

UNAM. 11237



HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO

CLINICA LONDRES

MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
DEL HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA

PRESENTA:

DRA. XOCHITL ALEJANDRA INIGUEZ LOPEZ

ASESOR: DR. ROBERTO HERRERA TORRES
DR. LUIS GUILLERMO VAZQUEZ DE LARA



PUEBLA, PUE.

NOVIEMBRE 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



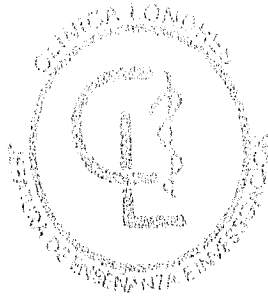
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

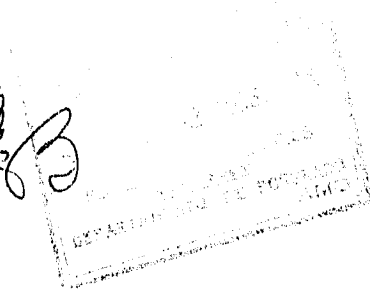
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Handwritten signature



Handwritten signature



CONTENIDO

PRESENTACION	I
CONTENIDO	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
INTRODUCCION:.....	I
ANTECEDENTES:	2
OBJETIVOS	5
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS	8
DISCUSION.....	21
CONCLUSIONES :	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

AGRADECIMIENTOS:

 Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido en forma directa en mi formación, como persona y como profesionalista.

 En estas cortas líneas, expreso mi gratitud a todos mis maestros y compañeros, en especial al Dr. Roberto Herrera Torres por su apoyo y enseñanza, al Dr. Arturo Salamanca Meneses por su confianza y amistad. Al Dr. Luis Guillermo Vazquez de Laca por su impulso en cada momento y muy especialmente al Dr. José Luis García Valdés, por su confianza, apoyo y estímulo profesional.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES Y HERMANOS

**Con todo mi amor y agradecimiento por el apoyo
brindado durante mi etapa profesional, especialmente
a mi Hermana Paty, a Danusia y a mi madre.**

INTRODUCCION:

La estandarización y el registro de la mortalidad perinatal nos proporciona una base firme para las comparaciones nacionales e internacionales y nos ayuda a determinar los factores sociales hereditarios, y complicaciones obstétricas y maternas que influyen sobre la mortalidad perinatal.

La disminución en el índice de mortalidad se logra con una prevención y predicción de riesgo. Basado en la evaluación de cuidados perinatales y neonatales.

La importancia de la mortalidad neonatal radica en que a través de su conocimiento se puede mejorar el estándar del cuidado perinatal.

La magnitud y el carácter del problema va a variar entre los diversos países, y esto se debe a ciertos factores como son la situación geográfica las condiciones socioeconómicas, la condición educacional, y los servicios de salud.

Para conocer las diversas necesidades de cada país, la federación internacional de gineco-obstetricia, (FIGO) recomienda la creación de comités de mortalidad perinatal, que tienen como función la colección, el procesamiento, y la diseminación de los datos, para lo cual a partir de 1970 la organización mundial de la salud (OMS) y la FIGO dieron a conocer ciertas recomendaciones, y enunciados relacionados, con la morbilidad y mortalidad perinatal, para una estandarización, y uniformidad en la recolección y el reporte de los datos.

El verdadero valor de los indicadores como es la tasa de mortalidad neonatal, radica en que estos, se puedan utilizar con la actualidad necesaria para que su análisis condicione acciones y actitudes capaces de modificarlos.

El concepto de regionalización de atención neonatal fue adoptado ampliamente en 1970 en Canadá y EEUU.

La hospitalización regionalizada fue clasificada dentro de tres niveles de atención y son: nivel I para el 85% de los embarazos recién nacidos de bajo riesgo, nivel 2: para el 12% de los embarazos riesgo moderado y tercer nivel para el 3% de los embarazos riesgo alto correspondiendo al servicio de UCIN del HNP el nivel III de atención.

ANTECEDENTES:

Antes de 1940 los servicios de atención perinatal de EEUU, Canadá y Europa carecían de cualquier tipo de organización o estructura, la mayor parte de la asistencia prenatal era atendida por médico o partera.

A mediados de los años 50 con el advenimiento de la ventilación asistida se dio un decremento en la mortalidad de los recién nacidos prematuros y de riesgo que requerían apoyo ventilatorio.

Thompson y Reynolds revisaron 12 instituciones seleccionadas de EEUU, Canadá y Finlandia comparando la incidencia de mortalidad neonatal para recién nacidos antes y después de la introducción de unidades de cuidados intensivos neonatales, variando la frecuencia de un 17% a un 76% a finales de los 60 y principios de los 70(1).

Se ha encontrado una mayor incidencia de mortalidad en recién nacidos con peso al nacer de 500 a 999 g, con un 48,3% y los de 1000 a 1499 con un 55,8% (2).

Al analizar la estructura de la mortalidad neonatal en Latinoamérica en un estudio del Clap practicado sobre 281,287 nacimientos que tuvieron lugar en maternidades públicas la mayor parte de las defunciones neonatales corresponde a neonatos de bajo peso o muy bajo peso (3).

En México en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en el año de 1988 se encontró que la tasa de mortalidad en neonatos de bajo peso es de 149 x 1000 nacidos vivos, en comparación con EEUU San Antonio que reporto una mortalidad de 82 x 1000 nacidos vivos (4).

