

11237

8
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
Dirección General de Servicios de Salud del
Departamento del Distrito Federal

CIUDAD DE MEXICO
Servicios **DDF**
Médicos

Dirección de Enseñanza e Investigación
Departamento de Posgrado

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA MEDICA**

Morbimortalidad en la Sala de Neonatología del Hospital Pediátrico Xochimilco del D. F.

T E S I S
Que para obtener la Especialidad de
P E D I A T R I A M E D I C A
P r e s e n t a
Dr. Jaime Antonio Becerra Camacho

Asesores de Tesis: **DR. CLEMENTE LARA ABAD**
DR. SILVERIO CASTRO ROBLES

México, D. F.



TESIS CON
FALLA DE ORCEN

275903

1999



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.

SIN

PAG INACCION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEANZA E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN

P E D I A T R I A M E D I C A

MORBIMORTALIDAD EN LA SALA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL PEDIATRICO
XOCHIMILCO DEL D.D.F.

TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICO OBSERVACIONAL

PRESENTA

DR. JAIME ANTONIO BECERRA CAMACHO

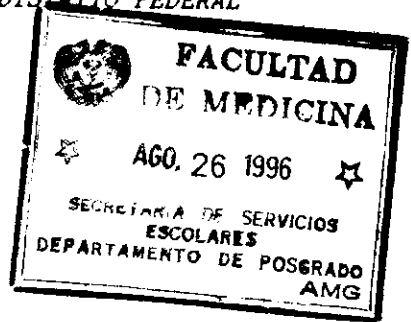
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

ASESORES DE TESIS

DR. CLEMENTE LARA ABAD.
DR. SILVERIO CASTRO ROBLES

1994

**DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL**



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

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

*A MIS PADRES
CON CARINO...*

A MIS HIJOS:

*JAIME. PARA QUE ESTA TESIS
SIRVA DE ALIENTO EN TU FUTURO...*

*A ZACIL E ITZE
MIS DULCES ILUSIONES...*

A LOS TRES EL GRAN AMOR DE MI VIDA

I N D I C E

1.	<i>RESUMEN</i>	1
2.	<i>INTRODUCCION</i>	2
3.	<i>MARCO TEORICO</i>	4
4.	<i>MATERIAL Y METODO</i>	8
5.	<i>RESULTADOS</i>	10
6.	<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	14
7.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	16
8.	<i>ANEXOS</i>	18

1.- RESUMEN:

El presente estudio observacional, longitudinal, descriptivo y retrospectivo, fue realizado en el Hospital Pediátrico de Xochimilco de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal.

La morbilidad perinatal, se considera actualmente la principal causa de ingreso a hospitalización, en prácticamente todos los países del mundo y en los que se observan, altos índices de mortalidad, sigue siendo un problema de salud pública, y una de las primeras causas de ingreso a hospitales pediátricos y/o de especialidad neonatal. En nuestro país se desconoce la frecuencia real, ya que no existen estadísticas específicas, y que no son adecuados totalmente los índices de valoración, puede ser más alto de lo reportado. Las tasas reportadas en el Distrito Federal son del 29.0 x 1,000 describiendo así las del Instituto mexicano del seguro social 19.0 x 1,000 de esta misma entidad. Esto muestra una gran diferencia con respecto a los países de alto desarrollo tecnológico (Suecia, Estados Unidos de Norteamérica), con tasas menores de 10.0 x 1,000.

El presente trabajo, se realiza para conocer la morbimortalidad neonatal en un hospital de segundo nivel de atención ya que sigue siendo un problema grave. Instituciones especializadas en la atención del recién nacido, toman en cuenta indicadores: edad gestacional, el peso, sexo, edad materna, pérdidas fetales, datos de evolución del embarazo, trabajo de parto y las condiciones de nacimiento, por lo tanto se mantiene una

vigilancia estrecha con especial atención al recién nacido de peso bajo y edad gestacional menor, que son indicadores de mayor riesgo.

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes que ingresaron a la sala de neonatología en el período comprendido del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992. Describiendo parámetros como: sexo, peso, APGAR, Silverman, vía de nacimiento, patologías más frecuentes, signos y síntomas, tasa de morbimortalidad, egresos por mejoría y defunciones.

Se ingresaron 304 pacientes, encontrando que las principales causas de morbilidad y mortalidad son ictericia, asfixia perinatal, síndrome de dificultad ventilatoria, enterocolitis necrozante, sepsis, encefalopatía hipóxico isquémica, síndrome de aspiración de meconio, intoxicación por atropínicos, entre otras. Los signos y síntomas más frecuentes son: la ictericia, fiebre, dificultad respiratoria y hepatomegalia o esplenomegalia.

De los 304 ingresos, 130 (43%) pertenecen al sexo masculino y 174 del sexo femenino (57.2%). Se encontró que el peso promedio fue de 3,165 gramos, con un máximo de 5,300 gramos y un mínimo de 700 gramos. Se obtuvieron por parto eutócico 172 (57%), distócico 48 (15%) cesareas 24 (9%) y fortuitos 60 (20%).

Por ser un hospital de población abierta en la mayoría de los casos se desconocen las valoraciones básicas y/o tratamientos iniciados, lo que incrementa las tasas de morbimortalidad.

A menor edad gestacional y peso, se incrementa la morbimortalidad.

2.- INTRODUCCION:

La morbilidad perinatal, se considera actualmente la principal causa de ingreso a hospitalización, en prácticamente todos los países del mundo y en los que se observan, altos índices de mortalidad, sigue siendo un problema de salud pública. Las tasas reportadas en el Distrito Federal son del 29.0 x 1,000 describiendo así las del Instituto Mexicano del Seguro Social 19.0 x 1,000 de esta misma entidad. Esto muestra una gran diferencia con respecto a los países de alto desarrollo tecnológico (Suecia, Estados Unidos de Norteamérica), con tasas menores de 10.0 x 1,000. (2.4.14.15)

En la actualidad las instituciones que se especializan en la atención del recién nacido han desarrollado tablas de evaluación y escalas para medir el riesgo y la morbimortalidad de estos. En la sala de neonatología del Hospital Pediátrico Xochimilco no se cuentan hasta el momento con índices de morbimortalidad, por lo que el presente estudio se realiza para determinar cuales son las principales variables encontradas y que inciden en la morbimortalidad neonatal. (2,3,4,6,9). Se revisaron los expedientes clínicos de todos los niños que ingresaron a la sala de neonatología del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992. Analizando peso, edad gestacional, APGAR, Silverman, así como signos y síntomas más frecuentes, las diez causas más frecuentes de morbimortalidad, así como sus tasas.

3. - MARCO TEORICO :

La muerte neonatal es mayor conforme al peso del producto es menor ,Los recién nacidos inmaduros tuvieron una mortalidad de 80% los preamtuos registraron una mortalidad del 11% estas cifras se contrastan con la mortalidad de los productos de término 0.35% En nuestro país ocupa el tercer lugar de mortalidad precedidas solo de Las infecciones pulmonares y gastrointestinales. Se refiere por las instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social que existe un importante subregistro y la carencia de estadísticas actuales en la Republica Mexicana en general. Las tasas reportadas en el país son del 29.5% . En el Instituto Mexicano del Seguro Social la tasa es de 29.0 x 1,000, comparando con la tasa de los Estados Unidos y Suecia 10 X 1000. Se considera que se tiene que tener una politica que considere abatir los factores básicos del riesgo de morbinmortalidad perinatal, socioeconomicos, biologicos, mejoramiento de la atención perinatal medico-obstetrica y en general la educación para la salud. (1,2,4,6,8,12,15,).

Las tasas de mortalidad en el Hospital de gineco-obstetricia, del Centro medico la "raza", indican que de un total de 32,527 nacimientos , en tres años, 1985-1987, hubo 31,073 recién nacidos vivos y 1444 mortinatos y 710 muertes neonatales ebdomamarias, notando que existe una mayor mortalidad, en cuanto el peso del producto es menor y que son mas los productos que nacen muertos que los que nacen vivos y luego mueren. Los productos mayores de 500 a 900 gramos, tuvieron una mortalidad del 80%, en comparación con los de Los Estados Unidos de Norteamerica, que reportan mortalidad del

40 al 60%. En los prematuros se reporta una mortalidad del 11% y en los de término, un porcentaje global del 0.35%, es de notar que de 412 casos, mueren 34% por enfermedad de membrana hialina y un 33% por inmadurez orgánica generaliza, por peso menor de 1000 gramos, un 11% presentó sépsis, 7% por malformaciones congénitas y el restante 15% por causas poco frecuentes.

Al analizar la estructura de la mortalidad neonatal en Latinoamérica, un estudio de CLAP practica sobre 281,287 nacimientos que tuvieron lugar en maternidades publicas de la región demostro que la mayoría de las defunciones neonatales corresponden a los neonatos de bajo peso y muy bajo peso. (Tabla I)

Asi mismo, esta investigación comprobo que en las instituciones que se analizaron de la región existe una mayor mortalidad neonatal que la que se observa en los países desarrollados. Este hecho se debe a una mayor frecuencia del bajo peso al nacer (Tabla II), como a una mayor letalidad especifica en los diferentes intervalos de peso, en el momento del nacimiento (14).

