

11237

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

I.S.S.S.T.E

138

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ"

"MORBIMORTALIDAD EN LA UCIN DEL H.G. DR.  
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ. ENERO - AGOSTO  
1998"

AUTOR: DR. DIANA ALICIA MONTALVO PEREZ  
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO EN PEDIATRIA

*E. Pediatría*

DIRECCION DEL AUTOR: AV. TAMAULIPAS No 1190  
EDIFICIO "G" DEPTO No 301 COL. EDO. DE HIDALGO  
MEXICO, D.F.

237623

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

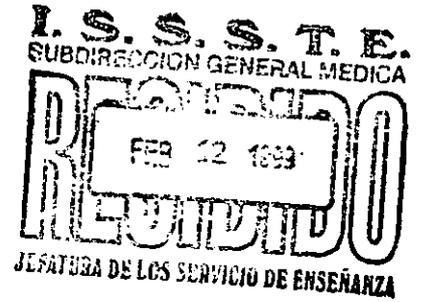
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

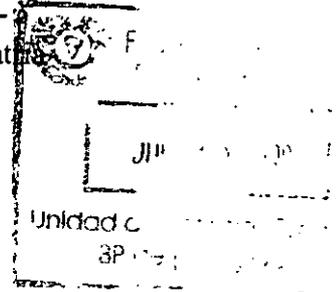
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ"

DR. OMAR AVILA MARIÑO



A handwritten signature in cursive script, written over a horizontal dashed line.

Profesor titular del curso de posgrado en Pediatría  
Coordinador del Servicio de Pediatría  
Asesor de tesis



DR. HECTOR ESPINOZA MALDONADO

A handwritten signature in cursive script, written over a horizontal dashed line.

Asesor de tesis

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GUTZ.

FEB. 12 1959

COORD. DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

## **MORBIMORTALIDAD EN LA UCIN DEL H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ. ENERO-AGOSTO 1998.**

### **ANTECEDENTES**

**Se define al período neonatal como el tiempo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. (38)**

**La transición de la vida intrauterina a la extrauterina obliga al niño a muchos cambios bioquímicos y fisiológicos, durante ésta etapa el niño es sumamente vulnerable, ya que ésta completando muchos de los ajustes que necesita para vivir fuera del útero. Las altas cifras de morbilidad dan fe de la fragilidad de éste periodo. (39)**

**García Jurado, tomando en cuenta el peso al nacer y la edad gestacional calculada por la última fecha de menstruación de la madre y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, define como prematuro al niño nacido con menos de 37 semanas de edad gestacional (259 días); de término a aquel que nace con 37 a 42 semanas de gestación (259 a 294 días) y postmaduro al que procede de un embarazo mayor de 42 semanas de gestación (más de 294 días). Con estas curvas de crecimiento y peso se califica como eutróficos o con peso adecuado para su edad gestacional a los niños que queden entre la percentila 20 y 90; hipertróficos o**

grandes para su edad gestacional a aquellos que se ubiquen por encima del percentil 90; hipotróficos o pequeños para su edad gestacional a quienes se encuentren por debajo del percentil 10, los cuales son recién nacidos de mayor riesgo. (40)

La morbimortalidad en este grupo etéreo se acentúa en forma proporcional a la edad y peso al nacimiento. (10,13).

La inmadurez pulmonar y la enfermedad de membrana hialina complicadas por una gran cantidad de eventos asociados dificultan seriamente su manejo. (10)

Existen desde luego otras muchas enfermedades que disminuyen su posibilidad de sobrevivencia como son los síndromes de aspiración de meconio, aspiración de líquidos amnióticos, neumonía y taquipnéa transitoria del recién nacido. (2,4,10,11)

La asfixia perinatal es una de las causas más frecuentemente reconocidas de déficit neurológico severo, y a largo plazo como parálisis cerebral infantil. (1,22,24,25)

Siendo en los prematuros principalmente en los menores a las 35 sdg y con peso menor a 1500 gr, la hemorragia intraventricular el evento neurológico más importante. (31)

Otra patología frecuentemente asociada a éste grupo es la enterocolitis necrotizante, con una frecuencia del 5% en los pacientes a término, pero con una incidencia del 12% en los prematuros. (14,29,40)

Lugar especial merece la sépsis neonatal que es la causa más frecuente de morbimortalidad, su frecuencia es variable, según distintos informes es de entre 1 y 10 casos por cada 1000 nacidos vivos, siendo más frecuente en países de desarrollo; la mortalidad es aproximadamente del 20%. (3,5,8)

Se reconocen como factores de riesgo la ruptura prematura de membranas, cervicovaginitis e infección de vías urinarias materna, técnicas invasivas de monitorización y nutrición parenteral, entre otras. (21,28,29,30,33)

Las situaciones mencionadas son solamente una muestra de los múltiples factores que hacen complejo el manejo de estos pacientes requiriendo el apoyo de una unidad de cuidados intensivos neonatales, donde con frecuencia se hace necesario el empleo de procedimientos invasivos como son el uso de catéteres centrales, nutrición parenteral y el apoyo ventilatorio artificial. (13,20,21,33)

Considerando además la vigilancia continua que se les debe proporcionar para optimizar su atención mediante monitoreo de signos vitales, oximetría, gasometrías, exámenes de laboratorio gabinete entre otros muchos. Esta situación plantea la enorme necesidad de equipamiento que tiene la terapia intensiva neonatal del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez ya que carece de los elementos básicos para adecuar su atención a la gran población de neonatos de alto riesgo que maneja. (1)

Por lo que el presente estudio pretende justificar y proponer la transformación de este servicio para elevar su calidad de atención.

