

TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS

El nacimiento prematuro es el nacimiento con menos de 37 semanas de gestación, basado en el cálculo obstétrico de la edad gestacional. Los datos utilizados en este boletín de calificaciones provienen de los documentos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), compilados de datos suministrados por las 57 jurisdicciones de estadísticas demográficas, a través del Programa Cooperativo de Estadísticas Demográficas.¹ Esta fuente nacional de datos se empleó para que los datos sean comparables para cada boletín de calificaciones específico de cada estado y jurisdicción. Los datos consignados en el boletín pueden diferir de aquellos obtenidos directamente de los departamentos de salud estatales o locales y de las agencias de estadísticas demográficas, debido al momento en que se presentan los datos y se manejan los datos faltantes. Las tasas de nacimientos prematuros que aparecen en la parte superior del boletín se calcularon con los datos de natalidad finales de 2022 del NCHS para todos los estados de EE. UU. y Washington D.C. Las tasas de nacimientos prematuros en la gráfica de tendencias provienen de los datos de natalidad finales de 2012-2022 del NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros por condado y por ciudad provienen de los datos de natalidad finales de 2022 del NCHS para los estados de EE. UU. y Washington D.C. Las tasas de nacimientos prematuros para las categorías raciales y étnicas con tabulación cruzada se calcularon con los datos de natalidad finales de 2020-2022 del NCHS. Todas las medidas provistas para Puerto Rico se calculan con datos de 2022 del Departamento de Salud de Puerto Rico o con el documento de natalidad territorial de EE. UU. de 2012-2021. Las tasas de nacimientos prematuros se calcularon como el número de nacimientos prematuros dividido por el número de nacimientos vivos con edad gestacional conocida, multiplicado por 100. Se utilizó el software de análisis de tendencias Joinpoint² para evaluar las tendencias significativas en el nacimiento prematuro.

METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE NACIMIENTOS PREMATUROS

Las calificaciones del nacimiento prematuro van de la F a la A. En 2019 se introdujeron rangos ampliados de calificaciones. Cada puntuación dentro de una calificación se dividió en tercios para crear intervalos +/- . Se redondearon las puntuaciones resultantes a un lugar decimal y se les asignó una calificación. Los rangos de calificaciones siguen basándose en las desviaciones estándar de las tasas de nacimientos prematuros finales de los estados y del Distrito de Columbia de 2014 con respecto al objetivo de March of Dimes del 8.1 por ciento. Se determinaron las calificaciones utilizando la siguiente fórmula de puntuación: (tasa de nacimientos prematuros de cada jurisdicción - 8.1 por ciento) / desviación estándar de las tasas de nacimientos prematuros finales de los estados y del Distrito de Columbia de 2014.

NACIMIENTO PREMATURO POR CIUDAD

El boletín de calificaciones de EE. UU. muestra las ciudades con el mayor número de nacimientos vivos. Las ciudades se incluyen si se clasificaron entre las 100 primeras en cuanto al número total de nacimientos vivos en 2022 entre todas las ciudades de EE. UU., el Distrito de Columbia y Puerto Rico, con poblaciones mayores de 100,000. La calificación de las ciudades sigue la metodología descrita anteriormente. Por ejemplo, Birmingham (Alabama) se clasificó como la primera ciudad en cuanto a nacimientos vivos y recibió una calificación de F por nacimientos prematuros de una ciudad (cálculo: tasa de nacimientos prematuros de la ciudad - 8.1 por ciento) / desviación estándar de todas las tasas de nacimientos prematuros finales de 2014.

NACIMIENTO PREMATURO POR RAZA/ETNIA DE LA PERSONA QUE DA A LUZ

La raza y la etnia hispana de la persona que da a luz se indican por separado en el certificado de nacimiento. Las tasas para personas hispanas incluyen todas las categorías raciales con tabulación cruzada (blanca, negra, indígena americana/indígena de Alaska, asiática/isleña del Pacífico). Las tasas para las personas no hispanas se clasifican según la raza. La categoría asiática/isleña del Pacífico incluye a las indígenas de Hawái. Para dar tasas estables, los grupos raciales y étnicos se muestran en el boletín de calificaciones si el grupo tuvo 10 o más.

NACIMIENTO PREMATURO POR FACTORES

En el boletín de calificaciones de 2023 se introdujeron varios factores nuevos para mostrar otras circunstancias que pueden afectar el nacimiento prematuro. El boletín de este año incluye consumo de tabaco (fumar), hipertensión, peso poco saludable, diabetes, nacimiento prematuro anterior y embarazo múltiple (ver definiciones en la pág. 2). Todos los factores de riesgo indicados no se excluyen mutuamente; es decir, que puede presentarse más de uno a la vez. Por ejemplo, la persona embarazada podría tener diabetes antes del embarazo y un peso poco saludable antes del embarazo. Los factores de riesgo se calculan como: el número total de nacimientos prematuros entre el factor seleccionado, dividido por el número total de todos los nacimientos vivos para el factor seleccionado, multiplicado por 100 para calcular la tasa de nacimientos prematuros entre factores. Para comparar, incluimos el porcentaje de cada factor para todos los nacimientos vivos en paréntesis debajo de cada tasa. Aquí se exponen distintas formas de interpretar los nuevos factores del nacimiento prematuro:

- En EE. UU., la tasa de nacimientos prematuros entre aquellas que tenían hipertensión preembarazo fue 23.4 por ciento, mientras que la hipertensión preembarazo representa el 2.9 por ciento de todos los nacimientos vivos.
- La tasa de nacimientos prematuros en Mississippi es 14.8 por ciento, pero la tasa de nacimientos prematuros entre las fumadoras es 17.4 por ciento.