Tabla I.

CONTRIBUCION DEL BAJO PESO A LA MORTALIDAD
NEONATAL EN LATINOAMERICA

Peso al nacer (gramos)	No. de naci- mientos vivos	No. muertes neonatales	Mortalidad neonatal	mortali- dad %
500-1499	3,089	1,896	613	47
500-2,499	22,979	3,128	136	78
>2500	228,084	900	4	22

Tabla II.

COMPARACION DE LA FRECUENCIA DEL BAJO PESO AL NACER
ENTRE PAISES DESARROLLADOS Y LATINOAMERICANOS

País	Año	Nacidos vivos	% Bajo peso
Suecia	1973	107,717	3.6
Japón	1973	206,629	4.1
Inglaterra	1970	16,815	6.9
USA	1977	3,148,910	7.4
Latinoamerica	1976-81	281,217	9.0

Las cifras que se presentan probablemente no sean representativas de la región latinoamericana en su conjunto, ya que pertenecen a instituciones con registros apropiados, lo que correlaciona en general con un nivel asistencial relativamente mejor al que se observa en el promedio de las instituciones.

De lo expuesto surge con claridad que para disminuir la mortalidad neonatal en la región, es necesario que confluyan efectos y acciones que tiendan a disminuir tanto la mortalidad específica en los diferentes intervalos de peso neonatal como la

frecuencia del bajo peso al nacer, a través de una mejoría de las acciones de salud perinatal y de las condiciones globales de vida de la comunidad, en especial las condiciones de los sectores mayoritarios, de menores ingresos y peores condiciones de vida. (14).

4. MATERIAL Y METODO:

Se revisaron y analizaron los expedientes clínicos del archivo del Hospital Pediátrico Xochimilco del D.D.F. de los niños que ingresaron a la sala de neonatología en el periodo comprendido del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992 y que cumplieron con los siguientes requisitos:

a) Edades comprendidas desde la etapa de recién nacido a 28 días de vidas.

b) Se clasificara a los pacientes de ingreso como inmaduro, pretermino, termino y post-maduros.

c) Forma de nacimiento: eutócico, distócico, cesarea, fortuito

d) Silverman de 0 - 4, de 5-7, >8.

e) APGAR: 0 a 4, 5 a 7, y >8

f) Datos clínicos de ingreso

- Ictericia

- Fiebre

- Dificultad respiratoria

- Hepato y esplenomegalia

Excluyendo a todos aquellos con:

a) Expediente clínico incompleto.

b) No localizados en el archivo clínico.

c) Todo paciente egresado por alta voluntarias

d) Traslado a otra unidad médica.

Para la obtención de los resultados se recolectaron datos a base de tarjeteo y paloteo de diagnósticos con signos y síntomas así como características específicas encontrados en los expedientes

clínicos del archivo de todos los recién nacidos egresados de la unidad de neonatología del Hospital Pediátrico Xochimilco. Los procedimientos estadístico utilizados son en base a la morbimortalidad, realizando tasas, índices de letalidad, porcentajes totales, expresando los resultados en cuadros, gráficas de barras y pasteles.

5. RESULTADOS :

Durante el periodo que duro el estudio, se detectaron en el servicio de Neonatología, 304 ingresos, correspondiendo por sexos, al 43% (130 pacientes) al sexo masculino y al 57% (174 pacientes) al sexo femenino. (Figura 1 y 2)

La distribucion de los pacientes por pesos y sexo, se describe en la Figura 3, en donde los recién nacidos de termino, de peso de 2501 a 3.000 gramos fueron los mas frecuentes en los dos sexos, siguiendo los de 2001 a 2500gr. Los recién nacidos menores de 1000gr en los dos sexos fueron los menos frecuentes.

En relacion al tipo de nacimiento (Figura 4 y 5), se observo que el 56% (172 pacientes) son obtenidos por eutocia, por distocia el 16%, (48 pacientes), por cesarea el 8% (24 pacientes) y por parto fortuito el 20% (60 pacientes). La distribucion en relacion al sexo por tipos de nacimiento, se describen en las mismas graficas, observando una mayor predominancia en el sexo femenino para todas ellas.

En la figura 6, se observa la valoracion de APGAR y Silverman previas a su ingreso al Hospital, en donde se detecto que en 144 pacientes (47%) se desconocio pues en la nota de ingreso no se encuentra referida estas valoraciones, tratando del APGAR se reporto solo en 57 casos (17%) pero no en 108 casos (36%), para el Silverman se reporto en 40 casos (13%), y en 120 (39%) fue negativo.

Las diez patologias mas frecuentes fueron ictericia en 42 casos (13%), Asfria perinatal 32 (14%), Síndrome de dificultad

respiratoria 31 (14%), Potencialmente infectado 27 (12%), enterocolitis necrozante 25 (11%), sépsis tardía 19 (8%), síndrome de aspiración de meconio 15 (7%), encefalopatía hipóxico isquémica 14 (6%), sépsis temprana 13 (6%), intoxicación por atropínicos 8 (4%). Véase figura 7 y 8.

Con respecto a los signos clínicos presentes al ingreso, en los pacientes predominan la ictericia en 140 casos (46%), Seguido de dificultad respiratoria en 114 casos (28%), Fiebre 24 casos (8%), Hepatoesplenomegalia 24 (8%), y crisis convulsivas en 16 casos (5%). Véase figura 9.

Las diez patologías más frecuentes de ingreso y la tasa de morbilidad por 1.000 habitantes; son la ictericia con una tasa del 34.4 %, asfixia perinatal con una tasa del 26.2%, Síndrome de dificultad respiratoria 25.4%, potencialmente infectado 22.1% , enterocolitis necrozante 20.4%, síndrome de aspiración de meconio 15.5%, encefalopatía hipoxico isquémica 12.2%, sépsis temprana 11.4%, intoxicación por atropínicos 10.6% y sépsis tardía 6.5%. Véase figura 10.

La morbimortalidad neonatal se consideró en egresos por mejoría sin considerar la causa y las defunciones totales, donde se encontró que egresaron 269 pacientes (88%), y fallecieron el 12%. Véase Figura 11.

De las diez primeras causas de mortalidad se encuentra la asfixia perinatal con 11 casos correspondiendo una letalidad específica del 34.3%, síndrome de dificultad respiratoria 11 casos con letalidad del 35.4%, enterocolitis necrozante en 8 casos

correspondiendo una letalidad 33.3%, acidosis metabólica 7 casos con letalidad del 33.1%, prematuridad 7 casos y letalidad del 36.8%, potencialmente infectado con 5 casos, con letalidad del 9.2%, enfermedad de membrana hialina 5 casos y con letalidad del 9.2%, sepsis en 4 casos y letalidad 8.3%, encefalopatía hipóxico isquémica en 4 casos y una letalidad del 66.4%, choque séptico en 18 casos y letalidad del 16.6% . Véase figuras 12 y 13.

DIEZ CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL PEDIATRICO XOCHIMILCO Y LA TASA DE LETALIDAD ESPECIFICA.

PATOLOGIA	ENFERMOS	FALLECIDOS	TASA LETALIDAD %
Asfíxia perinatal	32	11	34.3
Neumonía	31	11	35.4
E.C.N.	25	8	35.4
Acid. metabólica	24	7	33.3
Prematuridad	19	7	36.8
Pot. infectado	24	5	20.8
E.M.H.	54	5	9.2
Sepsis	48	4	8.3
E.H.I.	6	4	66.6
Choque séptico	18	3	16.6

X 100

Se clasificaron por peso los pacientes que ingresaron a sala de neonatología, 14 de ellos fueron menores de 1,000 gramos (4%), 18 con peso de 1,001 a 1500 gramos (6%), 22 con peso de 1501 a 2000 gramos (7.2%), 58 casos de 2001 a 2500 gramos (19%), 108 casos de 2501 a 3000 gramos (35%), así como 48 casos de 3001 a 3500 gramos (16%) y 36 casos mayores de 3500 gramos (12%). Específicamente por sexo. Véase figura 14 y 15.