## **JUSTIFICACION**

**El objetivo de la neonatología no es otro que el proporcionar una atención adecuada a los recién nacidos. El logro de este objetivo requiere del estudio de los hechos que suceden en torno al momento del nacimiento como base para una adaptación feliz a la vida extrauterina.**

**El análisis demográfico de la región latinoamericana demuestra que hacia fines del siglo XX la distribución geográfica de la población seguirá presentando una tendencia creciente hacia el predominio habitacional de centros urbanos. Así mismo a pesar de existir una disminución relativa de la tasa de fecundidad el número total de nacimientos se incrementará entre los quinquenios de 1980-85 y 1995-2000. Desde el presente estos hechos plantean enormes desafíos, que se vinculan con las acciones sanitarias que se necesitan realizar para atender de modo adecuado las demandas actuales y futuras del cuidado perinatal, sobre todo en las urbes latinoamericanas.**

**Los grupos pertenecientes a una población tienen diferentes necesidades asistenciales según las necesidades socioeconómicas, educativas, prácticas de asistencia sanitaria, edad y otros factores.**

**Dadas las características de nuestra población neonatal y al alto índice de problemas que amenazan con aumentar su morbimortalidad se ha visto un incremento en el número de ingresos al servicio de terapia intensiva neonatal con la que cuenta el H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE, presentando situaciones cada vez más complejas.**

**Siendo éste el punto de apoyo más importante de la delegación poniente, justifica su reconocimiento como una unidad de cuidados intensivos neonatales real y su transformación en un servicio más especializado con los recursos inherentes a ello, para así cubrir las necesidades de nuestra población en riesgo.**

## **OBJETIVO GENERAL**

**Describir el estado actual de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez para destacar sus necesidades materiales y de equipamiento.**

## **OBJETIVOS GENERALES**

- 1. Determinar la morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.**
- 2. Clasificar por edad y peso de acuerdo a las tablas del Dr. García Jurado a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**
- 3. Determinar el tiempo de estancia intrahospitalaria de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez**
- 4. Determinar el numero de pacientes manejados con ayuno así como las principales causas que lo motivaron.**

5. **Determinar el numero de pacientes que ameritaron fototerapia.**
  
6. **Determinar el numero de pacientes que ameritaron nutrición parenteral.**
  
7. **Determinar el numero de pacientes que requirieron a su ingreso de alguna fase de inhaloterapia.**
  
8. **Conocer la frecuencia con que se emplearon catéteres centrales.**

## **TIPO DE ESTUDIO**

**Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.**

## **UNIVERSO DE TRABAJO.**

**Se revisarán todos los expedientes de los recién nacidos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE. Entre el 1° de Enero al 31 de Agosto de 1998.**

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

**Todos los expedientes de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del periodo comprendido del 1o De Enero al 31 de Agosto de 1998.**

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

**Todos los expedientes que no se encontraron disponibles al momento de hacer la revisión.**

## **CRITERIOS DE ELIMINACION**

**Todos los expediente que se encontraron incompletos**

## **MATERIAL Y METODOS**

**Se tomó el total de la población como universo de trabajo. Se estudió en forma retrospectiva todos los expedientes de los recién nacidos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE, durante el periodo del 1o de Enero al 31 de Agosto de 1998. Los pacientes fueron clasificados por peso y edad gestacional de acuerdo a las tablas del Dr. García Jurado.**

La información se manejó en una base de datos diseñada con el programa Excel 97; Se aplicaron medidas de tendencia central y porcentajes. Se presenta la información en tablas y gráficas.

#### **UBICACIÓN TEMPOROESPACIAL**

H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Delegación Poniente ISSSTE, ubicado en la calle de Felipe Angeles y Canarios sin Numero Col. Bellavista, Delegación Alvaro Obregon, México, D.F. Periodo comprendido del 1o de Enero al 31 de Agosto de 1998.

#### **RECURSOS**

**HUMANOS:** Este estudio se llevó a cabo por un investigador, Médico residente del 3er. Año de la especialidad de Pediatría, bajo supervisión de un asesor de tesis adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Se efectuó con la ayuda del personal de archivo del Hospital.

