

PREMATUROS TARDÍOS HIJOS DE MADRES RESIDENTES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES NACIDOS DURANTE EL QUINQUENIO 2009-2013. MORTALIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO (SEGUNDA PARTE)

Dra. Mara Vaihinger^{i a}, Dr. Raúl Cimbaro Canella^a, Dr. José E. Carrizo Olalla^b

RESUMEN

Introducción. Los prematuros tardíos de 34 a 36 semanas de edad gestacional representan la mayoría de los nacimientos prematuros. Son fisiológicamente y metabólicamente inmaduros y su morbimortalidad está aumentada. También existen determinantes socioeconómicos. Las familias tienden a conformar conglomerados relativamente homogéneos en sus condiciones de vida. En la Ciudad de Buenos Aires por diferentes procesos históricos se crearon inequidades y desigualdades en la segregación residencial con la determinación de dos conglomerados bien polarizados: la zona norte y la sur.

Objetivo. Describir la mortalidad en nacidos vivos prematuros tardíos según el lugar de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los años 2009-2013.

Población y métodos. Estudio descriptivo con fuente de datos secundarios que incluyó 12.369 casos.

Resultados. Mayor prevalencia de nacimientos de prematuros tardíos (6,36%) con 8,32 por 1.000 de mortalidad en el primer año de vida (prematuros tardíos fallecidos en el primer año de vida /prematuros tardíos durante el quinquenio x 1.000) en las comunas del conglomerado norte o estrato socioeconómico alto; Menor prevalencia de prematuros tardíos (4,85%) aunque con el doble de mortalidad en su primer año de vida (16,94 por 1.000; riesgo relativo=2) en las comunas del conglomerado sur o estrato socioeconómico bajo.

Conclusiones. Mayor prevalencia de prematuros tardíos en el conglomerado norte y menor en el conglomerado sur aunque con una mortalidad infantil mayor reflejo de desigualdades e inequidades en salud y condiciones de vida.

Palabras clave: prematuro tardío; determinantes sociales de la salud; inequidad y condiciones de vida.

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS), Servicio de Neonatología.

b. Ministerio de Salud de la Nación, Departamento de Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction. Late preterms of 34 to 36 weeks of gestation represent the majority of preterm births. Late preterm infants are physiologically and metabolically immature and are affected by higher morbidity and mortality. There are also determinants related to living conditions. Families tend to form relatively homogeneous conglomerates with respect to their living conditions. Due to different historical processes, inequalities and inequities were created in the residential segregation in the City of Buenos Aires, with the determination of two well polarized conglomerates: the North zone and the South zone.

Objective. The purpose of this study is to describe the mortality of late preterm infants residing in specific areas of the Autonomous City of Buenos Aires during the years 2009-2013.

Methods. It is a descriptive study with a secondary data source that includes 12,369 cases.

Results. Higher prevalence of late preterm births (6.36%), with 8.32 infant mortality rates per 1,000 (death late preterms in first year of life /late preterms during 2009-2013 x 1,000), in the North zone or the upper socioeconomic stratum; while there were a lower prevalence of late preterm infants (4.85%), although with a double mortality in the first year of life (16.94 per 1,000, relative risk = 2), in the South zone or low socioeconomic stratum.

Conclusion. There was a higher prevalence of late premature infants in the Northern conglomerate and a lower one in the Southern conglomerate, where there was however a higher infant mortality rate that reflects inequities in health and living conditions.

Key words: late preterm; social determinants of health; inequity and living conditions.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los nacimientos prematuros ocurren entre las 32 y 36 semanas (84%). La mayoría de estos niños puede sobrevivir con el cuidado neonatal adecuado y sin requerimientos de los cuidados de terapia intensiva. Sin embargo, los recién nacidos prematuros (RNPT) entre 34 y 36 semanas muestran un incremento en la mortalidad neonatal e infantil cuando son comparados con aquellos nacidos al término y tienen una contribución importante en la mortalidad infantil (1).

