

## Trabajo original

Policlínica Pedro del Toro Saad. 2004

# Comportamiento de la morbilidad neonatal en la Policlínica “Pedro del Toro Saad”

## Neonatal Morbidity Behavior at Pedro del Toro Saad Polyclinic.

Riaza Rivas Carralero<sup>(1)</sup>, Caridad Mastrapa Reyes<sup>(2)</sup>, Ana Lucila Paredes Hernández<sup>(3)</sup>, Carmen Cárdenas Osorio<sup>(4)</sup>.

1. Especialista en Medicina General Integral. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.
2. Especialista de 1er grado en Pediatría y en Medicina General Integral. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.
3. Especialista en Medicina General Integral. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.
4. Especialista de 1er grado en Pediatría. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en la maternidad del Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” y en la sala de Neonatología del Hospital Pediátrico “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” durante el año 2004, con el objetivo de evaluar las principales causas de morbilidad en el recién nacido de esta área de salud. De un universo de 578 nacidos en ese período, se constituyó la muestra por los 110 niños que ingresaron en los servicios hospitalarios. Las variables estudiadas fueron edad materna, edad gestacional, tipo de parto, peso al nacer, afecciones más frecuentes y edad de primeros síntomas; relacionándolas entre sí para su mejor estudio. Los datos fueron extraídos del registro de morbilidad de terapia del departamento de estadística e historia clínica. Predominaron las madres entre 25 y 30 años, los neonatos de buen peso y apgar, la edad gestacional entre 37 y 42 semanas y los nacidos por cesárea; la mayor parte de las afecciones aparecieron ante los siete días, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y las bronconeumonías fueron las afecciones más frecuentes (las que aparecieron siempre después de los siete días) así como el bajo peso relacionado con las madres adolescentes.

*Palabras clave: morbilidad neonatal*

## ABSTRACT

A descriptive study at “Vladimir I Lenin” Hospital maternity Service and at Neonatology ward, “Octavio de la Concepcion y de la Pedraja” Pediatric Hospital, during 2004 was carried out, aimed at assessing the main morbidity causes in newborn in this health area. 578 newborns conformed the universe and 110 of them constituted the sample and were

admitted. The variables studied were: maternal age, gestational age, delivery type, newborn weight, the most frequent affections and age when the first symptoms appear. The data were collected from the Statistics Department, and clinical histories, the age group between 25 and 30 years prevailed, the newborns with good weight and APGAR score, gestational age ranging between 37 and 42 weeks, babies who were born through cesarean section. The majority of the affections appeared before the 7<sup>th</sup> day after birth with respiratory distress and bronchopneumonia as the most frequent affections, as well as a relation between low weight and adolescent mothers.

*Key words: neonatal morbidity.*

## **INTRODUCCIÓN**

El niño, como ser vivo en constante evolución, ha de ser evaluado sistemática e integralmente a modo de conocer cómo los factores ambientales van actuando sobre los genéticos y están permitiendo la consecuencia de un ser humano mayor para sí mismo y para la sociedad en que se desarrolla. <sup>(1)</sup>

Una de las etapas por las que atraviesa el niño es la neonatal, que enfrenta desde el nacimiento hasta los 28 días de edad y es extremadamente importante ya que en ésta, se consolidan los cambios producidos durante el parto y continúa la adaptación al medio extrauterino. Además se instaura y consolida la lactancia materna que constituye la alimentación ideal del ser humano durante los primeros días de vida.

En el período neonatal se manifiestan mucho los problemas surgidos durante el embarazo y el parto o nacimiento (trauma obstétrico, anoxia, anomalías congénitas, infecciones, etc.) y presenta una alta mortalidad. Se manifiestan los problemas del bajo peso al nacer, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDRRN) y de incompatibilidad sanguíneo y otras causas.

