



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de posgrado

CENTRO MEDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

NEONATOLOGIA

**MORBIMORTALIDAD EN EL RECIEN NACIDO
MENOR DE 1500 G.**

Tesis de posgrado para obtener el
Titulo de Especialista en Neonatología.

Presenta

DR. LUIS ENRIQUE AGUILAR GOMEZ

Asesora

M.C. DRA. LETICIA IMELDA SOLLANO CARRANZA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS
(una vez más....gracias)

A MIS PADRES

Por el apoyo incondicional mostrado
a lo largo de mi preparación profesional
y por su aliento inquebrantable.

A MIS HERMANOS Y FAMILIA

Por estar siempre impulsando mis anhelos
de superación y por su latente compañía.

A LOS RECIEN NACIDOS

Por que siempre han sido libros abiertos y
los mejores maestros en mi formación como
Neonatólogo. Por ser el estímulo para continuar.

A LA DRA. LETICIA SOLLANO CARRANZA

Por compartir sus conocimientos, tiempo, experiencias
y amistad durante mi formación profesional
y por ser parte importante en la realización de este trabajo.

A VERONICA

Por ese enorme corazón que tienes y
por ser parte de otro sueño
que hoy se cristaliza.

INDICE

INTRODUCCION.....	1-7
RESULTADOS.....	8-9
CONCLUSION.....	10-13
BIBLIOGRAFIA.....	14-16
ANEXOS.....	17-19

RESUMEN

INTRODUCCION: El peso bajo al nacer trae consigo una serie de factores de riesgo de severidad variable que condicionan un elevado índice de mortalidad y morbilidad.

Para la identificación de los grupos en riesgo de presentar partos pretérmino se debe seleccionar a aquellas madres con mayor propensión a fin de iniciar esquemas preventivos y terapéuticos.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de una investigación observacional, prospectiva, descriptiva y longitudinal.

Se estudiaron los factores de riesgo y la morbimortalidad neonatal de los nacimientos suscitados durante el período Agosto de 2004 al 31 de Julio de 2005 en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y los resultados se analizaron en el sistema EPI INFO 6.02.

RESULTADOS:

Se registraron un total de 181 nacimientos en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, 35 de los cuales fueron menores de 1500 gr. lo que representa el 19.3%.

La mortalidad reportada en este grupo fue del 8.5%.

Las patologías neonatales más frecuentes fueron la anemia, la hiperbilirrubinemia, las alteraciones electrolíticas y la apnea.

DISCUSION

La incidencia de recién nacidos con peso menor de 1500 g. es alta debido a que en el Centro Médico Nacional la población de embarazadas tratadas son de alto riesgo.

La mortalidad observada en la totalidad de los nacimientos fue únicamente del 1.5% lo cual está relacionado al control prenatal adecuado y por ende al manejo integral de la embarazada de alto riesgo.

INTRODUCCION

El bajo peso al nacer trae consigo una serie de factores de riesgo de severidad variable que condicionan un elevado índice de mortalidad y morbilidad

La incidencia de recién nacidos prematuros es del 10%. De estos, el 1% son menores de 1500g. Debido a sus condiciones propias de prematurez estos pacientes deben ser tratados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de tercer nivel de atención, en condiciones óptimas de termorregulación y asepsia y con monitores cardiorrespiratorios y manejo médico y paramédico especializado para lograr una mejor sobrevida la cual está relacionada con la edad gestacional (11.6% en los que pesan menos de 500gr, 50.7% en los que pesan al nacer de 500-749g. y de 83.9% en los que pesan al nacimiento entre 750 a 1000 gr.) y el manejo perinatal de la madre y el recién nacido.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud define como parto pretérmino a aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas y después de las 20 semanas de edad gestacional y define como bajo peso a todo neonato que nace con peso debajo de 2500 gr.; de muy bajo peso al recién nacido con peso menor de 1500g. Como neonato de extremadamente bajo peso o diminuto al menor de 1000g. de peso al nacer y micro prematuro al menor de 750 g.