DIAGNOSTICO DE INGRESO CON SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES

DIAGNOSTICO	ICTERICIA	FIEBRE	DIF. RESP.	HEPATO/ESPLENO MEGALIA
Ictericia	42	4	3	10
Asfixia perinat.	--	--	32	4
S.D.R.	--	2	31	8
Pot. infectado	27	3	25	6
E.C.N.	25	19	22	20
Sépsis tardia	19	19	16	19

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En el Hospital Pediatrico Xochimilco, del Departamento del Distrito Federal, en la sala de neonatología, durante el año de 1992, se reporta con una alta morbimortalidad, por arriba de la reportada en otras instituciones nacionales y que por sus características de atención a población abierta ingresa una gran cantidad de recién nacidos en los cuales no se cuenta, en la mayoría de los casos con valoraciones básicas y manejos adecuados cuando se requiere ser enviados a esta unidad, recordando que en 344 casos (80%) fueron atendidos en Hospitales, clínicas o consultorios médicos, en los cuales no se refieren y se desconocen APGAR y Silverman, indicando esta cifra un gran error de tipo médico, pues el inicio de manejo se realizó solo con datos clínicos presentes al momento de su ingreso. En algunas otras ocasiones los pacientes ingresan traídos por sus familiares desde áreas distantes al Hospital, como son el Valle de Chalco, Estado de Morelos, y pueblos circunvecinos en donde el manejo del niño, así como la atención del parto fue realizado por personal empírico, en los cuales inician manejos de medicina tradicional que incrementa su riesgo de morbimortalidad.

Es importante mencionar que las patologías que se presentan es de tipo infeccioso y en segundo lugar las enfermedades propias del recién nacido prematuro, encontrando también alta frecuencia de intoxicación por atropínicos.

Tomando en cuenta los resultados antes mencionados se debe de realizar un esfuerzo por parte del personal médico para realizar un

interrogatorio lo mas completo posible y tratar de conocer e identificar datos clinicos que nos hablan de gravedad, especificamente los relacionados con signos clinicos que hablan de patologia infecciosa .Se debe de solicitar a los médicos o instituciones que refieren pacientes una adecuada valoración de APGAR y Silverman y la clasificación de la edad gestacional y el tipo de obtención pues es importante para brindar una completa y adecuada atención. Y mejorar la escasa información que existe en los expedientes revisados. Tambien de ingreso se debe de realizar una valoración dentro de la sala de neonatología para corroborar los diagnosticos de traslado pues comparativamente pueden ser otros diagnosticos que no siendo valorados pueden incrementar importantemente la mortalidad o las secuelas neurológicas de los pacientes. Este trabajo se realizo para conocer y revalorar a nivel del personal medico los ingresos que son incompletos en un gran porcentaje recordando los 144 pacientes que no tienen valoraciones de APGAR o Silverman, error que es corregible si se realiza una investigacion mas acuciosa en las unidades que solicitan el apoyo de la unidad.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Avery ME Tacush RW. *Enfermedad del recién nacido*. 5a edición. Esmalco Madrid 1986-1-6.
2. Avila FR Ramirez GL Alpuche AC. Arredondo GJ. Santos PG. *Infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico*. Salud Publica. de Mexico. 1986 28-66-16-622.
3. Gomez GM. *Morbilidad en una sala de Neonatología*. Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico. 1986 43:294-299.
4. Diaz del Castillo E. *Pediatría perinatal*. Editorial Interamericana. 3a edición 1988: 1-30.
5. Jasso JL. *Manual de Neonatología práctica*. Manual Moderno. 1983: 216-17.
6. Langer A. Arroyo P. *La mortalidad neonatal en el Instituto Nacional de Pediatría*. Bol. Médico del Hospital Infantil de Mexico. 1986; 40: 618-623.
7. Lima DG. Diaz del Castillo EG. Espinoza ELR. *Epidemiología del Síndrome de dificultad ventilatoria. (SDV)*
8. Berlanga-Volado OM. Herminio FP. *Morbilidad de una sala de neonatología en un segundo nivel*. Bol. del Hospital Infantil de Mexico. Vol. 47. Enero 1990: 1: 26-30
9. Humberto Lozano C. Piña Ceballos MA. y Cois. *Uso terapéutico del surfactante pulmonar en la enfermedad de membrana hialina*. Bol. Médico del Hospital Infantil de Mexico. Vol 50. Julio 1993 481-491.

10. Thomas B. Newman, MD. M. Jeffrey Maisels MB. Evaluación y tratamiento de la ictericia en el recién nacido de término: un enfoque menos agresivo. *Pediatrics*, Vol 33 No. 5, Mayo 1992; 242-270.
11. M Jeffrey Maisels MB. BCH I Elizabeth Kring, RN. El riesgo de sepsis en el recién nacido con una intensa hiperbilirrubinemia. *Pediatrics*, Vol. 34. No 5 Noviembre 1992, pag 240-242.
12. Carol Lynn Berseth, BS, MD. Hila GL McCoy BS, MD. La asfixia neonatal altera la motilidad intestinal de los recién nacidos a término. *Pediatrics*, Vol 34. No 5, Noviembre 1992.
13. Yescas Buendia Gabino, Enrique Urieta Mora. Conjuntivitis neonatal por *Chlamydia trachomatis*. *Bolet. Medico Hospital Infantil de Mexico*, Vol 50 No 8, Agosto 1990, pagina 570-577.

**Población de ingreso en la sala de neonatología
por sexos**

del 1^a de Enero al 31 de Diciembre de 1992

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

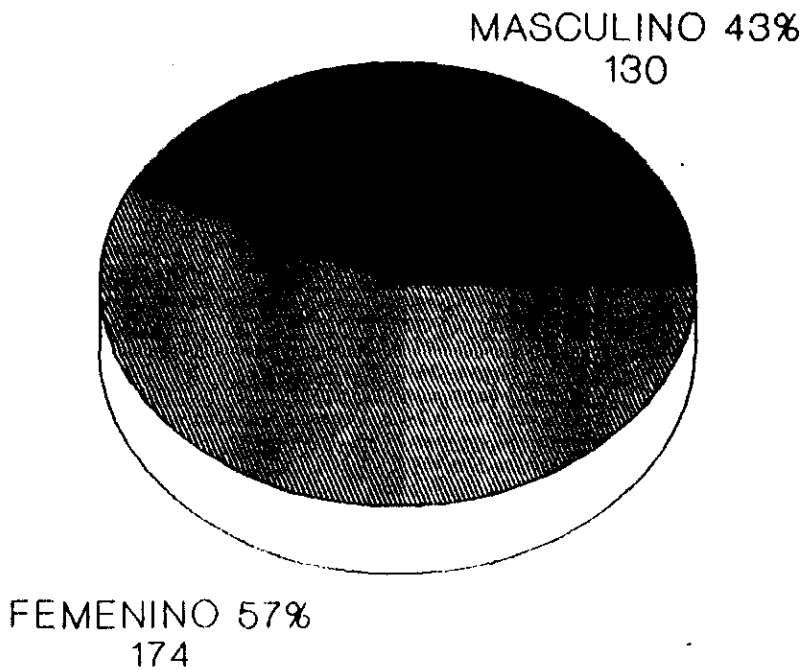


Figura: 1

Población de ingreso en la sala de neonatología del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992

