



11237
168

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

EPIDEMIOLOGÍA COMPARADA DEL RECIEN NACIDO MENOR DE 30
SEMANAS DE GESTACION, CON EL DE PRETERMINO Y DE
TERMINO, CON AUTOPSIA

TESIS

Que para obtener el diploma
en la especialidad de Pediatría

PRESENTA

DR. SERGIO ARMANDO MERCADO VAZQUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HERMOSILLO, SONORA, NOVIEMBRE DEL 2003



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 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**


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**EPIDEMIOLOGIA COMPARADA EN EL RECIEN
NACIDO MENOR DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN
CON EL RECIEN NACIDO DE PRETERMINO Y DE
TERMINO CON AUTOPSIA.**

TESIS
Que para obtener su Titulo
en la especialidad en Pediatría

Presenta:

Dr. SERGIO ARMANDO MERCADO VÁZQUEZ


Dr. Ramiro Garcia Alvarez
Director de Enseñanza e Investigación
y Profesor Titular del curso.
Sonora.


Dr. Norberto Sotelo Cruz.
Director General Hospital
Infantil del Estado de


Dr José Guillermo López Cervantes.
Jefe del Departamento de Patología
Asesor de Tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hermosillo, Sonora. Noviembre del 2001.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: por permitirme el don de la vida y darme la oportunidad de realizar mis más anhelados sueños y metas.

A mis padres: quienes han sido la mano que me ha formado y que me ha guiado paso a paso a través de la vida para poder lograr algo que inició como un sueño y que hoy se ha convertido en toda una realidad.

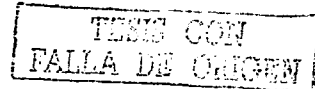
A mis hermanos: que gracias a su apoyo incondicional y perenne han contribuido de manera fundamental en la consecución de este logro.

A mis amigos: los presentes y los ausentes, los pasados y los actuales, que sin su desinteresada ayuda hubiera sido imposible culminar esta empresa.

A los niños: mis pacientes, quienes han sido el motivo de mi estudio, y que me han brindado desde el dolor de su enfermedad la oportunidad de tomar de ellos toda la sabiduría posible y que a la vez me han dado la satisfacción de verlos curados y oírlos decir: GRACIAS DOCTOR.

De manera muy especial, **al doctor José Guillermo López Cervantes**, mi asesor de tesis, quien no solo me brindó la oportunidad de trabajar a su lado, sino que compartió conmigo su filosofía de la vida y del trabajo y que me ha permitido enfrentar con otro enfoque esta nueva etapa de mi vida, a mi amigo el doctor López Cervantes.

A TODOS GRACIAS Y QUE DIOS LOS BENDIGA.



EPIDEMIOLOGIA COMPARADA EN EL RECIEN NACIDO MENOR DE 30 SEMANAS DE GESTACION CON EL RECIEN NACIDO DE PRETERMINO Y DE TERMINO CON AUTOPSIA.

Introducción.- Los recién nacidos de menos de 30semanas de gestación ocupan una gran proporción de las muertes perinatales y en nuestro medio la mortalidad es prácticamente del 100%, por lo que investigamos los factores que condicionan riesgo de partos a edades gestacionales tempranas.

Material y métodos.- Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y comparativo. Se tomó un periodo de Enero de 1995 a Diciembre de 2000, incluyéndose 90 recién nacidos que se dividieron en tres grupos: grupo A recién nacidos menor de 30 semanas, grupos B de 30 a 36 semanas de gestación y grupo C recién nacidos de término, a quienes se les estudiaron variables maternas, pre y perinatales.

Resultados.- El medio socioeconómico fue bajo para los tres grupos(83%, 83% y 93%); en cuanto a la procedencia se encontró que en el grupo A el 77% de las madres porvenían del interior del estado, para el grupo B un 70% y del 27% para el grupo C. Respecto al control prenatal no se llevó a cabo en el 60% para el grupo A, 53% en el grupo B y 63% en el grupo C. Madres primigestas fue más común en los grupos de prematuridad, siendo para el grupo A de 54%, el grupo B 60% y el C de 33%. Las complicaciones obstétricas fue mayor para los niños prematuros: grupo A 57% y grupo B 50%, en tanto que para el grupo C fue de 40%. Asimismo la mayoría de los pacientes de los grupos A y B nacieron con peso bajo para la edad gestacional (57 y 60% respectivamente), y solo el 20% para el grupo C.

Conclusiones.- Consideramos que para disminuir o abatir la tasa de mortalidad perinatal se debe de mejorar el nivel sociocultural y económico de nuestra población y además optimizar la calidad y accesibilidad de la atención prenatal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Página
Resumen	
Introducción.	1
Objetivos.	9
Material y Métodos.	10
Resultados.	11
Conclusiones.	28
Bibliografía.	31

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

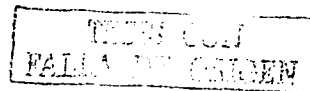
INTRODUCCIÓN

La epidemiología de la mortalidad perinatal es el estudio de la frecuencia de los eventos que ocurren en el periodo perinatal y su distribución espacial y temporal en una población determinada. (3).

Las metas de la epidemiología perinatal son:

- a). Identificar las causas de las enfermedades.
- b). Evaluar el impacto que tienen las actividades médicas.
- c). Evaluar la organización de la salud pública en la comunidad.

Los estudios epidemiológicos de las causas de mortalidad perinatal son de capital importancia para para detectar tendencias e identificar las causas que se pueden prevenir. Es bien sabido que la tasa de mortalidad perinatal en una población determinada refleja el estado socioeconómico y la calidad de las prestaciones en salud que se brindan a esa población. De tal manera, las estadísticas de mortalidad perinatal se consideran parámetros importantes para evaluar el estado de bienestar social de la población. No obstante, frecuentemente es difícil interpretar los datos y se puede llegar a conclusiones erróneas las dificultades que son parte de los estudios estadísticos. Algunos de los problemas están dados por la dificultad en reconocer las diferencias metodológicas en la definición del objeto de estudio y en la comparabilidad de los datos. Por ejemplo, se observan diferencias en la definición de nacidos vivos y nacidos muertos; para algunos, aquellos nacidos vivos que sobreviven pocas horas son reportados como nacidos muertos . Hay diferencias personales en la interpretación , definición y registro de las muertes fetales. Estas diferencias, que pueden darse entre distintos países, también pueden observarse dentro de

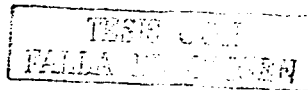


un mismo país. Por otra parte, es un hecho ya demostrado que la información sobre la causa de muerte que se obtiene del certificado de defunción no es siempre exacta, requiriendo información complementaria de estudios de autopsias. (1).

Por lo tanto, al analizar los datos sobre mortalidad perinatal se debe tener en cuenta si la comparación entre los diferentes grupos de población, entre las diferentes regiones geográficas lugar de nacimiento, etc., es válida y si las conclusiones incluyen una aclaración sobre las limitaciones de los métodos estadísticos utilizados en ese estudio en particular. Debido a todos estos problemas es muy difícil hacer una comparación a nivel internacional de las tasas de mortalidad perinatal. (3).

