



## ACTA DE LA SESIÓN ACADÉMICA DEL 16 DE MARZO DE 2016

### **Presentación del trabajo de ingreso:**

#### **El llanto no escuchado del feto. Análisis de muertes fetales en México durante las dos últimas administraciones de gobierno. Dra. María Teresa Murguía Peniche**

La Dra. Murguía inició su intervención comentando que anualmente ocurren 2, 600,000 de muertes fetales en el mundo, de esas 33% ocurren al momento del nacimiento. Adicionalmente dijo que globalmente se puede ver una reducción del 2% de mortalidad al año en el periodo del 2000 a 2015. Esta reducción no muestra la gran disparidad que hay en distintas regiones. Así pues, en África la mortalidad es 10 veces mayor que en Europa.

La Dra. Murguía dijo que las muertes fetales tienen mucho impacto, tanto familiar como económico, y sin embargo reciben poca atención. Inclusive no estuvo incluido en los retos del milenio. Dijo que en el año 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como objetivo que sólo se mueran 8 fetos in útero por cada 1,000 nacimientos. Este fenómeno es muy complejo y no todas las muertes fetales tienen el mismo origen; por ejemplo las estrategias para prevenir este tipo de muertes son distintas, si el fallecimiento ocurre antes o en el parto. En este último caso, la muerte generalmente se debe a una mala calidad de atención en el parto.

El trabajo de ingreso a la ANMM de la Dra. Murguía tuvo como objetivo el analizar lo ocurrido con las muertes fetales durante dos periodos presidenciales en México (de 2000 a 2006, y de 2007 a 2012), basado en los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Además tomó los datos de los certificados de defunción de los fetos que estuvieron disponibles hasta el 2013, para determinar durante ese año, los casos que ocurren en el parto y para hacer un análisis de la variabilidad entre estados y la correlación del PIB per cápita. Se excluyeron los tres estados en los que se detectó que había un sub-reporte. Los años analizados fueron 2000, 2007 y 2013.

La condición de la piel del feto reportada en el acta de defunción es muy importante, ya que si la piel está macerada es que tuvo más de dos horas muerto en el ambiente intrauterino, mientras que se la piel es fresca, la muerte fue en el parto.

Las muertes fetales las dividió entre tempranas (hasta las 27 semanas de gestación) y tardías (después de las 27 semanas de gestación).

Los datos del estudio mostraron que la tasa de mortalidad bajó en los periodos estudiados, ya que en el primer sexenio fue de 9.2/1,000 nacimientos, y en segundo periodo fue de 7.2/1,000 nacimientos. Así pues, en el periodo analizado las muertes



fetales disminuyeron un 24%, y el mayor descenso ocurrió del 2003 al 2010. Este descenso podría deberse a la implementación del Seguro Popular, afirmó la Dra. Murguía.

La Dra. Murguía realizó la prueba estadística llamada “cumulative sum control chart (CUSUM) que se usa para detectar cambios, en determinado parámetro, que en este caso fue la tasa de mortalidad fetal. Mediante este análisis determinó que la mayor tasa de cambio se registró en el periodo del 2001 al 2007 que fue de 2.3% anual, mientras que en el segundo periodo fue de 0.7% anual, lo que dio un promedio de disminución de 1.5% anual.

Por otra parte encontró que la mortalidad fetal temprana se mantuvo más o menos igual durante los dos periodos analizados. En cuanto a la variabilidad entre los estados su estudio arrojó que hay estados como Puebla, Cd Mx., Jalisco, y el Edo. de México, donde hay una tasa de mortalidad fetal mucho más alta que el promedio y que no hay correlación con el PIB per cápita en estas entidades. Adicionalmente, el análisis de las actas de defunción del año 2013 mostró que más de la mitad de las muertes fetales ocurren en el momento del parto; 70% de ellas corresponden a muertes tempranas y 40% en tardías y que durante todo el periodo de gestación hay 14 puntos porcentuales más muertes fetales que las que se presentan en EUA.