Hospital Pediátrico Xochimilco

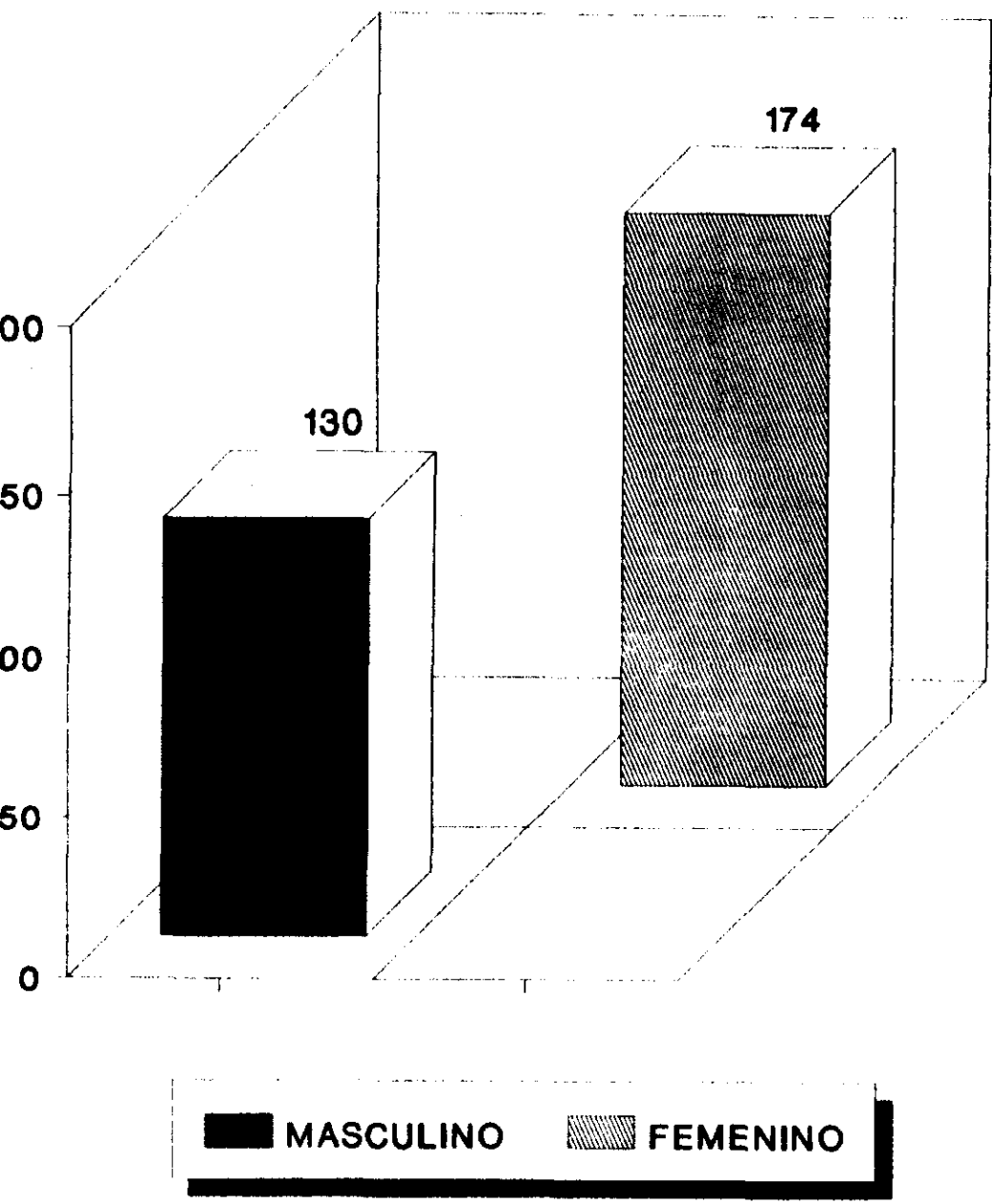


Figura: 2

EN LA SALA DE NEONATOLOGIA

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

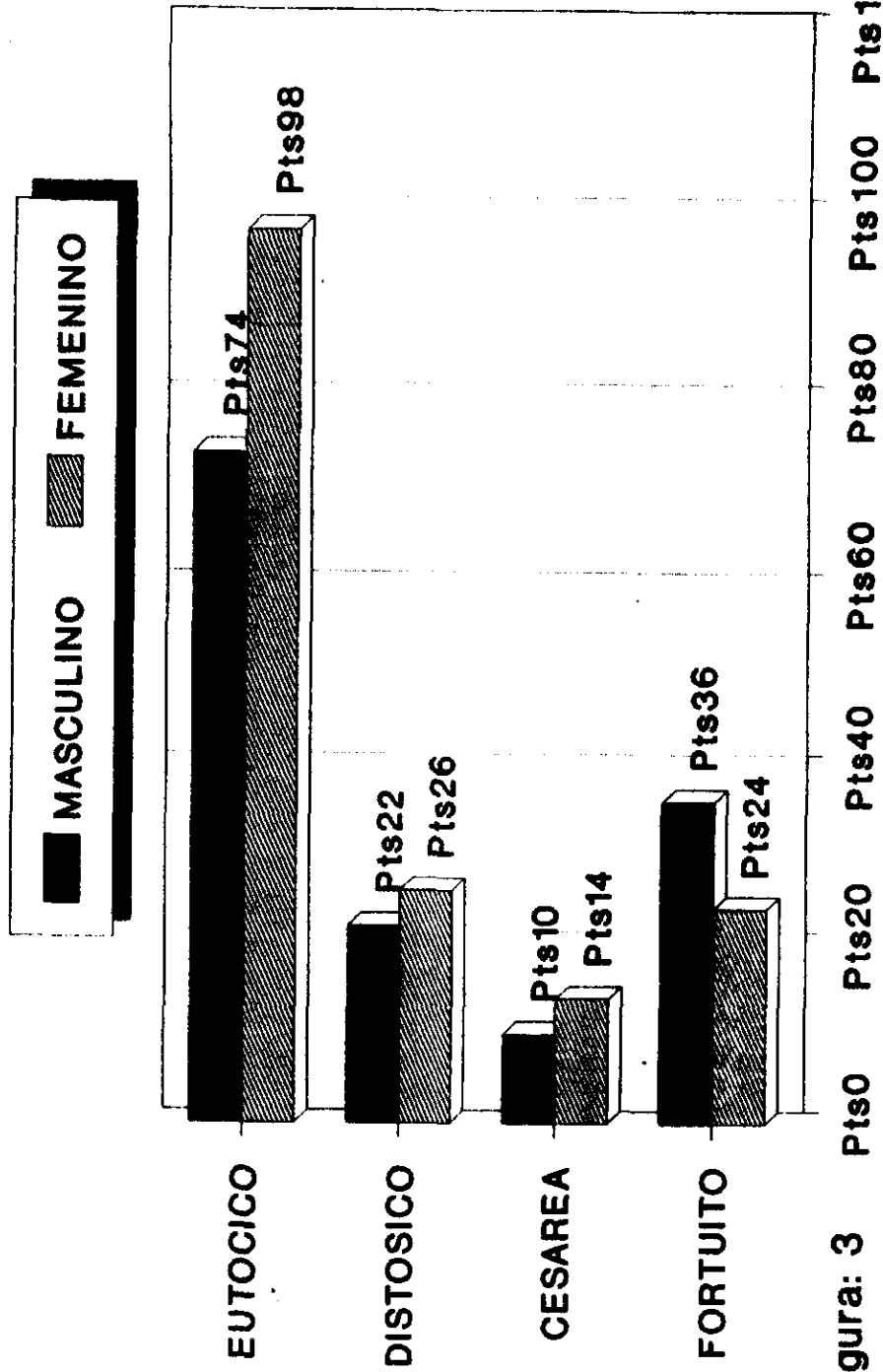
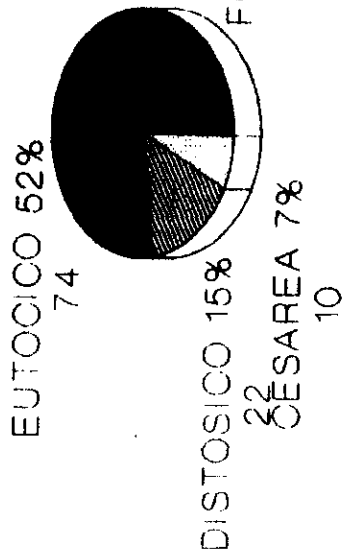


Figura: 3 Pts0 Pts20 Pts40 Pts60 Pts80 Pts100 Pts120

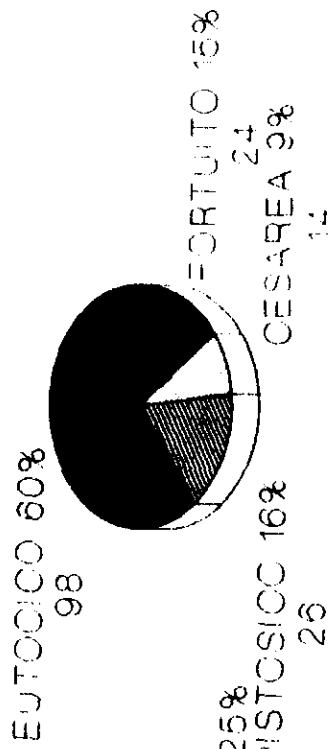
Período del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1992.

**TIPO DE NACIMIENTO POR SEXO EN LOS INGRESOS
EN LA SALA DE NEONATOLOGIA
Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.**

MASCULINO



FEMENINO



Período del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992.

Figura: 4

Clasificación por sexo y peso en la sala de neonatología Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