**MATERIALES:** Se emplearon hojas de papel carta, bolígrafos, fotocopias, un software Windows '97, una computadora 486, con impresora.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

**El presente estudio no compromete la integridad de los pacientes ya que se emplearon únicamente los expedientes registrados al área de Terapia Intensiva Neonatal, con autorización del Jefe del Archivo clínico del Hospital.**

## **RESULTADOS**

**Se analizaron los expedientes registrados a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez , registrados del 1° de Enero al 31 de Agosto de 1998, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, eliminando aquellos que se encontraron incompletos.**

**Se revisaron 86 expedientes que fue el total de la población, de estos 48 correspondieron al sexo femenino (56%) y 38 al sexo masculino (44%). La distribución por peso de acuerdo a su edad gestacional fue la siguiente: prematuros hipotróficos 13 pacientes (15%); de término hipotróficos 9 pacientes (10%); postérmino hipotrófico 0 pacientes (0%); prematuro eutrófico 13 pacientes (15%), de término eutróficos 34 pacientes (40%); postérmino eutrófico 0 pacientes (0%); prematuro hipetrófico 0 pacientes (0%); De término hipertrófico 16 pacientes (19%) y postérmino hipertróficos 1 paciente (1%).**

**De acuerdo a la estancia hospitalaria se encontró un mínimo de 0 días con un máximo de 44 días, una media de 5 días, mediana de 7.5 días y moda de 5 días. Los pacientes que a su ingreso ameritaron alguna fase de inhaloterapia fueron 46 pacientes**

(54%), de estos 39 pacientes requirieron fase I (46%) y 7 pacientes de fase III (8%); 40 pacientes no la ameritaron (46%). Durante su estancia 49 pacientes (57%) fueron manejados con fototerapia con un mínimo de 1 día, máximo de 7 días, media de 3 días, moda de 3 días y mediana de 3 días. En 15 pacientes se colocó catéter central mediante venodisección en vena yugular interna o externa correspondiendo al 18%. Del total de la población manejada se empleó la nutrición parenteral en 18 pacientes que correspondió al 21%, con un mínimo de 3 días y un máximo de 25 días, media de 4 días, mediana de 6 días y moda de 4 días. A su ingreso 55 pacientes (64%), permanecieron en ayuno con un mínimo de 1 día, máximo de 25 días, media de 1 día, mediana de 2 días y moda de 1 día. Las principales causas del ayuno fueron en orden de frecuencia: dificultad respiratoria 20 pacientes (36%), asfixia neonatal 15 pacientes (27%), enterocolitis necrotizante 8 pacientes (14.5%), sufrimiento fetal agudo 8 pacientes (14.5%), deshidratación con desequilibrio acido-base 1 paciente (2%), onfalocele 1 paciente (2%) y policitemia 1 paciente (2%).

Las diez principales causas de ingreso fueron: Ruptura prematura de membranas de mas de 12 horas de evolución 17 pacientes, asfixia neonatal 16 pacientes, síndrome de adaptación neonatal 13 pacientes, síndrome de dificultad respiratoria tipo I 12 pacientes, hiperbilirrubinemia multifactorial 10 pacientes, hijo de madre preecláptica 7 pacientes, sufrimiento fetal agudo 7 pacientes, trauma obstétrico 6 pacientes, hipertrofos 8 pacientes, síndrome de aspiración de meconio 6 pacientes.

Durante su estancia se manejaron 137 patologías diferentes en los 86 pacientes; las diez principales causas de morbilidad fueron: hiperbilirrubinemia multifactorial 45 pacientes, sepsis temprana 20 pacientes, enterocolitis necrotizante 13 pacientes, hipocalcemia sintomática 9 pacientes, eritema tóxico 8 pacientes, alteraciones de los tejidos blandos 6 pacientes, intolerancia a disacáridos 6 pacientes, síndrome anémico 4 pacientes, enfermedad por reflujo gastroesofágico 4 pacientes, TORCH 4 pacientes.

Solo se reportaron 6 defunciones (7%), siendo las principales causas de mortalidad hemorragia intraventricular 1 paciente,

**CID 1 paciente, choque séptico 2 pacientes y choque hipoxico-  
isquémico 2 pacientes.**

## **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

**En la población examinada el 56% correspondió al sexo femenino siendo éste el que con mayor frecuencia ingresa a la sala de UCIN acorde a las tasas de natalidad registradas en el hospital (Gráfico No. 1) . De acuerdo a su edad gestacional y a su peso, el mayor numero de pacientes fué de término eutrófico con un 40%, sin embargo el segundo lugar lo ocuparon los recién nacidos prematuros hipotróficos (Gráfico No. 2) . Quienes según el Dr., García Jurado tiene un 10.5% de riesgo de mortalidad asi como los de término hipotróficos tiene un 3.5% de riesgo de mortalidad y que juntos ocuparían un 25% del total de los pacientes ingresados a la UCIN; este tipo de pacientes tiene riesgo de desarrollar entre otras enfermedades hiperbilirrubinemia que en nuestro estudio se encontró hasta un 52% del total de la población (Gráfico No. 10).**

**Se acepta que en los pacientes de peso bajo para su edad gestacional y en los prematuros la toxicidad por bilirrubina es mayor (cifras mas reducidas de albumina, mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, etc.) por lo que se recomienda el**

inicio temprano de la fototerapia, siendo otra de sus indicaciones la asfixia neonatal y el ayuno, los que tienen una incidencia del 20% y 64% respectivamente explicando así el elevado numero de pacientes que fue manejado con fototerapia correspondiendo al 57%, media de 3 días (Gráfico No.3). Lo anterior indica la necesidad de tener lamparas de fototerapia efectivas y del mantenimiento regular que se les debe proporcionar. Sin embargo en nuestra UCIN, solo contamos con 2 lamparas que reúnen estas características.