Dentro de los factores de riesgo perinatal se encuentran: preclampsia, multiparidad, ileo meconial, tórch, desprendimiento placentario, RPM, TDP, prolongado, Bradicardia Fetal, Vulvovaginitis, IVU, etc.(4).

La mortalidad va a ir asociada a factores de riesgo de ingreso en los neonatos (5).

Las terapias de cuidado perinatal surgen con el objetivo de disminuir la mortalidad en el periodo neonatal principalmente los recién nacidos de alto riesgo y de bajo peso al nacer (5).

Las tasas de mortalidad neonatal en los países desarrollados son muy bajas en comparación de los países subdesarrollados. Los países con menor mortalidad neonatal reportada son: Suecia, Noruega, Japón, Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica. De los países Europeos, Hungría es de los que tiene una tasa de mortalidad más alta. (6)

Tasas de mortalidad neonatal internacional

PAIS	TASA
NORUEGA	6.86
JAPON	7.13
DINAMARCA	8.64
CANADA	11.14
ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA	12.30
ISRAEL	14.75
CHECOSLOVAQUIA	16.05
HUNGRIA	17.09

Fuente: Lee, Paneth, Garner, *Pediatrics*, 97, 1980.

América latina y el Caribe presentan niveles de mortalidad neonatal más bajos que África y Asia, y más elevados que los que se observan en los países desarrollados, por lo general se acepta que la mortalidad neonatal tiene una relación más estrecha con factores biológicos, de ahí el consenso de que la mortalidad neonatal es más difícil de reducir, y de que para esto se requieren de esfuerzos importantes de servicios institucionalizados de mayor complejidad (7).

A continuación se presentan algunas de las tasas de mortalidad neonatal en Latinoamérica.

Tasas de mortalidad neonatal en Latinoamérica.
1978

PAIS	TASA
ARGENTINA	22.2
COLOMBIA	18.8
GUATEMALA	29.6
MEXICO	21.7
PANAMA	17.6
ECUADOR	15.9
CUBA	14.6

Fuente: Salud materno infantil y atención primaria en las Américas, OPS 1984.

En relación a México, las tasas de mortalidad neonatal han disminuido en los últimos 20 años. La siguiente tabla, muestra la tasa de mortalidad neonatal temprana en México (8)

Tasas de mortalidad neonatal temprana en México

ANO	TASA
1961	16.4
1963	14.8
1965	14.3
1967	14.7
1969	15.3
1971	14.6
1973	12.8

Fuente: Villalobos, Vargas, Eguía, Liz y Delgado
Bol. Med. Hosp. Infant. 36, 1979.

En la ciudad de México cerca del 87% de los nacimientos, ocurren en centros hospitalarios, sin embargo a pesar de la amplia cobertura, la mortalidad perinatal se mantiene a niveles elevados, 30 por mil nacidos vivos para el año de 1984 (9).

En un centro de atención perinatal de tercer nivel con el objetivo de analizar la morbilidad y mortalidad de los neonatos de bajo peso al nacer, se estudiaron 415 neonatos cuyos criterios de inclusión fueron el de peso menor a 2,500g al nacer y de exclusión, la presencia de malformaciones congénitas mayores. La población se dividió para su estudio en tres grupos (menores de 1,000 g de 1000 a 1,499g y de 1,500 a 2,499g y cada grupo se dividió de acuerdo a su trefismo en adecuados (aeg) y pequeños (peg) para la edad gestacional y prematuréz extrema las tasas de mortalidad fueron mas elevadas en el grupo de los menores de 1000 g.

Del total de la población el 33% correspondió a neonatos peg y el 67% a neonatos aeg, la morbilidad intrahospitalaria presentada fue diferente para cada grupo de estudio, siendo los neonatos peg los que menor morbilidad y menor número de días de estancia intrahospitalaria presentaron independientemente del peso al nacer en nuestro estudio no hubo diferencias observadas en relación al grado de asfíxia al nacer y el trefismo por lo que se considera que la menor morbilidad de los peg se debió a que estos nacieron en buenas condiciones (4)

En este estudio se observó que la frecuencia del bajo peso al nacer fue del 18.6%.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la incidencia de morbimortalidad en la sala de UCIN.
- 2.- Determinar la frecuencia de las diferentes patologías observadas en UCIN.
- 3.- Determinar los factores de riesgo perinatales que la condicionan.
- 4.- Determinar las condiciones clínicas que correlacionen con una mayor mortalidad en nuestro servicio.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

1er. criterio. Propósito B) Descriptivo

4to. criterio. Dirección en el tiempo A) Transversales: Casos y controles.: Retrospectivo

MATERIAL Y MÉTODOS :

Fueron estudiados en forma retrospectiva todos los recién nacidos ingresados al servicio de Ucin total 219 pacientes en el Hospital para el Niño Poblano durante el tiempo comprendido entre el 1ero. de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1993.

Las variables estudiadas fueron las siguientes :

Factores maternos recién nacidos, de alto riesgo, edad gestacional, manejo, apoyo ventilatorio, terapéutica diagnósticos al ingreso, egreso y complicaciones ...

Factores de riesgo perinatal asociados a mortalidad .

