

Mortalidad neonatal del Hospital General ISSSTE de Acapulco, Gro.

Dr. Enrique Quirós-Buelna *
Dra. Mercedes Castañón Apátiga **
Dr. René Mora-Amores ***

Resumen

Desconocemos la frecuencia de la mortalidad neonatal y los factores maternos, del producto y del manejo que influyen en ella al evidenciar las causas, se podrán tomar medidas para mejorar su manejo. Estudiamos la mortalidad neonatal de 7 años en 7017 recién nacidos en el Hospital General ISSSTE de Acapulco. La información se obtuvo de los ingresos y egresos del cunero patológico; de tococirugía; de expedientes de recién nacidos, de madres y de certificados de defunción, se tabularon las dos primeras causas de defunción y se estudiaron factores de la madre y del recién nacido. Se registraron 79 defunciones con una tasa de 11.6/ 1000 r.n.v. Llamando la atención la alta frecuencia de muertes por hipoxia intrauterina y asfixia neonatal con una tasa de 6.69/ 1000 r.n.v., más alta que la global de mortalidad neonatal de otros países. Las características de sexo, peso, talla, semanas de gestación y tipo de parto influyeron en la misma forma que en los demás estudios disponibles, en la experiencia de nuestro país y del extranjero, la formación de equipos multidisciplinarios capacitados en el manejo de embarazo y parto de alto riesgo y reanimación neonatal (con presencia física) y con el equipo médico adecuado, resulta en mejor manejo del binomio.

Palabras clave: Mortalidad neonatal, hipoxia intrauterina, asfixia neonatal.

Summary

We have no information of the neonatal death rate at our hospital, and the maternal and fetal factors that influence this phenomena. Once they are known, we can take steps to improve the neonatal attention. The neonatal death in 7,017 newborns during 7 years at the ISSSTE General Hospital of Acapulco, was registered. Information was obtained from the registries of the delivery room, nursery, babies and mothers charts, and death certificates, the first two causes of death. We obtained a neonatal mortality rate of 11.6/ 1000 LNB, in 79 death (ranging 15.9 to 5.8/1000 lnb), the most revealing result is the high rate of intrauterus hipoxia, neonatal asfixia 6.7/1000 lnb, higher than the total neonatal mortality of many countries. Baby's sex, weight, Apgar, characteristics of birth and maternal pathology, age, prenatal care affects in the same way as expected by previous studies. The experience of our country and others that the formation of teams (nurses, paediatricians, obstetricians and anaesthetian) trained in monitoring labor (mother and baby), proficient in newborn resuscitation and postpartum care of the mother; the presence of all the members plus a complete set of medical equipment and constant training, produce the best results.

Key words: Mortality rate, uterine hipoxia, newborn asphixia, medical-team, medical equipment, training.

* Médico Pediatra Jefe de Sección de Pediatría-Urgencias del Hospital General Del ISSSTE Acapulco, ** Médica Pediatra adscrita del Servicio de Pediatría Hospital General Del ISSSTE Acapulco, *** Médico Pediatra adscrito al Servicio de cunero patológico del Hospital General del ISSSTE Acapulco.

Correspondencia: Dr. Enrique Quirós-Buelna, Almt. Cosme d. Churruca #355, Costa azul, Acapulco, Gro, México, CP. 39850. Telefono despues de 16 hs, 01(74) 84 00 63, fax: 4 84 26 11. Celular: 044 74 39 88 81

Abreviaturas: r.n.v.: recién nacidos vivos; c.i.e.x: revisión código internacional de enfermedades décima revisión; INPER, Instituto Nacional de Perinatología. u.c.i. Unidad de cuidados intensivos neonatales, ISSSTE, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