Las tasas de mortalidad perinatal varían de acuerdo a los diferentes países. En el Reino Unido la tasa de mortalidad perinatal fue de 8.8 por 1000 nacidos vivos en 1986, en Finlandia fue de 7.0 por 1000 nacidos vivos en 1982 y en una población urbana negra de Sudáfrica fue de 26 por 1000 nacidos vivos en 1995. La Organización Panamericana de la Salud informó tasas de mortalidad perinatal de 4.1 por 1000 nacidos vivos en Canadá en 1991, de 5.4 por 1000 nacidos vivos en los Estados Unidos en 1992, de 6.3 en Cuba en 1992, de 7.9 en Chile en 1991 y de 15.3 por 1000 nacidos vivos en Guatemala en 1990; lo cual muestra la gran variación entre los diferentes países y como las tasas se van incrementando de acuerdo a las características de menor nivel socioeconómico de cada país. (1).

Caba señalar que no se deben analizar de manera aislada los números absolutos obtenidos en determinado estudio, sino más bien reconocer la evolución de las tendencias generales en el tiempo. Por ejemplo, la tasa de mortalidad perinatal en Japón disminuyó más rápidamente después de la segunda guerra mundial, un 68% de 1951 a 1965, si se



compara con la tasa de mortalidad perinatal de los Estados Unidos que disminuyó solo un 15% en el mismo periodo. (I).

En muchos países, la disminución en los años anteriores fue debida a una mejoría en el control de las enfermedades infecciosas y al mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población. Más recientemente el factor de mayor peso es el progreso en el campo de la Neonatología. (II).

CAUSAS DE MUERTE PERINATAL

Las causas de muerte perinatal son múltiples y en muchas ocasiones difíciles de determinar. Sin embargo, se han logrado identificar diversos factores claramente asociados con la mortalidad perinatal. Dentro de estos, los de mayor importancia son la edad gestacional, el peso al nacer, la edad y talla maternas, el número de gestación y patologías maternas asociadas, además del medio socioeconómico con sus consabidas implicaciones. (5,8,9,12).

Como se mencionó, la mortalidad perinatal está en relación inversa con la edad gestacional de los recién nacidos, por lo que la prevención del parto pretérmino es la piedra angular sobre la que se deben basar las acciones encaminadas a abatir la mortalidad perinatal, de tal suerte que se han identificado los siguientes factores asociados a este eventualidad:

a). **FACTORES DETERMINANTES:**

- 1.- Ruptura prematura de membranas.
- 2.- Embarazo múltiple.
- 3.- Infecciones urogenitales maternas.
- 4.- Polihidraamnios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- Incompetencia ístmico-cervical.

6.-Alteraciones de la anatomía uterina.

b).-FACTORES PREDISPONENTES:

1.-Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.

2.- Sangrado del 3er trimestre del embarazo.

3.-Partos prematuros previos.

4.-Medio socioeconómico bajo.

5.-Madres adolescentes o añosas.

6.-Talla y peso maternos bajos.

7.-Primigestas o grandes múltiparas.

8.-Trabajo físico intenso.

9.-Enfermedades crónicas en el embarazo que condicionan repercusión vascular. (2, 5,6,8,9,10,12).

De acuerdo a la edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud define como prematuros a todos los recién nacidos vivos que nacen antes de cumplir 37 semanas de gestación, a partir del primer día del último período menstrual, con un peso entre 500 gr y 2499 gr, con una frecuencia que oscila entre el 10-12% y con una mortalidad mayor al 30%. Asimismo, también engloba a los productos inmaduros definiéndolos como aquellos que nacen con un peso muy bajo (menor de 1000 gr), o con menos de 28 semanas de gestación, cuya morbimortalidad es causada primordialmente por patología respiratoria. Este grupo de recién nacidos representa más del 50% de las muertes perinatales y su supervivencia se encuentra asociada estrechamente con el peso que presentan al nacimiento; para efecto de su clasificación de acuerdo al peso al nacimiento se describe la siguiente clasificación.

TESIS CUI
FALLA DE MANEJO

1.-Pequeño para la edad gestacional.-Se define como 2 desviaciones estándar por debajo del peso medio o por debajo de la percentila 10. Los recién nacidos con estas características se ven comúnmente cuando la madre es hipertensa, ha tenido preeclampsia o consume tabaco. Esta entidad también ha sido asociada con las infecciones causadas por microorganismos pertenecientes al complejo TORCH, anormalidades cromosómicas y otras malformaciones congénitas. (4).

2.-Peso adecuado para la edad gestacional.

3.-Grande para la edad gestacional.- Se define como 2 desviaciones estándar por encima del peso medio o sobre la percentila 90. Esta entidad puede observarse en los hijos de mujeres diabéticas, en lactantes con el síndrome de Beckwith, en niños constitucionalmente grandes con padres grandes o recién nacidos con hidropesía fetal. (4).

Otra de las principales causas de mortalidad perinatal son las infecciones perinatales, las cuales son responsables de casi el 50% de todas las muertes perinatales. (5, 8, 9, 10).

Las mejorías en la salud de la madre y los avances en el cuidado obstétrico han resultado en una importante disminución en la tasa de mortalidad perinatal desde 1960. (6, 11).

De igual manera, los avances en el cuidado de los recién nacidos han contribuido en la disminución en las tasas de mortalidad perinatal. No obstante, aún se observa un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal en madres muy jóvenes o de edad avanzada. En Jamaica se demostró una asociación entre la ocurrencia de mortinatos y edad materna avanzada con hipertensión, hemorragia y sífilis. Por otro lado, la inmadurez fetal y el aumento en la mortalidad neonatal se asocian con embarazos de madres adolescentes.(10).



Continuando con los factores maternos, se observa un aumento del riesgo de muerte perinatal cuando aumenta el número de embarazos. El segundo y tercer embarazos son los de menor riesgo. De nueva cuenta aquí se denota una asociación entre la mortalidad perinatal y el medio socioeconómico bajo. En general, los países con tasas de fecundidad alta son países pobres y son los que tienen menos capacidad para sostener económicamente familias numerosas. (1, 10, 12).

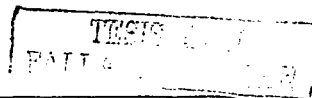
Los antecedentes obstétricos también pueden ayudar a predecir el riesgo de un embarazo actual. Historia de abortos, mortinatos, o la muerte previa de un recién nacido son antecedentes importantes para predecir el riesgo de un embarazo futuro. La

preeclampsia y la hemorragia durante el embarazo están asociadas con un aumento en el riesgo de mortalidad perinatal. En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos el DPPNI se asoció con una tasa de mortalidad perinatal de 3.96 por 1000 nacidos vivos(6, 7).

En ciertos grupos raciales, que varían en diferentes países, se observa un aumento en la mortalidad perinatal. Se observa además una tendencia creciente en las tasas de mortalidad en las clases sociales bajas, ya sea cuando se clasifica de acuerdo a la ocupación de los padres o a su nivel de instrucción. La tasa es más alta cuando los padres son trabajadores de baja calificación o tienen escolaridad baja. (6, 7, 10).

