



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 11  
LIC. IGNACIO GARCÍA TELLEZ  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**MORBIMORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS HIJOS DE  
MADRES TOXEMICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
ZONA No. 11**

DEL 01 DE ENERO AL 01 de DICIEMBRE DEL 2013

**INVESTIGADOR:**

DRA JESSICA ARLEET PEREZ GOMEZ  
RESIDENTE DE PRIMER AÑO EN PEDIATRIA

**ASESORES METODOLÓGICOS:**

DRA ALICIA SANTA CORTES GONZÁLEZ  
MEDICO PEDIATRA

## MORBIMORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES TOXÉMICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 11 "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ".

DEL 01 DE ENERO 01 DE DICIEMBRE DEL 2013

### I. Antecedentes.

La preeclampsia-eclampsia es un síndrome asociado a factores aún no bien definidos, que se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión arterial y proteinuria en mujeres embarazadas entre la vigésima semana de gestación hasta 14 días después del parto. Se habla de eclampsia cuando las mujeres manifiestan convulsiones. (1) Aún se desconoce su etiología, etiología de la preeclampsia-eclampsia pero se sabe que el síndrome sólo ocurre en los seres humanos, que el defecto básico obedece a la invasión incompleta del trofoblasto en las arterias espirales: hecho que ocurre al momento de la implantación del cigoto, por lo que se considera un defecto adquirido.(2.1)

Se puede decir que a nivel mundial la toxemia se presenta en 5-9% de los embarazos y de éstos es cinco a seis veces más frecuente en primigestas; se ha observado también en 14-20% de las gestaciones múltiples; en 30% de las mujeres con alteraciones uterinas graves y en 25% de las pacientes con hipertensión o nefropatía crónica (3). En México se estima que 8% de las mujeres embarazadas cursan con algún grado de preeclampsia-eclampsia. (4.1)

Desde el punto de vista pediátrico, la PE usualmente se ha considerado como una causa relevante de morbilidad neonatal, ya que genera gran parte de los nacimientos que se producen antes del término de la gestación<sup>3</sup> o por el impacto negativo que sobre el peso neonatal tiene. (5)

En cuanto a la denominada fetopatía por preeclampsia- eclampsia (**FPE**) se define por el conjunto de alteraciones observadas en niños. (6.1) La fetopatía por preeclampsia-eclampsia puede causar efectos adversos como crecimiento y desarrollo anormales, homeostasis en el feto, antes, durante y posterior al nacimiento. En México, la FPE puede ocupar 25 a 30% de los ingresos en un servicio de prematuros. (7)

La Preeclampsia, es una condición caracterizada por disminución del flujo sanguíneo útero-placentario e isquemia, es un factor de riesgo importante en el desarrollo de RCIU y representa la causa más común de retraso del crecimiento intrauterino en el neonato.

La Preeclampsia materna puede resultar en trombocitopenia neonatal, típicamente definido como plaquetas por debajo de 150,000/uL. La patogénesis de la trombocitopenia entre los lactantes nacidos de madres con Preeclampsia se desconoce. Uno de los posibles mecanismos es que la Preeclampsia y la hipoxia fetal resultante, tiene un efecto depresor directo sobre la proliferación del megacariocito.

Los recién nacidos de mujeres con Preeclampsia tiene una incidencia del 50% de neutropenia (definida como recuento absoluto de neutrófilos inferior a 500). La neutropenia tiene un curso variable, que suele durar días o semanas en el lactante afectado. El mecanismo biológico en la Preeclampsia, resultante en la neutropenia neonatal no ha sido completamente aclarado. Uno de los mecanismos, es que la Preeclampsia, y la resultante insuficiencia útero-placentaria, inhiben en la médula ósea fetal la producción del linaje mielóide que se manifiesta por una disminución en la producción de neutrófilos.

Alguna evidencia sugiere que la Preeclampsia se asocia con disminución en el riesgo de parálisis cerebral. Estos autores encontraron un efecto protector de la Preeclampsia materna sobre la parálisis cerebral, independientemente de la exposición a sulfato de magnesio.