- Bajo peso al nacer
- Edad materna menor de 18 o mayor de 35 años
- Multiparidad
- Sexo masculino
- Raza
- Malformaciones congénitas
- Apgar al minuto menor de 3
- Cuidados prenatales
- Carga genética
- Clase social
- Estado civil
- Educación materna
- Prematurez
- Complicaciones medicas maternas
- Complicaciones obstétricas y maternas
- Estado nutricional
- Uso de alcohol y drogas
- Tabaquismo
- Partos previos

La relación de bajo peso al nacer con mortalidad se ha documentado como uno de los principales factores de riesgo perinatal (10)

Con respecto a la edad gestacional, la mortalidad es mayor en los menores de 35 semanas de gestación . Las edades maternas menores de 18 años y/o mayores de 35 años, son consideradas como no óptimas para la procreación, siendo un factor significativo de riesgo(11).

En mujeres con uno o mas hijos vivos, el riesgo de mortalidad, no aumenta, con la edad materna, pero en mujeres sin hijos vivos, el riesgo aumenta con la edad por arriba de 35 años (12)

RESULTADOS:

1- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA

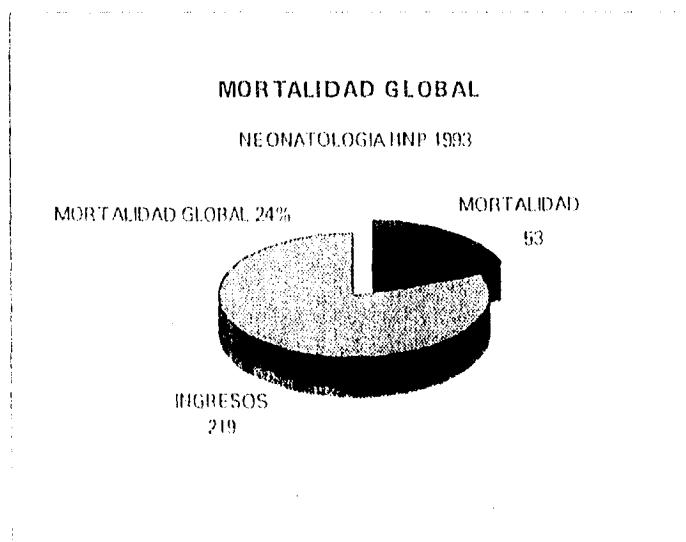
Las características generales de los pacientes de ingreso a UCIN son en un porcentaje alto enviados de unidades de traslado de 1er. y 2do. nivel, otros de su domicilio, atendidos por empírica con mala atención en la etapa perinatal con una alta incidencia de factores de riesgo maternos, multiparidad, control prenatal inadecuado, con eventos hipoxicos al nacer no recuperados en forma adecuada y en ocasiones trasladados por familiares.

Siendo el 16% de los pacientes ingresados con una edad cronológica menor de 24 horas promedio de 8 horas mientras que el resto ingresan con una edad cronológica menor a 24 horas promedio de 8 horas y el resto ingresan con una edad mayor o igual a 24 horas (promedio de 8 días rango entre 1 y 28 días) .

Con antecedentes perinatales en alta frecuencia de asfixia moderada y severa con apgar bajo a su ingreso generalmente.

- 1.1- El total de pacientes ingresados a Ucin durante el año de 1993 fue de 219 pacientes los cuales se distribuyeron en tablas y gráficas de acuerdo a peso edad gestacional, morbilidad y mortalidad
- 1.2- De los pacientes ingresados : 219 correspondieron un total de RN vivos de 166 ocupando el 75.7% y-
- 1.3- De los cuales fallecieron 53 pacientes siendo la mortalidad global de un 24.7% (ver gráfica D) comparado con la literatura mundial en las salas de UCIN nacionales e internacionales la mortalidad varia de un 23 a un 27%.....

Ver gráfica 1

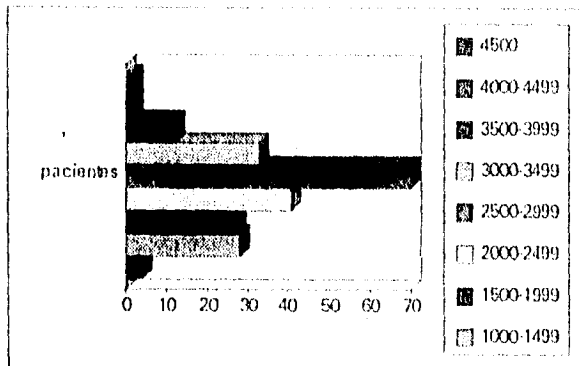


La distribución por grupos de peso fue de la siguiente forma (Ver tabla 2):

1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DE RN POR GRUPOS DE PESO

500-999	gms	4 PACIENTES
1000-1499	gms	28 PACIENTES
1500-1999	gms	27 PACIENTES
2000-2499	gms	41 PACIENTES
2500-2999	gms	70 PACIENTES
3000-3499	gms	33 PACIENTES
3500-3999	gms	12 PACIENTES
4000-4499	gms	2 PACIENTES
4500 g	MAS	2 PACIENTES

Ver gráfica 2



Ocupando el porcentaje más alto los RN de 2500 a 3000 gms con un porcentaje del 32% y ocupando el menor índice de mortalidad con un 7% sin embargo los RN pretérmino menores de 1000 gms ocuparon el 100% de mortalidad
Ver tabla 2-A

I-4A- DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE RN POR GRUPOS DE PESO