Introducción

Las causas de mortalidad neonatal son multifactoriales, entre las más importantes, se consideran las relacionadas con el neonato, como bajo peso al nacer, prematuridad, defectos y enfermedades de la placenta, sexo entre otros. En relación con la madre, edad, paridad, atención prenatal, enfermedades sistémicas entre las principales, además de otros factores relacionados con la calidad e intensidad de la atención médica. Los reportes de mortalidad neonatal del extranjero y nacionales que tienen índices aceptables según normas internacionales, lo han logrado manejando bien los cuidados prenatales, los partos de alto riesgo y teniendo buen monitoreo del trabajo de parto en el 100% de los casos. Por otra parte el equipo humano de enfermeras, médicos gineco-obstétricos, anestesiólogos y pediatras deben tener capacitación continua, dominando los programas internacionalmente aceptados, o sea de reanimación neonatal, manejo del parto normal y de alto riesgo, promoción de la lactancia materna, salud reproductiva, etc. El equipo multidisciplinario debe estar fijo en el área de tococirugía, apoyados por equipo médico completo y funcionando

Objetivo

Conocer la frecuencia de la mortalidad neonatal y los factores maternos, del producto y del manejo que influyen en este fenómeno, al conocerla y poner en evidencia las causas, se estará en posibilidad de tomar medidas para mejorar el manejo del binomio.

Material y método

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, y abierto, en el Hospital General del ISSSTE de Acapulco durante el periodo de primero de enero de 1993, al 31 de diciembre de 1999. Los datos se obtuvieron de las libretas de ingresos y egresos de tococirugía, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de los expedientes de las madres y de los niños y de los certificados de defunción: Se recopilaron las dos primeras causas de muerte de los mismos, el sexo, peso, edad gestacional, Apgar, patología de los niños y edad, paridad, cuidados prenatales, tipo de parto, horas de hospitalización antes del parto entre otras.

Se registraron 79 defunciones en 7017 nacimientos recién nacidos vivos, (r.n.v.), derechohabientes o no, nacidos en la unidad de tococirugía del hospital general del issste de Acapulco. De 6,949 procedimientos obstétricos se tuvieron 6882 recién nacidos únicos; 66 gemelos y unos trillizos.

El método de Capurro, se utilizó para determinar la edad gestacional y las normas de hospital amigo del niño y de la madre, además de las normas del Instituto Nacional de Perinatología para determinar la condición del recién nacido; únicamente se localizaron 46 expedientes de las 79 madres (64.8%), todas con partos con productos únicos. De los expedientes faltantes la tercera parte eran de no derechohabientes, el resto o se dieron de baja o la información de nombre y cédula estaba equivocada.

Resultados

La mortalidad neonatal promedio de este estudio en los 7 años fue de 11,25/1000 r.n.v. (variaciones de 5.8 a 15.8/1000 r.n.v.), considerado dentro de las metas establecidas para algunas instituciones del sector salud de 12/1000 r.n.v. Para el año 2000. La hipoxia intrauterina y asfixia neonatal suma más de la mitad de las causas de mortalidad con 6,70/1000 r.n.v., ver cuadro 1. El sexo masculino representa 10 % más que el femenino. En el grupo de defunciones, entre menor peso y menor las semanas de gestación mayor la tasa de mortalidad. En el 70% de las defunciones el producto fue obtenido por cesárea, a diferencia del promedio de cesáreas para todo el periodo de 7 años que fue de 43.80% en los 6,949 procedimientos obstétricos realizados o sea 25% más. Entre los factores maternos, 19 madres eran mayores de 32 años 41.3%, 11 mayores de 35 años y dos mayores de 40 años; el 54,4% de las encuestadas entre 22 a 32 años y 4.3% menores de 22 años. Acudieron a menos de 5 visitas prenatales, el 78.6% de las madres. Una sola madre llegó al hospital en un tiempo menor a 2 horas (1:30 hs) antes del parto; la gesta promedio fue de 3. Entre la patología materna lo más destacado fue 13 casos de pre-eclampsia moderada a severa (28.3%) registrados. Estos factores del binomio coinciden con los datos para calcular la morbilidad INPER.⁵

Discusión

La frecuencia de 6.7 defunciones por 1000 r.n.v. Si la comparamos con cifras internacionales^{1,2,3,4} es alta, aunque comparada con las metas para el año 2000 señaladas por la cabeza del sector, la Secretaría de Salud, estaríamos dentro del promedio para el país. Por otra parte, las causas de mortalidad neonatal del binomio correlacionan bien con las tendencias de los factores para calcular grado de riesgo de morbilidad^{5,6,7}, en cambio las causas que influyen propiamente en la atención prenatal, del parto y postparto podrían modificarse con apego a los programas, nacionales e internacionales: Formando equipos multidisciplinarios con capacitación continua y recursos materiales adecuados. Es

Cuadro 2.