Un estudio basado en la población de más de un millón de niños expuestos a Preeclampsia mostraron un aumento del riesgo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas durante la adolescencia y la edad adulta temprana (hasta a 27 años de seguimiento) en la cohorte expuesta. Los estudios epidemiológicos muestran que los bebés expuestos a toxemia durante la gestación se asocian con un aumento del riesgo de diabetes y la morbilidad cardiovascular en la edad adulta. Estos estudios ponen de relieve el concepto de que el feto fisiológicamente inmaduro es altamente susceptible a las interrupciones en el flujo sanguíneo útero placentaria y que los insultos de la exposición en la Preeclampsia durante los períodos críticos del desarrollo fetal pueden predisponer a un individuo a un mayor riesgo de la enfermedad más allá del período postnatal inmediato. (8)

Szymonowicz y cols., encontraron mayor frecuencia de dificultad respiratoria en los recién nacidos de muy bajo peso al nacer hijos de madres con PE; Habli y cols., encontraron esta misma asociación en recién nacidos cercanos al término, mientras que Friedman y cols., no hallaron diferencias entre los RN de madre preeclámplicas y madres normotensas; a su vez, Shah et al describen menor frecuencia de SDR en RN pretérminos de madres con Preeclampsia. (9)

En el 2012 en un estudio publicado en la revista *Circulation* de American Heart Association, en el que evaluaban la disfunción vascular pulmonar y sistémica en jóvenes hijos de madres preeclámplicas, se demostró por primera vez en seres humanos que un evento patológico durante el período fetal, es decir, la Preeclampsia, causa disfunción vascular sistémica y pulmonar en la descendencia. El defecto vascular pulmonar predispone a la hipertensión pulmonar ya durante la infancia, y es tentador especular que el defecto en la circulación sistémica puede contribuir al aumento del riesgo de hipertensión arterial y accidente cerebrovascular en esta población. (10)

No interrumpir oportunamente el embarazo puede ser causa de muerte fetal ya que en el líquido amniótico disminuyen las concentraciones de glucosa y de potasio, aumentan las de cloruros, urea y nitrógeno, por lo que puede ocurrir un deterioro del producto con una menor reserva fetal durante el trabajo de parto. (11)

Ahora bien, el resultado perinatal de los embarazos con Preeclampsia es peor tanto en términos de mayor proporción de mortinatos como de muertes neonatales, particularmente en las formas más graves. (12.5) Puede condicionar la muerte del producto en 10-37%. (13.3)

II. **Planteamiento del problema:** ¿Cuál es la Morbimortalidad En Recién Nacidos Hijos De Madres Toxémicas En El Hospital General De Zona No. 11?

III. **Objetivo general:** Analizar cuál es la Morbimortalidad En Recién Nacidos Hijos De Madres Toxémicas En El Hospital General De Zona No. 11

#### IV. **Objetivos específicos:**

- Identificar cuales son las patologías y las complicaciones que con mayor frecuencia se presenta en el recién nacido hijo de madre toxémica.
- Identificar los factores de riesgo para mortalidad en recién nacidos hijos de madres Toxémicas
- Conocer cual es la tasa de mortalidad en recién nacidos hijos de madre Toxémicas
- Identificar las causas más comunes de mortinatos y muerte neonatal secundaria a la toxemia del embarazo.
- Analizar la influencia de la toxemia del embarazo sobre la culminación del mismo
- Determinar si el mal control de la hipertensión inducida en el embarazo influye en las complicaciones neonatales de los hijos de madres Toxémicas.

V. **Justificación:** Tomando en cuenta que la afluencia de mujeres embarazadas con toxemia es importante en la población adscrita al Hospital General De Zona No. 11 Y teniendo como base que en México se estima que el 8% de las mujeres que se embarazan cursan con algún grado de toxemia y que ésta tiene influencia considerable en la prematuridad y en el crecimiento intrauterino retardado, se realizara esta investigación para establecer un protocolo de atención al recién nacido hijo de madre con estas características, para establecer pautas de vigilancia y manejo medico de estos recién nacidos, que permitan dar una atención adecuada y oportuna en relación con la presentación de las alteraciones específicas.

VI. **Hi:** la influencia de la Preeclampsia-eclampsia sobre la morbilidad del recién nacido hijo de madre toxémica incluye un sin número de patologías tanto respiratorias, metabólicas, a nivel del sistema hematológico, en el sistema nervioso central y retraso en su crecimiento intrauterino, junto con el parto pretermino.

**Ho:** la toxemia del embarazo no tiene una influencia significativa en la morbilidad del recién nacido hijo de madre toxémica.

**Ha:** la toxemia en el embarazo se asocia a un porcentaje de mortalidad en los recién nacidos hijos de madres Toxémicas, que va del 10 al 30%.