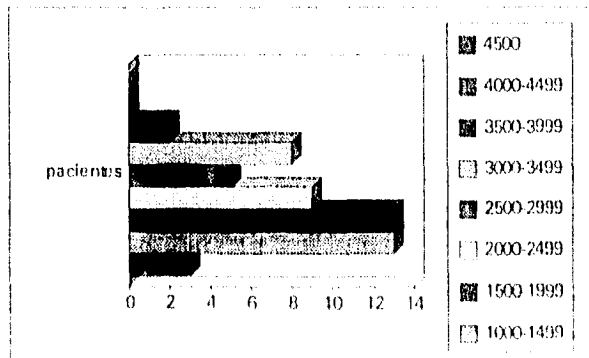
NO. PACIENTES	VIVOS
500-999GMRS	4
1000-1499GMRS	28
1500-1999GMRS	27
2000-2499GMRS	41
2500-2999GMRS	70
3000-3499GMRS	33
3500-3999GMRS	12
4000-4499GMRS	2
4500 O MAS	2

Ver tabla 3

I-4B- DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE PESO

NO DE PACIENTES	MORTALIDAD	PORCENTAJE
500-999GMRS	3	75%
1000-1499GMRS	13	46%
1500-1999GMRS	13	48%
2000-2499GMRS	9	22%
2500-2999GMRS	5	7%
3000-3499GMRS	8	24%
3500-3999GMRS	2	17%
4000-4499GMRS	0	0%
4500GMRS O MAS	0	0%

Ver gráfica 3



1.5-A--DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE RN CON BAJO PESO AL NACER

Se refiere a todo RN por abajo de 2500 gms y cuya causa fundamental va a ser un retardo en el crecimiento intrauterino la cual es una alteración del crecimiento fetal que afecta al 3 y al 10% de todos los embarazos.

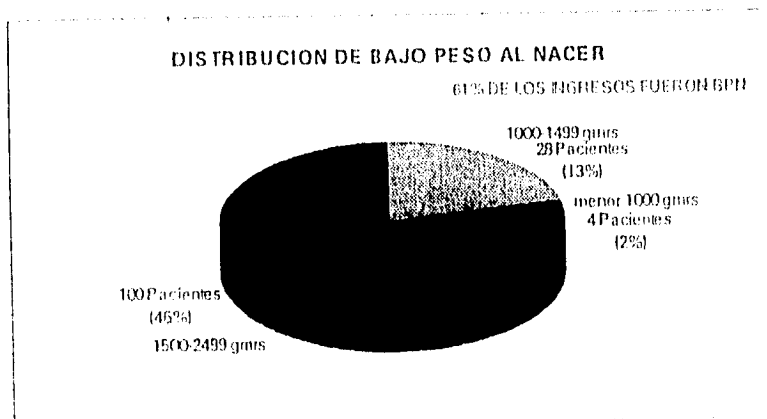
El crecimiento fetal no sigue una línea recta, sino una curva conformada por diferentes períodos de aceleración. Las primeras 20 semanas se caracterizan por un crecimiento en base a mitosis celular (período de hiperplasia) con lo que adquiere en este período aproximadamente un 20% del peso definitivo. En las segundas veinte semanas, el crecimiento fetal se caracteriza por un aumento del tamaño celular (período de hipertrofia) adquiriendo así el 80% del peso final.

La etiología del retardo en el crecimiento intrauterino va a estar dada por factores genéticos en un 40% y en un 60% debido al medio ambiente fetal.

El 61% de los ingresos durante el año de 1993 fueron de bajo peso al nacer (BAJO PESO AL NACER).
Ver tabla 4

1500-2499 gms	100 pacientes	46%
1000-1499 gms	28 pacientes	13%
menor 1000 gms	4 pacientes	2%

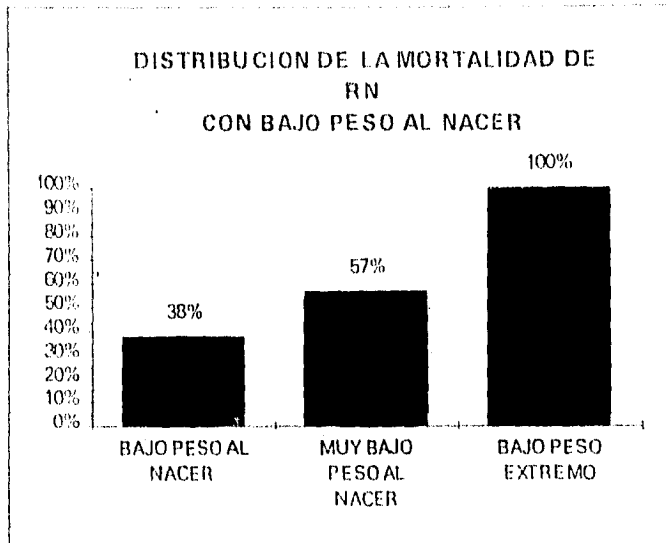
Ver gráfica 4



1.5-B DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD DE RN CON BAJO PESO AL NACER
Ver tabla 5

PESO AL NACER	NUM PAC	PORCENTAJE
BAJO PESO AL NACER	38 PAC	38%
MUY BAJO PESO AL NACER	16 PAC	57%
BAJO PESO EXTREMO	4 PAC	100%

