

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

**Morbilidad y mortalidad en servicio abierto de Neonatología. Estudio de cinco años.
Morbimortality at the open service of neonatology. A five years study.**

Mercedes Martínez Martínez (1), Mirta Susana Pino Muñoz (1), Marlene Pérez Randolpho (1), Bárbara Ojeda Pino (2).

Resumen

Antes de la década del 60 la morbilidad y mortalidad neonatal era muy elevada, a partir de estos años la misma ha mantenido una tendencia descendente como resultado de la aplicación de los cuidados intensivos neonatales, tanto en servicios cerrados como en los abiertos. Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el servicio abierto de neonatología del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de enero de 2001 hasta diciembre de 2005, que incluyó a todos los recién nacidos ingresados en el servicio abierto, con el objetivo de determinar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en el periodo estudiado. Ingresaron en la sala el 8,1 % del total de nacidos vivos, la primera causa de ingreso fue la infección respiratoria, con predominio de los procesos Inflamatorios pulmonares. Las afecciones quirúrgicas fueron la única causa de mortalidad.

Palabras clave: MORBILIDAD, MORTALIDAD, SERVICIO ABIERTO.

- 1.-Especialista de primer grado en Neonatología. Profesor instructor.
- 2.-Estudiante de Medicina. FCM José Aseff Yara.

Introducción

Hace poco más de 30 años la morbilidad y mortalidad eran muy elevadas debido a enfermedades como el tétanos neonatal, la dificultad respiratoria, las ictericias graves, la gastroenteritis y las infecciones. (1- 2)

El período neonatal es un momento muy vulnerable para el lactante, ya que se encuentra completando muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para su vida extrauterina. Las elevadas tasas morbilidad subrayan la fragilidad de la vida durante ese periodo. (3)

En las dos últimas décadas se han producido numerosos avances en el cuidado y, manejo del recién nacido, que sin duda han contribuido a un aumento importante de la supervivencia de niños críticamente enfermos. (4-9). Sin embargo, se hace necesario señalar que los servicios abiertos de neonatología han jugado un papel tan importante como los cerrados en la disminución de la mortalidad neonatal.

El servicio abierto es el encargado de la atención al recién nacido con enfermedades adquiridas en la comunidad y el neonato con necesidades quirúrgicas. La causa más frecuente de ingreso en los mismos son por tanto las malformaciones congénitas, teniendo un lugar predominante aquellas que afectan al tubo digestivo, que son a su vez las que presentan un índice de supervivencia más bajo. Siguen en frecuencia las infecciones adquiridas en la comunidad como las del tracto urinario (ITU), las respiratorias agudas (IRA), infecciones de tejidos blandos, meningitis, entre otras causas. (10-14).

También se señalan como causa de ingreso el síndrome febril sin signos de focalización que se relaciona en un elevado por ciento con la sepsis bacteriana severa, señalándose que el mayor número de ingresos ocurre entre el 8vo y 9no días y que reingresan alrededor del 2,9 % de los nacidos vivos. (15- 17)

Método

Se realiza la revisión de las historias clínicas de todos los recién nacidos ingresados en el servicio abierto de neonatología del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, entre los años 2001 y 2005, tomando los datos como diagnóstico al ingreso, diagnóstico al egreso, estadía hospitalaria y causas de mortalidad. Además, se tuvo en cuenta la necesidad de ventilación mecánica. Los datos obtenidos fueron analizados por el sistema porcentual estadístico y reflejado en tablas para su posterior análisis.

Resultados

En el periodo estudiado la primera causa de ingreso fueron las infecciones respiratorias. La forma de enfermedad respiratoria más frecuente fue la bronconeumonía. Nuestro resultado se corresponde con la bibliografía revisada al respecto pues el recién nacido es muy vulnerable a los gérmenes que circulan en el medio ambiente, y sobre todo a aquellos que habitan como flora normal en los adultos que lo rodean. Son también causas importantes de ingreso las ITU, las piodermitis, y el síndrome febril sin signos de focalización. La estadía hospitalaria mayor fue entre 5 y 7 días. Las afecciones quirúrgicas fueron la única causa de muerte en el periodo y se ventila solo el 0,8 % de los ingresos.