En cuanto a los factores de riesgo que encontró la Dra. Murguía, está que el feto fuera del sexo masculino, la edad materna, (ya sea madres adolescentes o añosas) y el vivir en el centro de la República Mexicana, especialmente en la Ciudad de México,

En conclusión la Dra. Murguía dijo que a pesar de que México cumple la meta propuesta por la OMS y que hubo un descenso en la mortalidad fetal en el periodo estudiado, existe un gran trecho para mejorar todavía; que se debe mejorar la calidad de la atención del parto, atender los factores que participan en que haya una alta tasa de mortalidad en ciertos grupos vulnerables y qué brecha sigue.

**Comentarista:** Dr. Miguel Ángel González Block

El Dr. González Block felicitó a la Dra. Murguía y dijo que el trabajo que presentó para ingresar a la ANMM hace algunas propuestas para mejorar políticas públicas. Comentó que hay una brecha a nivel global y que México está por arriba de lo esperado, que aunque se puede ver que hay un descenso en la mortalidad fetal, hay mayores tasas de las globales.

Resaltó que en los resultados de la Dra. Murguía se ve que el decremento de la mortalidad fetal entre 2001 al 2007 es mayor que en el periodo posterior de 2007 al 2013 y que esto puede ser atribuible a la aplicación de ciertos programas de salud pública y muestra que por lo menos parte de las muertes fetales puede prevenirse si se



mejora la calidad de la atención prenatal y durante el parto. Así pues, el análisis de estos resultados puede llevar a la aplicación de políticas públicas. Por ejemplo en el caso de la Cd. Mx., en donde existe la mayor tasa de mortalidad fetal del país, se deja ver la importancia de explorar qué causa las brechas para implementar los programas necesarios para atacar los problemas. También recalcó que si bien no se encontró una correlación entre la tasa de mortalidad fetal y el PIB/cápita de los estados, existen datos consignados en el INEGI que representan oportunidades para continuar ampliando los análisis de los factores que inciden en estas muertes. Por ejemplo, dijo que se podría explorar, si hay diferencia en la tasa de muertes fetales en los casos en los que la madre es derecho habiente de la seguridad social, así como con el número de consultas prenatales por mujer. Dijo que el 13.7% de las mujeres que sufrieron la muerte fetal de sus hijos, no tuvieron atención prenatal.

Entre las recomendaciones que pueden hacerse en el tema del estudio de la Dra. Murguía, está la de incrementar políticas intersectoriales para la atención del embarazo y parto. Comentó que la atención de las madres durante el embarazo es de especial importancia para prevenir las muertes fetales y que la fragmentación de la atención por la segmentación institucional puede tener una estrecha relación con las muertes fetales. Asimismo se debe dar realce al embarazo en adolescentes, ya que es un factor de riesgo y que se sabe que las adolescentes que se embarazan tienen poca o nula atención en el primer trimestre del embarazo. Además existe el problema de que el seguimiento prenatal lo pueden otorgar las instituciones del Sector Salud, pero el parto es atendido muchas veces en hospitales privados (se sabe que el 26% de los partos se atienden en instituciones privadas).

La fragmentación del sector salud dificulta la implementación de programas efectivos en el nivel estatal y municipal y en muchos casos se pierde la oportunidad de detectar mujeres vulnerables. En la Secretaría de Salud (SSA) se están creando redes de servicio para protocolos de atención prenatal y del parto.

## **Simposio**

### **Violencia en la edad pediátrica**

**Coordinador**-Dr. Juan Manuel Saucedá García

**Introducción**-Dr. Juan Manuel Saucedá García

El Dr. Saucedá inició su intervención dando la definición de violencia de la OMS, que dice que es el uso intencional de la fuerza como amenaza, o intimidación e incluye no



sólo las acciones que causan daño, sino también el descuido y los actos por omisión. En esta definición se incluye al intento de suicidio o el suicidio consumado.

En cuanto a la violencia psicológica, dijo que son actos que no desembocan en una lesión aparente o directamente en la muerte. Las consecuencias pueden ser inmediatas o latentes.

Dijo que existe violencia aun cuando no haya intención y puso el ejemplo de un bebé que es zarandeado por su padre para que no llore, que sí es violencia, aunque no haya intención de lesionarlo. Además dijo que en la violencia inciden factores culturales, por ejemplo los padres pueden proferir insultos, y castigos físicos a sus hijos, porque no se considera socialmente como violencia.

En cuanto a los tipos de violencia se puede clasificar según quien es el objeto como: violencia autoinfligida; violencia interpersonal y violencia poblacional.