Ver gráfica 5

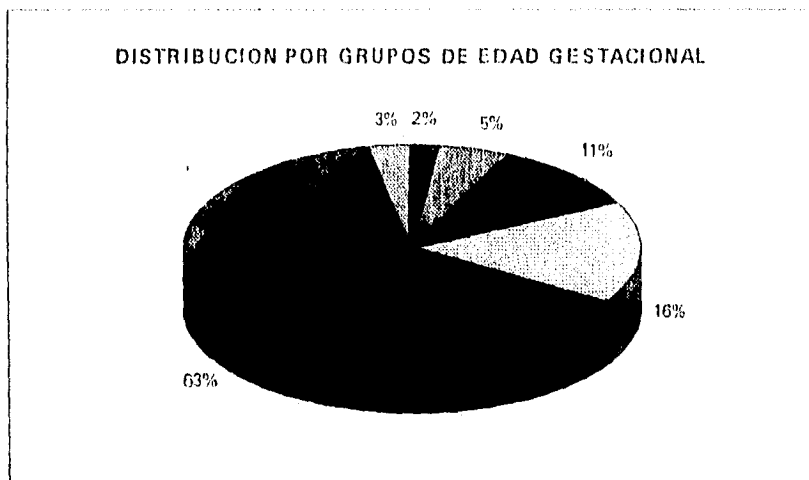


Ver tabla 6

1-6- LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE RN DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL

SEM. DE EDAD GESTACIONAL	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
MENOR DE 28SEM	6	2%
28 A 30 SEMANAS	10	5%
31 A 33 SEMANAS	24	11%
34 A 36 SEMANAS	34	16%
37 A 41 SEMANAS	138	63%
MAS DE 42 SEMANAS	7	3%

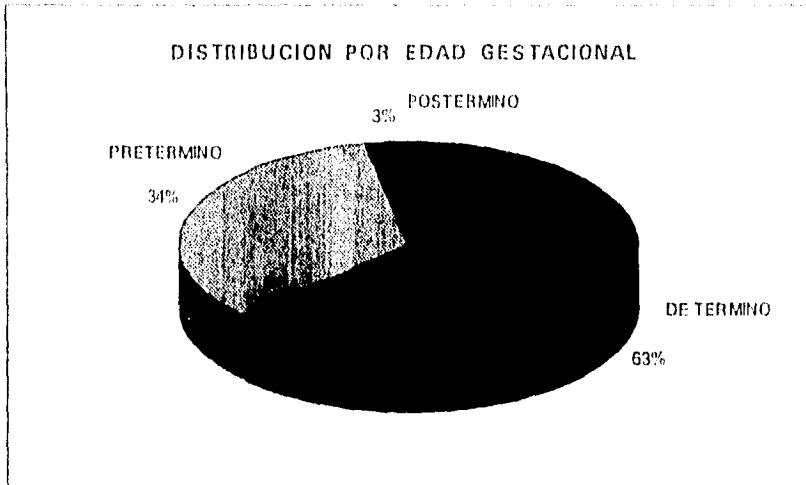
Ver gráfica 6



1.6-A LA DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE RN DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL.
1993

DISTRIBUCION POR E.G.		NO PAC.	PORCENTAJES
A) TERMINO	(EG MAYOR DE 37 SEM Y MENOR DE 42SEM)	138	63%
B) PRETERMINO	(MENOR DE 37SEM EG)	74	34%
C) POSTERMINO	(EG MAYOR DE 42 SEM)	7	3%

Ver gráfica 7

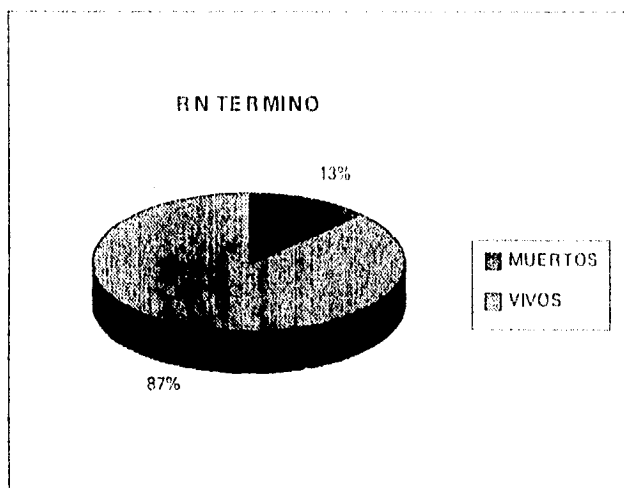


Ver tabla 8

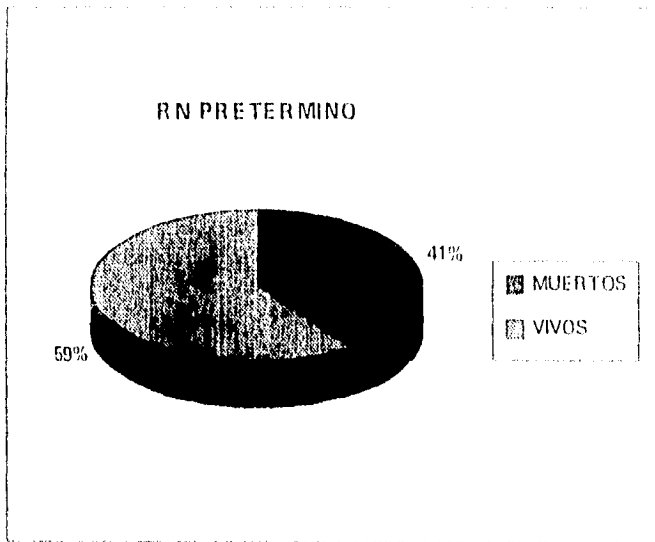
I-6-B-. LA DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR EDAD GESTACIONAL 1993