La enfermedad respiratoria entre las que se incluye enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de mecónio, síndrome de adaptación pulmonar y taquipnéa transitoria de recién nacido, fue la patología observada con mayor frecuencia (31 pacientes), continuando con la sepsis temprana (23%) y la asfixia neonatal (16 pacientes); datos similares a los reportados en otros estudios, lo que hace de este servicio una unidad de cuidados intensivos real por la complejidad de sus pacientes (Gráfica No. 4).

Siendo la patología respiratoria causa frecuente de morbilidad no es de extrañar que hasta en un 54% de los pacientes requirieran de alguna fase de inhaloterapia en su mayoría

**afortunadamente solo se empleó la fase I, pero en un 8% hubo la necesidad de manejar ventilación asistida, por lo que es indispensable contar con ventiladores mecanicos funcionales, a los que se les brinde servicio regular (Gráfica No. 5) .**

**Es elevado el número de pacientes manejados con ayuno, sin embargo es poco el tiempo en que permanecen así, ya que se encontró la media de 1 día, con mediana de 2 días, siendo la asfíxia neonatal (27%), y la enterocolitis necrotizante (14.5%), dos de las tres principales causa del ayuno (Gráfica No. 6 y 7).**

**En el servicio se prefiere iniciar con estimulación enteral por lo que la nutrición parenteral se emplea con frecuencia (21%), media de 4 días y mediana de 6 días (Gráfica No. 8). No se reportaron complicaciones por la alimentación enteral.**

**Llama la atención el hecho que hasta un 18% de todos los pacientes se haya colocado catéter central por medio de venodiseccion de la vena yugular y que en ningún caso se haya empleado catéter umbilical que en estudios previos se usa hasta en el 61% de todos los pacientes (Gráfica No. 9)**

**El motivo más frecuente de ingreso a las UCIN fue el riesgo de infección por ruptura prematura de membranas (17 pacientes),**

**El motivo más frecuente de ingreso a las UCIN fue el riesgo de infección por ruptura prematura de membranas (17 pacientes), observando que las enfermedades infecciosas continúan ocupando un lugar importante (23% para la sepsis temprana).**

**El sufrimiento fetal agudo y la asfixia neonatal ocupan juntos el 28% de todos los ingresos lo que destaca la necesidad de un mayor cuidado perinatal ya que como sabemos es la principal causa de parálisis cerebral infantil en el mundo (Gráfica No. 10).**

## **CONCLUSIONES**

**La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez tiene una alta incidencia de neonatos de alto riesgo con diversas patologías que hacen complejo su manejo, requiriendo en la mayoría de los casos vigilancia continua mediante monitoreo, empleo de fototerapia, nutrición parenteral y en algunas ocasiones técnicas invasivas como colocación de catéter central mediante venodisección.**

**Siendo el H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez el punto de apoyo mas importante de la delegación poniente del ISSSTE requiere de equipamiento para atender la gran cantidad de neonatos de alto riesgo que maneja.**

**Los datos encontrados muestran que la UCIN de nuestro hospital es una área real y especializada que merece reconocimiento institucional y apoyo material para elevar la calidad de atención a sus derechohabientes**

# **MORBIMORTALIDAD EN LA UCIN DEL H.G. DR. FERNANDO**

**QUIROZ GUTIERREZ. ENERO-AGOSTO 1998.**

## **RESUMEN**

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina obliga al niño a muchos cambios bioquímicos y fisiológicos, durante esta etapa el niño es sumamente vulnerable ya que esta completando muchos de los ajustes que necesita para vivir fuera del útero. Las altas cifras de morbilidad y mortalidad dan fe de la fragilidad de este periodo. Muchos de los problemas del recién nacido se deben a una adaptación defectuosa tras el nacimiento a causa de la prematurez asfixia, infecciones o efectos adversos del parto.

## **OBJETIVO**

Describir el estado situacional de la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez para destacar sus necesidades materiales y justificar su reconocimiento institucional

## **MATERIAL Y METODOS**

Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se estudiaron 86 expedientes adscritos a la UCIN del Hospital de Enero a Agosto de 1998. Los pacientes se clasificaron por su peso y edad gestacional de acuerdo a las tablas del Dr. García Jurado. La información se manejó en un paquete (EXCEL 97); se aplicaron medidas de tendencia central y porcentajes.