El fumar durante el embarazo se asocia a niños con bajo peso al nacer, prematurez y retardo en el crecimiento intrauterino. Los fetos de madres alcohólicas corren el riesgo de nacer con peso bajo y anomalías congénitas, pero la asociación con incremento en la mortalidad perinatal no está bien documentada. (1, 10, 12).

La malnutrición y la falta de una dieta balanceada en la madre pueden aumentar el riesgo de mortalidad perinatal. Este aumento también está asociado con otras enfermedades



de la madre, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, asma, epilepsia e infecciones del tracto urinario. (1, 10, 12).

Dentro de los factores fetales de riesgo, el peso al nacer es el determinante de mayor importancia de la mortalidad y de la morbilidad perinatal, en estrecha relación con la edad gestacional. La incidencia de productos de bajo peso al nacer es de 30% en la India, en Filipinas del 18%, en Cuba 8%, en los Estados Unidos 7%, Japón y Suecia 5% y en México de 15%. (1).

Los recién nacidos con bajo peso al nacer, ya sean de embarazos múltiples, retardo en el crecimiento intrauterino o prematuros son responsables de casi las dos terceras partes de las muertes que ocurren en la primer semana de vida. La prevención de un gran porcentaje de muertes se basa en países como los Estados Unidos en la prevención de los partos pretérmino. Las muertes neonatales son más frecuentes en niños varones, que tienen también mayor tendencia a nacer prematuros. Hay algunas causas genéticas, no muy conocidas, que tienen influencia sobre la mortalidad perinatal, por ejemplo, la consanguinidad de los padres. (5, 8, 9).

Las causas de muerte perinatal pueden ser agrupadas como evitables con control del embarazo y con control del trabajo de parto. Con control del embarazo se pueden evitar por ejemplo la sífilis, VIH-SIDA, etc. En casos de VIH congénito, hay un incremento de muertes fetales que pudieran evitarse al mismo tiempo que se previene la transmisión del VIH de la madre con la administración de zidovudina durante el embarazo. En el grupo de las evitables con la buena atención del parto, se encuentran las complicaciones de la placenta y del cordón umbilical. (L, 5, 8, 9).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En otro grupo están las causas que se pueden evitar con diagnóstico y tratamiento precoz del recién nacido. Por ejemplo, sepsis neonatal debida a RPM, complicaciones respiratorias como neumonía, aspiración, síndrome de dificultad respiratoria, neumotórax, enfisema, hemorragia, etc. Entre las complicaciones gastrointestinales que pueden llevar a la muerte y que se pueden prevenir está la ECN, íleo meconial, perforación intestinal, etc. (1, 5, 8, 9,).

Las causas no evitables varían en los diferentes países. Por ejemplo, el tratamiento de tumores y anomalías congénitas como las cardíacas, espina bífida, hidrocefalia, es probable en algunos países pero no en otros. Sin embargo, aún hay tumores y ciertas anomalías congénitas como anencefalia e hipoplasia pulmonar que no tienen tratamiento. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

***Identificar factores de riesgo maternos, pre y perinatales de recién nacidos menores de 30 semanas de gestación con autopsia.**

***Correlacionar factores de riesgo asociados con recién nacidos de pretérmino y de término.**

***Determinar aquellos factores de mayor influencia sobre la mortalidad perinatal.**

***Determinar características de evitabilidad de los mismos.**

***Proponer medidas encaminadas a la disminución de las tasas de mortalidad perinatal.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS:

Se llevo a cabo un estudio retrospectivo, comparativo, descriptivo y transversal, en el periodo comprendido de enero de 1995 a diciembre de 2000. Se revisaron los expedientes clínicos y protocolos de autopsia de 90 recién nacidos los cuales se dividieron en 3 grupos de 30 pacientes cada uno. El grupo A conformado por recién nacidos menores de 30 semanas de gestación, el grupo B constituido por recién nacidos de 30-36 semanas de gestación y el grupo C compuesto por recién nacidos de término, a quienes se les estudiaron variables maternas, pre y perinatales y cuyos resultados se descargan en tablas sencillas de frecuencia y porcentajes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

En el presente trabajo se estudiaron a 90 recién nacidos los cuales se agruparon en 3 grupos de 30 pacientes cada uno, denominándose grupo A al que comprendía a los recién nacidos menores de 30 semanas de gestación, el grupo B se constituyó por recién nacidos de 30 a 36 semanas de gestación y el grupo C constituido por recién nacidos de término. La primer variable estudiada fue la edad materna, encontrándose que en el grupo A 43% eran menores de 19 años de edad, y el 57% restante eran de 20-34 años de edad, en el grupo B 43% se encontró la misma proporción de madres menores de 19 años de edad, 50% tenían una edad de 20-34 años y el 7% restante eran mayores de 34 años de edad, para el grupo C se reportó un 27% de madres menores de 19 años de edad, un 66% con una edad de 20-34 años y el 7% eran mayores de 34 años de edad. El medio socioeconómico fue predominantemente bajo en los 3 grupos, 83%, 83% y 93% respectivamente para cada uno de los 3 grupos. En relación al estado civil de las madres en el grupo A 23% eran casadas, 23% solteras y el 54% vivían en unión libre, en el grupo B 40% eran casadas, 30% solteras y 30% vivían en unión libre, en el grupo C 20% eran casadas, 33% solteras y 47% vivían en unión libre.