En la Argentina el análisis de mortalidad infantil según causas (2), en el año 2012 señala como primera causa de mortalidad las afecciones originadas en el período perinatal, responsables del 49,4% de las defunciones en el primer año de vida. El segundo lugar lo ocupan las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, responsables del 26,4% de las defunciones. Las dos primeras causas de mortalidad infantil (afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones) son causa de 75,8% de las muertes en el primer año de vida. La tercera causa son las enfermedades del sistema respiratorio, responsables del 7,4% de las defunciones infantiles. Esta distribución es similar durante los años 2003 y 2012. En los últimos 10 años, se observa un importante descenso en la mortalidad infantil. El descenso más importante en las defunciones infantiles durante estos años es atribuido a la reducción de la mortalidad por causas originadas en el período perinatal. En el año 2012, 4.066 defunciones infantiles fueron debidas a afecciones perinatales. Las causas más frecuentes de afecciones perinatales en el año 2012 fueron los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (27,1%), seguida por dificultad respiratoria del recién nacido (18,6%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (13,2%). Las malformaciones cardíacas constituyen la principal causa de las defunciones infantiles por malformaciones, representando un 31,5% de estas causas. Las defunciones de origen perinatal son más frecuentes

cuando más tempranamente ocurre el evento, como sucede en la mortalidad neonatal precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la mortalidad neonatal tardía (entre 7 y 27 días de vida). El análisis de las causas de mortalidad de los niños menores de 1 mes en el país en el año 2012 presenta las siguientes características: la primera causa son las afecciones originadas en el período perinatal, responsables de 68,7% de la mortalidad neonatal. En el segundo lugar, aparecen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, responsables de 27,2% de las defunciones neonatales del año 2012. En la mortalidad neonatal precoz el mayor porcentaje de defunciones son debidas a trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (30%), seguida por dificultad respiratoria del recién nacido (22,3%). En el período neonatal tardío predominan las originadas en sepsis bacteriana del recién nacido (25,5%) y los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (18,6%). Las malformaciones cardíacas representan la principal causa dentro de las malformaciones congénitas que ocasionan las defunciones neonatales, independientemente del intervalo de edad que se considere.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) para el período 2003-2012, se observaron oscilaciones en la tasa de mortalidad infantil (TMI) alrededor del 7 a 8,8 por 1.000 sin una tendencia definitiva, excepto en el año 2003 que la TMI fue de 10,3 por 1.000. La tasa de mortalidad neonatal (TMN) presentó una reducción de 6,5 a 6,0 por 1.000 (-8,1%). (16) La Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación informa para el año 2011 en Argentina (3), una TMI de 11,7/1.000 y una TMN de 7,6/1.000 recién nacidos vivos. El 61,2% de las defunciones neonatales y el 67,4 de las posneonatales eran reducibles según los criterios de reducibilidad vigentes en el 2011. La variabilidad entre las provincia fue amplia. En CABA la TMI fue de 8,8/1.000 recién nacidos vivos y la TMN 5,6/ 1.000 recién nacidos vivos.

Respecto a la población de RNPT tardíos, hay diferentes estudios epidemiológicos realizados en países de ingresos altos como así también en la región y el país que demostraron un aumento de la mortalidad tanto neonatal como infantil respecto a los nacidos de término. (4-9).

El campo de la salud está atravesado por diferentes determinantes: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de la asistencia para la salud (10). Buenos Aires es una ciudad heterogénea y polarizada desde el punto de vista sociodemográfico y sería útil para la aplicación de políticas de salud conocer las características de la mortalidad en esta población.

Los objetivos del estudio fueron describir la mortalidad neonatal, la mortalidad neonatal precoz y tardía, la mortalidad posneonatal y la mortalidad infantil mediante el cálculo de indicadores específicos en prematuros tardíos nacidos entre los años 2009 y 2013 de madres residentes en CABA y relacionar las tasas de mortalidad con los estratos socioeconómicos (ESE).