CALIFICACIÓN	RANGO DE TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS CRITERIOS DE PUNTUACIÓN
A	Tasa de nacimientos prematuros menos de o igual a 7.7%.
A-	Tasa de nacimientos prematuros del 7.8 al 8.1%.
B+	Tasa de nacimientos prematuros del 8.2 al 8.5%.
B	Tasa de nacimientos prematuros del 8.6 al 8.9%.
B-	Tasa de nacimientos prematuros del 9.0 al 9.2%.
C+	Tasa de nacimientos prematuros del 9.3 al 9.6%.
C	Tasa de nacimientos prematuros del 9.7 al 10.0%.
C-	Tasa de nacimientos prematuros del 10.1 al 10.3%.
D+	Tasa de nacimientos prematuros del 10.4 al 10.7%.
D	Tasa de nacimientos prematuros del 10.8 al 11.1%.
D-	Tasa de nacimientos prematuros del 11.2 al 11.4%.
F	Tasa de nacimientos prematuros superior o igual al 11.5%.

NACIMIENTO PREMATURO POR FACTORES (CONT.)

Se evaluaron todos los factores con los datos de natalidad de 2022 del NCHS y los datos del Departamento de Salud de Puerto Rico, y se seleccionaron en base a su asociación con el nacimiento prematuro y su disponibilidad dentro de los datos de natalidad.

CONSUMO DE TABACO

Se determinó el consumo de tabaco cuando la persona que da a luz informó que había fumado cigarrillos en los 3 meses antes del embarazo, independientemente de la cantidad de cigarrillos consumidos. Fumar antes del embarazo es una medida que reporta la persona misma y los datos no incluyeron a aquellas que fumaron durante el embarazo.

HIPERTENSIÓN

La hipertensión preembarazo se definió como el aumento de la presión arterial por encima de lo normal para la edad, sexo y condición fisiológica de la persona que da a luz antes del inicio del embarazo actual. Los datos presentados para el nacimiento prematuro por hipertensión no incluyen la hipertensión gestacional ni la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).

DIABETES

La diabetes se definió como diabetes preembarazo (tipo 1 o tipo 2) y no incluye la diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo).

PESO POCO SALUDABLE ANTES DEL EMBARAZO

El índice de masa corporal (BMI) es una medida de la grasa corporal en base a la estatura y el peso que corresponde a las personas adultas. El porcentaje de personas con un peso poco saludable antes del embarazo se calculó como el número de personas con un BMI que se categoriza ya sea como peso insuficiente (BMI <18.5), sobrepeso (BMI 25 a 29.9) u obesidad (30 o más), dividido por el número de personas que tuvieron un nacimiento vivo, multiplicado por 100.

NACIMIENTO PREMATURO ANTERIOR

El nacimiento prematuro anterior se definió como un parto previo en el cual el bebé nació antes de las 37 semanas de gestación.

EMBARAZO MÚLTIPLE

Se define como el embarazo de más de un bebé. El embarazo múltiple puede incluir gemelos, trillizos, cuatrillizos o más.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Las tasas de mortalidad infantil se calcularon con los datos vinculados de natalidad y mortalidad infantil del NCHS para el período de 2021. Las tasas de mortalidad infantil se calcularon como el número de muertes infantiles dividido por el número de nacimientos vivos, multiplicado por 1,000. La tasa de mortalidad infantil en la gráfica de tendencias proviene de los documentos vinculados de natalidad y mortalidad infantil del NCHS para el período 2011-2021. Se utilizó el software de análisis de tendencias Joinpoint² para evaluar las tendencias significativas en la mortalidad infantil. Se aplicaron ponderaciones para dar cuenta de las muertes en las que no fue posible la vinculación.

MORTALIDAD INFANTIL POR RAZA/ETNIA DE LA PERSONA QUE DA A LUZ

La raza y la etnia hispana de la persona que da a luz se indican por separado en el certificado de nacimiento. Las tasas para personas hispanas incluyen todas las categorías raciales con tabulación cruzada (blanca, negra, indígena americana/indígena de Alaska, asiática/isleña del Pacífico). Las tasas para las personas no hispanas se clasifican según la raza. La categoría asiática/isleña del Pacífico incluye a las indígenas de Hawái. Para dar tasas estables, los grupos raciales y étnicos se muestran en el boletín de calificaciones si el grupo tuvo 10 o más muertes infantiles. Para calcular las tasas de mortalidad infantil por raza/etnia de la persona que da a luz en el boletín, se agruparon tres años de datos (2019-2021). Las tasas de mortalidad infantil para razas no indicadas/desconocidas no aparecen en el boletín de calificaciones. Se aplicaron ponderaciones para dar cuenta de las muertes en las que no fue posible la vinculación.