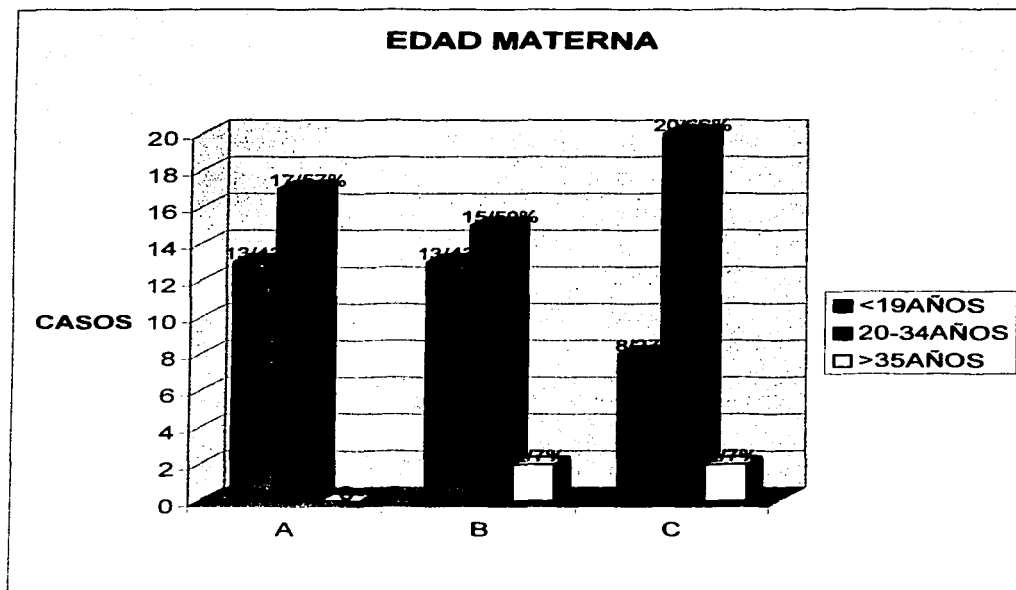
Respecto a la escolaridad materna la mayoría correspondió a primaria y secundaria en los 3 grupos, correspondiendo a un 87% en el grupo A, 77% en el grupo B y 93% en el grupo C. En cuanto al número de embarazos hubo mayor cantidad de primigestas en los grupos A y B (54% y 60% respectivamente), en tanto que en el grupo C la distribución fue prácticamente uniforme. La frecuencia de infección materna fue de 53% para los grupos A y B y de 26.5% para el grupo C. En el grupo A un 60% de las madres no llevaron control prenatal, un 53% en el grupo B y un 63% en el grupo C., y de manera global en un 53%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para los 90 pacientes. En referencia a la vía de nacimiento en el grupo A 84% nacieron por vía vaginal, mientras que en el grupo B 63% de los recién nacidos fueron obtenidos por operación cesárea, y en el grupo C 50% por cesárea y vía vaginal. Las complicaciones obstétricas se presentaron con mayor frecuencia en los grupos A y B (57% y 60% respectivamente), y del 40% para el grupo C. En cuanto al sexo de las pacientes en el grupo A predominó el sexo masculino en un 70%, 57% en el grupo B y prácticamente sin predominio en el grupo C. En lo concerniente al peso al nacimiento este fue predominantemente bajo para los grupos A y B (57% y 60% respectivamente), y para el grupo C la mayoría de los recién nacidos presentaban un peso adecuado para la edad gestacional. La calificación de Apgar fue baja en la mayoría de los pacientes de los 3 grupos. La procedencia materna fue de medio rural en un 77% en el grupo A, 70% en el grupo B 27% en el grupo C. Indefectiblemente todos los pacientes fueron sometidos a múltiples procedimientos invasivos y la mortalidad observada fue de manera preponderante secundaria a patología pulmonar e infecciosa para los grupos A y B, en tanto que en el grupo C también se asoció con malformaciones congénitas y eventos asfícticos.

TESIS CON
FALTA DE ENTEN

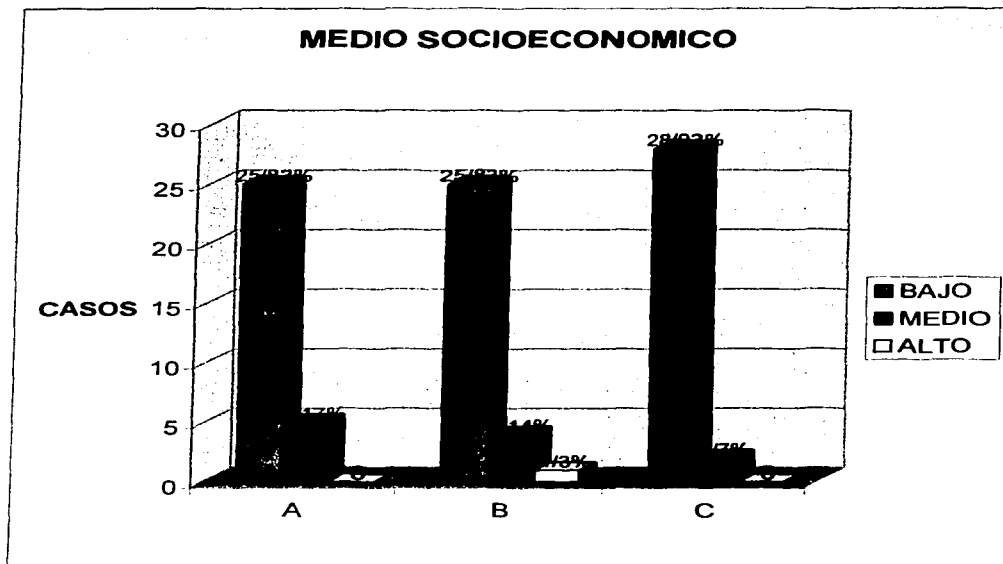
Gráfica 1.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

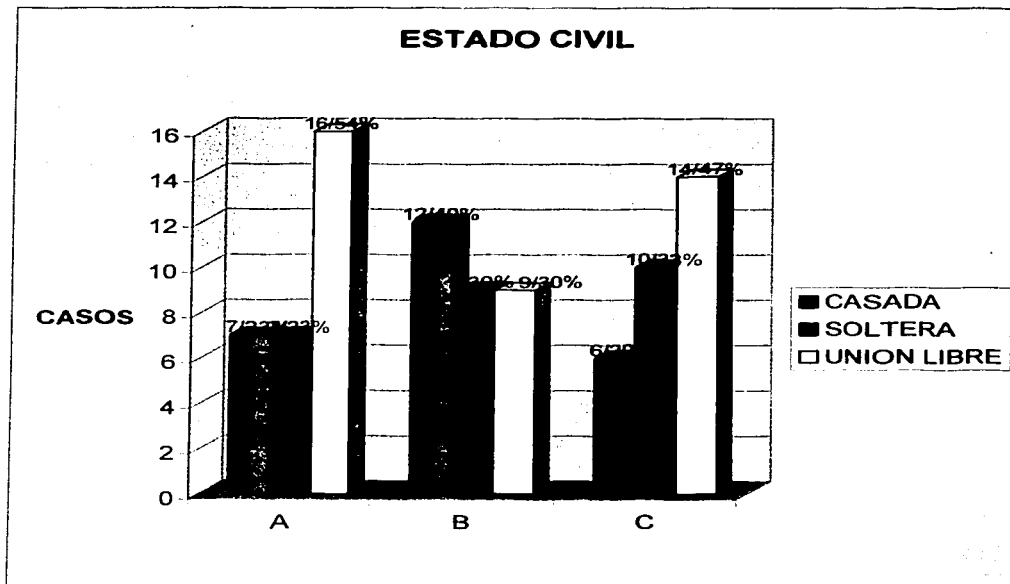
Gráfica 2.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

