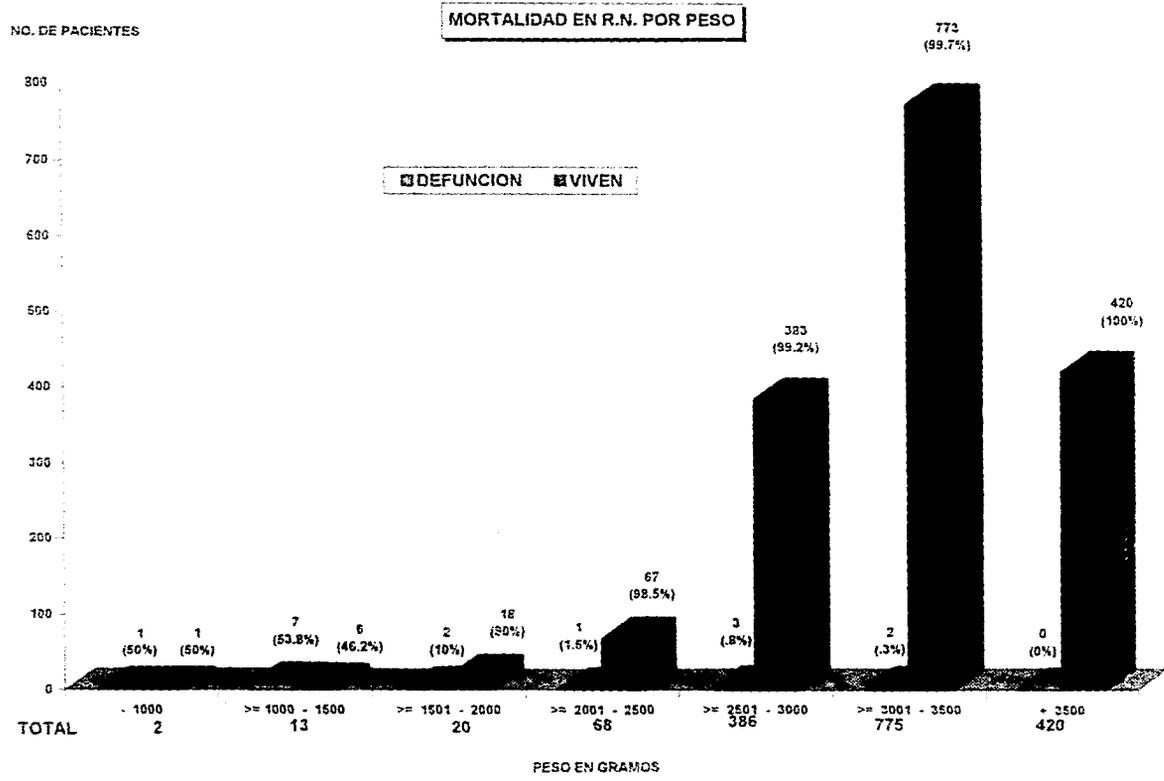


GRAFICA 23.