## **RESULTADOS**

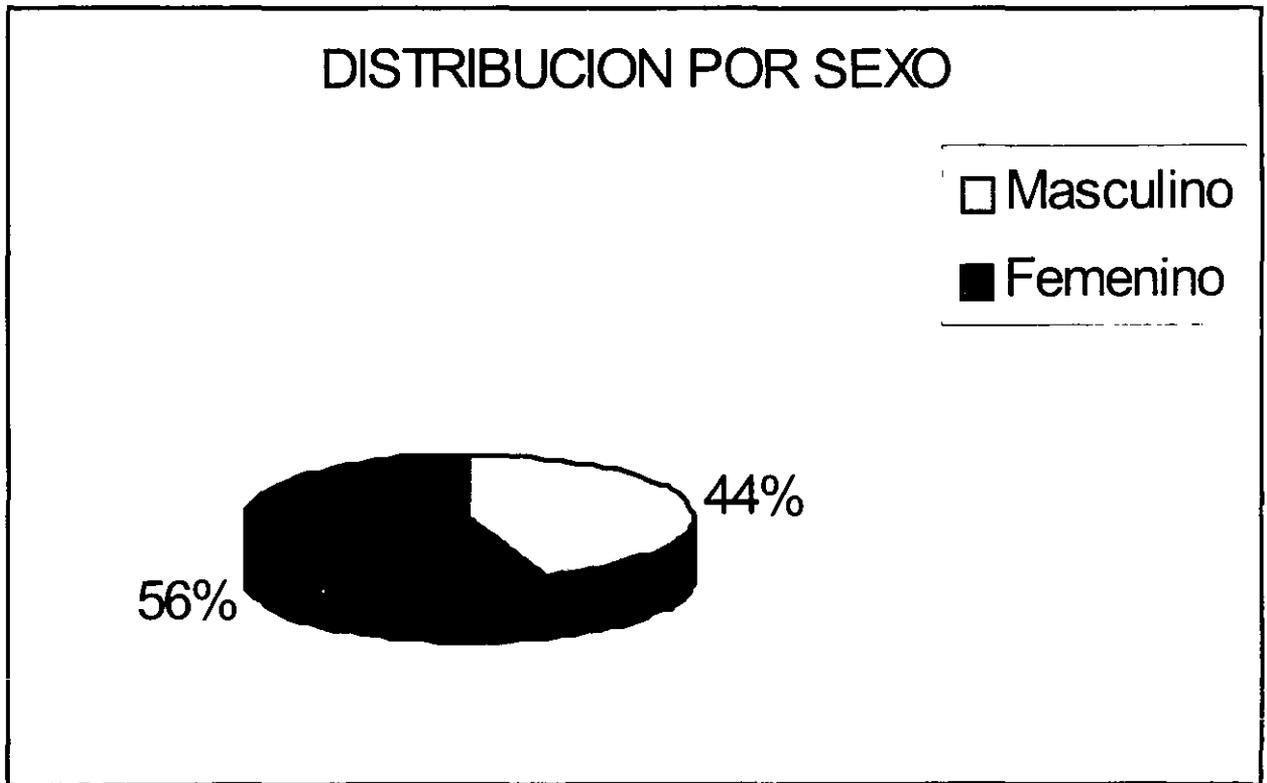
En la población examinada el 56% correspondió al sexo femenino y el 44% al masculino, el 40% de los pacientes fue de término eutrófico continuando con un 19% para los de término hipertróficos, 15% para los prematuros hipotróficos y 10% para los de término hipotrófico. En los días de estancia intrahospitalaria se obtuvo un máximo de 44 días media de 5 días y mediana de 7.5 días. Las principales causas de ingreso en la UCIN fueron la RPM de mas de 12 hrs. de evolución (17 pacientes), asfixia neonatal (16 pacientes) y síndrome de

adaptación pulmonar (13 pacientes) las principales causas de morbilidad fueron hiperbilirrubinemia multifactorial (52%), sepsis temprana (23%) y enterocolitis necrotizante (15%). Solo se reportaron 6 defunciones 7%, 3 por choque séptico CID. El 46% requirió de fase I de inhaloterapia y el 8% de la fase III. El 57% se maneja con fototerapia con una media de 3 días. Se colocó catéter central en el 18%. La nutrición parenteral se empleo en el 21% de todos los casos, con una media de 3 días; a su ingreso el 64% permaneció en ayuno con una media de 1 día, las causas más frecuentes del ayuno fueron dificultad respiratoria (36%), asfixia neonatal (27%), enterocolitis necrotizante (14.5%).