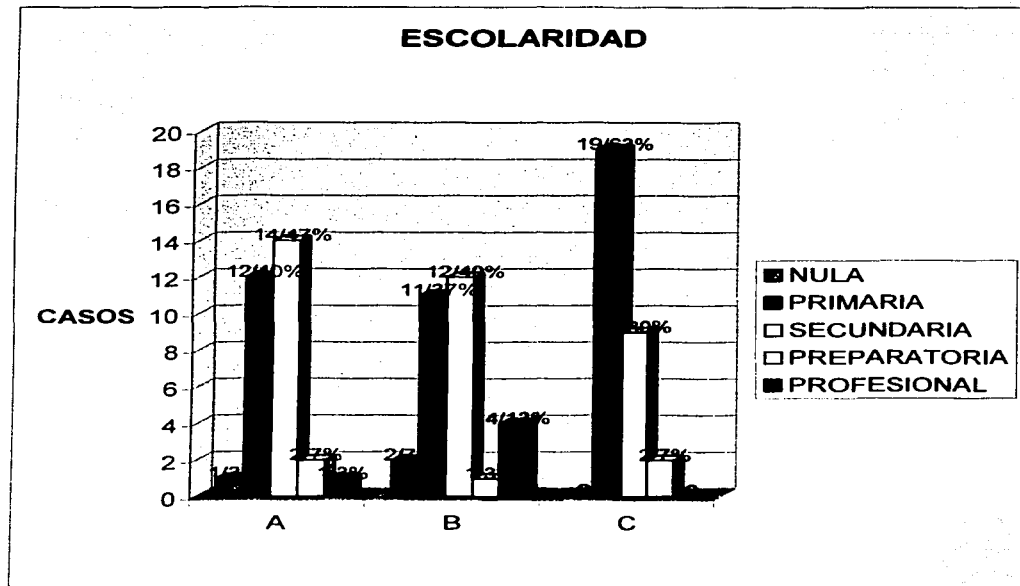
Gráfica 3.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

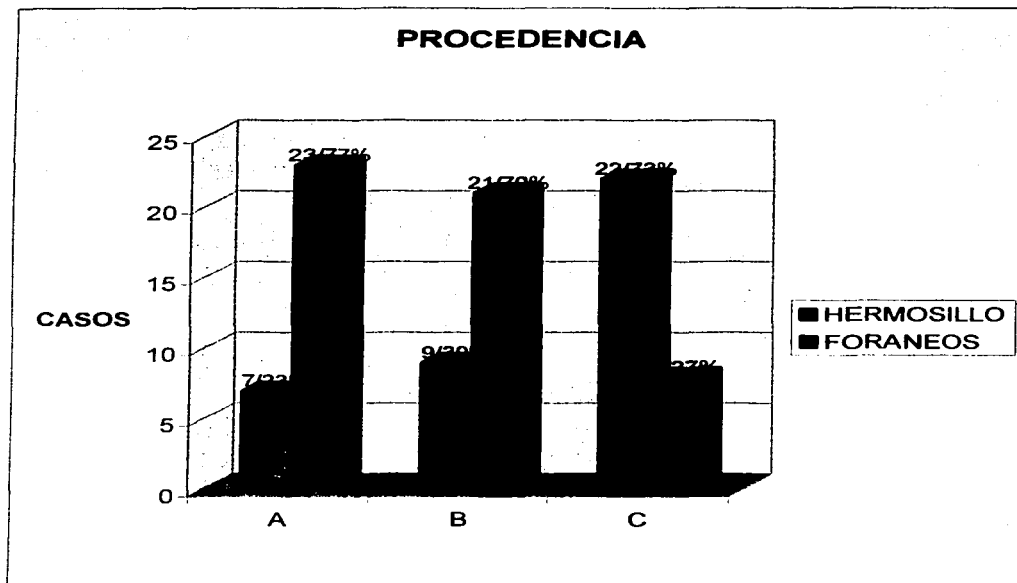
Gráfica 4.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

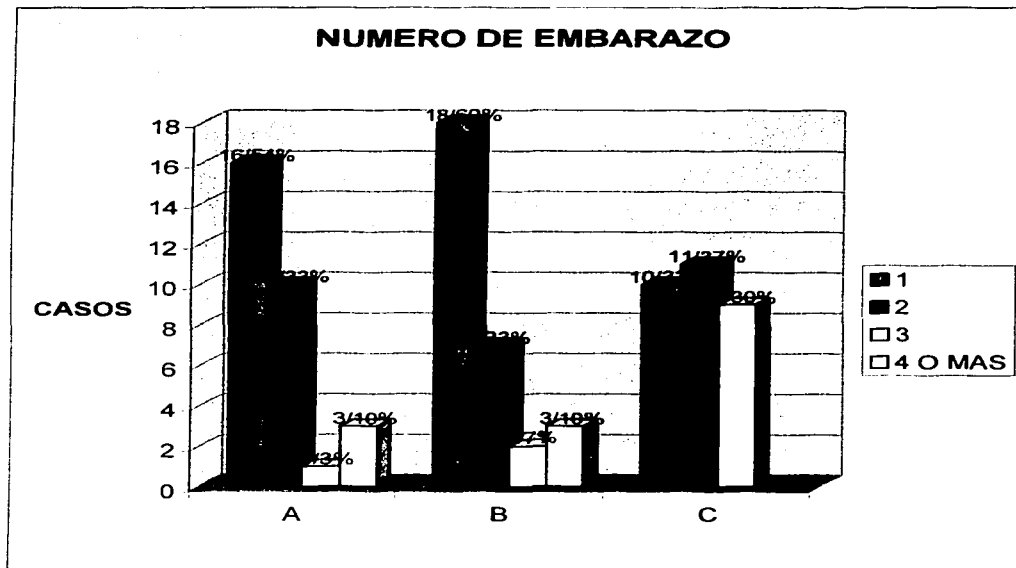
Grafica 5.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística, HIES
Departamento de Patología, HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

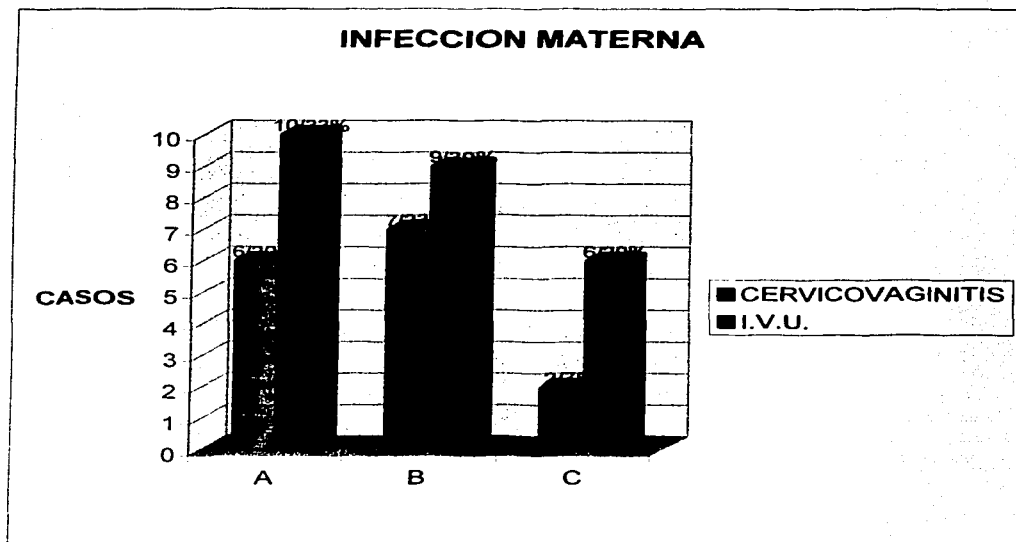
Gráfica 6.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