La mortalidad neonatal es uno de los componentes de la mortalidad infantil más difícil de reducir, aún en países que registran tasas bajas por constituir una etapa de mayor riesgo en la vida. Por tal motivo un número cada vez más creciente de médicos concentran sus esfuerzos en la atención a los niños de alto riesgo. <sup>(3)</sup>

La morbilidad prenatal es un gran problema de salud en países de América Latina, en particular, en zonas rurales donde la mayoría de los partos, son asistidos a domicilio por parteras tradicionales que actúan como comadronas; por la atención limitada surgen complicaciones y es necesario el traslado de pacientes a un hospital. <sup>(4)</sup>

La morbilidad neonatal sigue el mismo patrón que la mortalidad. La incidencia de ciertos riesgos neonatales se corresponde con el peso al nacimiento. <sup>(5)</sup>

Un niño con una estancia prolongada en VCI neonatales interrumpe el acceso a los vínculos maternos normales del recién nacido y a sus actividades de aprendizaje por lo que puede tener complicaciones durante el resto de la vida con una reducción de la capacidad de desarrollo e intelectual. <sup>(6)</sup>

El siglo XX ha sido testigo de un marcado descenso de la morbilidad a escala mundial, disminución que ha alcanzado la mortalidad infantil. <sup>(7)(8)</sup> A pesar de mostrar cada día un descenso, cada vez mayor, todavía constituye la etapa neonatal es la que más eleva los índices de morbilidad y mortalidad, dificultad también de nuestra área de salud por lo que nos vemos motivados a realizar este trabajo.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, de todos los recién nacidos que ingresaron en el servicio de Neonatología del Hospital Vladimir Ilich Lenin y Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y la Pedraja, pertenecientes al área de la Policlínica “Pedro del Toro Saad” en el período enero - diciembre de 2004. De un universo de 578 nacidos en el área en el período, se tomó una muestra de 110 recién nacidos que ingresaron en los servicios hospitalarios.

Se estudiaron una serie de variables, entre ellas: la edad materna, edad gestacional al parto, tipo de nacimiento, peso al nacer, las principales causas por las que ingresaron y edad de aparición de los primeros síntomas. Los datos fueron tomados de las historias clínicas del recién nacido, de atención pre y post natal, así como del departamento de estadística.

La edad materna se tomó de la historia clínica al ingreso y se agrupó en menos de 20 años, de 20 a 24, de 25 a 30, de 30 a 35 y más de 35 años.

La edad gestacional al parto se recogió de la que establecen los neonatólogos al ingreso de acuerdo con el examen físico del recién nacido. El tipo de nacimiento se tomó de la historia clínica según lo establecido.

El peso al nacer fue tomado de la historia clínica del recién nacido.

El apgar al nacer se recogió del carné del niño y se clasificó en:

- Menor de tres: severo deprimido
- Tres a seis: moderado deprimido
- Siete a diez: normal

Para la recopilación de la información que permitió dar respuesta a los objetivos se llenó una encuesta directamente a las madres, previo consentimiento informado, con la ayuda del médico de la familia.

Los datos se procesaron mediante una calculadora manual marca Canon y fueron expuestos en forma numérica y porcentual en cuadros de asociación para una correcta interpretación de los resultados.

## **RESULTADOS**

Las madres de 25 a 30 años fueron las que aportaron el 36,4% de niños con morbilidad, lo cual está relacionado con este grupo, por ser donde se produce mayor número de nacimientos (tabla I).

Tabla I. Edad materna y edad de gestación. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

Edad materna	Edad de Gestación									
	-30 sem		30-36 sem		37-42 sem		+42 sem		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
-20 años	-	-	10	9,1	20	18,2	-	-	30	27,3
20 – 24 a.	-	-	5	4,5	10	9,1	1	0,9	16	14,5
25 – 30 a.	-	-	7	6,4	33	30	-	-	40	36,4
31 – 35 a.	-	-	4	3,6	12	10,9	-	-	16	14,5
+35 años	-	-	1	0,9	7	6,4	-	-	8	7,3
Total	-	-	27	24,5	82	74,5	1	0,9	110	100

Fuente: encuesta e historias clínicas

Al relacionar la edad materna con el tipo de parto (tabla II), apreciamos que el 53,6% de los niños nacieron por cesárea; en tres de los cinco grupos de edades estudiadas el mayor porcentaje se encontró en los nacidos por cesárea.

Tabla II. Edad de gestación y tipo de parto. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

Edad Materna	Tipo de Parto							
	Eutócico		Cesárea		Instrumentado		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
-20 Sem	14	12,7	15	13,6	1	0,9	30	27,3
20-24 Sem	6	5,5	10	9,1	-	-	16	14,5
25-30 Sem	20	18,2	20	18,2	-	-	40	36,4
30-35 Sem	6	5,5	10	9,1	-	-	16	14,5
+35 Sem	4	3,6	4	3,6	-	-	8	7,3
Total	50	45,5	59	53,6	1	0,9	110	100

Fuente: encuesta e historias clínicas

Existió relación entre bajo peso al nacer y adolescencia, los grupos de peso entre 1500 – 1999 y 2000 a 2499 fueron en los que se encontraban los bajos pesos (11,8%).