Conclusiones

El servicio abierto de Neonatología de nuestro hospital ingresa el 8,1 % del total de nacidos vivos, lo que está muy por encima de lo recogido en la literatura. La primera causa de ingreso son las IRA y la única causa de mortalidad son las afecciones quirúrgicas. La estadía hospitalaria es corta y la ventilación mecánica se encuentra dentro de los parámetros esperados.

Abstract

Before the 1960's morbimortality was very high, from those years on it has sustained a decreasing tendency resulting from the application of Neonatal Intensive Care, as much as in the closed or open services. A descriptive observational retrospective study is conducted in the open service of Neonatology of the "Dr Antonio Luaces Iraola" provincial teaching in the time period from January 2001 to December 2005, that included all the neonates admitted to the open service, with the aim of determining the behavior of morbidity and mortality in the period under study. As high as (8,1%) of the total of neonates born alive was admitted to the room; the first cause of admission was respiratory infection, with predominance of the pulmonary inflammatory processes. The surgical procedures were the only cause of mortality.

Referencias Bibliográficas

1. Domínguez Dieppa F, Lee López M, Dueñas Gómez E. Neonatología, generalidades. En: Dueñas Gómez E, Mesa Riquelme LA, Domínguez Dieppa F, Moreno Vázquez O. *Pediatría* 5. Ciudad Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2000. p. 25 – 38.
2. Cárdenas Ayala VM, Núñez Urquiza RM, Brogan DR, Ibarra Rosales JM, Gatica Valdés N, Smith TE. La mortalidad por tétanos neonatal en Veracruz, México, en 1991. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1995; 119 (4):305-317.
3. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Nelson WE. *Tratado de Pediatría*. 15a ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1998.
4. Elorza Fernández MD. Dolor en el recién nacido. [monografía en Internet]. España: *Anales de Pediatría* 2005 [citado 6 de feb 2006] Disponible en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fullt?pident=13045234304k>
5. Barker DP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 1995; 72:47-48.
6. Bhuta AT, Anand DK. Vulnerability of the developing brain neonatal mechanisms. *Clin Perinatal*. 2002; 59:357-372.
7. Kaplan S. Clinical presentations, diagnosis, and prognostic factor of bacterial meningitis. *Infect Dis Clin North Am*. 1999; 13:579-594.

8. Stevens B, Gibins S. Clinical utility and clinical significance in the assessment and management of pain in vulnerable infants. Clin Perinatal. 2002; 29:459-468.
9. Rodríguez JM, García ER, Vega Mendoza D, García JB, López JM, Pacheco V. Comportamiento de la neumonía grave adquirida en la comunidad en el Hospital Juan Manuel Márquez durante cinco años. I Simposio Internacional de Pediatría Intensiva Neonatal Y Pediátrica, 2005. Junio 11-15; La Habana, Cuba 2005. p.38.
10. Calviac Mendoza L, Sotolongo Vergo I, Reyes Romero O. Cirugía neonatal urológica. Hospital William Soler. Ciudad de La Habana. V Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica, 2001. Octubre 19-23; Ciudad Habana, Cuba. p.56.
11. Cruz Machado C, Veitia N, Martínez Corredera V, Morales Mesa E. Estudio del comportamiento del megacolon aganglionico. Supervivencia. 1995-2000. Hospital William Soler. V Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica, 2001. Octubre 19-23; La Habana, Cuba. p. 74.
12. Rodríguez Estévez R, Díaz Álvarez M, Fernández de la Paz MT, Arango Arias MI. Caracterización neonatal. Serie de 47 recién nacidos. XXIV Congreso Nacional de Pediatría, 2001. Octubre 19-23; La Habana, Cuba. p.112.
13. Rivera Arias L, Díaz Álvarez M, Fernández de la Paz MT, Rodríguez Estévez R. Meningitis aséptica en el neonato. Resultados en el manejo terapéutico. XXIV Congreso Nacional de Pediatría, 2001. Octubre 19-23; La Habana, Cuba. p.113.
14. Camejo Placencia A, Reyes Romero O, Morales Mesa E, González Fernández S. Lactancia materna, nuevas experiencias. Rev Avances Med Cuba. 2000; 22(8):16-20.
15. Mendoza Tascon LA, Arias MD. Recién nacido febril sin signos de focalización. Aplicación y validación de una escala de valoración de riesgo para infección bacteriana severa. Rev Saludarte. 2005:49(1):60.
16. Mendoza Tascon LA, Arias MD. Parámetros predictivos del síndrome febril neonatal sin foco aparente:-Correlación clínica y de laboratorio. Rev Saludarte. 2005:4(1):61.
17. Robayo G, Arenas Morales LJ, Pedagogos AP. Gestión del riesgo neonatal: consulta externa temprana y seguimiento telefónico para detectar riesgo después del egreso. Rev Saludarte. 2005; 49(1):64.