MORTALIDAD EN R.N. DE ACUERDO A SEXO

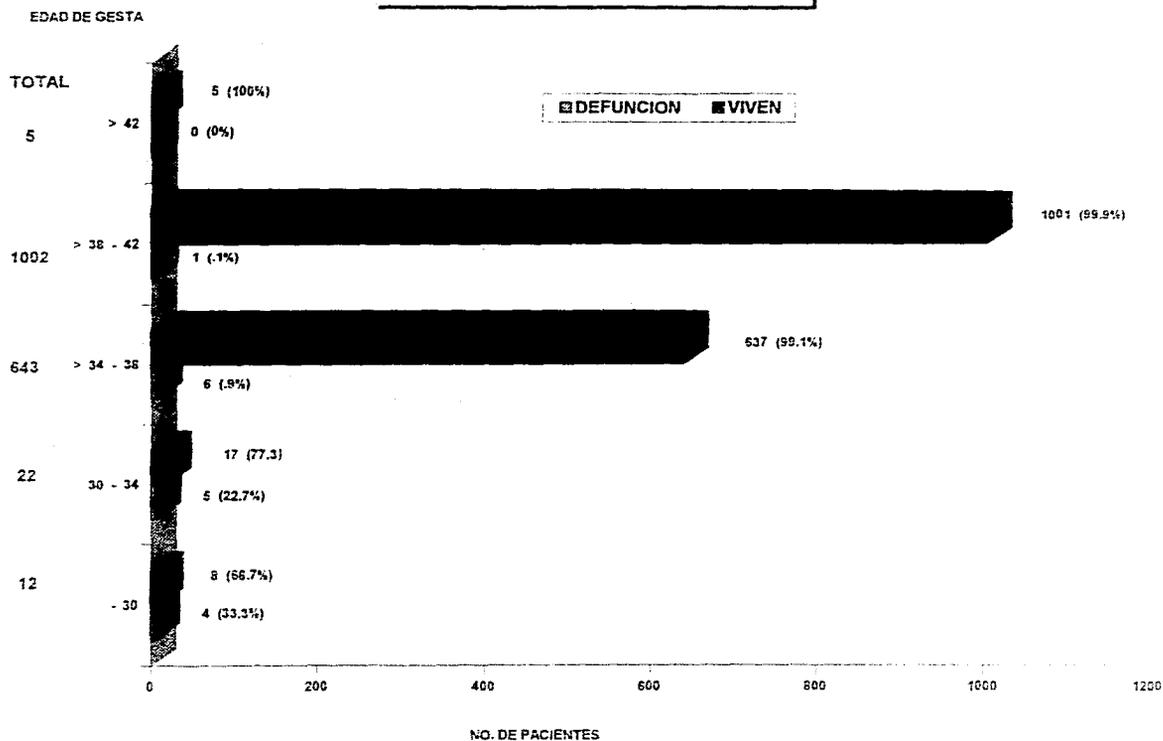


GRAFICA 24.