Mientras que según el tipo de agresión se clasifica en física, sexual, o psicológica.

Recalcó que los resultados no mortales de la violencia son más comunes y sí tienen un fuerte impacto, aunque no se consignan y sea difícil de cuantificarlos, ya que frecuentemente no se reportan a la policía.

Concluyó su introducción diciendo que es sabido que la brecha entre ricos y pobres causa más violencia interpersonal y que este fenómeno es lo que se ha incrementado en México. El tema del simposio se centra en lo relacionado a la violencia en la edad pediátrica.

### **Un tipo subestimado de maltrato: el psicológico**-Dr. Juan Manuel Saucedo García

El maltrato psicológico es el conjunto de actos que obstaculizan que un individuo cumpla sus necesidades emocionales básicas de manera satisfactoria, y puede resultar en daño psicológico significativo.

Dentro de los tipos de acciones que representan un maltrato psicológico a un niño, están:

- Rechazarlo.
- Discriminarlo o humillarlo en público.
- Aterrorizarlo.
- Aislarlo.
- Explotarlo, corromperlo.
- Negarle un contacto emocional.
- Ser negligente en la atención de su salud mental.
- Disciplinarlo excesivamente.
- Amenazarlo.
- Forzarlo a hacerse daño.



- Presenciar actos de violencia entre los padres.

Estos tipos de violencia incluyen tanto la comisión, como la omisión de ciertas acciones y no necesariamente hay intención de causar daño.

Las secuelas del maltrato psicológico a los niños, se extiende a la edad adulta. En el 90% de los casos, la violencia psicológica se asocia con un maltrato físico y negligencia. El maltrato psicológico deja secuelas más graves y permanentes que el maltrato físico.

El Dr. Saucedo dijo que en EUA y Reino Unido el 40% de los hombres adultos reportaron haber sido víctimas de maltrato psicológico. Hay mayor frecuencia de maltrato emocional que físico y hay mayor preponderancia de este problema en estratos socio-económico bajos.

Comentó además, que se presta más atención al maltrato físico, por la dificultad para definir la violencia psicológica y porque en el mayor parte de los casos no hay intención de dañar al niño.

Como los factores que aminoran el daño a niños víctimas de maltrato psicológico, el Dr. Saucedo presentó a la capacidad de resiliencia, y el que el niño maltratado tenga cerca de un adulto confiable.

El maltrato psicológico frecuentemente causa trastornos psiquiátricos, y el niño así maltratado tiene una alteración para dar respuestas apropiadas, y resolver problemas en la escuela; se asocia con un mal rendimiento escolar

Otras dificultades de los niños que son víctimas de abuso psicológico o de negligencia, comentadas por el Dr. Saucedo, son que presentan una conducta antisocial o delictiva, y en casos extremos producen problemas físicos en casos extremos (asma, dolores abdominales, entre otros).

La violencia psicológica a los niños ocurre dentro de familias, con conflictos familiares o que viven situaciones de violencia, aunque el niño no sea el objeto directo del maltrato.

El Dr. Saucedo presentó un estudio en niños tratados por déficit de atención en el Hospital Psiquiátrico infantil Juan N Navarro, para ver si la severidad de los síntomas de este padecimiento correlacionaba con que los niños que había sido víctima de abuso psicológico; encontró que la severidad de los síntomas correlacionaba con el maltrato psicológico que había empezado a una menor edad del niño, y con la integración de la familia, siendo peor si la edad de los padres era menor.

Es importante establecer la diferencia entre una crianza deficiente y el abuso psicológico. Una de las consecuencias en ambos casos es que el niño siente que no es amado.

La severidad del maltrato está determinada por una combinación de la intención y el daño causado. Se puede decir que el maltrato es leve, cuando la intención y el daño son



de baja intensidad. El Dr. Saucedo dio algunos ejemplos en los que se podía ver la magnitud del maltrato.

Como conclusiones el Dr. Saucedo dijo entre otras:

- El tipo de abuso más frecuente es el psicológico y el menos atendido
- Por no producir lesiones
- Es una forma ampliamente extendida
- Se necesitan mediciones
- Puede ser la más prevalente de maltrato y puede ocurrir con otros maltratos
- Los niños en los primeros años son más susceptibles.
- Hay que alertar a los pediatras y a los médicos de primer contacto.