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio individuado observacional transversal. Además se complementó con un estudio de agregados observacional transversal donde las unidades de análisis fueron los ESE. El Universo fueron los fallecidos menores de un año nacidos prematuros tardíos entre 34,0 y 36,6 semanas de edad gestacional residentes en CABA en el período 2009-2013 y la unidad de análisis fue cada una de las muertes infantiles de los prematuros tardíos. Además se utilizó el ESE como unidad de análisis en el estudio de agregados.

Estudio con datos cuantitativos de fuentes secundarias. Las fuentes de datos secundarios son: para la zonificación de CABA y su división en ESE datos utilizados

en trabajos previos de Mazzeo y colaboradores (11). Para defunciones infantiles se utilizaron los datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina (DGEyC MH-GCBA) de los años 2009 a 2013.

Se seleccionaron las variables que describieran la unidad espacial comuna y ESE, las condiciones maternas y las condiciones neonatales. La variable tiempo de embarazo fue definida como la edad gestacional en semanas completas del recién nacido (RN) establecida por quien asistió al RN y como figura en el informe estadístico. Los ESE se clasificaron en 1, 2 y 3 representando 1 el ESE alto, 3 el bajo y 2 el intermedio. Se describieron las características de la población con indicadores específicos (Cuadro 1). Cuando la unidad de análisis fue el agregado, ESE, estos indicadores representaron variables de dicha unidad de análisis.

Cuadro 1 – Matriz de indicadores empleados

Nombre del indicador	Numerador	Denominador	Concepto/significado
Prevalencia de RNPT tardíos en CABA	RNPT tardíos nacidos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de los recién nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Frecuencia de RNPT tardíos sobre el total de RN vivos residentes en CABA durante el 2009-2013 referida a 100
Prevalencia de gemelaridad	RNPT tardíos de embarazo doble nacidos durante el 2009 y 2013	Total de los RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Frecuencia de RNPT tardíos de embarazo múltiple sobre el total de RNPT tardíos residentes en CABA durante el 2009-2013 referida a 100
TMI en prematuro tardío	RNPT tardíos fallecidos < 365 días de vida residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Riesgo de morir de un RNPT tardío residente en CABA en el primer año de vida durante el 2009-2013 referido a 1.000
TMN	RNPT tardíos fallecidos ≤ 27 días de vida residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Riesgo de morir de un RNPT tardío residente en CABA en el primer mes de vida durante el 2009-2013 referido a 1.000
TMN precoz	RNPT tardíos fallecidos < a 7 días de vida residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Riesgo de morir de un RNPT tardío residente en CABA en la primera semana de vida durante el 2009-2013 referido a 1.000
TMN tardía	RNPT tardíos fallecidos ≥ 7 y ≤ 27 días de vida residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Riesgo de morir de un RNPT tardío residente en CABA entre la primera semana de vida y el primer mes durante el 2009-2013 referido a 1.000
TMPN	RNPT tardíos fallecidos >27 y < 365 días de vida residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Total de RNPT tardíos nacidos vivos residentes en CABA durante el 2009 y 2013	Riesgo de morir de un RNPT tardío residente en CABA entre el mes y el año de vida durante el 2009-2013 referido a 1.000

Fuente: elaboración propia

TMI = Tasa de mortalidad infantil.

TMN = Tasa de mortalidad neonatal.

TMPN = Tasa de nortalidad posneonatal.

RNPT = Recién nacido pretérmino.

RN = Recién nacido.

La “Guía para investigaciones en salud humana” (Resolución N° 1480, 2011) (12) establece que las investigaciones realizadas con información de tipo pública y donde no se pueda identificar a los individuos, no requieren de la consideración de un comité de ética en investigación. Además aclara también, que en estos casos, no se necesita obtener el consentimiento para realizar la investigación, ya que “los investigadores no pueden contactarlas para solicitar su consentimiento” (12 p.16).

Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cualitativas se usaron proporciones. Para la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado considerando un error alfa de 0,05 (valor de p).

Se empleó Excel 2013 para los cálculos de tasas de mortalidad, tablas y gráficos.