Tabla III. Peso al nacer y edad de la madre. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

Peso al Nacer	Edad de la Madre años											
	-20		20-24- años		25-30 años		30-35 años		+35años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
-1000 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1000-1499 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1500-1999 g	5	4,5	4	3,6	2	1,8	2	1,8	3	2,7	16	14,5
2000-2499 g	8	7,3	4	3,6	4	3,6	2	1,8	2	1,8	20	18,2
2500-2999 g	3	2,7	1	0,9	28	25,5	7	6,4	2	1,8	50	45,5
4000 g y +	2	1,8	6	5,5	-	-	1	0,9	1	0,9	10	9,1
Total	30	27,3	16	14,5	40	36,4	16	14,5	8	7,3	110	100

Fuente: encuesta e historias clínicas

En cuanto al tiempo de gestación y al tipo de parto (tabla IV) el mayor porcentaje correspondió a las cesáreas con 42 pacientes (38,2%).

Tabla IV. Tiempo de gestación y tipo de parto. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

Tiempo de Gestación	Tipo de Parto							
	Eutócico		Cesárea		Instrumentado		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
30 Sem	-	-	-	-	-	-	-	-
30-36 Sem	10	9,1	16	14,5	1	0,9	27	24,5
37-42 Sem	40	36,4	42	38,2	-	-	82	74,5
42 Sem	-	-	1	0,9	-	-	1	0,9
Total	50	59	45,5	53,6	1	0,9	110	100

Fuente: encuesta e historias clínicas

Al valorar el peso al nacer y el tiempo de gestación (tabla V) se determinó que a mayor tiempo de gestación, mayor es el peso al nacer, para un 50% de niños con buen peso y tiempo de gestación a término.

Tabla V. Peso al nacer y tiempo de gestación. Policlínica “Pedro del Toro Saad”.

Peso al nacer	Tiempo de gestación									
	- 30 Sem		30-36 Sem		37-42		+42 Sem		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
-1000 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1000-1499 g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000-2499 g	-	-	8	7,3	12	10,9	-	-	20	18,2
2500-2999 g	-	-	7	6,4	7	6,4	-	-	14	12,7
3000-39999 g	-	-	-	-	49	44,5	1	0,9	50	45,5
4000 +	-	-	-	-	10	9,1	-	-	10	9,1
Total	-	-	27	24,5	82	74,5	1	0,9	110	100

Fuente: encuesta e historias clínicas

El mayor porcentaje de niños, que tuvieron morbilidad, nació con buen apgar (94,5%) y fue el SDRRN, la bronconeumonía y el síndrome febril las tres primeras causas de morbilidad de nuestra área (tabla VI).

Tabla VI. Afecciones más frecuentes y apgar. Policlínica Pedro del Toro Saad.

Afecciones más frecuentes	Apgar al nacer							
	-3		3.7		8-9		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Distress Respiratorios	-	-	1	0,9	29	26,4	30	27,3
Bronconeumonía	-	-	3	2,7	14	12,7	17	15,5
Síndrome Febril	-	-	-	-	12	10,9	12	10,9
Bajo peso al nacer	-	-	-	-	8	7,3	8	7,3
Sepsis	-	-	-	-	7	6,4	7	6,4
Hipoglicemia	-	-	-	-	5	4,5	5	4,5
Asfixia	-	-	2	1,8	3	2,7	5	4,5
Otros	-	-	-	-	26	23,6	26	23,0
Total	-	-	6	5.5	104	94,5	110	100,0

Fuente: encuesta e historias clínicas

Al finalizar las afecciones relacionadas con el estado de primeros síntomas, encontramos que el 100% de los pacientes con SDRRN aparecieron en los primeros siete días y sin embargo llama la atención que en la bronconeumonía y el síndrome febril, así como en la sepsis aparecen los síntomas después de los primeros siete días donde el mayor número de los enfermos es del servicio abierto del hospital pediátrico, es decir de los pacientes que habían estado en sus respectivos hogares y ingresan en este servicio.

Tabla VII. Afecciones más frecuentes y edad de los primeros síntomas. Policlínica “Pedro del toro Saad”.