### **Acoso escolar (bullying) y obesidad**-Dra. Carmen Lara Muñoz

La Dra. Muñoz inició definiendo y el origen del término de “bullying”, que puede ser usado como sustantivo que se aplica a individuos “matones”, o como verbo en el sentido de intimidar. Se refiere a una conducta infantil para lastimar o dominar a otro niño, sin que haya un motivo aparente y la víctima no se puede defender

Comentó que se ha determinado que algunas enfermedades somáticas crónicas como el asma y alergias están asociadas a víctimas de bullying.

Asimismo presentó el resultado de una encuesta en la el 24.2% de los niños dijeron que se habían burlado de ellos.

Se preguntó el por qué los adolescentes son acosados y dijo que es porque tienen un aspecto diferente y que el sobrepeso y la obesidad, desencadenan un mal trato tanto verbal como físico. En México el 34.4% de los niños en promedio tienen sobrepeso, siendo de 32% en las niñas y de 36% en los niños. La Dra. Lara comentó que el estereotipo de la obesidad se implanta pronto y que los obesos son los grupos más estigmatizados; de modo que entre los adolescentes la obesidad es un riesgo de sufrir bullying, dada la importancia atribuida a la apariencia física. Las niñas tienen más riesgo, pues es más fuerte en su caso la relación del aspecto físico y la estigmatización. Este maltrato causa una baja autoestima, que en muchos casos desencadena síntomas obsesivo-compulsivos relacionados con su imagen corporal. Relató como una alta proporción de las personas que practican físico culturismo sufrieron bullying.

Posteriormente la Dra. Lara presentó algunos resultados de un estudio realizado con niños y adolescentes. Se aplicó a niños entre primero y sexto de primaria (de 7 a 13 años) en el Estado de Puebla.

Se trató de un cuestionario para medir la intimidación, mediante un autoreporte, aplicado a los niños y a sus padres. Es un instrumento de opción múltiple que se basa en medidas de intensidad (nunca, casi nunca a veces, muchas veces, siempre) y en este



instrumento se consigna el nivel de escolaridad y la ocupación de los padres, así como el índice de masa corporal de los niños. La hipótesis del estudio es que los niños y niñas con sobrepeso sufren más el bullying.

Algunos de los resultados encontrados son:

- Las mujeres tienen mayor puntaje en la idealización de la imagen.
- Los varones eran victimizados de forma abierta por sus pares con peso normal.
- Los pares no se querían sentar junto a las niñas obesas.
- Los niños tienen mayor experiencia de hostigamiento.
- Los niños con sobrepeso sufren más de intimidación. Los niños con peso normal son los que menos lo sufren, y el hostigamiento intermedio es sufrido por los de peso bajo.

### **Importancia de las autolesiones en la edad pediátrica-Lilia Albores Gallo**

Para iniciar su intervención, la Dra. Albores dio la definición de las autolesiones, que se refiere a las lesiones autoinflingidas que no se llevan a cabo sin la intención de morir. Para diagnosticar a una persona con este trastorno, se considera que debe presentar cinco eventos de lesiones autoinflingidas durante un año. Comentó que cuando sucede un episodio de autolesiones se debe investigar si hay una intención suicida y que por lo general los niños que presentan este trastorno no la tienen.

Comentó algunos datos sobre este trastorno, entre ellos están:

- Antes de presentar una conducta de autolesionarse, los niños presentan pensamientos negativos y un periodo de preocupación
- Ocurre frecuentemente.
- No ocurre exclusivamente en períodos de psicosis o intoxicación
- En el mundo se ha reportado que afecta del 4 al 47% de niños y adolescentes y hasta el 60% de poblaciones psiquiátrica.
- En México, afecta 17% en población general. Si se aplican los criterios de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-V, de la American Psychiatric Association, la frecuencia se reduce al 5.6%.
- Tiene una mayor frecuencia en mujeres que en hombres (2.6:1)
- La edad promedio de inicio de este trastorno es de 11.9 años y tiene un rango de aparición de entre 6 a 15 años.