RESULTADOS

Durante el quinquenio 2009-2013 nacieron 217.532 RN vivos y fallecieron 1.762 dentro del primer año de vida hijos de madres residentes en CABA (tasa de mortalidad infantil quinquenal por 1.000=8,09). El dato de edad gestacional estuvo ausente en 4.163 casos (1,91%) de todos los nacidos vivos y en 379 de todos los fallecidos (21%). Los fallecidos con ausencia del dato de edad gestacional al nacer pertenecían a las siguientes comunas: 64 (16,88%) en la comuna 8, 49 (12,92%) en la comuna 4, 43 (11,34%) en la comuna 7, 37 (9,76%) en la comuna 3, 34 (8,47%) en las comunas 1 y 9, 22 (5,80%) en la comuna 10. El 74,64% de los 379 casos con la pérdida del dato de edad gestacional nacieron en la comunas de los estratos socioeconómicos 2 y 3.

En el quinquenio 2009-2013 nacieron 12.232 RNPT tardíos hijos de madres residentes en CABA. Se incluyeron todos los RNPT tardíos al nacer fallecidos dentro del primer año de vida hijos de madres residentes en CABA entre los años 2009 y 2013 (N=149). Se calculó la tasa de mortalidad de prematuros tardíos en el primer año de vida, en el período neonatal y posneonatal por comuna de residencia materna y por ESE en CABA durante el quinquenio 2009-2013. En el análisis por ESE se excluyeron los 49 casos del denominador y 3 casos del numerador en los cuales se desconocía la comuna de residencia.

Las tasas calculadas por comuna de residencia materna, al tener numeradores pequeños, son inestables. Por este motivo se realizó el análisis por ESE a fin obtener tasas más estables conformadas por una casuística mayor.

Se observa una asociación entre ESE y mortalidad. (Tablas 1-5). Los RNPT tardíos de ESE bajo tienen el doble de la mortalidad infantil que aquellos de ESE alto (Tabla 1). La mortalidad neonatal es 1,7 veces mayor (Tabla 2). Poseen 1,48 veces mayor mortalidad neonatal precoz (Tabla 3) y 2,71 veces más mortalidad neonatal tardía (Tabla 4). La mortalidad posneonatal en los prematuros tardíos del ESE bajo es 3,34 veces mayor (Tabla 5).

Respecto a los establecimientos de salud, de los 149 RNPT tardíos fallecidos hijos de madres residentes en CABA durante el quinquenio 2009-2013, 68 (45,63%) falleció en establecimiento público y 76 (51,0%) en establecimiento asistencial privado y 4 (2,68%) en el domicilio.

Tabla 1- Tasa de mortalidad infantil (por 1.000) por estrato socioeconómico en prematuros tardíos residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.

	Fallecidos	Nacidos	TMI por 1.000	RR	DR
ESE 1	20	2.405	8,32	1	0
ESE 2	71	6.532	10,86	1,30	2,50
ESE 3	55	3.246	16,94	2,0	8,62
Total	146	12.183	11,98		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= estrato socioeconómico
TMI=tasa de mortalidad infantil
RR=riesgo relativo
DR=diferencia de riesgo

Tabla 2 - Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000) por estrato socioeconómico en prematuros tardíos residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013

	Fallecidos	Nacidos	TMN por 1.000	RR	DR
ESE 1	16	2.405	6,65	1	0
ESE 2	56	6.532	8,57	1,28	1,92
ESE 3	37	3.246	11,4	1,71	4,75
Total	109	12.183	8,94		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= estrato socioeconómico

TMN=tasa de mortalidad neonatal

RR=riesgo relativo

DR=diferencia de riesgo

Tabla 3 - Tasa de mortalidad neonatal precoz (por 1.000) por estrato socioeconómico en prematuros tardíos residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.