### **CONCLUSIONES**

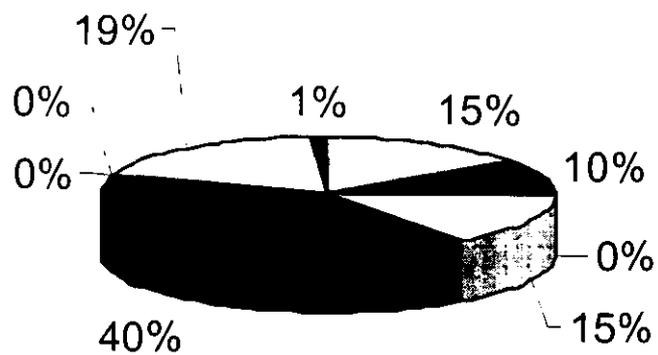
La UCIN del H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez maneja una alta incidencia de neonatos de alto riesgo con diversas patologías que hacen complejo su manejo que justifica su reconocimiento institucional y su necesidad de apoyo material para elevar su calidad de atención.

# GRAFICO 1



## GRAFICO 2

### PESO PARA SU EDAD GESTACIONAL



- Prematuro Hipotrofico
- Termino Hipotrofico
- Posttermino Hipotrofico
- Prematuro Eutrofico
- Término Eutrofico
- Posttermino Eutrofico
- Prematuro Hipertrofico
- Termino Hipertrofico
- Posttermino Hipertrofico