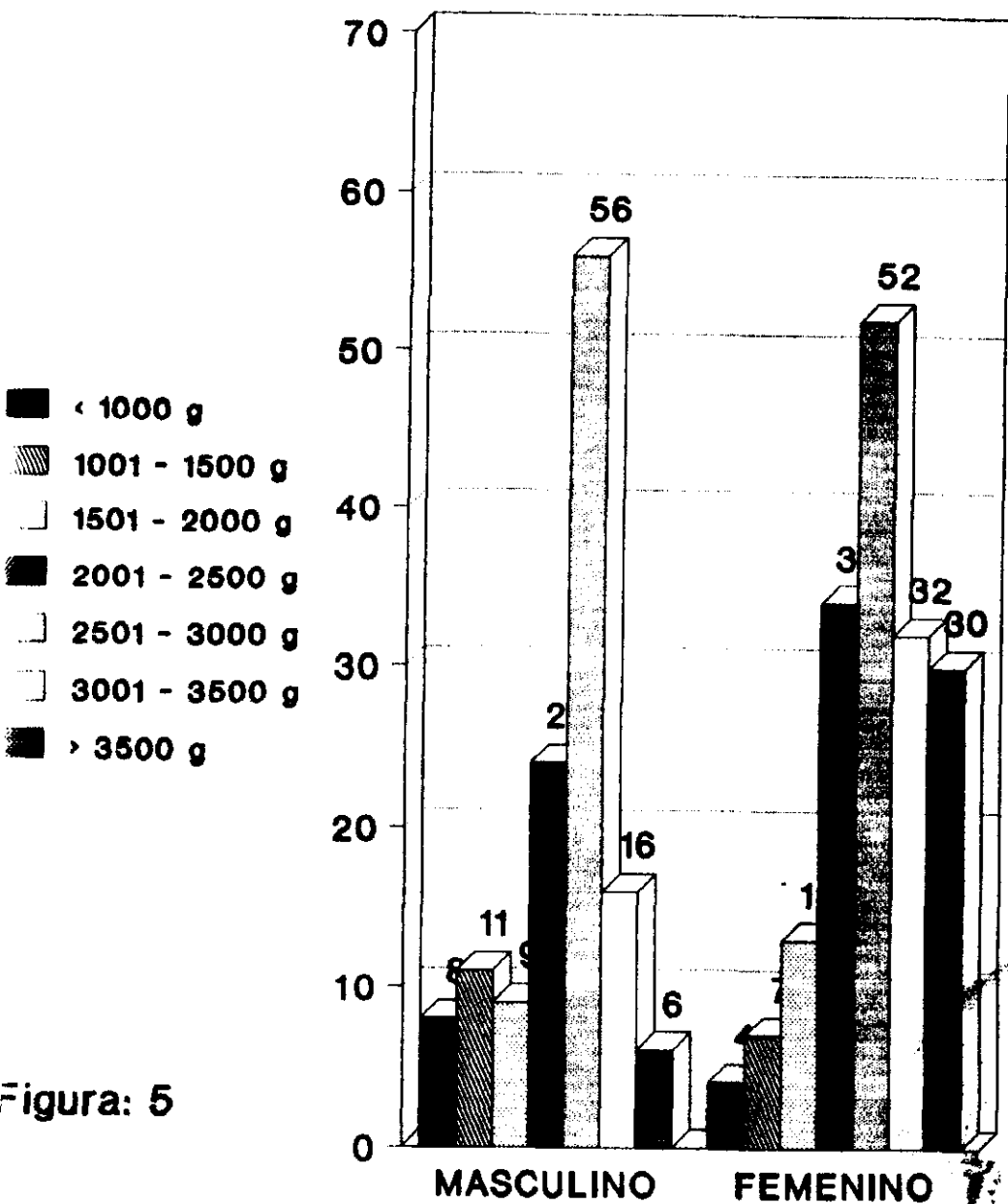


Figura: 5

Óodo: 1^o de Enero al 31 de Diciembre de 1992.