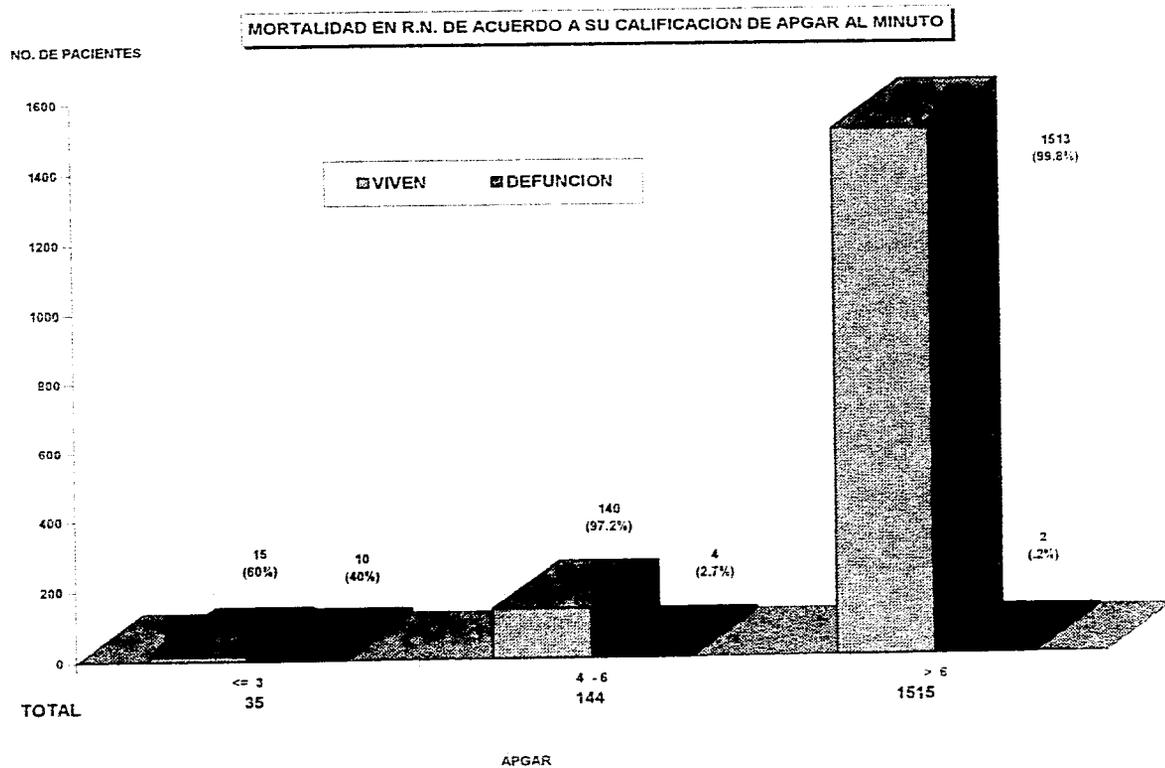


GRAFICA 25.

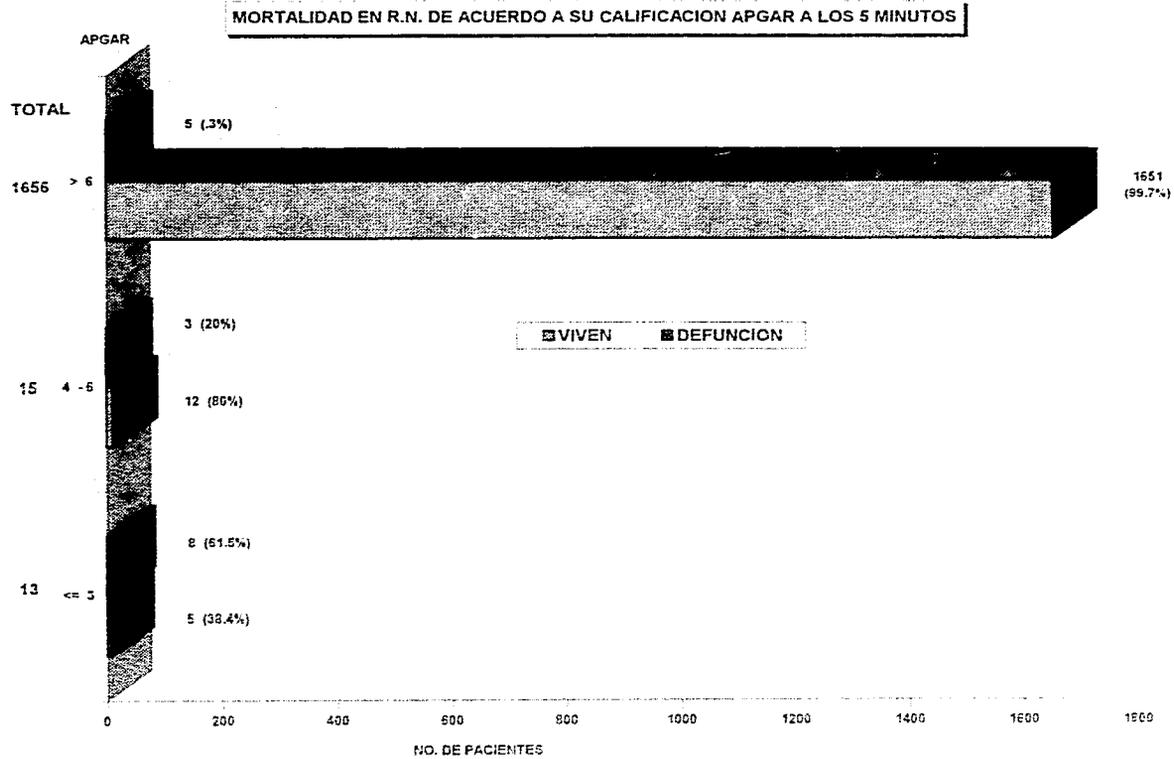
MORTALIDAD EN R.N. POR EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 26.



GRAFICA 27.



GRAFICA 28.