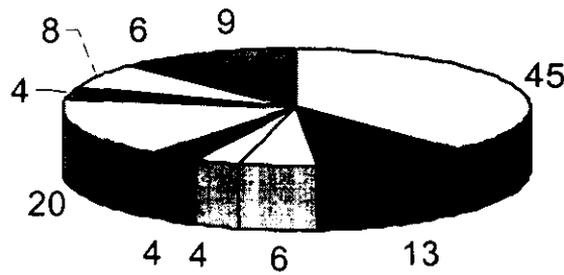
### GRAFICO 3

#### PACIENTES MANEJADOS CON FOTOTERAPIA



## GRAFICO 4

### DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD



□ HIPERBILIRUBINEMIA

■ ECN

□ INTOLERANCIA A DISACARIDOS

□ SINDROME ANEMICO

■ ERGE

□ SEPSIS

■ TORCHS

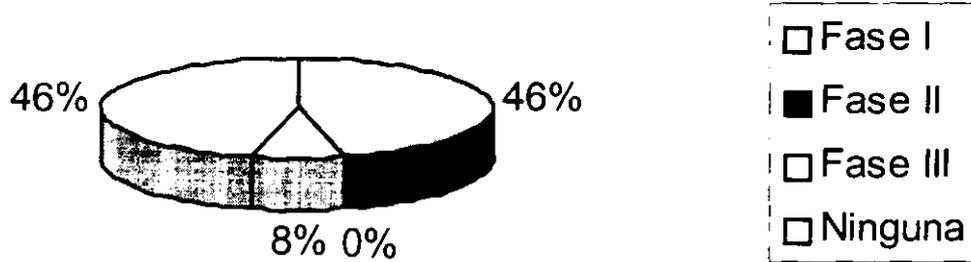
□ ERITEMA TOXICO

■ ALTERACION DE TEJIDOS  
BLANDOS

■ HIPOCALCEMIA

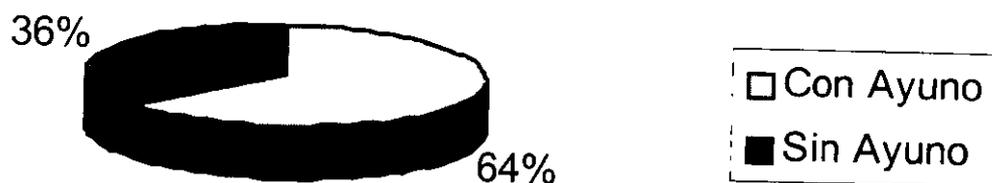
## GRAFICO 5

### FASE DE INHALOTERAPIA REQUERIDA A SU INGRESO



## GRAFICO 6

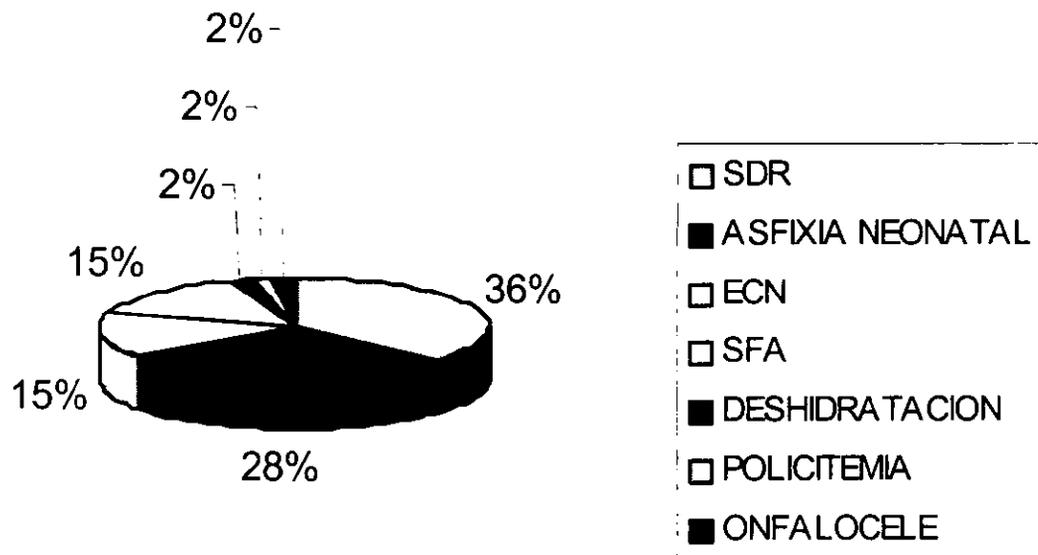
### PACIENTES CON AYUNO A SU INGRESO



ESTE FOLIO NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

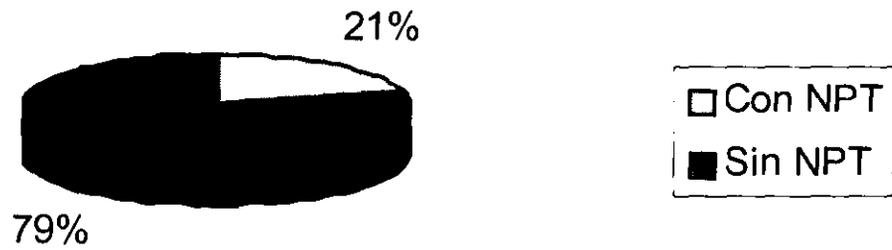
## GRAFICO 7

### PRINCIPALES CAUSAS DE AYUNO



## GRAFICO 8

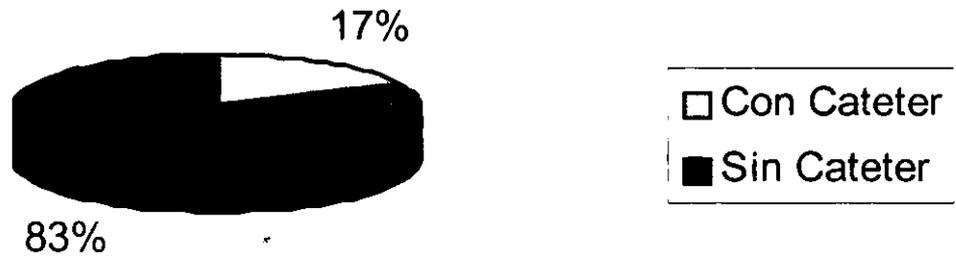
### PACIENTES MANEJADOS CON NUTRICION PARENTERAL



## GRAFICO 9

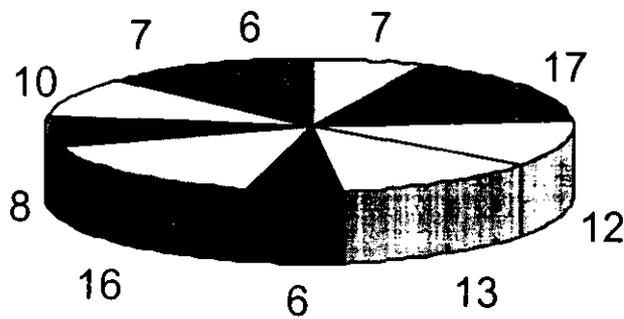
---

### PACIENTES MANEJADOS CON CATETER CENTRAL



## GRAFICO 10

### DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE INGRESO A LA UCIN



□ SFA

■ RPM

□ SDRT1

□ SAP

■ SAM

□ ASFIXIA

■ HIPERTROFICOS

□ HIPERBILIRUBINEMIA

■ HJO DE MADRE  
PREECLAMPTICA

■ TRAUMA OBSTETRICO

## GRAFICO 11

---

### PORCENTAJE DE DEFUNCIONES



## BIBLIOGRAFIA

1. Jasso G. Asfixia Perinatal. Rev Mex Ped 1990; 187 - 190.
2. Vargas O. Síndrome de Dificultad Respiratoria. Rev Mex Ped 1990; 193-212.
3. Maisels J. Et al. El riesgo de sepsis en los recién nacidos con una intensa hiperbilirrubinemia. Pediatrics 1992; 34 (5) : 240-242.
4. Wiswell Th. Et al. Aspiración intratraqueal, infección sistémica y síndrome de aspiración meconial. Pediatrics 1992; 33 (2): 75-77.
5. Mancilla R. Et al. Choque séptico en neonatos. Bol Med Hospit Infant Mex 1992; 49 (11): 766-776.
6. Quisber V. Et al. Asfixia perinatal. Rev Med Pue Ped 1993; 1 (2): 64-69.
7. Rodríguez B. Et al. Morbilidad y mortalidad del hijo de madre diabética : comparación del paciente macrosómico con el paciente eutrófico. Rev Med Pue Ped 1993; 1 (2): 42-45.
8. Saez L. Et al. Sepsis syndrome and septic shock in pediatrics: Current concepts of terminology, pathophysiology, and management. J Ped 1993; 123 (4) : 497-505.
9. Udaeta M. El recién nacido. Neonato de bajo peso. Rev Mex Pue Ped 1994; 2 (7): 24-34.
10. Rubio G. Et al. Morbimortalidad de neonatos con enfermedad de membrana hialina, con y sin aplicación de surfactante exógeno. Rev Mex Ped 1994; 61 (6): 254-258.
11. Rodríguez B. Utilización de un diurético intravenoso en la taquipnea transitoria del recién nacido. Rev Mex Ped 1995; 62 (6): 232-235.
12. Rodríguez G. Et al. Cesárea electiva ¿ una agresión para el recién nacido?. Rev Mex Ped 1995; 62 (5): 172-173.
13. Masud Y. Et al. Ventilación asistida en la etapa neonatal. Bol Med Hospit Infant Mex 1995; 52 (1): 49-57.
14. Catassi C. Et al. Intestinal permeability changes during de first month: effect of natural versus artificial feeding. J Ped Gastroenterol Nutr 1995; 21 (4): 383-386.
15. Maureen H. Et al. Outcome of extremely low birth weight infants. Pediatrics 1996; 98 (5): 931-937.
16. Uberos F. Et al. Modificación de la rigidez eritrocitaria y viscosidad relativa neonatal durante al adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Consideraciones en recién nacidos a término y pretermino. An Esp Ped 1996; 44 (3): 262-266.