	Fallecidos	Nacidos	TMN precoz x 1.000	RR	DR
ESE 1	13	2.405	5,41	1	0
ESE 2	38	6.532	5,81	1,07	0,4
ESE 3	26	3.246	8,01	1,48	2,6
Total	77	12.183	6,23		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= estrato socioeconómico

TMN=tasa de mortalidad neonatal

RR=riesgo relativo

DR=diferencia de riesgo

Tabla 4 - Tasa de mortalidad neonatal tardía (por 1.000) por estrato socioeconómico en prematuros tardíos residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013

	Fallecidos	Nacidos	TMN tardía x 1.000	RR	DR
ESE 1	3	2.405	1,25	1	0
ESE 2	18	6.532	2,75	2,2	1,5
ESE 3	11	3.246	3,39	2,71	2,14
Total	32	12.183	2,62		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= estrato socioeconómico

TMN=tasa de mortalidad neonatal

RR=riesgo relativo

DR=diferencia de riesgo

Tabla 5 - Tasa de mortalidad posneonatal (por 1.000) por estrato socioeconómico en prematuros tardíos residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.

	Fallecidos	Nacidos	TMPN por 1.000	RR	DR
ESE 1	4	2.405	1,66	1	0
ESE 2	15	6.532	2,3	1,38	0,64
ESE 3	18	3.246	5,55	3,34	3,89
Total	37	12.183	3,04		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= estrato socioeconómico

TMPN=tasa de mortalidad posneonatal

RR=riesgo relativo

DR=diferencia de riesgo

DISCUSIÓN

Las muertes de los RNPT tardíos dentro de su primer año de vida, hijos de madres residentes en CABA durante el quinquenio 2009-2013, también presentaron una segregación socioeconómica. En la dimensión biológica no se encontraron diferencias en las medias de edad gestacional ni de peso entre las diferentes comunas. La tasa de mortalidad (RNPT tardío fallecidos menores de un año/RNPT tardíos nacidos por 1.000 durante el quinquenio en CABA) fue superior a la tasa de mortalidad infantil para el conjunto de recién nacidos vivos en ese quinquenio. La mortalidad infantil en los RNPT tardíos fue mayor en las comunas del ESE más bajo. Esta tasa pudo verse infravalorada dado que la mayor parte de los fallecidos en los cuales se desconocía la edad gestacional pertenecían a las comunas de este ESE. La mortalidad neonatal y la mortalidad posneonatal también fueron mayores en los ESE más desfavorecidos. El análisis de la mortalidad por ESE permitió establecer tasas más estables que si el

análisis se hubiera realizado exclusivamente por comuna de residencia de las madres. Las comunas presentaron numeradores más pequeños lo cual pudo haber generado tasas de mortalidad más inestables. El riesgo relativo de morir en un RNPT tardío de ESE bajo respecto a un RNPT tardío de ESE alto es siempre mayor y este riesgo aumenta desde la primera semana de vida, entre la semana y los 27 días de nacido para ser aún mayor entre los 28 días y el año de vida. No se encontraron diferencias en la edad gestacional y el peso entre comunas que hubieran podido explicar la mayor mortalidad por factores exclusivamente biológicos. En la mortalidad de los RNPT tardíos tuvieron seguramente un rol decisivo las condiciones de vida, la fragmentación y heterogeneidad de los establecimientos de salud y sus diversas condiciones y prácticas asistenciales.

Las TMI, TMN, TMN precoz y TMN tardía, y tasa de mortalidad posneonatal (TMPN) presentan una segregación socioeconómica. En el trabajo de Meritano *et al* (13), consistente en la evaluación de la mortalidad neonatal en CABA según la residencia de la población y la pertenencia al subsistema de salud durante los años 2011-2012, entre otros resultados se demuestra que la TMN para madres residentes en CABA es mayor en el subsistema público (7,8‰ vs 4,4‰; OR 1,77; IC95%: 1,48-2,11; $p < 0,001$). Para la TMN precoz se estima un OR 1,72; IC 95%: 1,4-2,12; $p < 0,001$ y para la TMN tardía, OR 1,92; IC95% 1,34-2,73; $p < 0,001$. Estos resultados están en concordancia con la TMN global, la TMN precoz y la TMN tardía calculadas en los RNPT tardíos que presentaron mayor mortalidad cuando pertenecían al ESE más bajo. En la población de CABA se observa además que la cobertura en salud se distribuye según los niveles de ingreso económico existiendo una dependencia exclusiva del sistema público que se corresponde con el menor ingreso económico. Estos resultados de desigualdad en la mortalidad evidencian que el lugar de residencia de la población y el sistema de salud constituyen determinantes de la salud. La mayor mortalidad puede estar relacionada a un déficit en la promoción de la salud, en la articulación entre los niveles de atención y en la calidad de la asistencia; como así también estar relacionada a la pobreza, las condiciones de vida, la mayor proporción de embarazo en adolescentes.