#### VII. **MATERIAL Y MÉTODOS**

##### **7.1. Tipo de diseño**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

## **7.2. Población de estudio**

Recién nacidos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación tratados en el servicio de pediatría del Hospital General De Zona 11.

## **7.3. Periodo de estudio**

Recién nacidos en el periodo de 01 de Enero al 01 de diciembre del 2013

## **7.4. Criterios de selección**

### **7.4.1. Criterios de Inclusión**

- ✚ Expedientes clínicos de Recién nacidos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación; seguidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, hasta su alta hospitalaria o alta por fallecimiento (lo que ocurriese primero) sea muerte fetal (óbito fetal o mortinato) o hasta 28 días después de su nacimiento, en el Hospital General De Zona No. 11, del 01 de Enero al 01 de Diciembre del 2013.

### **7.4.2. Criterios de Exclusión**

- ✚ pacientes incluidos en el estudio cuyos familiares no aceptaron la entrevista o en los que los datos registrados estuvieran incompletos.

### **7.4.3. Criterios de eliminación:**

- ✚ aquellos hijos de madres Toxémicas que no hayan nacido en el Hospital General de Zona No. 11. Recién nacidos que cumplan con los criterios de inclusión pero en quienes no se encuentre expediente.

## **7.5. Método**

- ✚ Los datos serán recolectados por el propio investigador, extraídos directamente de los expedientes clínicos de neonatos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación; seguidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, hasta su alta hospitalaria o alta por fallecimiento (lo que ocurriese primero) sea muerte fetal (óbito fetal o mortinato) o hasta 28 días después de su nacimiento.

## **7.6. Procedimiento para obtención de las unidades.**

- ✚ Se revisaran expedientes clínicos de pacientes recién nacidos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación; seguidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, hasta su alta hospitalaria o alta por fallecimiento (lo que ocurriese primero) sea muerte fetal (óbito fetal o mortinato) o hasta 28 días después de su nacimiento, en el Hospital General De Zona No. 11, del 01 de Enero al 01 de Diciembre del 2013, obteniéndose el numero de afiliación de la madre para la obtención de su expediente del censo de guardia del servicio de ginecología. Los expedientes serán solicitados de acuerdo al número de registro al archivo clínico.

### 7.7. Tamaño de la muestra

Se revisaran todos los expedientes de pacientes recién nacidos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación; seguidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, hasta su alta hospitalaria o alta por fallecimiento (lo que ocurriese primero) sea muerte fetal (óbito fetal o mortinato) o hasta 28 días después de su nacimiento, en el Hospital General De Zona No. 11, del 01 de Enero al 01 de Diciembre del 2013.

### 7.8 Características del lugar donde se realizara el estudio:

Se llevara acabo en el Hospital General De Zona No. 11 "Lic. Ignacio García Téllez".

### 7.9 Variables

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
Edad	Numero de semanas cumplidas desde la fecha de nacimiento hasta el egreso hospitalario o alta por fallecimiento.	Expediente clínico Hoja de egreso	semanas	Intervalo
Genero	Características anatómicas y fisiológicas que distinguen a la mujer del hombre.	Expediente clínico hoja de nacimiento	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Edad gestacional	Edad gestacional estimada del RN, mediante Capurro.	Expediente clínico hoja de nacimiento	De 28 a 42 SDG	Intervalo
Peso al nacer	Cuantificación en gramos del peso del RN al extraerse de la cavidad uterina.	Expediente clínico hoja de nacimiento	De 700 a 4,000 Gramos	Intervalo
Resolución del embarazo	Forma en la que se interrumpió el embarazo	Expediente clínico	1. Eutócico 2. Cesárea	Nominal
Madres Toxémicas durante el embarazo	Mujeres que durante el embarazo presentan como complicación hipertensión inducida en el embarazo asociada a proteinuria.	Expediente clínico	1. Preeclampsia leve 2. Preeclampsia grave 3. Eclampsia 4. Síndrome de HELLP	Nominal
Factores de riesgo para mortalidad en recién nacidos	Existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más	Expediente clínico. nota de evolución	1. Eclampsia 2. Desprendimiento Placentario 3. Anestesia	Nominal