El parto menor de 37 semanas de gestación resulta ser la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial. Su frecuencia está entre 7 y 11% de todos los nacimientos y de ésta se desprende una mortalidad neonatal que alcanza entre 60-80% en términos generales.³ Por lo tanto los recién nacidos con muy bajo peso

al nacer son los más susceptibles de presentar todas las complicaciones de un nacimiento prematuro tanto en el periodo neonatal inmediato como en el mediato. Dentro de las complicaciones que estos pacientes pueden presentar se mencionan las alteraciones en la termorregulación, la hipoglucemia, las alteraciones electrolíticas, la hiperbilirrubinemia, la enfermedad de membrana hialina, la persistencia del conducto arterioso, las infecciones, la enterocolitis necrosante, la hemorragia intraventricular, la displasia broncopulmonar, la leucomalacia periventricular y la retinopatía del prematuro.⁴

Sin embargo la mortalidad ha disminuido con el uso de surfactante, esteroides antenatales, ventilación mecánica y el establecimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales condicionando que al sobrevivir un porcentaje mayor de pacientes con edad gestacional y peso cada vez mas bajos aumenta por consiguiente la población de niños con secuelas graves como retraso mental, parálisis cerebral y sordera.²

Existen factores de riesgo relacionados a un nacimiento prematuro los cuales pueden deberse a una causa de origen materno como patologías propias del embarazo de las cuales se cita a la preeclampsia, la isoimmunización, el embarazo múltiple, las anomalías uterinas, la ruptura prematura de membranas, el oligohidramnios, el polihidramnios, el sangrado vaginal ya sea por placenta previa o desprendimiento de placenta, la diabetes mellitus, las anormalidades fetales entre otras¹⁶. Existen patologías maternas independientes del embarazo que también influyen en la presentación de un parto de pretérmino como las cardiopatías, las malformaciones mullerianas, los fibromas uterinos, etc. También existen situaciones que favorecen la presentación de un parto pretérmino como las infecciones del tracto urinario, la corioamnioitis, la incompetencia

cervical y la cervicovaginitis. Dentro de los factores sociodemográficos que también tienen participación en el parto pretérmino se menciona a la desnutrición materna, el control prenatal inadecuado, ser madre soltera, la edad materna antes de los 17 años de edad o la edad materna avanzada (mayor a los 35 años)^{13, 14}, el bajo nivel socioeconómico, las toxicomanías, el tabaquismo, el antecedente tanto de parto pretérmino como de aborto debido a que hay un riesgo de recurrencia del 17-40% y el estrés materno.^{5, 6,12.}

En alrededor de la mitad de los nacimientos pretérmino no es posible detectar los factores de riesgo asociados a éste sin embargo para la identificación de los grupos en riesgo se ha intentado seleccionar a aquellas madres con mayor propensión a fin de iniciar esquemas preventivos y terapéuticos. Dicha conducta se basa en tres puntos fundamentales: inhibir o evitar la actividad uterina, mejorar las condiciones del RN y establecer la vía y el momento óptimo para el nacimiento.⁷

Existe amplia evidencia de que el tratamiento de las vaginosis y de las bacteriurias asintomáticas tengan un efecto protector contra el peso bajo al nacer, debido a que las vaginosis bacteriana se han asociado a nacimientos prematuros y con bajo peso al nacimiento.¹⁵

La mortalidad perinatal es un indicador epidemiológico que evalúa indirectamente la calidad de la atención materno infantil y el peso bajo al nacer es un indicador que guarda relación con la morbilidad y la mortalidad fetal y neonatal y con el bienestar del binomio madre e hijo en la etapa posparto.⁸

La obtención de tasas de mortalidad perinatal a partir de sistemas de información continuos y confiables, permite la evaluación más precisa de la calidad de la atención en países desarrollados. En países en desarrollo como México, no existen aún programas de evaluación en salud que permitan conocer la situación real de nuestra atención médica.⁹

Todos los años hay alrededor de 13 millones de partos pretérminos en el mundo y la mayoría de estos nacimientos se presentan en los países en vías de desarrollo como el nuestro. La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad ocasionando 60 a 80% de las muertes infantiles sin anomalías congénitas.¹⁰ En México, a nivel institucional en el año 2001, hubo 6.1% de recién nacidos con menos de 2500gr, siendo el peso bajo al nacer y la prematuridad la quinta causa de muerte en el grupo de edad entre cero y cuatro años.¹¹

En países desarrollados como los Estados Unidos el 10 a 15% de todos los nacimientos ocurren antes de la semana 37 de gestación a pesar de los tratamientos intensivos para el parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y las complicaciones médicas durante el embarazo. El nacimiento prematuro es el responsable de aproximadamente 80% de la mortalidad perinatal en aquel país.