Afecciones más frecuentes	Edad de los primeros síntomas							
	Hospital V. Ilich Lenin				Hospital Pediátrico			
	menos de 7 días		7-27 días		menos de 7		7 - 27 días	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Distress Respiratorias	30	27,2	-	-	-	-	-	-
Bronconeumonía	8	7,2	-	-	-	-	9	8,2
Síndrome Febril	4	3,6	-	-	-	-	8	7.2
Bajo peso al nacer	8	7,2	-	-	-	-	-	-
Sepsis	2	1,8	-	-	-	-	5	4,5
Hipoglicemia	5	4,5	-	-	-	-	-	-
Asfixia	5	4,5	-	-	-	-	-	-
Otros	10	9,0	-	-	-	-	16	15
Total	72	65	-	-	-	-	38	34,92

Fuente: encuesta e historias clínicas

## DISCUSIÓN

Al valorar la edad materna relacionada con la edad gestacional consideramos que el grupo de 25 a 30 años es el que aportó mayor morbilidad debido a que es donde se produjeron

mayores nacimientos coincidiendo con la bibliografía revisada <sup>(9)</sup> y predominó el embarazo a término en el tiempo de gestación. Coincidiendo con Collins y colaboradores <sup>(9)</sup> creemos esto estuvo relacionado con el esfuerzo realizado por nuestros médicos en la atención prenatal que lograron que la mayoría llegara al término de la gestación. Cuadra M y colaboradores encuentran que el mayor porcentaje de los recién nacidos es al término de la gestación <sup>(10) (11) (12) (13)</sup>.

Al analizar la edad materna y el tipo de parto se observó que en tres de los cinco grupos de edades estudiadas el mayor porcentaje se encontró en los nacidos por cesárea, debido a que esta última es un proceder no fisiológico donde el niño se expone a los riesgos propios del acto quirúrgico, al ponerse en juego una serie de factores y elementos que pueden afectar la vida del niño e influir directamente sobre su estado de salud, favoreciendo la morbilidad posterior del recién nacido. Rodríguez Núñez <sup>(14)</sup> coincide con Esparza <sup>(15)</sup> quienes encuentran mayor cantidad de niños con morbilidad que nacen por cesárea que los nacidos por vía vaginal, al igual que Rageth.ct en Alemania <sup>(16)</sup>.

En cuanto analizamos el peso al nacer y la edad materna se apreció mayor incremento en los adolescentes coincidiendo con estudio realizado en Granma por Ángela Vásquez <sup>(17)</sup> donde se define la edad materna como un alto riesgo prenatal, pues las etapas finales de la diferenciación y maduración sexual se complementan durante la pubertad y adolescencia por lo tanto a esta edad hay inmadurez orgánica de la mujer lo que provoca un niño de peso bajo y con riesgo de morbilidad.

Al valorar el tiempo gestación con el tipo de parto prevalecieron las cesáreas con un tiempo de gestación a término coincidiendo con Hartlez R. S <sup>(11)</sup>.

En relación con el peso al nacer y el tiempo de gestación se determinó que a mayor tiempo de gestación, mayor es el peso al nacer y esto es lógico excepto en algunas pacientes donde influyeron factores que provocaron que el niño no ganara bien en peso. Robert C L en Sydney encontró iguales conclusiones <sup>(18) (19)</sup>.

Al evaluar la morbilidad y el apgar, el mayor porcentaje de niños que tuvieron morbilidad nacieron con buen apgar; fueron el SDRRN, la bronconeumonía, y el síndrome febril, las tres primeras causas de morbilidad en nuestra área.

Resultados similares a los nuestros se encontraron en la bibliografía consultada <sup>(20) (21) (22) (23)</sup>, éstos nos permiten elaborar pautas para la prevención de estas entidades, así como realizar un diagnóstico precoz en aras de disminuir las consecuencias negativas, no coincidiendo con los estudios donde la hipoglicemia tiene una alta frecuencia <sup>(11) (24)</sup>.

La morbilidad por SDRRN pudiera explicarse por la propia etiopatogénia de la enfermedad donde se evocan múltiples factores, uno de ellos es el no pasar por el canal de parto que ayuda a expulsar gran parte del líquido pulmonar teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes estudiados fueron nacidos por cesáreas en las cuales no existe trabajo de parto, no se produce inhibición de la secreción, ni la estimulación de la reabsorción del líquido pulmonar por vía sistemática y por ende se puede producir SDRRN en los que nacen por esta vía.