17. Jane M. Et al. Birth weight associated with lowest neonatal mortality : infants of adolescents and adult mothers. *Pediatrics* 1996; 98 (6): 1161-1165.
18. American Academy of Pediatrics. The role of primary care pediatrician in the management of high risk newborn infants. *Pediatrics* 1996; 98 (4): 786-788.
19. Oldak S. Et al. Persistencia del conducto arterioso en la etapa neonatal. *Rev Mex Pue Ped* 1996; 4 (19): 1-9.
20. Valencia S. Et al. Recien nacidos con poliglobulia. *Acta Ped Mex* 1996; 17 (5): 231-235.
21. Anibal D. Et al. Experiencia con la cateterizacion arterial infraumbilical en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Rev Mex Ped* 1996; 63 (2): 65-68.
22. Alvarez V. Aspectos relevantes de la encefalopatia hipoxico-isquemica. *Rev Med Ped* 1997; 64 (1): 29-32.
23. Kempe A. Et al. Risk status at discharge and cause of death for postneonatal infant deaths: A total population study. *Pediatrics* 1997;
24. Robert C. Et al. Interventions for perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Pediatrics* 1997; 100 (6): 1004-1011.
25. Jeffrey M. Et al. Intrapartum hypoxic-ischemic cerebral injury and subsequent cerebral palsy: Medical legal issues. *Pediatrics* 1997; 99 (6): 851-857.
26. Allen T. Et al. Clinical practice guidelines in pediatric and newborn medicine: Implications for their use in practice. *Pediatrics* 1997; 99 (1): 100-113.
27. Margaret A. Et al. Factors associated with growth of extremely premature infants during initial hospitalization. *Pediatrics* 1997; 100 (4): 640-645.
28. Liberman Md. Et al. Epidural analgesia intrapartum fever and neonatal sepsis evaluation. *Pediatrics* 1997; 99 (3): 415-419.
29. Prince V. Et al. Ruptura de membranas ¿son necesarios los antibioticos?. *Rev Mex Ped* 1997; 64 (2): 52-55.
30. Hook Md. Et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics* 1997; 100 (3): 348-353.
31. Gonzalez Jm. Et al. Factores asociados a hemorragia periventricular e intraventricular en neonatos prematuros con peso menor de 1.500 gramos. *Rev Med Ped* 1997; 64 (1): 13-17.
32. Danglot B. et al. Salud para todos en el año 2000. Punto de vista del neonatologo. *Rev Mex Ped* 1997; 64 (1): 40-42.
33. Tapia C. Et al. Complicaciones de la nutrición parenteral en el recién nacido. *Bol Med Hospit Infant Mex* 1997; 54 (7): 323-329.
34. Muñoz A. Et al. Fisiología renal del feto y recién nacido. *Bol Med Hopit Infant Mex* 1998; 55 (3): 156-162.

35. Castillo R. Et al. Factores de riesgo de enterocolitis necrosante en recién nacidos. Rev Mex Ped 1998; 65 (2): 46-50.
36. Sierra B. Et al. Índice de riesgo clínico para bebés y riesgo de muerte en neonatos de 1.500 gramos o menos. Rev Mex Ped 1998; 65 (1): 12-14.
37. Flores C. Et al. Antecedentes y características somáticas y clínicas de recién nacidos con peso menor de 2000 gramos. Rev Mex Ped 1998; 65 (2): 57-61.
38. Sola, Augusto. Urman, Jorge., Cuidados Intensivos Neonatales, 4ª. de. Interamericana, 1992.
39. Behrman, Richard; Cols; Tratado de Pediatría, 14ª. de. Interamericana, 1992.
40. Asociación Mexicana de Pediatría, Neonatología; Interamericana, 1996.