La relevancia clínica de estos resultados consiste en la descripción del perfil epidemiológico de la población total de RNPT tardíos hijos de madres residentes en CABA. En dichos resultados se describe su mortalidad en una escala espacial que permite generar políticas para abordar este problema. Las políticas deben contemplar desde la mejora de condiciones de vida de la población, la distribución de recursos y la articulación de los niveles de atención hasta la promoción de prácticas médicas centradas en el beneficio de la salud materno fetal.

Una de las limitaciones de este trabajo, por tratarse de un estudio descriptivo con fuente de datos secundarios, fue la pérdida o ausencia de algunos datos. La edad gestacional, variable principal del estudio, fue establecida a partir de la edad asignada por quien estuvo a cargo de la atención del RN.

Para futuras investigaciones podría realizarse un análisis causa-raíz de las muertes neonatales y tener conocimiento de las causas vinculadas al fallecimiento de los RNPT tardíos.

La natalidad y la mortalidad, las condiciones de vida de la población y las acciones de los efectores de salud son instancias inseparables para abordar el problema de la prematuridad tardía. La implementación de políticas destinadas a reducir las inequidades y desigualdades en todos estos niveles son la vía para lograr el desarrollo pleno y la autonomía de los sujetos.

CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de los RNPT tardíos difirió según el sitio de residencia

de la madre en CABA en el quinquenio estudiado. En concordancia con la polarización descrita de la ciudad norte-sur, se observaron dos perfiles definidos de prematuros tardíos. En la comunas del ESE de ingresos bajos la mortalidad de los nacidos prematuros tardíos durante el primer año de vida fue el doble que en aquellas del ESE alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howson CP, Kinney M, Lawn JE (editores). March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Ginebra: World Health Organization; 2012.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Materindad e Infancia. Análisis de la mortalidad materno infantil. República Argentina, 2003-2012 [Internet]. [citado 22 oct 2017]. Disponible en: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf
3. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales: información básica año 2011. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud; 2012 [citado 13 sep 2016]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro55.pdf>
4. Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauvé R, Liston R. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. JAMA. 2000;284(7):843-849.
5. Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF, Sclowitz IK, Barros AJ, Victora CG, et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. Paediatr Perinat Epidemiol. 2008;22:350-9.
6. Araújo BF, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. J Pediatr (Rio J). 2012;88:259-66.
7. Espelt MI, Frezza L, Racchi L, Sanchez G, Meritano J. Morbimortalidad asociada a recién nacidos pretérmino tardíos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2012;31(2):50-6.
8. Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, Opmeer BC, van Kaam AH, van Wassenaer AG, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:374-9.
9. Valdés E, Sepúlveda A, Catalán J, Reyes A. Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control. Rev Chil obstet ginecol. 2012;77(3): 195-200.
10. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS;1996.
11. Mazzeo V, Lago ME, Rivero M, Zino N. ¿Existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas de la población y el lugar donde fija su residencia? Una propuesta de zonificación de la Ciudad de Buenos Aires. Población de Buenos Aires. 2012; 9(15):55-70.
12. Resolución N° 1480. Apruébese la Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Anexo I- Guía para investigaciones en salud humana. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina N°32.239; 2011 sep 21. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/57584/20110921>
13. Meritano J, Tsavoussian L, Címbaro Canella R, Solana C. Evaluación de la mortalidad neonatal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según la residencia de la población y la pertenencia al subsistema de salud. Arch Argent Pediatr. 2016;114(5):405-411.

ⁱ maravaihinger2@gmail.com