En los últimos decenios tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, las tasas de mortalidad infantil han ido en descenso, pero el mayor número de ellas continúa informándose en el período neonatal y el riesgo de muerte es más alto durante las primeras 24 horas de vida, sobre todo para los neonatos con bajo peso al nacer y

neonatos prematuro. En México para el año 2002 se reportaron un total de 36,702 muertes infantiles de las cuales el 45.6% correspondían a muertes neonatales tempranas (< 7 días) y el 16.4% a muertes neonatales tardías (7-27 días).¹⁸

La mortalidad neonatal, como indicador de salud, refleja la calidad de atención perinatal la cual está muy relacionada con el peso al nacer y la edad gestacional, aumentándose el riesgo a menor edad gestacional y peso. Así, tenemos que los neonatos menores de 2500g tienen 40 veces más riesgo de morir que los mayores de 2500g y se incrementa 200 veces más para los menores de 1500g. En general para cualquier edad gestacional, a menor peso, mayor mortalidad y para cualquier peso a menor edad gestacional, la mortalidad es mayor.¹⁹

La falta de control prenatal se ha asociado con nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, una mayor frecuencia de amnioititis y de presentar más sufrimiento fetal al nacer, hemorragia intraventricular (HIV), retinopatía, displasia bronco pulmonar (DBP), ruptura prematura de membranas (RPM), hemorragia ante parto y dilatación cervical con un incremento de la mortalidad.²⁰

El análisis de los factores de riesgo durante la gestación muestra que el incremento de cobertura y el mejoramiento de la calidad del control prenatal serían las intervenciones con mayor impacto para prevenir el bajo peso al nacer.

El punto más importante en el manejo del nacimiento pretérmino es prevenir las complicaciones neonatales a través del uso de esteroides y de antibióticos para tratar o prevenir las infecciones maternas, así como evitar los nacimientos traumáticos. Por otro

lado el nacimiento en un centro médico con un equipo experimentado en reanimación y la disponibilidad de una terapia intensiva neonatal asegurará los mejores resultados neonatales.²

OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de nacimientos menores de 1500g.
2. Conocer la mortalidad registrada en los recién nacidos menores de 1500g.
3. Determinar el porcentaje de los nacimientos con peso menor de 1500g. que desarrollan morbilidad neonatal en el CMN “20 de Noviembre”.
4. Determinar la morbilidad de los recién nacidos menores de 1500g.

Conocer los factores de riesgo asociados a los recién nacidos menores de 1500g.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó el estudio en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, en el periodo comprendido del 1 de agosto de 2004 al 31 de Julio de 2005 donde se captaron los nacimientos con peso menor de 1500gr.

Las variables de estudio fueron los factores de riesgo para parto pretérmino tomando como referencia lo publicado diversos artículos^{13,14,16,23} entre éstos incluimos a la edad materna mayor de 35 años o menor de 17 años, infección de vías urinarias materna, hipertensión arterial materna, diabetes mellitus materna, polihidramnios, vaginosis, multiparidad, inadecuado control prenatal, corioamnioitis, hemorragia materna, aplicación de inductores de madurez pulmonar) y con respecto a morbilidad neonatal las variables fueron (anemia, displasia broncopulmonar, hiperbilirrubinemia, alteraciones electrolíticas, cardiopatías, enfermedad de membrana hialina, sepsis, neumotórax, leucomalacia, crisis convulsivas, coagulación intravascular diseminada, hemorragia intraventricular, asfixia, hipoglucemia⁴) las cuales fueron analizadas en el sistema EPI INFO 6.02.

Se trata de una investigación observacional, prospectiva, descriptiva y longitudinal.

Como criterio de inclusión se tomó a los recién nacidos con peso menor de 1500 gr. se excluyeron a los menores de 20 semanas de edad gestacional, con malformaciones congénitas mayores y se eliminaron a los que no contaban en su expediente con la información completa.

RESULTADOS

Se registraron un total de 181 nacimientos en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” en el periodo estudiado, 35 fueron de peso menor de 1500g. el cual representa el 19.3% de los nacimientos suscitados en dicha institución.

De los resultados obtenidos durante el presente estudio se obtuvo que el género femenino fue el mayor del grupo de estudio, con un total de 22 pacientes el cual representa el 62.9%.