Anexos

Tabla No. 1. Ingresos en servicio abierto de Neonatología. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Nacidos Vivos | Ingresos | |
|---------------|----------|-----|
| | No | % |
| 13440 | 1092 | 8,1 |

Fuente: Registro de morbilidad.

Tabla No 2. Distribución de los recién nacidos según diagnóstico de ingreso.

| Diagnóstico al ingreso | No | % |
|--------------------------------|------|------|
| IRA | 387 | 35,4 |
| Afecciones quirúrgicas | 43 | 3,9 |
| Síndrome febril | 105 | 9,6 |
| ITU | 230 | 21,1 |
| Piodermitis | 150 | 13,7 |
| Infección del SNC | 8 | 0,7 |
| Broncoaspiración de alimentos. | 106 | 9,8 |
| Accidentes | 3 | 0,3 |
| Otros | 60 | 5,5 |
| Total | 1092 | 100 |

Fuente: Registro de morbilidad.

Tabla No 3. Distribución según tipo de IRA. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Tipo de IRA. | No | % |
|-------------------------|-----|------|
| Rinitis | 155 | 40,0 |
| Catarro común | 58 | 15,0 |
| Neumopatía inflamatoria | 174 | 45,0 |
| Total | 387 | 100 |

Fuente: Registro de morbilidad

Tabla No 4. Distribución según diagnóstico al egreso. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Diagnóstico al egreso. | No | % |
|------------------------|------|------|
| IRA | 432 | 39,6 |
| Afecciones quirúrgicas | 43 | 3,9 |
| Exicosis | 12 | 1,1 |
| Otitis media | 17 | 1,6 |
| ITU | 248 | 23,7 |
| Piodermitis | 150 | 13,7 |
| Infección del SNC | 12 | 1,1 |
| Onfalitis. | 4 | 0,4 |
| Broncoaspiración. | 106 | 9,7 |
| Accidentes | 3 | 0,3 |
| Síndrome febril | 55 | 5,0 |
| Otros | 10 | 0,9 |
| Total | 1092 | 100 |

Fuente: Registro de morbilidad.

Tabla No 5. Distribución según estadía hospitalaria. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Estadía hospitalaria | No. | % |
|----------------------|------|------|
| 5 - 7 días | 567 | 51,9 |
| 8 - 10 días | 349 | 31,9 |
| 11 -15 días | 162 | 14,8 |
| > 15 días | 14 | 1,4 |
| Total | 1092 | 100 |

Fuente: Registro de morbilidad.

Tabla No 6. Distribución según necesidad de ventilación mecánica. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Ventilación Mecánica. | No. | % |
|-----------------------|------|------|
| SI | 8 | 0,8 |
| NO | 1084 | 99,2 |
| Total | 1092 | 100 |

Fuente: Registro de morbilidad.

Tabla No 7. Distribución según causa de muerte. Ciego de Ávila. Cinco años.

| Causa de muerte | No | % |
|----------------------|----|------|
| Atresia esofágica | 2 | 40,0 |
| Hernia diafragmática | 1 | 0,07 |
| Atresia intestinal | 1 | 0,07 |
| Total | 4 | 0,2 |

Fuente: Registro de mortalidad.