hijos de madres Toxémicas	probable su aparición o que este se agrave		General 4. Muerte Materna 5. Síndrome De Dificultad Respiratoria 6. Ventilación Mecánica 7. Hemorragia Periintraventricular	
Complicaciones en recién nacido hijo de madre Toxémicas	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento medico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.	Expediente clínico nota de evolución	1. Prematurez 2. PBEG 3. RCIU 4. Neutropenia 5. Policitemia 6. Plaquetopenia 7. Hipoxia 8. Síndrome de Distres respiratorio 9. Hiperbilirrubinemia 10. Crisis convulsivas 11. acidosis metabólica 12. hiponatremia 13. hipocloremia 14. Hipocalcemia 15. Hipoglicemia 16. Reducción de los linfocitos T.	Nominal
Mortalidad neonatal secundaria a toxemia durante el embarazo	Número de muertes en recién nacidos, asociadas a toxemia durante el embarazo.	Expediente clínico Nota de evolución	Porcentaje de 0 a 100%	Relación

## 8. ANALISIS ESTADISTICO

- Se realizara estadística descriptiva. De la información obtenida se conocerá el total de Recién nacidos con el antecedente materno de toxemia; de 28 a 42 semanas de gestación; seguidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, hasta su alta hospitalaria o alta por fallecimiento (lo que ocurriese primero) sea muerte fetal (óbito fetal o mortinato) o hasta 28 días después de su nacimiento, en el Hospital General De Zona No. 11, durante el periodo del 01 de Enero al 01 de Diciembre del 2013, de estos pacientes se Identificara cuales son las patologías y las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en ellos, así como los factores de riesgo que existen para su

mortalidad, calculándose la tasa de incidencia de la misma, además se identificara, las causas más comunes de mortinatos y muerte neonatal secundaria a la toxemia del embarazo, analizando la influencia de la misma sobre la culminación del embarazo, y por ultimo se determinara si el mal control de la hipertensión inducida en el embarazo influye en las complicaciones neonatales de los hijos de madres Toxémicas.

## 9. RECURSOS

### 1. Físicos

- Archivos clínicos de pediatría y ginecología
- Departamento de Archivo del Hospital

### 2. Financieros

- Laptop (\$10000)
- USB 4Gb (\$200)
- Copias (\$100)

### 3. Humanos.

- 1 investigador
- Jefatura de enseñanza y división en investigación
- Personal de archivo
- 1 analista estadístico

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Manuel G. G, *El Neonato De Madre Con Preeclampsia-Eclampsia*. *Rev Mex Pediatr* 2006; 73(2); 82-88
- 2.1 Manuel G. G, *El Neonato De Madre Con Preeclampsia-Eclampsia*. *Rev Mex Pediatr* 2006; 73(2); 82-88.
3. Manuel G.G, Cecilia D.B, Guadalupe S.G-T, Abdiel A.O, Arturo F.G, Maria Luisa S.G, Elias A.R. *Factores De Riesgo De Mortalidad En El Hijo De Madre Toxémica*. *Gac Méd Méx* Vol.140 No. 1, 2004.
- 4.1 Manuel G. G, *El Neonato De Madre Con Preeclampsia-Eclampsia*. *Rev Mex Pediatr* 2006; 73(2); 82-88
5. Luis A. D.M, Natalia D.P, Norma C. S.D, *El Pronóstico De Los Hijos De Madres Con Preeclampsia. Parte 1: Efectos A Corto Plazo*. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):423-428 / 423.
- 6.1 Manuel G. G, *El Neonato De Madre Con Preeclampsia-Eclampsia*. *Rev Mex Pediatr* 2006; 73(2); 82-88.
7. Gabriela G.C. *Hijo De Madre Con Preeclampsia-Eclampsia. Curso Clínico*. *Arch Inv Mat Inf* 2009;1(1):20-21.
8. Luis A. D.M, Natalia D.P, Norma C. S.D, *El Pronóstico De Los Hijos De Madres Con Preeclampsia. Parte 1: Efectos A Corto Plazo*. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):423-428 / 423.
- 9.5 Luis A. D.M, Natalia D.P, Norma C. S.D, *El Pronóstico De Los Hijos De Madres Con Preeclampsia. Parte 1: Efectos A Corto Plazo*. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):423-428 / 423.
10. Pierre Y.J, Stefano F.R, Thomas S, Carlos S.S, Damian H, Emrush R, Se´bastien T, Marcos S, Pierre T, Ce´line S.C, Pascal N, Mercedes V, Yves A.M; Urs S, Claudio S. *Pulmonary and Systemic Vascular Dysfunction in Young Offspring of Mothers With Preeclampsia*. *Circulation*. 2010;122:488-494.
11. Ana Cecilia Y. G, Mynor P.V, Diana Elizabeth P. M. *Tesis Enfermedades Más Frecuentes Y Causas De Muerte En Recién Nacidos Hijos De Madres Con Preeclampsia Y Eclampsia*. Guatemala, Julio De 2011.
- 12.5 Luis A. D.M, Natalia D.P, Norma C. S.D, *El Pronóstico De Los Hijos De Madres Con Preeclampsia. Parte 1: Efectos A Corto Plazo*. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):423-428 / 423.
- 13.3 Manuel G.G, Cecilia D.B, Guadalupe S.G-T, Abdiel A.O, Arturo F.G, Maria Luisa S.G, Elias A.R. *Factores De Riesgo De Mortalidad En El Hijo De Madre Toxémica*. *Gac Méd Méx* Vol.140 No. 1, 2004.