Se registraron 3 fallecimientos todos del género masculino y de menos de 1500g lo cual representa el 1.5% de todos los nacimientos ocurridos en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y el 8.5% de entre los menores de 1500 g.

Dentro de los factores de riesgo prenatal para morbi-mortalidad neonatal y que estuvieron presentes en mayor porcentaje se mencionan a la edad materna avanzada, la hipertensión arterial materna, la infección de vías urinarias y la vaginosis. (Gráfica 1)

Las patologías neonatales que se presentaron con mayor frecuencia fueron la anemia, la hiperbilirrubinemia, las alteraciones electrolíticas y la apnea. (Gráfica 2).

Cabe mencionar que en las patologías como la Enfermedad de membrana hialina, la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y la Hemorragia Intraventricular se presentaron únicamente en el género femenino.

En el análisis de los factores de riesgo perinatal se observó que ninguno tuvo

significado estadístico con respecto a la presentación de morbilidad y mortalidad.

Con respecto al riesgo relativo para presentar alguna patología en relación a los factores de riesgo se menciona a continuación lo siguiente:

En el caso de la NO aplicación de inductores de madurez pulmonar el riesgo relativo para Enfermedad de Membrana Hialina fue de 2.7.

En el caso de hipertensión materna el riesgo relativo para desarrollar Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es de 2.4.

La diabetes materna tiene un riesgo relativo de 1.5 para que el neonato manifieste Enfermedad de Membrana Hialina y 4.6 para hipoglucemia.

CONCLUSIONES

La incidencia de recién nacidos con peso menor de 1500 gr. que fue del 19.3% muy superior al 1.5% de los nacimientos menores de 1500g reportados en otras instituciones aunque hay que tomar en cuenta que las características de los diversos hospitales son diferentes al nuestro ya que son hospitales de segundo nivel de atención y no hay reportes publicados sobre sus estadísticas lo que condiciona problemas de registro de tasas de mortalidad perinatal regionales y, por ende, nacional; sin embargo basados en lo reportado en la literatura nuestra población de prematuros menores de 1500g continúa siendo grande²⁵.

La mortalidad observada en este grupo de pacientes fue del 8.5% en este caso muy por debajo en relación a otros hospitales que atiende población abierta y que pertenecen a países en vías de desarrollo en donde se llega a reportar una mortalidad de 38.4% hasta 60%²⁴. Consideramos que esto obedece al adecuado control prenatal de las pacientes de riesgo y a la vigilancia que se tiene en ellas por un servicio de alta especialidad como lo es el de Medicina Materno Fetal, donde se evita y trata los procesos morbosos que pueden complicar un embarazo así como también de la aplicación de inductores de madurez pulmonar con lo que se ha cambiado notablemente la evolución en este tipo de población.²²

Los factores de riesgo perinatal influyen de manera negativa en la presentación de morbilidad y mortalidad en la población neonatal, es por eso de la importancia del adecuado control prenatal en las embarazadas tanto de alto riesgo como las que aparentemente cursan con un embarazo normal.

Los factores de riesgo materno que estuvieron presentes con mayor frecuencia en los nacimientos prematuros fueron la edad materna avanzada, la infección urinaria, la vaginosis y la hipertensión arterial materna.

La edad materna avanzada, definida como la edad de 35 años o mayor, ha sido ampliamente reportada como de gran importancia en el pronóstico y duración del embarazo ya que la frecuencia de partos pretérmino es menor en las madres con edad entre 20 a 30 años que es generalmente considerada la edad óptima para poco riesgo del recién nacido y de la madre¹³⁻¹⁴. En nuestro estudio la edad materna avanzada estuvo presente en el 45.7% de todos los nacimientos con peso < de 1500 gr.

En un meta análisis se observó que la presencia de vaginosis bacteriana se relacionó con parto prematuro de neonatos de bajo peso al nacimiento, en nuestro estudio observamos que la vaginosis estuvo presente en un 45.7% de los nacimientos con peso < de 1500 g.¹⁵

Se ha comentado ampliamente la relación de los factores de riesgo materno para presentar parto prematuro y morbilidad neonatal. Como puede observarse en las gráficas de riesgo relativo (RR), existen factores de riesgo relacionados a un mayor riesgo de presentar morbilidad neonatal, de los cuales mencionamos a la falta de aplicación de inductores de madurez pulmonar para desarrollar enfermedad de membrana hialina, del mismo modo se encuentra la diabetes materna como factor de riesgo implicado en la presencia de enfermedad de membrana hialina e hipoglucemia y a la hipertensión arterial materna para el desarrollo de taquipnea transitoria del recién nacido.