DISTRIBUCION POR E.G.	MORTALIDAD	PORCENTAJES
RN TERMINO	18 PAC	13 %
RN PRETERMINO	30 PAC	40 %
RN POSTERMINO	5 PAC	71 %

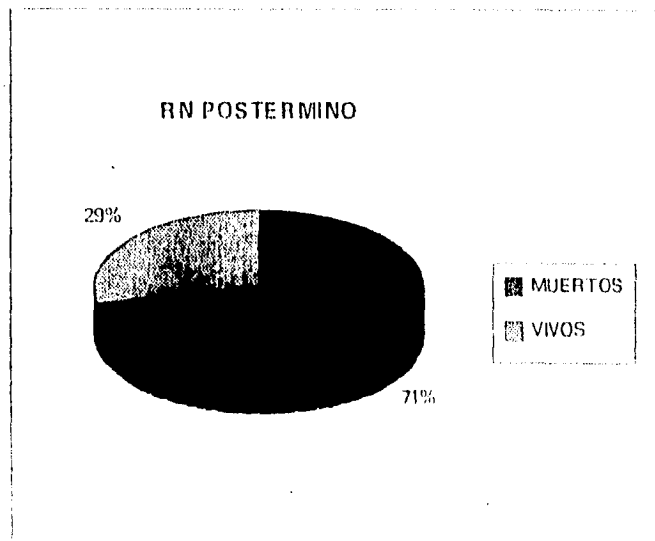
Ver gráfica 8



Ver gráfica 9



Ver gráfica 10

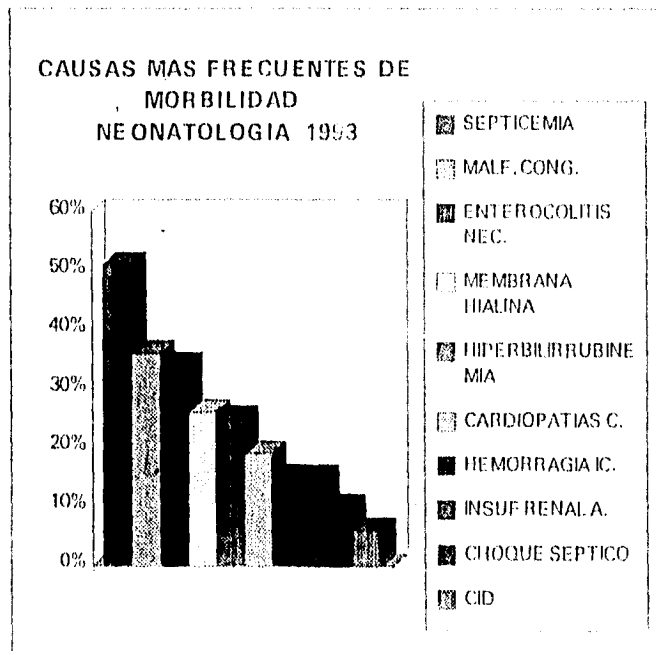


Ver tabla 9

II- CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD NEONATOLOGIA 1993

CAUSAS	NO PAC	PORCENTAJE
1. SEPTICEMIA	113 PAC	51 %
2. MALF. CONG.	79 PAC	36 %
3. ENTEROCOLITIS NEC.	71 PAC	34 %
4. MEMBRANA HIALINA	57 PAC	26 %
5. HIPERBILIRRUBINEMIA	56 PAC	25 %
6. CARDIOPATIAS C.	42 PAC	19 %
7. HEMORRAGIA IC.	32 PAC	15 %
8. INSUF RENAL A.	32 PAC	15 %
9. CHOQUE SEPTICO	22 PAC	10 %
10. CID	13 PAC	6 %

Ver gráfica 11



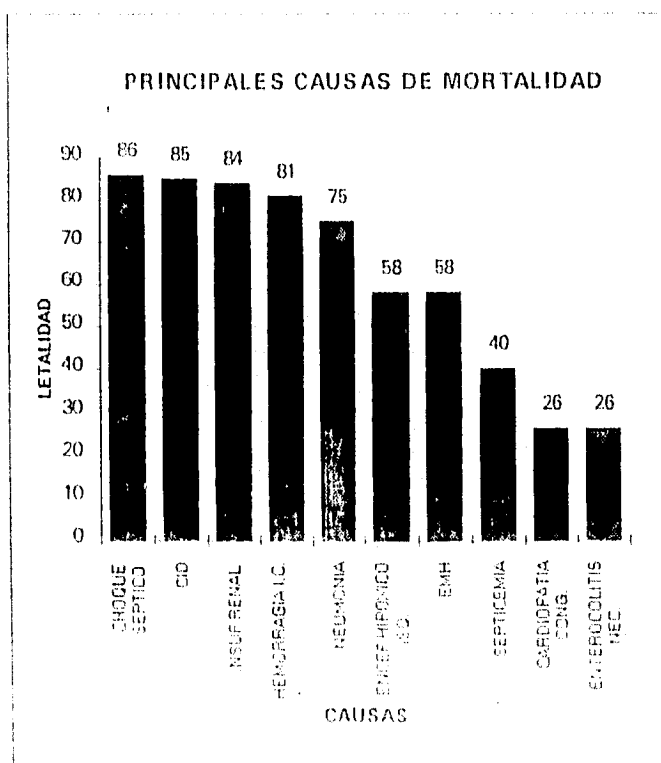
Ver tabla 10

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 1993
LETALIDAD

CAUSAS	LETALIDAD (%)
1.- CHOQUE SEPTICO	86
2.- CID	85
3.- INSUF.RENAL	84
4.- HEMORRAGIA I.C.	81
5.- NEUMONIA	75
6.- ENCEF.HIPOXICO ISQ.	58
7.- EMH	58
8.- SEPTICEMIA	40
9.- CARDIOPATIA CONG.	26
10.- ENTEROCOLITIS NEC.	26