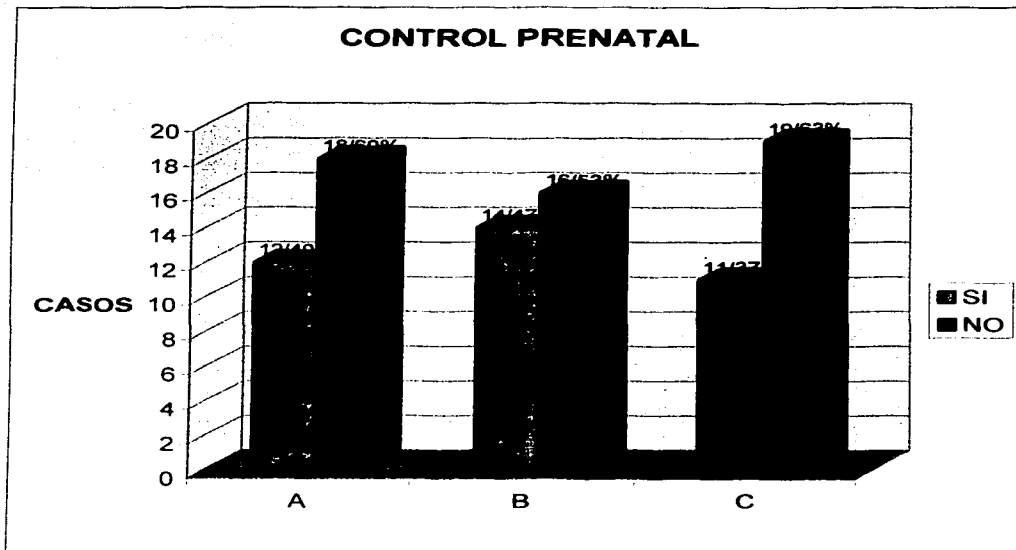
Gráfica 7.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

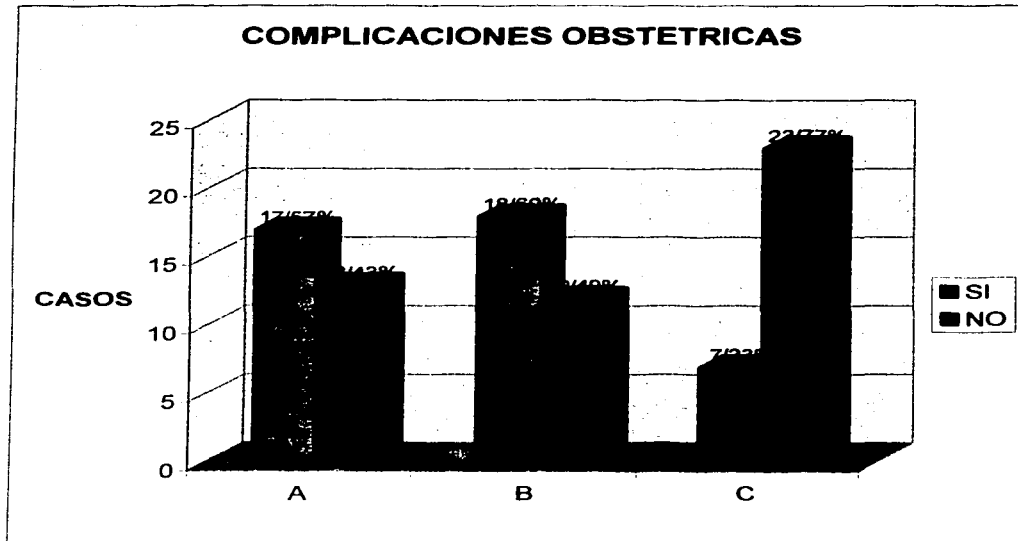
Gráfica 8.



*Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES*

TESIS CON
FALLA EN EL JUDICEN

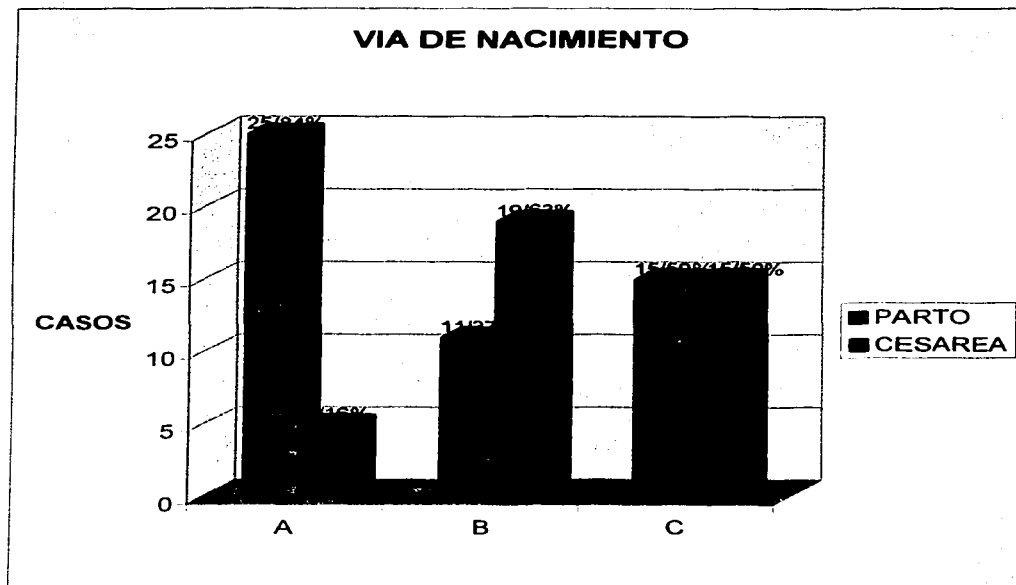
Gráfica 9.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE CENSO

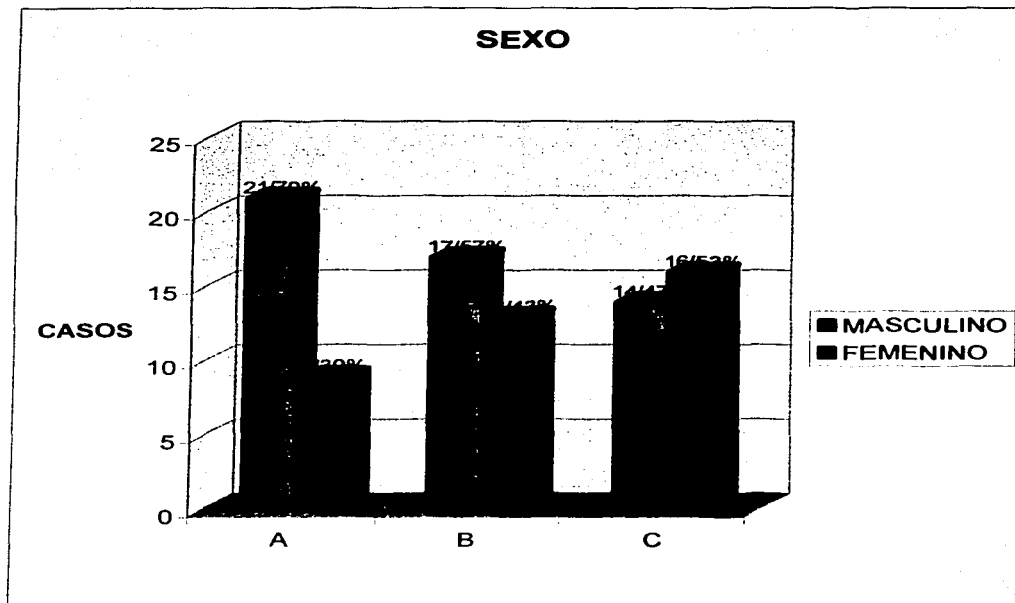
Gráfica 10.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