La Dra. Albores dijo que muchas veces esta conducta pasa desapercibida por los padres y maestros, pues es una conducta secreta; que los objetos con los que se lastiman generalmente están en el salón de clases. Resaltó que es importante instruir a los pediatras para que hagan una inspección cuidadosa, ya que los niños con este trastorno



usan camisas con manga larga o sweater. El mecanismo de autolesión se realiza generalmente en antebrazo y muñecas, brazos y codos, o muslos y rodillas. Frecuentemente el maestro es el que se percata de que los niños se autolesionan, porque otros niños los acusan. Es una conducta que puede ser emulada por los compañeros de clase. Adicionalmente comentó que el 25% de los niños comparten instrumentos para lesionarse lo que representa un riesgo de contagio, por ejemplo de hepatitis.

El trastorno de autolesionarse está asociado con:

- Psicopatología.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Haber sido víctima de acoso escolar.
- Uso y abuso de sustancia psicotrópicas.

Adicionalmente, la Dra. Albores señaló que cuando se hace una evaluación, la psicopatología tiene puntajes más elevados, si el paciente tiene autolesiones. Las niñas que se autolesionan tienen 30 veces más frecuencia de suicidarse. El antecedente de abuso sexual es mayor entre los pacientes que acuden a un hospital general y presentan autolesiones, que los que acuden a un hospital psiquiátrico. Se ha determinado un precipitante psicológico, con mayor frecuencia en mujeres; puede ser un pleito familiar o con un novio o pareja.

Para concluir, la Dra. Albores dijo que esta conducta suele ser poco estimada, sobre todo en el contexto de los hospitales generales. Sin embargo representa el 3% de la carga por enfermedad en jóvenes de 10-19 años, lo que es mayor que la carga por tuberculosis, asma o SIDA. Recalcó que atender a este trastorno puede ser un factor muy importante para prevenir suicidio y otros trastornos mentales.

### **Aspectos legales del maltrato al menor-Dr. Arturo Loredó Abdalá**

El Dr. Loredó comentó que él era la persona que más había promovido el estudio y formación de clínicos en el área de la violencia pediátrica, que llevaba , 45 años trabajando en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), y los últimos 23 años enfocado directamente en este problema..

Agradeció al Dr. Juan Manuel Saucedo y al Dr. Enrique Graue, quienes desde sus responsabilidades han impulsado mucho a hacer este trabajo.

La solicitud del Dr. Saucedo para la participación del Dr. Loredó en el simposio, fue que hiciera un recuento de los temas legales que afectan este tema. En este sentido el Dr. Loredó dijo que en México los niños y adolescentes están protegidos por la Constitución y los convenios internacionales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1989 estableció los lineamientos para la protección al menor. Otro instrumento legal muy



importante es la reforma constitucional en materia de derechos humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 10 de junio de 2011. Todos estos instrumentos legales se enmarcan en el concepto del “Interés superior del Niño” que es un principio reconocido internacionalmente. En México quedó consignado en la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en el año 2000.

Comentó además que recientemente en septiembre de 2014 se llevó a cabo la iniciativa presidencial preferencial, a raíz de la muerte de un niño por bullying. En esa fecha se creó el Sistema Nacional para la Protección de las Niñas, Niños y Adolescentes, que estableció un comité para crear una ley en esta materia. Adicionalmente, en el marco de esta iniciativa se crearon centros asistenciales o de atención alternativa para sustituir a los albergues temporales (que no han dado buenos resultados en la atención de niños víctimas de maltrato) y se le da una prioridad especial a los niños en situación vulnerable, como son los niños trabajadores, indígenas, o migrantes.

En cuanto a la definición legal del maltrato infantil el Dr. Loredó dijo que se definía como: Toda lesión física, sexual, psicológica o negligente intencional contra una persona de la menor edad, antes o después de nacer. Recalcó que el maltrato infantil es un problema médico, social y legal.

Mencionó los requisitos para una intervención legal.

1. Sospecha de que un menor es víctima de maltrato; esta sospecha puede ser médica, o de la familia.
2. Diagnóstico del maltrato, tanto médico como legal.
3. Denuncia a la autoridad, que puede ser directa o anónima.

Una vez que se tiene la información, el médico o la institución hacen la notificación médico-legal. La denuncia la puede hacer un maestro, familiar, o director de escuela. Esta denuncia se realiza a una Agencia del Ministerio Público o al DIF Nacional.