LETALIDAD: (Total de muertes por enfermedad X) / (Total de enfermos por enfermedad X) x100.-

Ver gráfica 12



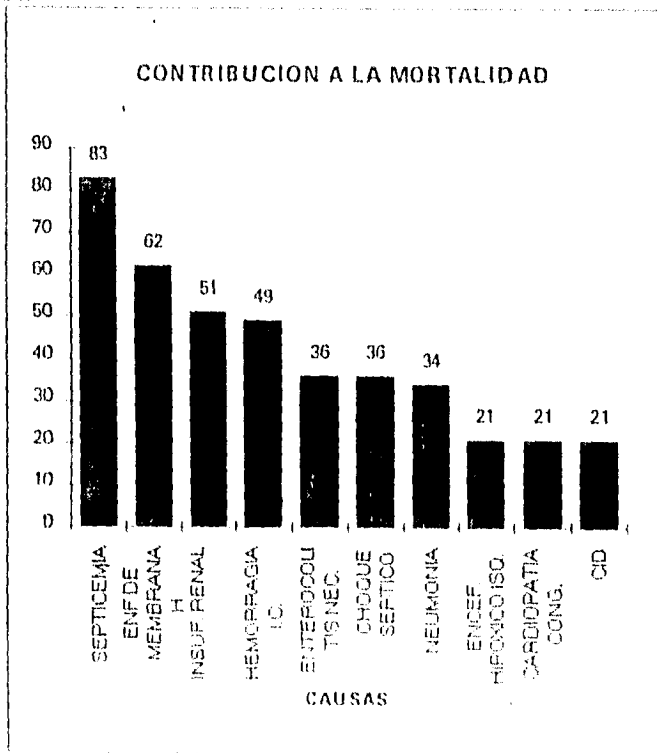
Ver tabla 11

CAUSAS DE MORTALIDAD (1993)
CONTRIBUCION A LA MORTALIDAD

CAUSAS	CONTRIBUCION A LA MORTALIDAD (%)
1.- SEPTICEMIA	83
2.- ENF. DE MEMBRANA H.	62
3.- INSUF. RENAL	51
4.- HEMORRAGIA I.C.	49
5.- ENTEROCOLITIS NEC.	36
6.- CHOQUE SEPTICO	36
7.- NEUMONIA	34
8.- ENCEF. HIPOXICO ISQ.	21
9.- CARDIOPATIA CONG.	21
10.- CID	21

CONTRIBUCION A LA MORTALIDAD (Total de muertes por enfermedad X) / (Total de muertes) X 100.

Ver gráfica 13



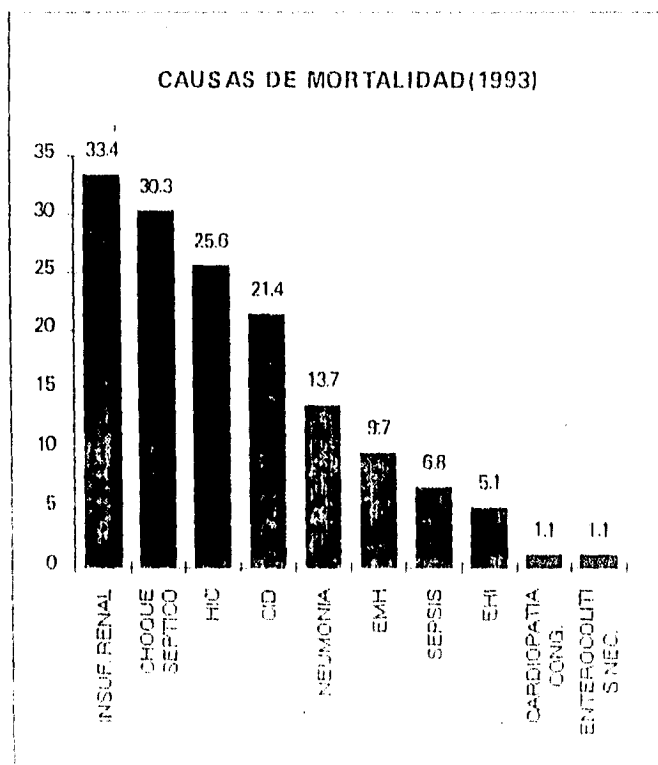
Ver tabla 12

CAUSAS DE MORTALIDAD (1993)
PROBABILIDAD DE FALLECER

CAUSAS	RAZON DE MOMIOS
1.- INSUF. RENAL	33.4
2.- CHOQUE SEPTICO	30.3
3.- IHC	25.6
4.- CID	21.4
5.- NEUMONIA	13.7
6.- EMH	9.7
7.- SEPSIS	6.8
8.- EHI	5.1
9.- CARDIOPATIA CONG.	1.1
10.- ENTEROCOLITIS NEC.	1.1

RAZON DE MOMIOS : (AXD) / (BX C)

Ver gráfica 14



DISCUSION

De los Recién Nacidos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el 80% de la población proviene de medio socioeconómico bajo. Siendo este un factor predisponente de riesgo muy alto.

Se sabe que la Mortalidad Neonatal esta determinada por factores, prenatales, transnatales, y postnatales.