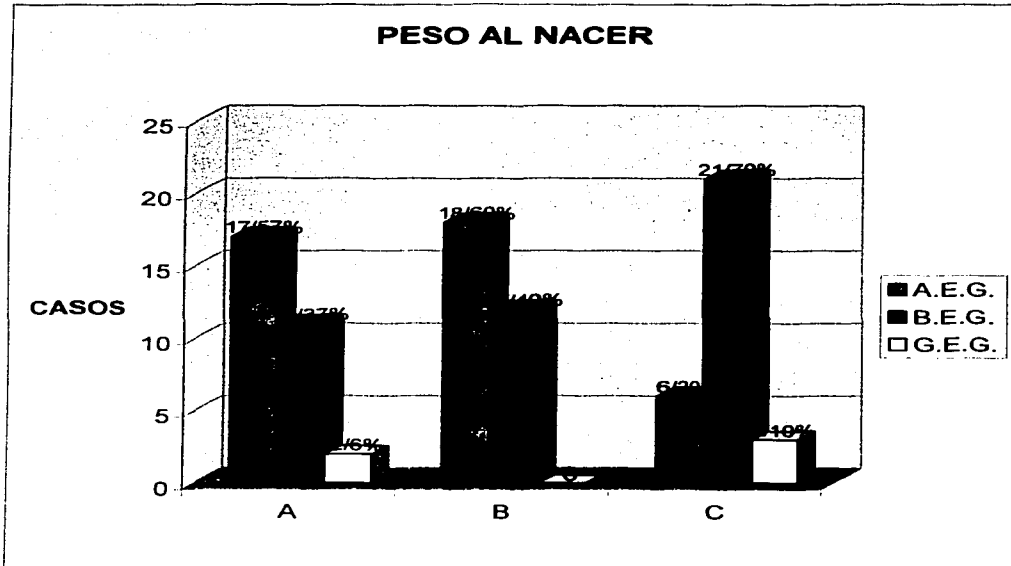
Gráfica 11.



*Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

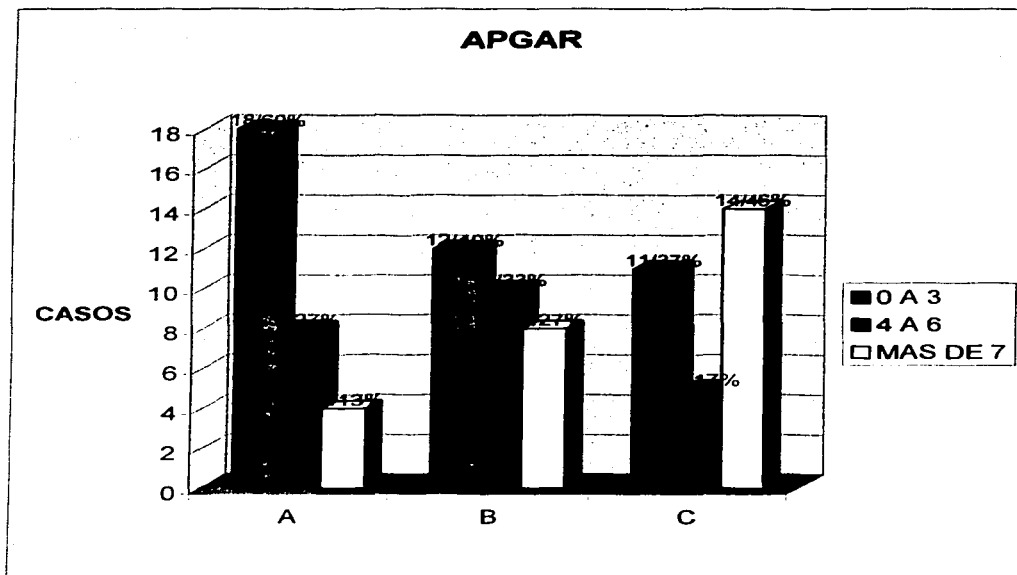
Gráfica 12.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

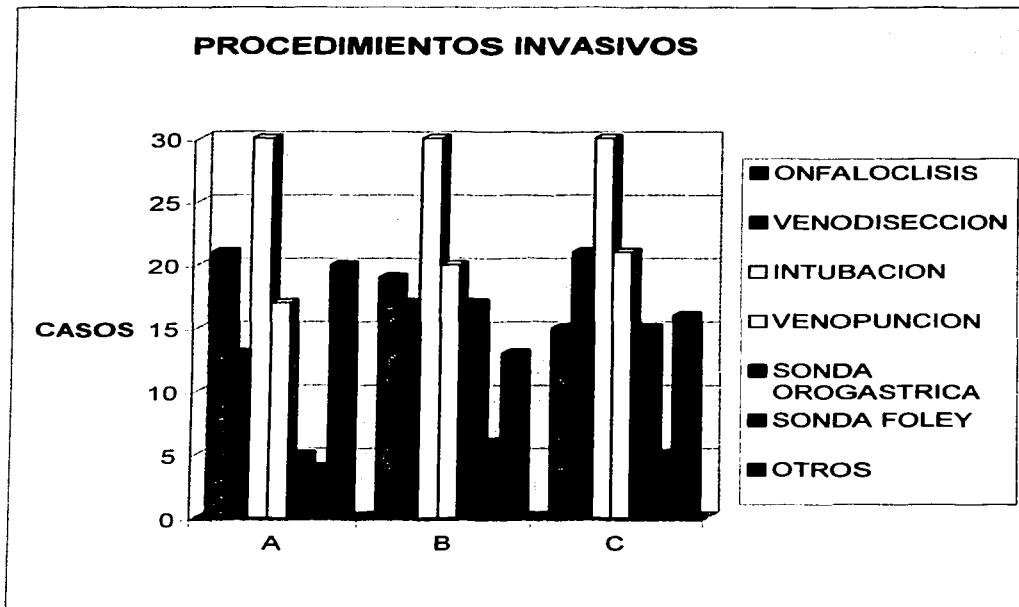
Gráfica 13.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