CLASIFICACION POR SEXO Y PESO EN LA SALA DE NEONATOLOGIA

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

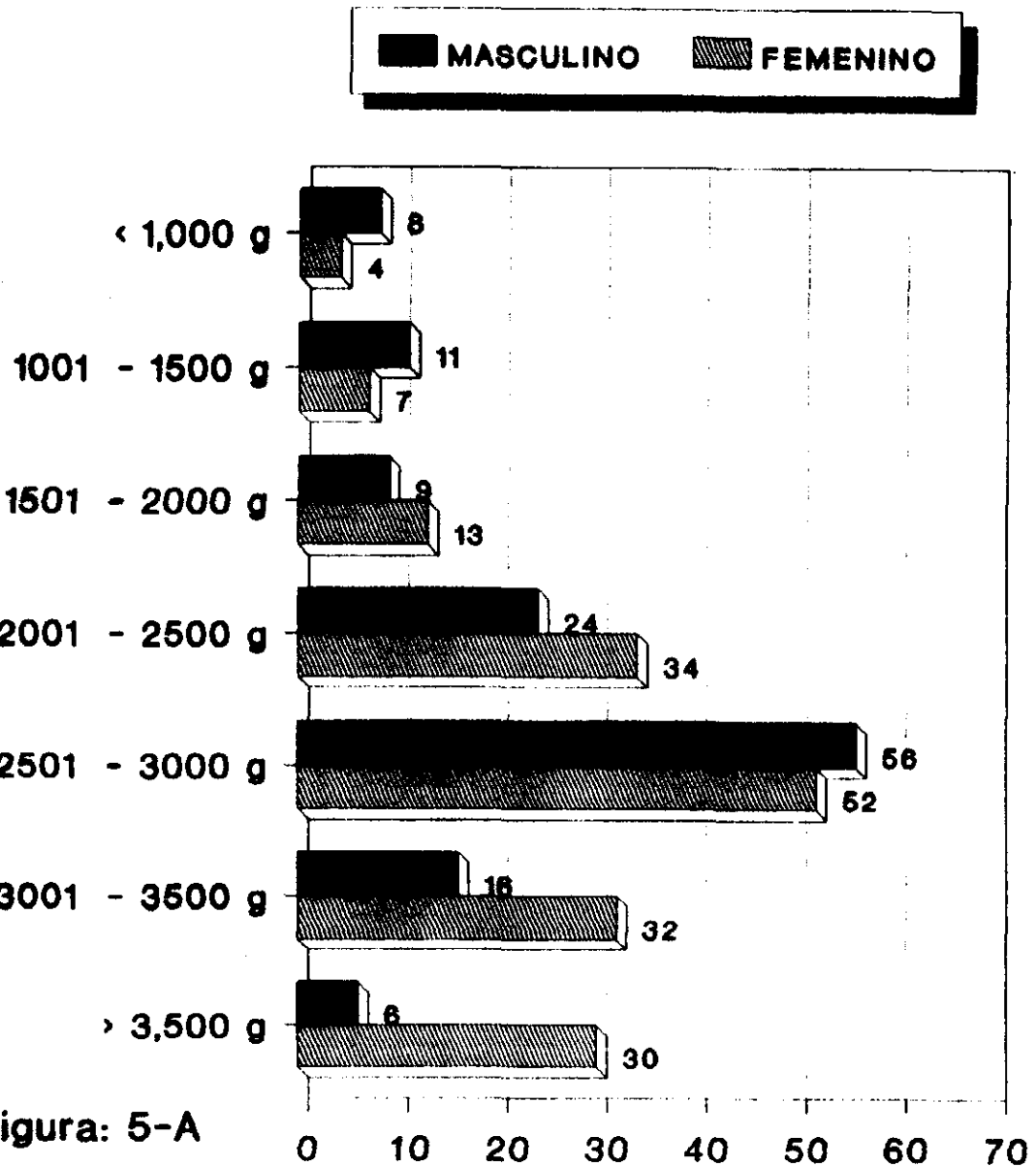


Figura: 5-A

Período: 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992

APGAR Y SILVERMAN

VALORACION PREVIA AL INGRESO

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

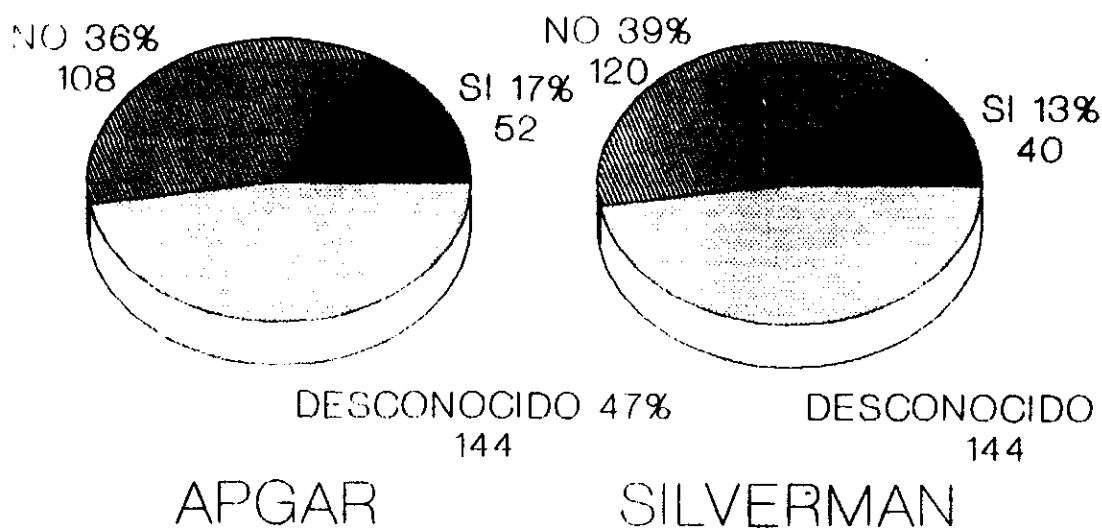
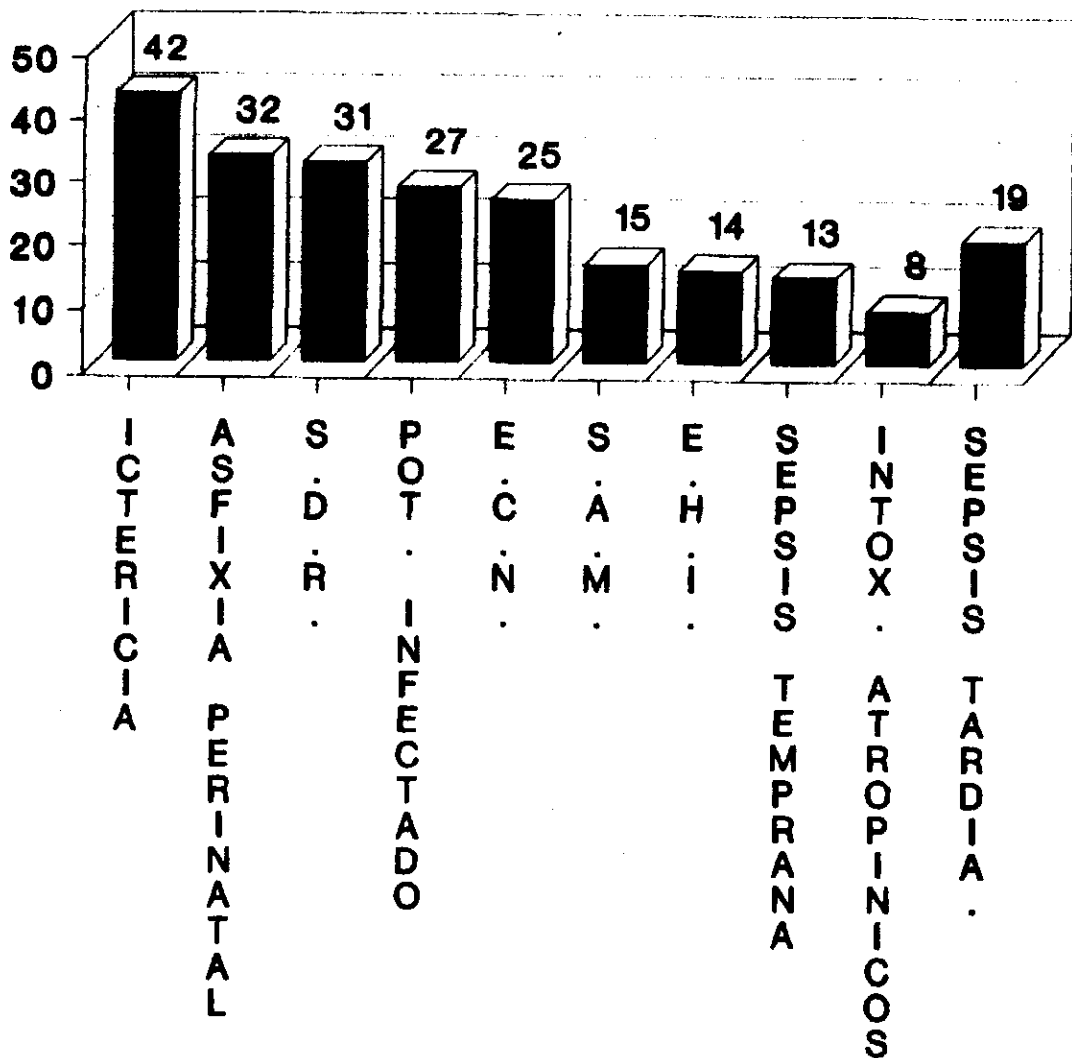


Figura: 6

DIEZ PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE INGRESO

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

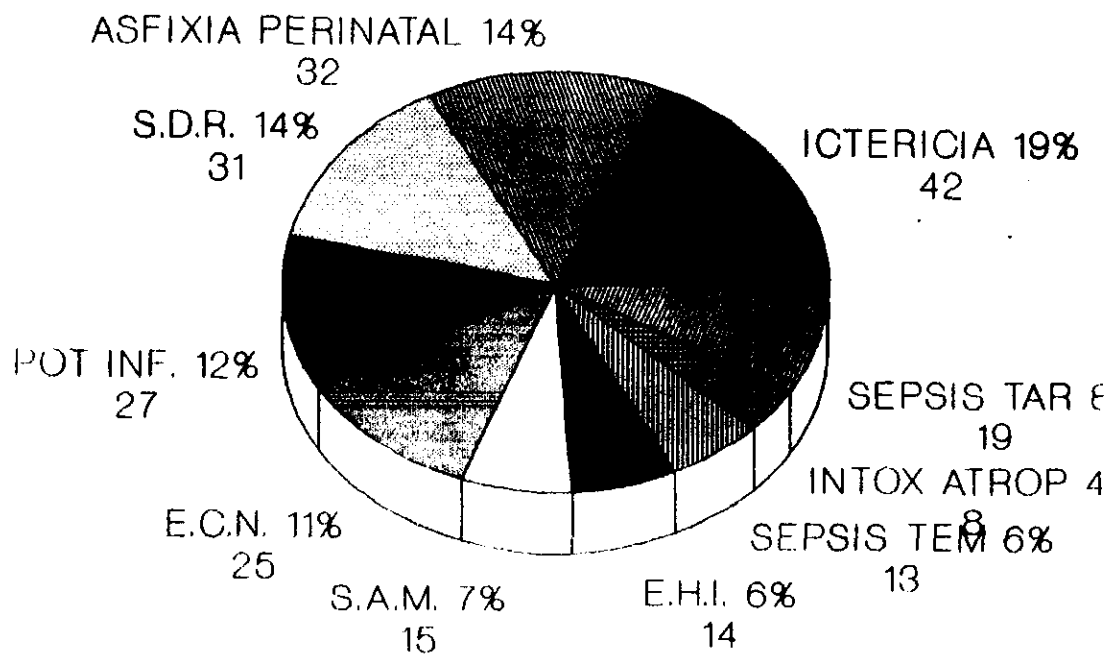


DISTRIBUCION DE FRECUENCIA

Figura: 7

DIEZ PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE INGRESO

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.



DISTRIBUCION DE FRECUENCIA

Figura: 8

Signos clínicos presentes al ingreso Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

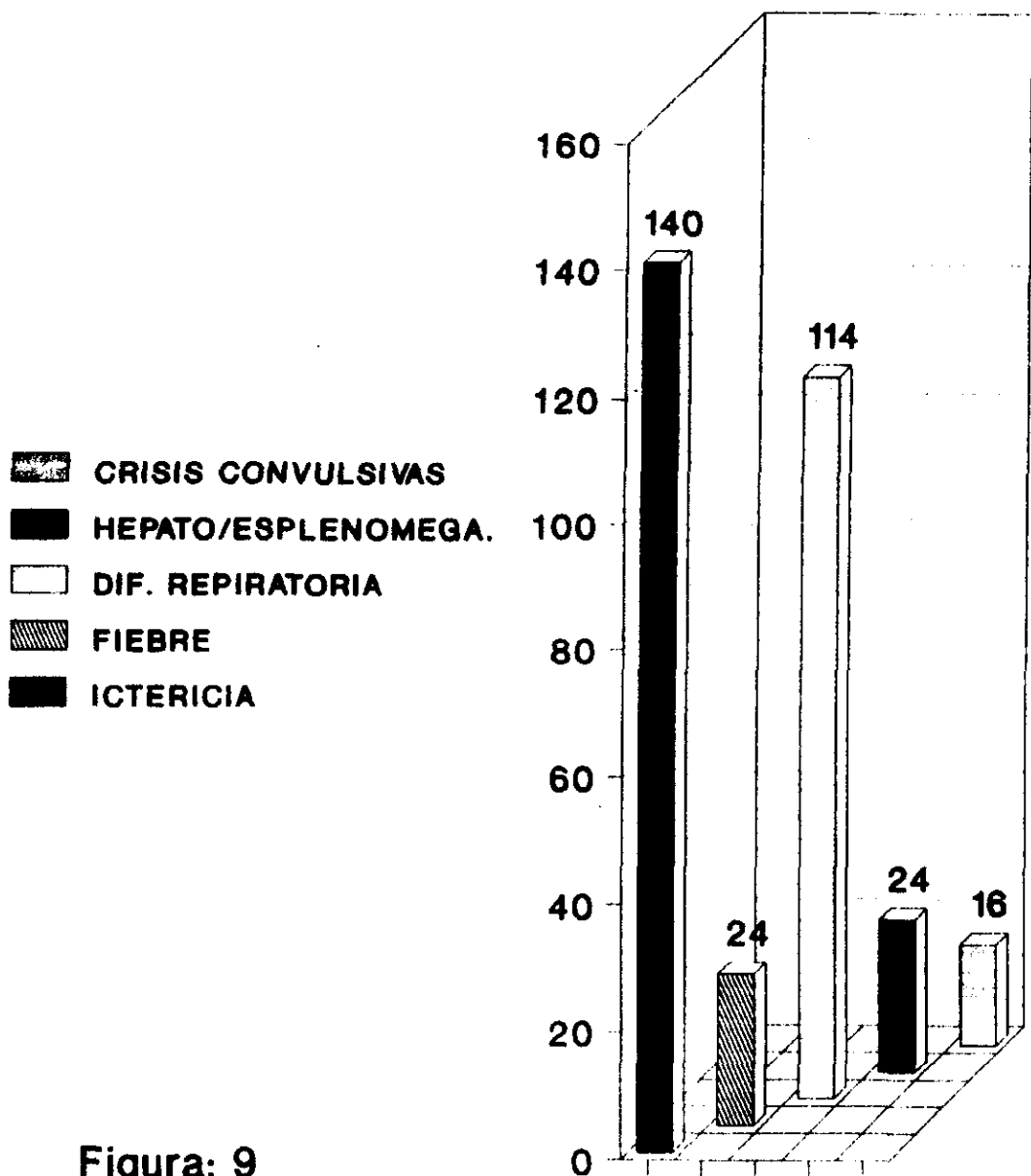
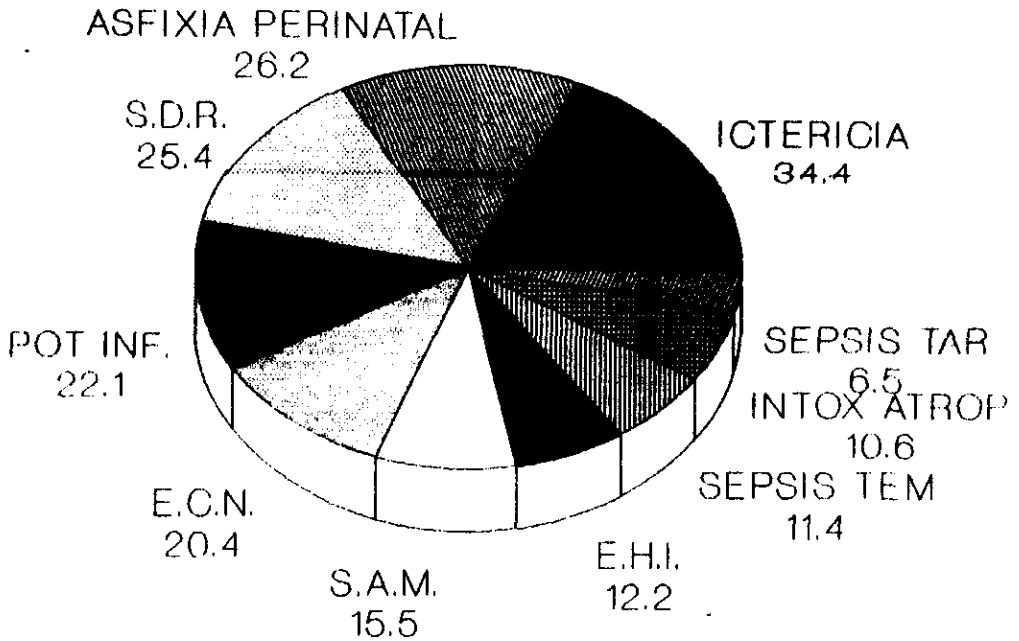