Dentro de los factores prenatales se atribuyen a las complicaciones del embarazo: Como Enfermedad Hipertensiva del embarazo, Inserción Normal de placenta diabetes gestacional, ó materna, preeclampsia, complicación de la placenta y el cordón, Retardo en el crecimiento intrauterino, Enfermedad hemolítica del RN. Complicaciones del Trabajo de parto, Trauma obstétrico, hipoxia intrauterina, Síndrome de Dificultad Respiratoria, Kernicterus, Infecciones, Hemorragias afecciones endocrinas y metabólicas.

De los factores prenatales de las complicaciones mas frecuentes del embarazo fueron complicaciones del TDP, Trauma obstétrico e hipoxia intrauterina en un 50%.

La mortalidad Neonatal, se analizo por tres causas: por etiología, por grupos de peso y edad gestacional.

La relación del peso al nacer y la mortalidad neonatal, se ha documentado en varios reportes (3 , 7 y 9) y la menor mortalidad se registra en los que pesan mas de 2500 gms entrófticos.

Los Recién nacidos de bajo peso extremo menores de 1000 gms ocuparon una mortalidad del 100% la patologia de ingreso fue Enfermedad de membrana hialina ENC e IRA, diferente a la mortalidad reportada por Rivera Rueda y cols. en Febrero de 1991 en el Instituto Nacional de Perinatalogia que fue del 86% (9), así mismo difiere a lo reportado en Estados Unidos cuya mortalidad en este grupo de edad es del 40% (10).

En cuanto a la mortalidad por peso, los mayores de 4500 gms tuvieron como motivo de ingreso Síndrome de Aspiración de Meconio Masiva, sin aspiración selectiva efectuada y trasladados después de 24 hrs de VEU con Hipertensión pulmonar persistente como patologia secundaria de 4 pacientes Ingresados no se reportó mortalidad solo estancia prolongada y secuelas como Displasia Broncopulmonar, Dentro de la distribución por edad gestacional, los RN de término ocuparon un 63% de la población y ocupando la mortalidad mas baja con un 13% Los RN posttérmino ocuparon una mortalidad del 71% ya que la fecha de ingreso al hospital fue mayor de 8 días multifinajados y complicados con Sepsis, ENC e IRA en un 70%

Las 3 causas mas frecuentes de morbilidad en UCIN fueron Sepsicemia con un 51%, el 2do lugar lo ocuparon las malformaciones congénitas con un 36% y ENC con 34%.

Las tres principales causas de mortalidad lo ocuparon en primer lugar Choque séptico con un 86%, CID con un 85% e Insuficiencia Renal Aguda con un 84%, Concluyendo así que la morbilidad del servicio se ve reflejada por causa de Sepsicemia.

CONCLUSIONES :

- 1.- La morbilidad observada en la sala de UCIN la ocupan en orden de frecuencia las siguientes tres patologías , Septicemia, Malformaciones Congénitas , ENC.
- 2.- Las 3 principales causas de mortalidad fueron Choque Séptico, CID e IRA.
- 3.- La morbimortalidad observada en la sala de UCIN durante el año de 1993 se asoció, a BPN (61%) Asfixia Perinatal un 50% y medio socioeconómico bajo con un 80%.
- 4.- La primera causa de mortalidad fue Septicemia con un 83% .
- 5.- La mortalidad Neonatal temprana está inversamente relacionada al peso y a la edad gestacional al nacer.
- 6.- No es la vía de resolución del embarazo, la que determina la mortalidad neonatal, sino la oportunidad de la resolución
- 7.- La asfixia al nacimiento es uno de los factores que más se asocian a muerte neonatal, siendo a su vez originada en alguna medida por los errores cometidos durante la resolución del embarazo.
- 8.- El pronóstico de los menores de 32 semanas no depende de la vía de nacimiento por lo que habrá que plantear la importancia de otros factores transnatales que ayuden a mejorar el mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Horbar J.D. McAuliffe et al Variability in 28 day outcomes for very low birth weight infants: An Analysis of II neonatal intensive care units Pediatrics 1988; 82:554-559.
2. Phels D.L. Brown D.R. Tung H. et al 28 days survival rates of 6676 neonates with birth weights of 1250gms or less Pediatrics 1991, 87:7-17.
3. Tarnow-Mordi Wogston et al Predicting death from initial disease severity in very low birth weight infants Br Med Journal 1990 .300. 1611-1614
4. Hack M Horbar JD Mallow MH et al very low birth weight outcomes of the National Institute of Child head and human Development neonatal Network Pediatrics 1991.87.587-597.
5. Paneth N Wallenstein S Kiely JL et al Social class indicators and mortality in low birth weight infants Am J Epidemiology 1982 -116: 364-375
6. Richardson D gray et al Score for neonatal acute physiology Pediatric Research 1991-29-262-A
7. Paul R Swyer et al Neonatal Mortality history and evolution Acta Paediatr Suppl 385-1-18--1993
Sims D.G. Wynn et al Outcome for newborn babies declined admission to a regional neonatal intensive care unit Arch Dis Child Y982:57-334-7
9. Rivera Rueda -Glez Treviño et al Morbidity and mortality in low birth weight newborns Bol,Med Hosp Infant Mex Vol.48 Num 2 Feb 1991
10. Jeffrey D Horbar ,Lynn Onstad et al Predicting mortality risk for infants weighting 501-1500gms at birth Critical care Medicine Vol 21 No 1 1993.