**11. Cronograma de actividades**

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Recolección de artículos médicos.											
Revisión de artículos médicos y fichas bibliográficas.											
Elaboración de protocolo de investigación											
Identificación y recolección de datos de expedientes clínicos											
Entrega de protocolo											
Análisis estadístico de datos obtenidos.											
Resultados, conclusiones y discusión de la investigación.											

**12. ANEXOS****HOJA DE RECOLECCION DE DATOS****1. Ficha de identificación.**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ No de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero 1 ( ) 2 ( )

**2. Antecedentes perinatales.**

Peso al nacer: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Semanas de gestación: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( )

9 ( ) 10 ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) 14 ( ) 15 ( )

Resolución del embarazo: 1 ( ) 2 ( )

**3. Grado toxemia del embarazo:** 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )**4. Factores de riesgo para mortalidad:** 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )**5. Complicaciones por toxemia en el embarazo:**

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( )

9 ( ) 10 ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) 14 ( ) 15 ( ) 16 ( )

**6. Muerte:** si ( ) no ( )

## 1. CODIFICACION DE CADA VARIABLE

VARIABLE	CODIFICACION
<p>Genero</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Masculino</li> <li>■ Femenino</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p>
<p>Semanas de Gestación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 42 SDG</li> <li>■ 41 SDG</li> <li>■ 40 SDG</li> <li>■ 39 SDG</li> <li>■ 38 SDG</li> <li>■ 37 SDG</li> <li>■ 36 SDG</li> <li>■ 35 SDG</li> <li>■ 34 SDG</li> <li>■ 33 SDG</li> <li>■ 32 SDG</li> <li>■ 31 SDG</li> <li>■ 30 SDG</li> <li>■ 29 SDG</li> <li>■ 28 SDG</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p>
<p>Peso al nacer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 3501-4000 grs</li> <li>■ 3001-3500 grs</li> <li>■ 2501-3000 grs</li> <li>■ 2000-2500 grs</li> <li>■ 1501-1999 grs</li> <li>■ 1300-1500 grs</li> <li>■ 1001-1299 grs</li> <li>■ 700-1000 grs</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p>
<p>Resolución del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eutócico</li> <li>■ Cesárea</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p>

Grado de toxemia en el embarazo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Preeclampsia leve</li> <li>■ Preeclampsia grave</li> <li>■ Eclampsia</li> <li>■ Síndrome de HELLP</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
Factores de riesgo para mortalidad	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eclampsia</li> <li>■ Desprendimiento Placentario</li> <li>■ Anestesia General</li> <li>■ Muerte Materna</li> <li>■ Síndrome De Dificultad Respiratoria</li> <li>■ Ventilación Mecánica</li> <li>■ Hemorragia Perintraventricular</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>
Complicaciones por toxemia en el embarazo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prematurez</li> <li>■ PBEG</li> <li>■ RCIU</li> <li>■ Neutropenia</li> <li>■ Policitemia</li> <li>■ Plaquetopenia</li> <li>■ Hipoxia</li> <li>■ Síndrome de Distres respiratorio</li> <li>■ Hiperbilirrubinemia</li> <li>■ Crisis convulsivas</li> <li>■ acidosis metabólica</li> <li>■ hiponatremia</li> <li>■ hipocloremia</li> <li>■ Hipocalcemia</li> <li>■ Hipoglicemia</li> <li>■ Reducción de los linfocitos T.</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p>