Figura: 9

DIEZ PATOLOGIAS MAS FRECUENTES DE INGRESO

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

TASA DE MORBILIDAD



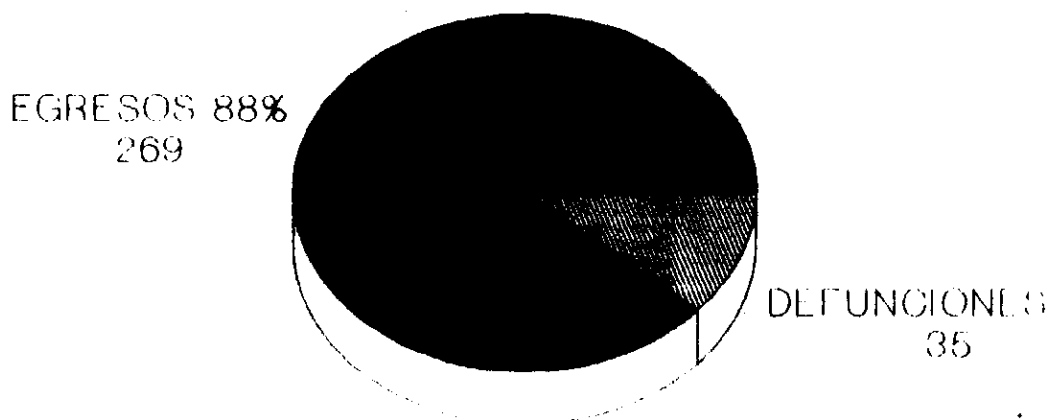
X 1,000 Hábitantes.

Figura: 10

MORBIMORTALIDAD NEONATAL

EGRESOS POR MEJORIA SIN CONSIDERAR LA CAUSA Y DEFUNCIONES

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.



n = 304

Figura: 11

**DIEZ CAUSAS DE MORTALIDAD
EN EL AREA DE NEONATOLOGIA
Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.**

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

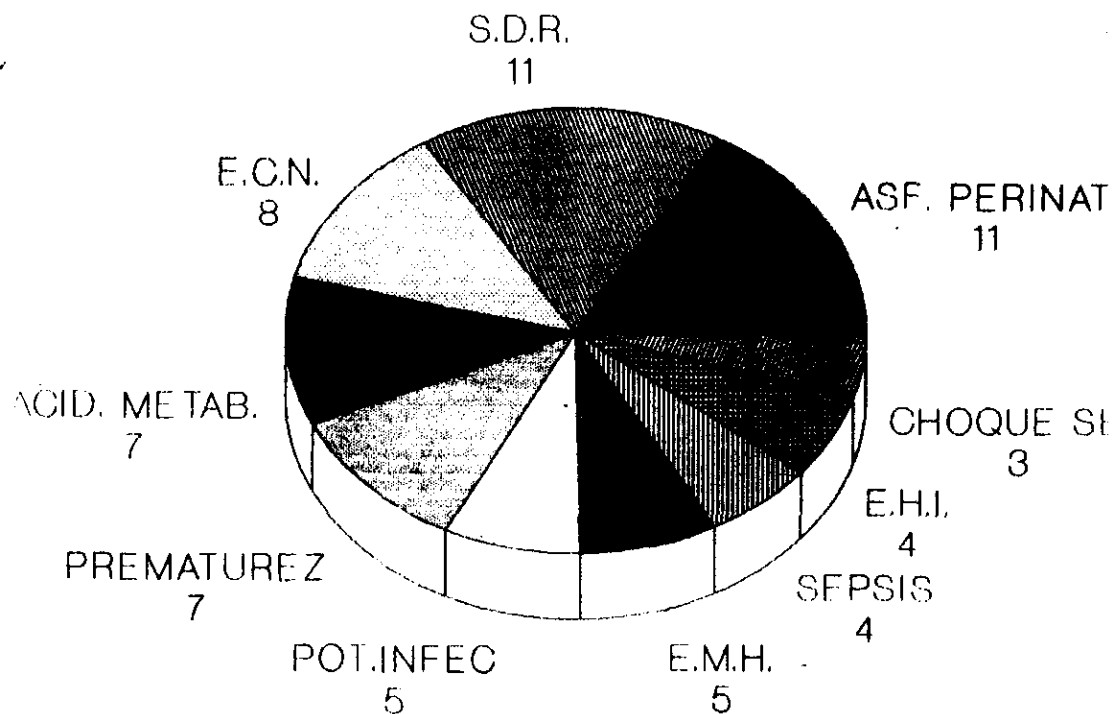
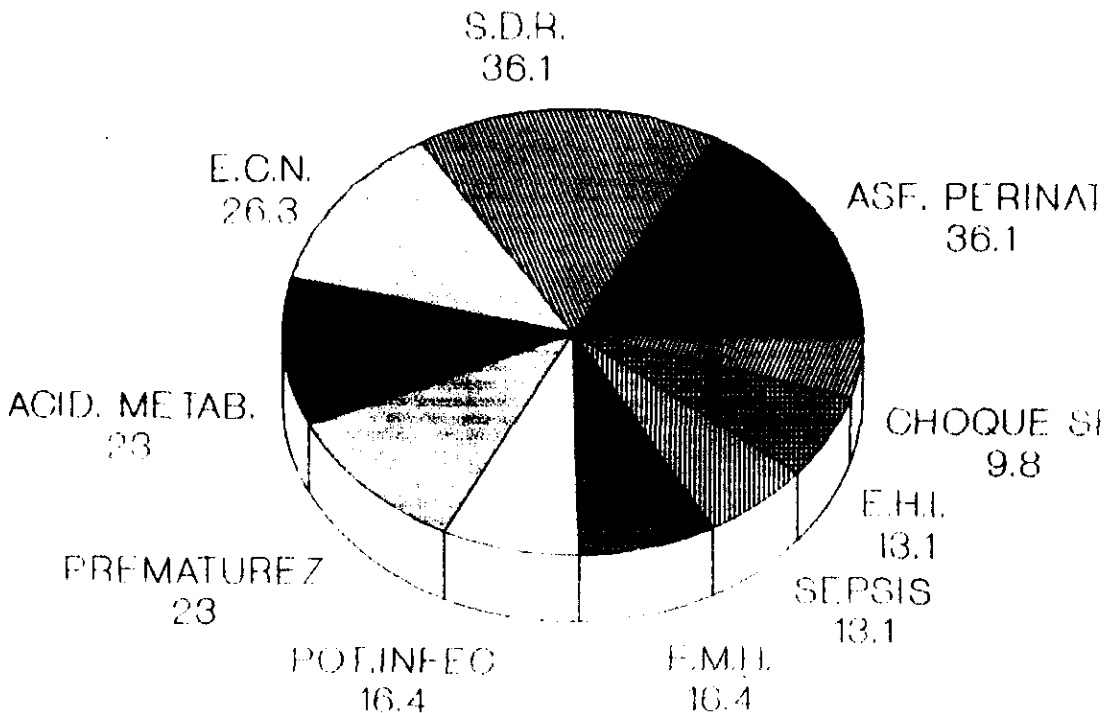


Figura: 12

**DIEZ CAUSAS DE MORTALIDAD
EN EL AREA DE NEONATOLOGIA
Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.**

TASA DE MORTALIDAD



X 1,000 Hábitantes

Figura: 12-A

**DIEZ CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL
TASA DE LETALIDAD**

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.