La morbimortalidad en el CMN “20 de Noviembre” es muy diferente a los demás hospitales debido a que somos un centro de referencia nacional de embarazos de alto riesgo de otros hospitales del ISSSTE con patología materna como diabetes mellitus, diabetes gestacional, toxemias, neuropatías, padecimientos inmunológicos, cardiopatías, etc. de tal forma que en el servicio de medicina Materno Fetal las pacientes de alto riesgo son monitorizadas estrechamente a través de registros tococardiográficos, ultrasonido doppler, amniocentesis y un cuidado estrecho de la patología de base por un servicio interconsultante. Cuando el trabajo de parto es inminente o hay que interrumpir el embarazo se administran esquemas de madurez pulmonar cuando así está indicado con lo cual se ha observado una mejoría importante en la morbimortalidad en este tipo de población.

El cuidado estrecho por el servicio de Medicina Materno Fetal así como también el cuidado en el área tocoquirúrgica y el manejo integral neonatal tanto en la terapia intermedia como en la terapia intensiva ha permitido que nuestra mortalidad en neonatos menores de 1500 g sea muy baja.

Es de vital importancia llevar un adecuado control prenatal, identificar y modificar los factores de riesgo perinatal para poder disminuir los partos pretérminos y la morbimortalidad neonatal para de esta forma evitar las secuelas en una etapa ulterior de la vida y mejorar la calidad de vida de los recién nacido con peso muy bajo al nacer.

Consientes de esta situación, debe desarrollarse en los centros hospitalarios, un sistema que permita conocer cada vez más de cerca las variables que participan en la mortalidad

perinatal de la población que recibe sus servicios, para mejorar la calidad de atención médica que se ofrece.

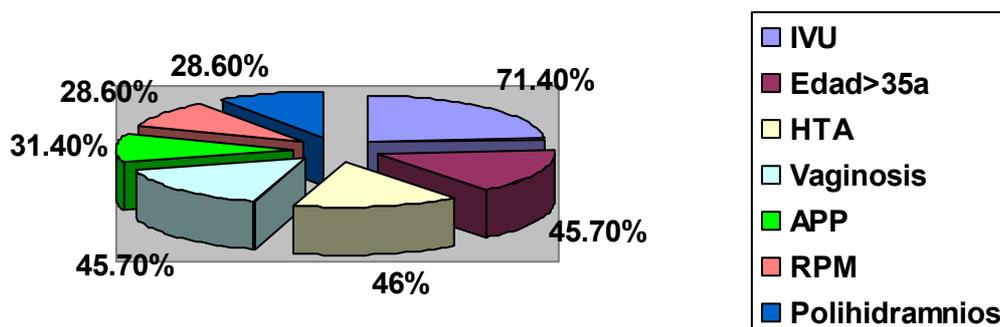
BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández MJ, La supervivencia de recién nacidos prematuros extremos. *Médica Sur* 2001;8:107-111.
2. Ahued AJ, Hernández AE. Patología Fetal en Rodríguez WM, Udaeta ME. *Neonatología clínica*. 1ª Ed. México. Mc Graw Hill. 2004:65-66.
3. Martín JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM, Births: final data for 2000. *Natl Vital Stat Rep* 2002; 50:1-101
4. Subremanian SK, Yoon H. Extremely low birth weight infant, 2002. página web www.emedicine.com.
5. Lockwood CJ. Stress-associated preterm delivery: the role of corticotropin – releasing hormona. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:264-266
6. Walter M, Hull A. Parto pretérmino. En Taeush WH, Ballard RA. *Tratado de Neonatología de Avery*. 7ª Ed. Madrid España. Harcourt. 2000:144-146.
7. Katz V, Bose C. Improving survival of the very premature infant. *J perinatology* 1993;13:261-265
8. Ortiz EI. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. *Colomb med* 2001;32:159-162.
9. Vilchis NP, Gallardo GJ, Rivera RM. Mortalidad perinatal, una propuesta de análisis. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:510-520
10. Rodríguez GM, Udaeta ME, López CC. Recién Nacido de Bajo Peso en Programa de Actualización Continua en Neonatología. 1a Ed. México. Intersistemas. 2004. páginas 351-360.
11. Departamento de estadística del Instituto nacional de Perinatología.
12. Brodsky D, Martin C, Maternal-fetal medicine. *Neonatology Review*.