Cuando analizamos las afecciones más frecuentes, con la edad de los primeros síntomas se encontró que todos los niños con distress respiratorio aparecieron en los primeros 7 días y la bronconeumonía y el síndrome febril aparecieron después de los primeros 7 días.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que en estos niños los primeros síntomas de estas entidades que constituyen las primeras causas de morbilidad en el área, aparecen precisamente cuando el niño se encuentra en el hogar, lo que refuerza lo planteado anteriormente sobre la necesidad de encaminar el trabajo a la pesquisa de estas entidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De la Torre Montejo. Al. *Pediatría*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación 1996: 2:1
2. De la Torre Montejo. Al. *Pediatría*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación 1996: 1:6
3. Riverón Cortagueras R. Mortalidad Infantil en Cuba 1990 – 1992 *Rev. Cub.* 1994; 49 (5): 583 – 93
4. Sheibeer B, Rodríguez C. Análisis de los factores de riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala *Bol of Sanet Panam* 1994; 117(3): 20
5. Moreno Fuentes C. Morbilidad y Mortalidad del Recién Nacido menor de 1500 gramos Enero – Junio 1996. Holguín: Servicio de Neonatología, 1996.
6. Jaime. M. Musicoterapia para Recién Nacidos en cuidados intensivos neonatales. *Acta Pediat. Esp* 2001; 59(11): 623 – 629
7. CIONI. 6 Observación de los movimientos en el Recién Nacidos y lactantes: valor pronostico y diagnóstico *Rev. Neurol* 2003; 37(1): 30 – 35.
8. Alfaro Bonejo M. Influencia de algunas variables socioeconómicos y culturales en la morbilidad infantil; Estudio realizado en cinco consultorios de la policlínica de Alcides Pino [trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI]. Holguín,
9. Policlínica de Alcides Pino, 1989.
10. Collins C. Low weight in elective cesaream. *Juvenal Ginecol* 2000; 11(3): 534 – 7.
11. Cuadra M, López J A, Ronda S R, Pagalday A, Palomo S, de Pablo J L. Gestación Gemelar. *Prog. Obstet Ginecol* 2003; 46(8): 348 – 53.
12. Hartley R, Emanuel L, Hitti H. Perinatal Mortaly and neonatal morbidity rates among twin pairs at different Gestacional ages: optimal delivery timing at 37 to 38 weeks Gestation. *Am J Obstet Ginecol* 2001; 184(3): 451 – 8.
13. Beiguelman B., Franchi – Pinto C. Perinatal mortality among twins and siguletons in a city in southeastern; Brasil 1984 – 1996. *Genet Mol Biol* 2000;23(1).
14. Zakanj Z, Grgurie J, Mikulandra F. Twin pregnancies in Maternity wards in cakovec. Sisak and Sibenik in 1998. *Lijec Ujem* 2001;123(11 - 2): 303 – 7.
15. Rodríguez Núñez A, Balestra Sánchez JM. Pagarizabal Millan E. Factores maternos que influyen en la depresión neonatal [Artículo en línea]. <[http:// bvs.sld.cu/revistasgin/vol29\\_03/](http://bvs.sld.cu/revistasgin/vol29_03/)> [consulta:17 de junio de 2004].
16. Esparza J, González A, Inchusta MJ, Pina L. Ultrasonografía cerebral en recién nacidos con asfixia grave. Correlación con el estado neurológico a los 12 meses. *Radiología* 1997; 39 (8): 552.

17. Rageth Ct. Z Geburtshilfe neonatal. Rev. Cubana Obstect Ginecol 2004; 24(3): 137 – 44.
18. Duarte J, Bonejo F, Autocome in cesarean. Journal Invests Gynecology 2001; 18(29):201-3.
19. Manjan Cabeza E. Morbilidad en anestesia espinal Rev Esp Anestesiol-Reanim 2000; 44(2): 64-6.
20. Tosca SeguraR. Anales de Pediatría 2002;7:565-569.
21. Mellizan D W. Anales de Pediatría. AMT Respir Med. 2004; 1(6): 417-33.
22. Rodríguez Webere M A. Morbilidad y Mortalidad por Sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. Salud Pub Mex 2003; 45(2): 90-95.

*Correspondencia:* Dra. Caridad Mastrapa Reyes, Dirección: Calle Martí. Edif. 188, apto B. Esquina C. Central. Teléfono: 463006 Correo electrónico: [caridad@crystal.hlg.sld.cu](mailto:caridad@crystal.hlg.sld.cu)

[Indice](#) [Anterior](#) [Siguiete](#)