Adicionalmente comentó que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) tiene como función la atención de las víctimas de todas las edades, que no está especializada en el caso de los niños.

Una vez que se hace la denuncia se procede a establecer la condición jurídica del agresor. Es importante lograr la protección del menor, que se llama “prevención secundaria”, para garantizar que no vuelva a ser agredida. El menor maltratado se refiere de preferencia a una red de apoyo familiar, que frecuentemente se establece a través de una trabajadora social, o a un albergue temporal. Esta última opción no es deseable, ya que se violan los derechos de los niños con mucha frecuencia en estos albergues.



Comentó que en el INP se ha hecho seguimiento de los niños que han sido detectados como víctimas de maltrato y que se pudo comprobar que el 66% de los niños no eran agredidos nuevamente. Sin embargo al 34% restante no se le pudo dar seguimiento.

Como conclusiones el Dr. Loredo resaltó las siguientes:

- A toda niña o niño, o adolescente se les deben de respetar los derechos.
- Hay que hacer realidad el lema: “Interés superior del niño”
- Hay que trabajar mucho aunque se logre poco....

### **Discusión y conclusiones.**

Se realizaron las siguientes preguntas y comentarios:

- ¿Se sabe si se desencadena la obesidad por ser víctima del bullying? ¿Qué se hizo con los resultados de la encuesta a niños y adolescentes en Puebla?

La Dra. Lara contestó que en los estudios transversales era muy difícil identificar la causalidad, por lo que no se podía asegurar que la obesidad fuera la causa o la consecuencia del bullying. Adicionalmente dijo que generalmente lo que se hizo con los resultados de la encuesta fue hacer del conocimiento de los padres los resultados, y comentó que en otros países se están usando instrumentos para resolver conflictos, con los que se realizan intervenciones en las escuelas.

- El Dr. Arturo Loredo comentó que para los pediatras encontrar una chica obesa generalmente significa que es víctima de abuso sexual, y busca ser poco agradable al agresor. Que la obesidad no sólo se presenta en víctimas de bullying, y que por eso en los casos de obesidad en mujeres adolescentes hay que buscar un posible abuso sexual.
- Hubo un comentario respecto a los embarazos en adolescentes menores de 15 años y que generalmente la diferencia de edad del padre es de 10 a 20 años, por lo que en muchos casos estos embarazos son producto de la violencia y habría que analizarlos bajo esta perspectiva.
- Se le preguntó a la Dra. Albores cuál es el motivo de la automutilación y si no era adecuado, dado la alta incidencia, realizar una revisión en las escuelas, o en las familias.

El Dr. Carlos Varela comentó que había sido una estupenda sesión, y le preguntó a la Dra. Albores, por qué se definía a la autolesión como un daño sin intención suicida, si se veía que las niñas que padecían este trastorno tenía un riesgo 30 veces mayor de suicidarse. Recomendó que se corrigiera la definición al calificarla sin intenciones suicidas. Dijo que es una evidentísima llamada de atención.



La Dra. Albores respondió a las preguntas anteriores diciendo que se empiezan a incorporar en el diagnóstico las intentos suicidas. Sin embargo, se determinó que se definiera como sin intenciones suicidas para evitar el internamiento de los niños y niñas que tienen un trastorno de autolesión, ya que puede ser muy agresivo. Dijo que se realizan estudios longitudinales para definir el grupo de niñas que sí van a llegar al suicidio, para tener una intervención específica en esos casos. Recalcó que es cierto que no hay que confiarnos en que los niños que se infringen autolesiones no tienen una intención suicida.

- El Dr. Carlos Varela realizó un comentario sobre el trabajo de ingreso en el sentido de que parecía una contradicción el aumento de las cesáreas que supuestamente se realizan para evitar el sufrimiento fetal, con la gran mortalidad fetal intraparto, y que sería importante buscar la correlación de estas muertes en partos vaginales y cesáreas; que en teoría la mayor parte de las muertes deberían ocurrir en partos por vía vaginal y no por cesárea, que habría que revisar los datos.

La Dra. Murguía comentó ante esta observación que era interesante revisar los datos como se había sugerido, pero que el pico de mortalidad neonatal podría darse en cesáreas, si estas intervenciones se realizaron al detectar sufrimiento fetal ya que la sobrevivencia del producto estaba comprometida.

**\*El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**