- 2003;55:34-35.
13. Canterino JC, Ananth CV, Smulian J, et al. Maternal age and risk of fetal death in singleton gestations. *J matern fetal neonatal med* 2004;15:193-197
 14. Astolfi P, Zonta LA. Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. *Human Reproduction*. 1999;14:2891-2894
 15. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The vaginal infections and prematurity study group. *N Engl J Med*. 1995;333:1737-1742.
 16. Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, Moawad AH. The preterm prediction study: a risk assessment system 1996;174:1885-1893
 17. Lira PJ, Simon PL. Factores predisponentes relacionados con el nacimiento pretérmino en Ahued AJ. *Prematurez un enfoque perinatal*. 1ª Ed. México. ETM, 2004. Páginas: 9-19.
 18. Base de datos de defunciones 1980-2002. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/ Secretaría de Salud, México.
 19. Secretaría de salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Indicadores asociados a la mortalidad materna y perinatal
 20. Ortiz EI. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. *Colomb med* 2001;32:159-162
 21. Goldenberg RL, The Management of preterm labor. *Ostetrics and gynecology* 2002;100:1020-1037.
 22. Cázarez OM, Romero SE, Escobedo AF, Impacto del uso de esteroides antenatales sobre la morbilidad de neonatos prematuros eutróficos. *Ginec Obs Mex* 2000;68:296).

23. Lira PJ, Simon PL, factores predisponentes relacionados con el nacimiento pretérmino. En Ahued AJ, Prematures un enfoque perinatal. 1ª Ed. México, ETM, 2004:9-19.
24. Miranda Del Holmo H, et al. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México, Rev Med Hosp. Gen Mex 2003;66:22-27.
25. Tapia IJ, Cifuentes J, El recién nacido con peso menor de 1500g al nacer. En Tapia JL, Ventura-Juncá P. Manual de Neonatología. 2ª Ed. Chile, Mediterraneo 1999:80-85.

FACTORES DE RIESGO PERINATAL



Gráfica: 1

Fuente: Expedientes del CMN "20 de Noviembre"

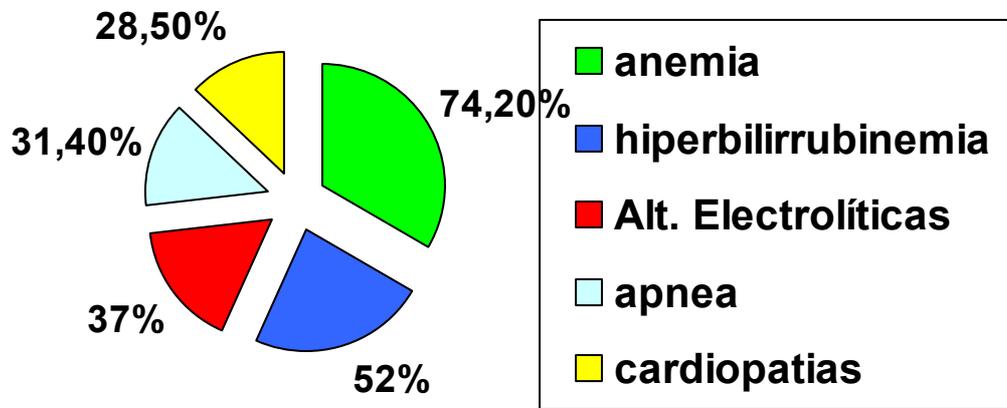
IVU= Infección de vías Urinarias

HTA= Hipertensión arterial

APP= amenaza de parto pretérmino

RPM= Ruptura prematura de membranas

MORBILIDAD RN < 1500G



Gráfica: 2

Fuente: Expedientes del CMN "20 de Noviembre"

RIESGO RELATIVO TABLA 1

SIN ESQUEMA DE MADUREZ PULMONAR	EMH	RR 2.7
--	-----	--------

HTA MATERNA	TTRN	RR 2.4
--------------------	------	--------

DIABETES MATERNA	EMH	RR 1.5
	HIPOGLUCEMIA	RR 4.6

Fuente: Sistema EPI INFO 6.02