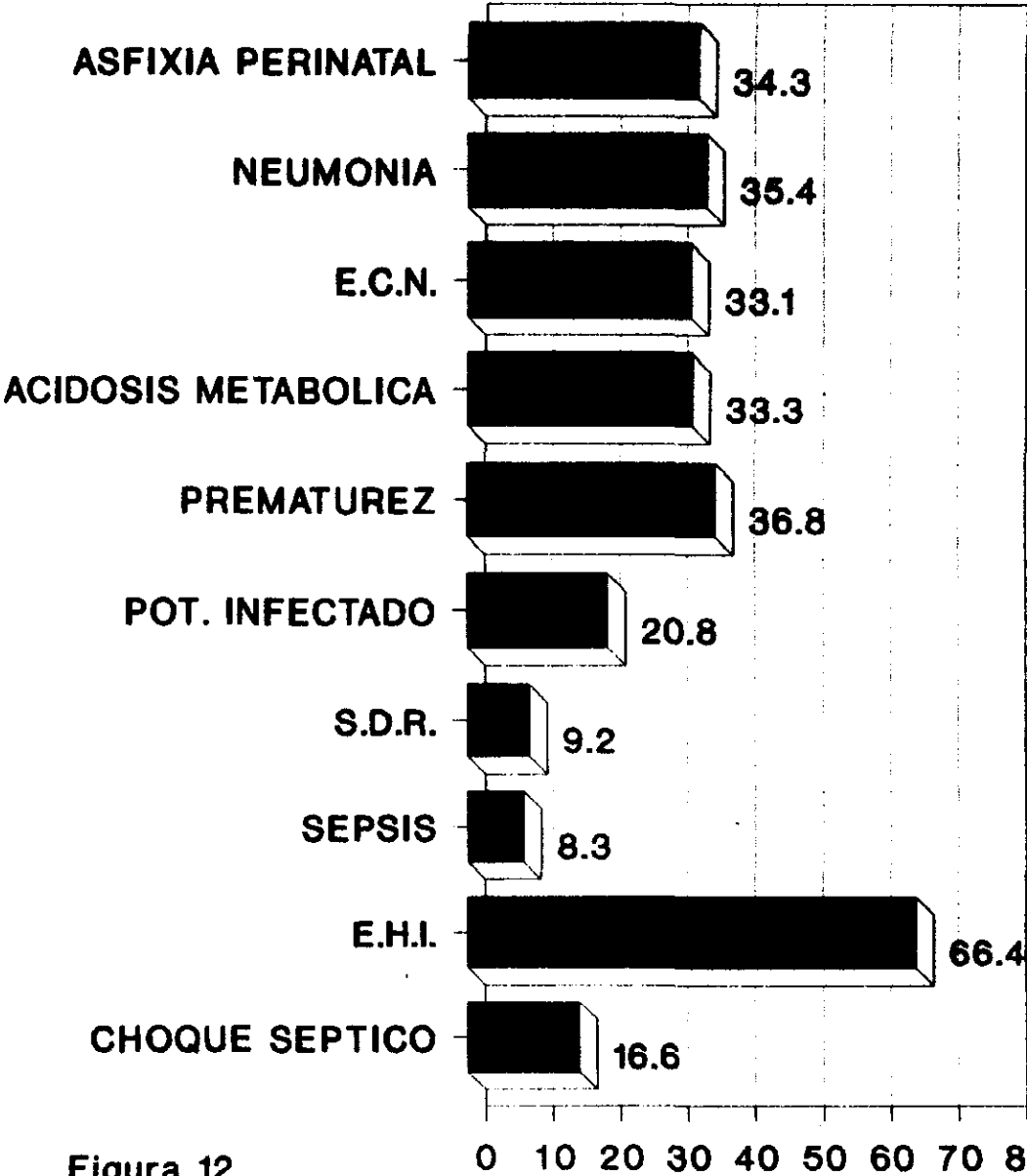
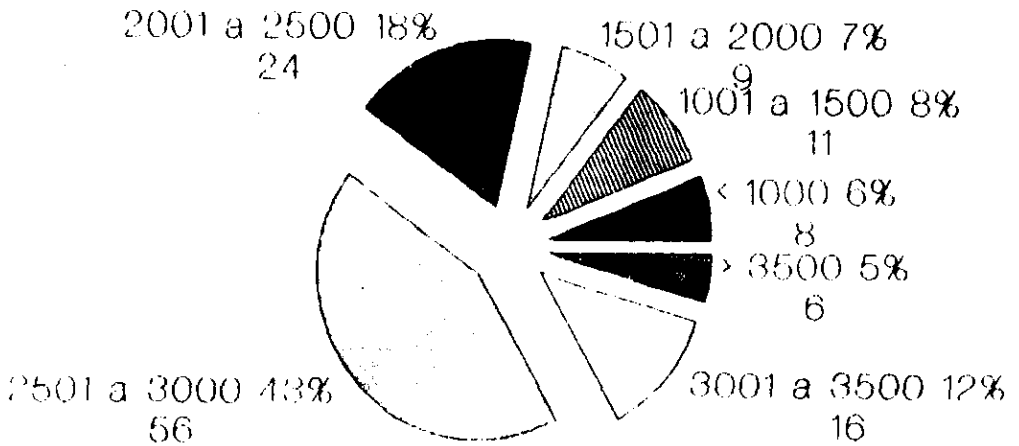


Figura 12

**Clasificación por peso de pacientes
del sexo masculino
Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.**

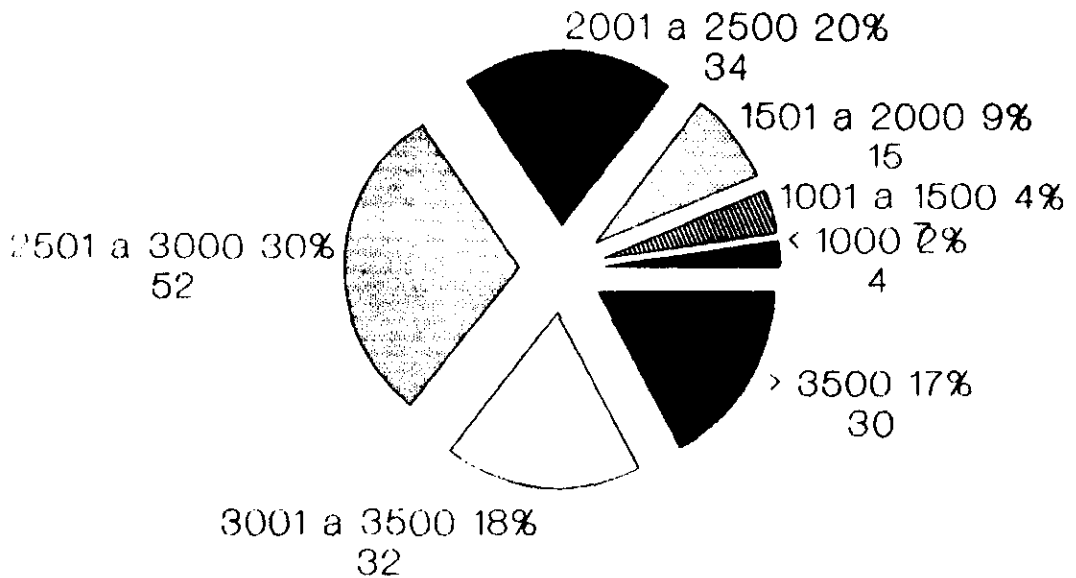


n = 130

Figura: 15

**Clasificación por peso
en pacientes del sexo femenino**

Hospital Pediátrico Xochimilco D.D.F.



n = 174

Figura: 14