Muerte neonatal del Hospital General del ISSSTE Acapulco, 1993-1999

DIAGNÓSTICOS	Nº DE CASOS	TASA/1000 R.N.V.	C.I.E. VERSION X
Hipoxia intrauterina asfixia al nacer severa y moderada	47	6.7	P-20.1 P-21.0 P-21.1
Trastornos relacionados a duración corta del embarazo y bajo peso	23	3.28	P.07
Dificultad respiratoria del recién nacido, inmadurez pulmonar	14	1.99	P.22.0 P.28.0
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina	10	1.42	P.22.0
Sepsis del recién nacido no especificado	8	1.14	P.36.9
Síndrome de aspiración neonatal, sin especificar	6	0.85	P.24.9
Bajo peso para edad gestacional	4	0.57	P.05
Cardiopatías congénitas	4	0.57	Q.20

indispensable que enfermeras, gineco-obstetras, anestesiólogos y pediatras tengan presencia física continua, en todos los turnos ^{5,6,7} aplicando las normas nacionales para el manejo de programas prenatal, salud reproductiva, embarazo normal y de alto riesgo y recién nacido normal y de alto riesgo. La capacitación en reanimación neonatal en nuestro hospital, se inició en 1995, la mortalidad de 15.7/1000 rnv se logró bajar a 5.8 /1000 rnv para 1997. Pero los apoyos relacionados principalmente con facilidades para la capacitación del personal y la dotación de recursos materiales han disminuido en los últimos años. En 1999, la mortalidad se elevó a 11.5/1000 rnv y para este año (2,000), se calcula estará por arriba de 15/1000 r.n.v.

Conclusiones.

Es indispensable contar con los recursos materiales, medicamentos, laboratorio y patología que idealmente deben estar disponibles en todo momento si pretendemos disminuir nuestras cifras de mortalidad. Los cuestionarios confidenciales y expedientes de los fallecidos, deben discutirse en extenso ante la presencia de los jefes de servicio de pediatría, gineco obstetricia, enseñanza y de preferencia con los medicos adscritos que atendieron los partos, las muertes fetales y a los recién nacidos para ser dictaminados y realizar las recomendaciones necesarias tendientes a

mejorar la atención médica y como consecuencia disminuir las cifras de mortalidad neonatal.

Bibliografía

1. **Francisco Morcillo-Sopena**, Grupo de estudios neonatales de la comunidad Valenciana(gen-cv), estudio colaborativo multicentrico sobre mortalidad neonatal en la comunidad Valenciana, Instituto Nacional de Estadística (INE), Valencia enero de 1997; ine/esp/gen-cv
2. **Fetal and infant deaths 1996**, New Zeland heath information service, url: [Http/ nzhs/ govt/publications/fetal.html](http://nzhs.govt/publications/fetal.html).
3. **Neonatal death rate**. CEDARS SINAI MEDICAL CENTER,

ultima versión 14/06/1998/ duncan@csmc.edu

4. **Annual report for 1996 perinatal and neonatal death in Victoria**; Concil on obstetric and morbidity report: Public health division,victoria, Australia: [Www, pha/ dva/ govt.aus/ html](http://www.pha/dva/govt.aus/html)
5. **Normas y procedimientos de neonatología 1996**; Instituto Nacional de Perinatología; marketing y publicidad de México; pag. Pn 1.7-1 a pn 1.8-1.
- 6.- **Norma 002-SSA2, 1993**, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, Diario Oficial de la Nación, 23 de octubre de 1993.
- 7.- **Normatividad de Hospital Amigo del Niño y de la Madre**; Dirección General de Salud Reproductiva y Materno Infantil SSA; subprogramas de reanimación neonatal y manejo de binomio de alto riesgo.