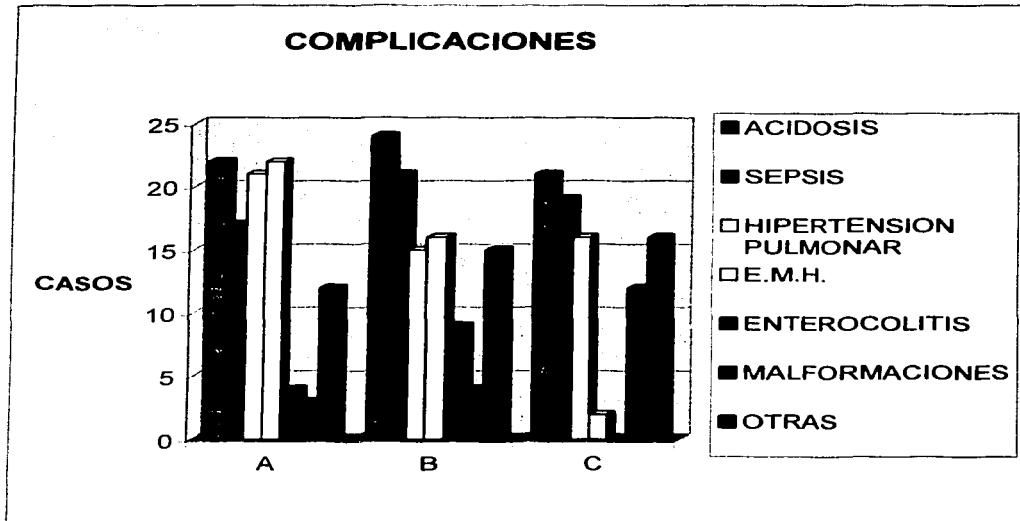
Gráfica 14.



Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 15.



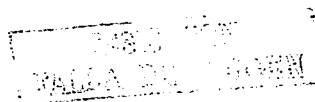
Fuente: Archivo Clínico de Bioestadística. HIES
Departamento de Patología. HIES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos observamos que al igual que lo reportado en las series revisadas la mayor parte de los pacientes procedían de medio socioeconómico bajo, que la escolaridad materna característicamente era baja (predominantemente primaria y secundaria), y que además en su gran mayoría eran provenientes de origen foráneo, lo cual nos sugiere que a este nivel no hay un adecuado acceso a los medios de salud, y/o que tal atención es deficiente en calidad y no se detectan oportunamente aquellos embarazos que potencialmente son de alto riesgo. Por otro lado, es importante destacar que contrario a lo reportado en otra series, en el presente estudio no hubo un predominio importante de madres adolescentes en relación a tasas de mortalidad elevadas, lo que si es de llamar la atención es el hecho de que un porcentaje importante de la casuística revisada reporta a madres primigestas, lo cual nos obliga a considerar a este simple hecho como un factor a considerar en la génesis de la mortalidad perinatal.

Asimismo es importante mencionar uno de los denominadores comunes en los 3 grupos y que fue el hecho de un control prenatal deficiente en la mayoría de los pacientes, incluso en una serie reportada se menciona que las pacientes acuden a su primer cita de atención obstétrica hasta el 3er trimestre del embarazo en casi el 80% de las pacientes gestantes, a partir de lo cual es hasta cierto punto entendible la elevada frecuencia de complicaciones perinatales (de las cuales las más frecuentes fueron las infecciones y los sangrados del 3er trimestre del embarazo), y que a su vez nos explicaría la elevada frecuencia de estos embarazos por operación cesárea, (63% en el grupo B).



TRABAJO CON
V

Coincidiendo además con lo reportado en la literatura, en los grupos de pacientes prematuros hubo un predominio importante de pacientes de sexo masculino, lo cual por si solo se asocia con mayor frecuencia a prematuridad y mortalidad, aunado al hecho de que en la mayoría de los pacientes se registró un peso al nacer menor al esperado para la edad gestacional, que como es sabido son los 2 principales factores condicionantes de mortalidad perinatal.

Por otro lado, es importante señalar que otra característica común encontrada en los pacientes prematuros fue la calificación de Apgar bajo que se correlaciona también de manera directa con la morbi-mortalidad de estos pacientes, que en un gran porcentaje está asociada a patología respiratoria y subsecuentemente a la infecciosa, lo cual se potencializa por el hecho de que prácticamente la totalidad de los pacientes incluidos en el presente estudio fueron sometidos a múltiples procedimientos invasivos tanto terapéuticos como diagnósticos.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en el presente estudio no son el reflejo absoluto de la realidad de estos pacientes, ya que se encuentra limitado por varios factores, por ejemplo el tamaño de la muestra, el hecho de que uno de los requisitos haya sido el contar con autopsia, de tal manera, que aunque no son datos 100% aplicables a la población en general si nos dan una idea aproximada del entorno y perfil epidemiológico de este grupo de pacientes.

Como colofón solo agregaremos que las tasas de mortalidad perinatal no se van a abatir en las salas de neonatología, sino que las acciones deben ser encaminadas hacia la prevención de partos prematuros, para lo cual se debe mejorar la atención en primer nivel de salud, tanto en calidad como en accesibilidad a la misma, así como también de las

condiciones socioculturales y económicas de la población. La prevención de muchas de las muertes perinatales podría lograrse si dentro del planteamiento de salud asistencial se considerarán los factores aquí enunciados como condicionantes de riesgo de parto pretérmino, que es el evento clave en este tipo de pacientes y la piedra angular para poder pensar en disminuir las tasas de mortalidad perinatal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Greco, M. A., Mortalidad perinatal. Epidemiología. Patología, volumen 36, pp 249-255, 1998.
- 2.- Martínez, T. M. G., Prematurez y bajo peso al nacer. perfil epidemiológico, Tesis recepcional para obtener título de pediatra en el HIES, 2000.
- 3.- World Health Organization, Manual of International Statistical Classification of diseases, injuries and causes of death, 9th rev., volumen I, WHO, Geneva, 1977.
- 4.- Gomella, T. L., Neonatología, Editorial Médica Panamericana, 3ª edición, Buenos Aires, Argentina, 1998.
- 5.- Rivera-Rueda, M. A., et al, Morbilidad y mortalidad en neonatos de bajo peso al nacer. Boletín Médico del Hospital infantil de México, 1991, 48, 71-77.
- 6.- Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales, República Argentina, 1993.
- 7.- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dirección de Programas Sanitarios, Programa Materno Infantil, Buenos Aires, República Argentina, 1996.
- 8.- Echeverría, E. M., et al, Mortalidad Perinatal en un Hospital Regional de 3er nivel. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, volumen 51, No 12, diciembre de 1999.
- 9.- Cerón-Míreles, P., et al, Causas de Muerte Perinatal en Instituciones de Salud de la Ciudad de México, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, volumen 48, No 11, noviembre de 1991.
- 10.- Soto, G. B. D., Factores condicionantes de la prematurez en el HIES, Tesis recepcional para obtener título de pediatra en el HIES, 1986.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- Jasso, L., Neonatología Práctica, Editorial El Manual Moderno, 3era edición, México, 1989.

12.- Koops, B. L., et al, Neonatal mortality risk in relation to birth weight and gestational age; Update. The Journal of Pediatrics, volumen 101, No 6, pp 969-977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN