

## Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado

### Perinatal results of the expectant management of prolonged pregnancy

Alexis Corrales Gutiérrez<sup>I</sup> ; Tania T. Carrillo González<sup>II</sup> ; María E. Benavides Casal<sup>III</sup> ; Pedro Borges Echevarría<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Doctor en Ciencias. Profesor Auxiliar Obstetricia y Ginecología. Hospital universitario Gineco-obstétrico "Mariana Grajales", Universidad Médica de Villa Clara. Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de II Grado. Profesor Auxiliar Imagenología. Hospital universitario Gineco-obstétrico "Mariana Grajales", Universidad Médica de Villa Clara, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista I Grado Obstetricia Ginecología. Hospital universitario Gineco-obstétrico "Mariana Grajales", Universidad Médica de Villa Clara. Cuba.

---

#### RESUMEN

**OBJETIVO:** comprobar que con una conducta expectante en el embarazo prolongado (EP) se pueden obtener magníficos resultados perinatales. **MÉTODOS:** se realiza un estudio comparativo entre la atención de un protocolo con este tipo de conducta (expectante) y el embarazo prolongado en un período de cinco años (n=1826), se compara con gestaciones de 37-41 semanas normales o de bajo riesgo. Las variables estudiadas fueron los criterios de inducción, el tipo de parto, los índices de Apgar, ingresos de recién nacidos en Cuidados Intensivos y la mortalidad perinatal. **RESULTADOS:** se logró que iniciaran el parto espontáneo el 74,5 % de los EP siendo la principal causa de inducción el oligohidramnios, el 76,5 % tuvo un parto transpelviano con un RR de cesárea de 1,30 veces mayor, pero que no resultó significativa. El índice de Apgar bajo al 5º minuto fue de 0,05 % que se comporta igual que en las gestaciones de 37-41 semanas. De igual forma los ingresos de neonatos en Cuidados Intensivos resultó similar en ambos grupos, pero la tasa de mortalidad perinatal es casi tres veces menor en el EP (2,73 vs. 7,5). **CONCLUSIONES:** el manejo del EP con conducta expectante, con seguimiento del bienestar fetal, logra excelentes resultados perinatales con un menor intervencionismo obstétrico.

**Palabras clave:** Embarazo prolongado, inducción, Apgar, mortalidad perinatal.

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to prove that with an expectant management in prolonged pregnancy (PP) significant perinatal results may be obtained.

**METHODS:** a comparative study was made between the attention of a protocol with this type of management (expectant) and prolonged pregnancy in a five-year period (n=1826). It is compared with gestations of 37-41 normal weeks or at low risk. The studied variables were the induction criteria, the type of delivery, the Apgar scores, the admission of newborn infants in the Intensive Care Unit, and the perinatal mortality.

**RESULTS:** it was possible that 74.5 % of the PP had an spontaneous delivery. Oligohydramnios was the main cause of induction. 76.5 % had an transpelvic delivery with a RR of cesarean section 1.30 times higher, although it was not remarkable. The low Apgar score at the 5th minute was 0.05 %, with the same behavior observed in the gestations of 37-41 weeks. Likewise, the admissions of neonates in the Intensive Care Units was similar in both groups, but the perinatal mortality rate was almost three times lower than in PP (2,73 vs. 7,5).

**CONCLUSIONS:** the expectant management of PP, with follow-up of the fetal well-being, attains excellent perinatal results with a lower obstetric intervention.

**Key words:** Prolonged pregnancy, induction, Apgar, perinatal mortality.

---

## INTRODUCCIÓN

El embarazo prolongado (EP) ha sido considerado en diferentes publicaciones como de riesgo perinatal que incluye hipoxia, partos distócicos, macrosomía fetal, ingresos de neonatos en Cuidados Intensivos, etc. Por tal motivo existe una tendencia actual de inducir el parto en la semana 41 precisamente para evitar tales complicaciones, avalado por el uso del misoprostol para maduración cervical y/o inducción. Otros por su parte prefieren estudiar el bienestar fetal y actuar sólo si se afecta. Entonces se definen dos conductas diametralmente opuestas, inducir, o esperar el parto espontáneo e intervenir únicamente si este se encuentra comprometido.

Son múltiples los trabajos que se refieren a una u otra conducta. *Weinstein*<sup>1</sup> en el año 1996 hizo un estudio de 1798 pacientes con EP comparando sus resultados con 2633 embarazos entre 37-41 semanas y encontró un aumento de la mortalidad perinatal en las primeras. También *Rand*<sup>2</sup> alerta en el año 2000 sobre los resultados perinatales adversos según aumenta la edad gestacional. *Chang*<sup>3</sup>, *Alexander*<sup>4</sup> y *Meydanli*<sup>5</sup> son partidarios de la inducción del parto antes de la semana 41, aunque es bueno recordar que un importante número de mujeres tendrá el parto espontáneamente si se deja evolucionar, conclusión a la que llega *Herabuya*,<sup>6</sup> señalando además que con los métodos de vigilancia fetal actuales se puede esperar el parto con bastante seguridad.

*Eastman*<sup>7</sup> citado por Williams plantea "que aunque la postmadurez entrañe un riesgo levemente aumentado de muerte fetal, es probable que este riesgo sea menor que el asociado a la inducción del parto con un cuello no maduro".

Por otra parte, *Myers*<sup>8</sup> y *colaboradores* en un estudio de revisión en 701 artículos sobre el manejo del EP preparado por la *Duke Evidence-based Practice Center* y la *Agency for Healthcare Research and Quality en Rockville* (2002) se preguntan: "¿Cuál es la evidencia directa, comparando los beneficios y riesgos de la inducción electiva del parto, contra el manejo expectante?" Encuentran que existen estudios que muestran una disminución de la mortalidad perinatal en la inducción, que no es significativa, y que se necesita inducir 500 pacientes para evitar una muerte perinatal, no existen diferencias en los demás resultados maternos o perinatales entre ambos grupos. Además el análisis concluye que sí existe evidencia de que la vigilancia del bienestar fetal ante parto reduce la morbilidad y que muchos estudios no se refieren a los resultados de las complicaciones maternas en el trabajo de parto ya que los mejores agentes para inducción tienen efectos adversos de hiperestimulación uterina provocando alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. También el *American College of Obstetricians and Gynecologists*,<sup>9</sup> en sus Guías Nacionales de Trabajo del año 2002, referente al EP, plantea que en el momento actual no existe suficiente información para determinar cómo se obtienen mejores resultados entre una conducta expectante o inducir con cuello favorable. De aquí se desprende que existe una gran controversia en las formas de manejo de esta entidad.

El principal objetivo de este estudio es comprobar que con una conducta expectante en el embarazo prolongado se pueden obtener magníficos resultados perinatales mediante la hipótesis de que las mujeres con este tipo de embarazo, seguidas mediante un protocolo de asistencia con estas características, evaluando el bienestar fetal e interviniendo sólo si ocurren alteraciones del mismo, pueden resultar beneficiadas con una práctica obstétrica menos invasiva.

## MÉTODOS

Se hace un estudio analítico, prospectivo del embarazo prolongado comparando los resultados obtenidos en la atención al mismo (grupo de estudio) con una conducta expectante y los de un grupo de pacientes con embarazos normales o de bajo riesgo atendidas en la Maternidad "Mariana Grajales" de la ciudad de Santa Clara (grupo de comparación) en un período de cinco años (enero 2000-diciembre 2004) basado en las fundamentales variables de atención obstétrica, como parto espontáneo, inducción, índice de cesárea, índice de Apgar, ingreso de neonatos en Unidades de Cuidados Intensivos y mortalidad perinatal.

El diagnóstico de embarazo prolongado para incluir los casos en el estudio, se hizo considerando la edad gestacional a partir del primer día de la última menstruación cuando los ciclos eran regulares o la realización de un ultrasonido en el primer trimestre del embarazo, cuando no lo eran o se desconocía la fecha de esta. Además se tuvo en cuenta el tacto vaginal realizado en la captación de la Atención Primaria de Salud. Para el grupo de 37-41 semanas se tomaron al azar seis períodos de dos semanas de observación enmarcados en el tiempo de estudio, de embarazos normales o de bajo riesgo en los que supuestamente se deben obtener los mejores resultados perinatales.

### Criterios de inclusión-exclusión

Se incluyeron en el estudio todas las embarazadas que cumplieron las 42 semanas de amenorrea, puesto que todo lo que contraindica la prolongación de la gestación las excluye anteriormente de este manejo y para el grupo de comparación se excluyen las de mayor riesgo como enfermedades propias y asociadas, retardo

importante del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple y cesareadas anteriores, puesto que estas últimas no se manejan en el embarazo prolongado.

Los datos fueron extraídos de los expedientes clínicos, el libro de registro de partos, el tarjetero del Comité de mortalidad perinatal del Departamento de estadísticas, y recogidos en una base de datos para ser procesados y reflejados en tablas estadísticas que permitan el análisis y la comprensión de los resultados.

Para el análisis estadístico sobre los grupos de comparación se realizaron pruebas acordes al diseño de dos grupos independientes, aplicando pruebas de independencia de  $X^2$ , comparación de proporciones, estimación de riesgo relativo y criterio de medianas, este último en el caso de variables con nivel de medición al menos ordinal.

## RESULTADOS

La [tabla 1](#) refleja las indicaciones para la inducción del parto en ambos grupos. Así vemos que sumadas todas en el grupo de EP representan el 25,4 % (464) del total de ellos y 1362 (incluye 35 cesáreas electivas) no inducidos, para un 74,5 %. En las de edad gestacional entre 37-41 semanas es menor (13,5 %). En el análisis estadístico existe una fuerte asociación entre el EP y la inducción con un riesgo 2,13 veces mayor. La principal indicación para inducir el parto en el grupo postérmino es el oligohidramnios (10,3 %). Como es lógico en el otro grupo la indicación por esta causa es mucho menor (1,6%).

Le sigue en orden de frecuencia la rotura prematura de membranas, todas espontáneas. Tenemos 110 pacientes que alcanzan las 43,5 semanas y que necesitaron ser inducidas por no iniciar el parto espontáneo. Ellas representan el 6,0 % del total de embarazos prolongados y el 23,7 % del total de inducciones.

Consideramos que en relación con el tipo de parto ([tabla 2](#)) lo más importante es destacar que el 76,5 % de las pacientes con un EP logró un parto transpélvico que sin dudas es muy bueno para este grupo, y un índice de cesárea de 23,5 %, que en el momento actual está muy por debajo del que se obtiene con la población obstétrica general. Los índices de instrumentación son similares en ambas series y acordes a los que históricamente ha tenido nuestra Maternidad.

Analizamos el conteo de Apgar al primero y quinto minuto de vida del total de nuestros casos ([tabla 3](#)). El 98,4 % nacieron vigorosos, a pesar de que el embarazo prolongado es considerado de alto riesgo de asfixia; esto representa que no existe en nuestro medio relación entre el Apgar bajo y el postérmino puesto que está al nivel del grupo normal o de bajo riesgo entre 37-41 semanas y de los índices de la población obstétrica general. Lo más significativo es el conteo a los cinco minutos, considerado actualmente como el que se asocia verdaderamente a los resultados perinatales y vemos que hay un solo caso en el rango de 0-3.

En la [tabla 4](#) están representados los índices de ingresos de neonatos en las unidades de Cuidados Intensivos, donde como vemos resultan prácticamente iguales en ambos grupos ( $p=0,576$ ).

En la [tabla 5](#) se refleja la mortalidad perinatal y sus causas con una tasa por mil nacidos vivos casi tres veces inferior en el EP (2,73 x 7,5) y que cuando se corrige, exceptuando las anomalías congénitas, presenta un excelente 1,09 por mil nacidos vivos.

## DISCUSIÓN

La necesidad de inducir el parto esta cada vez más presente en la práctica obstétrica y continuará en aumento según se desarrolle el estudio del bienestar fetal y que la atención neonatológica permita mayor supervivencia y calidad de vida. Según *Zhang*<sup>10</sup> esto ha hecho que el índice de inducciones aumente en los Estados Unidos hasta un 19 %. La principal indicación entre los EP es el oligohidramnios que una vez establecido hace mandatoria la interrupción del embarazo en este grupo. Puede crear dificultades durante el trabajo de parto por compresión del cordón, provocando desaceleraciones variables durante la contracción uterina.<sup>11</sup> El oligohidramnios se asocia a una redistribución del flujo sanguíneo fetal con descenso de la resistencia de la arteria cerebral media y el incremento en la cava inferior. Siempre que está presente en el EP existe un significativo aumento de la postmadurez.<sup>12</sup> *González*<sup>13</sup> en Camagüey encuentra un 27,5 % de líquido amniótico disminuido en sus casos. En el grupo de 37-41 semanas esta indicación es sólo el 1,6% que se corresponde con el diagnóstico del oligohidramnios aislado.

Como es lógico suponer la rotura prematura de las membranas está presente en un importante número de casos y le siguen 110 pacientes que cumplieron 43,5 semanas y no iniciaron el trabajo de parto espontáneo. Ellas representan el 6% del total de EP. El *Atlanta Maternal-Fetal Medicine*<sup>14</sup> plantea que exclusivamente entre el 1 y el 4% del total de embarazos alcanza la semana 43 o la sobrepasa lo que se corresponde con nuestro estudio (1,03 %).

Por último resulta muy llamativo que el 74,5 % de los EP iniciaron el parto espontáneamente. De tomar una conducta activa, la totalidad de ellas serían sometidas a una inducción con un aumento de los costes y de la manipulación.

Con relación al tipo de parto (tabla 2) consideramos que lo más importante a destacar es que el 76,5 % de los EP logró un parto transpelviano. El índice de cesáreas de 23,5 % es muy bueno para este grupo considerado de riesgo, más en el momento actual en que la población obstétrica general es sometida a esta intervención con mucha mayor frecuencia. Debe tenerse presente que las posibilidades de esta intervención en el postérmino se ve incrementada por la frecuencia del oligohidramnios y de la macrosomía fetal. *Berle*<sup>15</sup> y *Jevitt*<sup>16</sup> concluyen que existe un aumento considerable de la cesárea en este grupo por estas causas. *Sue-A-Quan*<sup>17</sup> por su parte dice que una conducta activa incrementa considerablemente este indicador.

La instrumentación en ambos grupos resultó similar y está acorde con los índices de su práctica en nuestra Maternidad en los últimos años. *O'Con*<sup>18</sup> en España, así como *James y otros*<sup>19</sup> presentan en sus trabajos índices mucho más altos con un 17,5 % y un 8,2 % respectivamente.

Son el conteo de Apgar, el ingreso de neonatos en Cuidados Intensivos y la mortalidad perinatal los tres aspectos por los que se evalúan internacionalmente los resultados perinatales en general y los del EP en particular. En la tabla número 3 aparece el primero de ellos. Está considerado el Apgar de 0-3 al 5º minuto como el de verdadera importancia en cuanto a pronóstico y vemos que en ambos grupos hay un solo caso para un 0,05 % y el postérmino resultó una anomalía congénita incompatible que falleció posteriormente. El índice de Apgar bajo global se comportó igual al que ha mantenido nuestro servicio en la población obstétrica general (inferior al 2 %). *Becker y Jordan*<sup>20</sup> en Argentina en 612 EP obtienen un

19,1 %, de ellos un 9,1 % con conteo de 0-3 y *Balestena*<sup>21</sup> en nuestro país un 5,5 %. *Wing*<sup>22</sup> tomando una conducta activa para prevenir resultados adversos logra todo lo contrario, un 17,4 % de Apgar bajo con un 2 % al 5º minuto.

Los ingresos de recién nacidos en unidades de Cuidados Intensivos (tabla 4) resultó igual en ambos grupos no presentando ninguna significación ( $p= 0,576$ ). *Wing* antes mencionada, ingresa el 13,4 %. *Sánchez Ramos*<sup>23</sup> en un meta-análisis de 60 estudios no encontró diferencias en este aspecto con una conducta expectante. No hay dudas de que en estos resultados influye decisivamente la calidad del seguimiento del trabajo de parto.

Por último en la mortalidad perinatal sí es casi tres veces mayor la tasa en el grupo de 37-41 semanas que en el EP, más aún si al corregirla (no considerar las anomalías congénitas incompatibles) el postérmino queda en un 1,09 por mil que es altamente llamativo. Pensamos que este último grupo se beneficia de un protocolo de asistencia de seguimiento del bienestar fetal que permite actuar a tiempo, lo que no ocurre con el grupo normal o de bajo riesgo, que recibe una atención ambulatoria. *Hollis*<sup>24</sup> coincide en que son mucho más elevadas las tasas entre los embarazos 37-42 semanas y *Liang*<sup>25</sup> en China en más de 100,000 EP reportó una tasa de 27,9 por mil con un 15,4 de anomalías congénitas.

Acorde a los resultados de esta investigación podemos concluir que la asistencia con conducta expectante del embarazo prolongado con seguimiento del bienestar fetal, permite obtener magníficos resultados perinatales con menos intervencionismo obstétrico.

Se debe considerar la instauración en la Atención Primaria de Salud de un protocolo de seguimiento para el embarazo entre 37 y 41 semanas que seguramente mejoraría las tasas de mortalidad perinatal en ese grupo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weinstein D, Ezra Y, Picard R, Furman M, Elchalal V. Expectant management of post-term patients: observations and outcomes. *J Matern Fetal Med.* 1996;5(5):293-7.
2. Rand L, Roberson JN, Norwitz ER. Post-terms induction of labor revisited. *Obstet Gynecol.* 2000;96(5Pt1):779-83.
3. Chang DW, Velázquez MD, Colyer M, Klaus P, Mallipeddi SK, Rayburn WF. Vaginal misoprostol for cervical ripening at term: comparison of outpatient vs. inpatient administration. *J Reprod Med.* 2005;50(10):735-9.
4. Alexander JM, McIntire DD, Leveno K. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. *Obstetrics Gynecol.* 2001;97(6):911-5.
5. Meydanli MM, Caliskan E, Burak F, Narin MA, Atmaca. Labor induction post-term with 25 micrograms vs. 50 micrograms of intravaginal misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;81(3):249-55.
6. Herabutya Y, Prasertsawat PO, Tongyai T. Prolonged pregnancy: the management dilemma. *Int J Gynecol Obstet.* 1992;37(4):253-8.
7. Embarazo prolongado. En: Williams. *Obstetricia.* 20ed. México: Médica

Panamericana;1998. p. 771-81.

8. Myers ER, et al. Management of prolonged pregnancy. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [serie en Internet] 2002 [citado 21 Abr 2004]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/prolongsum.htm>

9. Management of Postterm Pregnancy. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Obstet Gynecol. 2004;104(3):639-46.

10. Zhang JU. National trends in labour induction. 1989-1998. J Reprod Med. 2002;47(1):120-4.

11. Corosu R, Moretti S, Lucchini C, Vizzaccaro F. Clinical consideration oligohydramnios. Minerva Gynecol. 1999;51(6):219-22.

12. Selam B, Koksai R, Ozcar T. Fetal arterial and venous Doppler parameter in the interpretation of oligohydramnios in prolonged pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;115(5):403-6.

13. González Lucas N, Paz Román N, Navas Ávalos M. Morbimortalidad en embarazo postérmino. Rev Elect Archivo Médico de Camagüey. 1999;3(1). [serie en Internet] [citado 20 May 2003]. URL disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/v3n1/243.htm>

14. Atlanta Maternal-fetal Medicine. Management of the postdate pregnancy. [serie en Internet] 2001 [citado 31 Oct 2003]. URL disponible en: [www.bgyn.E/QArticles/Postdates](http://www.bgyn.E/QArticles/Postdates).

15. Berle P, Misselwitz B, Scharlau J. Maternal risks for newborn macrosomia, incidence of a shoulder dystocia and of damages of the plexus brachialis. Z Geburtshilfe Neonatol. 2003;207(4):148-52.

16. Jevitt CM. Shoulder dystocia: etiology, common risk factors, and management. J Midwifery Womens Health. 2005;50(6):485-97.

17. Sue-a Quan AK, Hannah ME, Cohen M, Fuster GA, Liston R. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancy. CMAJ. 1999;160(8):1145-9.

18. O'Con L, Hurtado R. Gestación prolongada: pautas de actuación. Prog Obstet Ginecol. 1997;40(2):101-5.

19. James C, George S, Grunekan N, Seshadri L. Management of prolonged pregnancy: a randomized trial of labour and antepartum fetal monitoring. Nat Med J India. 2001;14(5):270-3.

20. Becker LA, Jordan ER. Resultados perinatales en embarazos de 42 semanas o más. [serie en Internet] 2000 [citado 12 feb 2004] URL disponible en: <http://www.tocogineconet.com.ar>

21. Balestena J, Del Pino E, Suárez C, Soto M. Características maternas y resultados perinatales del embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(1):11-7.

22. Wing DA. Mifepristone for induction cervical ripening beyond 41 week's gestation. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2000;96(4):543-7.

23. Sánchez Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for post-term pregnancy: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2003;101(6):1312-8.

24. Hollis B. Prolonged Pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14(2):203-7.

25. Liang J, Xu C, Miao L, Wang Y, Zhou G, Xiao K. Analysis of 106 272 cases of prolonged pregnancy in China. *Hua Xi Yi Ki Da Xue Bao.* 1996; 27(1):63-7.

Recibido: 2 de junio de 2008.

Aprobado: 26 de junio de 2008.

Dr. C. Alexis Corrales Gutiérrez. E-mail: [acorrales@capiro.vcl.sld.cu](mailto:acorrales@capiro.vcl.sld.cu)

<b>Tabla 1.</b> Inducción del parto				
CONDUCTA	Embarazo prolongado		37-41 Semanas	
	#	%	#	%
No inducidos	1362	74,5	1 615	86,5
Inducidos				
Oligohidramnios	188	10,2	29	1,60
Rotura prematura de membranas	153	10,3	165	8,85
43,5 semanas	110	6,2	0	0,0
Enfermedad hipertensiva gravídica	6	0,3	40	2,14
Otros	7	0,3	17	0,91
Total	1826	100	1 866	100



**Tabla 2.** Tipo de parto

Tipo de Parto	Embarazo prolongado		37-41 semanas	
	#	%	#	%
Eutócico	1341	73,5	1 543	82,6
Cesárea	428	23,5	265	14,2
Instrumentado	47	2,5	42	2,3
Pelviana	10	0,5	16	0,8
Total	1826	100	1 866	100

Fuente: Dpto. Archivo y Estadística

OR (eutócico/resto)= 1,30 LC= (1,11-1,52) p= 0,0007

**Tabla 3.** Conteo de Apgar

Apgar	Embarazo prolongado				37-41 semanas			
	1º	%	5º	%	1º	%	5º	%
0-3	2	0,1	1	0,05	3	0,2	1	0,05
4-6	28	1,5	1	0,05	36	1,9	3	0,2
7 y más	1796	98,4	1824	99,9	1 827	97,9	1 862	99,7
Total	1826	100	1826	100	1 866	100	1 866	100

Fuente: Dpto. Archivo y Estadística

p-1º minuto= 0,4016

p-5º minuto= 0,414

**Tabla 4.** Ingreso de RN en Cuidados Intensivos

Grupo	No ingresados	Ingresados	%
Embarazo prolongado	1813	13	0,71
37-41 semanas	1 850	16	0,85

Fuente: Dpto. de Archivo y Estadística

$$\chi^2 = 0,31 \quad p = 0,576$$

**Tabla 5.** Mortalidad perinatal

Causas			Embarazo prolongado	37-41 Semanas
Fetales tardías	Anteparto idiopática		1	5
	Anoxia secundaria	Distocia trabajo de parto	1	0
		Hematoma retroplacentario	0	1
		Enfermedad hipertensiva gravídica	0	1
		Circulares del cordón	0	1
	Crecimiento intrauterino retardado		0	2
	Anomalías congénitas	Hernia diafragmática	1	0
		Hidrocefalia	0	1
	Intraparto idiopática		0	1
	Subtotal			3
Neonatal precoz	Sepsis		0	2
	Anomalías Congénitas	Hernia diafragmática	1	0
		Cardiopatía congénita	1	0
Subtotal			2	2
Tasas por mil nacidos vivos*			5(2,73*)	14 (7,5)*

Fuente: Dpto. de Archivo y Estadística.

Mortalidad Perinatal corregida = 1,09