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD INFANTIL

Se utilizaron los documentos vinculados de natalidad y mortalidad infantil del NCHS (período 2019-2021) para los análisis sobre la causa de la muerte. Ver la lista detallada de los códigos de causas de mortalidad y sus agrupaciones en el Apéndice A. Se seleccionaron las cuatro categorías principales de causas de mortalidad por porcentaje de muertes totales por estado para incluir en la tabla. El porcentaje de muertes atribuidas a causas fuera de las categorías seleccionadas se combinaron en la categoría "otras". Ver la lista completa de códigos y rótulos en "Décima Revisión, 130 Causas de Mortalidad Infantil Seleccionadas y Adaptadas".³ Se aplicaron ponderaciones para dar cuenta de las muertes en las que no fue posible la vinculación.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se refiere a la muerte de la persona que da a luz por complicaciones del embarazo o parto que ocurren durante el embarazo o dentro de las 6 semanas de concluido el embarazo.⁴ Las muertes maternas se determinaron a partir de datos de mortalidad de 2018-2021 del NCHS. El número de muertes maternas no incluye todas las muertes de personas embarazadas o recientemente embarazadas, sino solo las muertes con la causa de mortalidad subyacente asignada a los números de códigos A34, O00-O95 y O98-O99 de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Décima Revisión*. Las tasas se calculan dividiendo el número de muertes maternas por el número de nacimientos en la misma región geográfica durante el mismo año o años de los datos y multiplicándolo por 100,000.⁵

Las tasas de mortalidad materna fluctúan de año en año debido al número relativamente pequeño de esos eventos y posiblemente debido a problemas al reportar las muertes maternas en los certificados de defunción.⁶ Las tasas nacionales de un año solo pueden mostrarse en general y para los tres grupos más grandes por raza y origen hispano para los que pueden calcularse tasas fiables a nivel estadístico (negras no hispanas, blancas no hispanas e hispanas). Se presentan tasas agrupadas de cuatro años para todos los otros grupos raciales y por estado, aunque algunos estados aún no tienen suficientes muertes para proporcionar estimaciones fiables y, por lo tanto, se suprimen.

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD MATERNA

March of Dimes reconoce la importancia de ciertos factores de riesgo asociados con los resultados de salud materno-infantil. March of Dimes, en asociación con Surgo Health, ofrece la oportunidad de examinar los determinantes de la salud materna a nivel de condado utilizando el Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI).⁷ El MVI es la primera herramienta nacional de fuente abierta a nivel de condado para identificar dónde y por qué las personas que dan a luz en EE. UU. son vulnerables a malos resultados del embarazo y a muertes relacionadas con el embarazo. El MVI no solo incluye los factores de riesgo clínico ampliamente conocidos, sino también los factores sociales, contextuales y ambientales principales que además son de influencia esencial en los resultados de salud. Este boletín muestra datos del MVI actualizado de 2023.

Las diferencias en los condados se miden mediante numerosos factores divididos en seis temas: atención de salud reproductiva, salud física, salud mental y abuso de sustancias, atención de salud general, determinantes socioeconómicos y ambiente físico. El MVI asigna una puntuación de 0 a 100 a cada zona geográfica, donde la puntuación más alta indica una mayor vulnerabilidad a los resultados maternos adversos. Aprenda más sobre la metodología MVI visitando el sitio web de Surgo Health. ([Surgo Ventures - The US Maternal Vulnerability Index \(MVI\)](#)).

OTROS INDICADORES DE SALUD MATERNA

TASAS DE NACIMIENTO POR CESÁREA DE BAJO RIESGO

Se produce un nacimiento por cesárea de bajo riesgo cuando se somete a la persona al procedimiento quirúrgico si el bebé es uno solo, está posicionado cabeza abajo y la persona está a término completo (al menos 37 semanas), sin haber dado a luz antes.⁸ A esto también se le conoce como parto por cesárea NTSV. NTSV es la abreviatura que significa nulípara (persona que da a luz por primera vez), a término, embarazo único, posición fetal en vértex (cabeza hacia abajo).

Se calcularon las tasas de cesárea de bajo riesgo con los datos de natalidad finales de 2022 del NCHS para los estados de EE. UU. y el Distrito de Columbia y los datos del Departamento de Salud de Puerto Rico.¹ Las tasas de cesárea de bajo riesgo se calcularon como el número de cesáreas en personas embarazadas por primera vez de un solo bebé, posicionado cabeza abajo con una edad gestacional de al menos 37 semanas (NTSV), dividido por el número de personas que dan a luz por primera vez un solo bebé, posicionado cabeza abajo con una edad gestacional de al menos 37 semanas (NTSV) multiplicado por 100.

CUIDADO PRENATAL INADECUADO

La adecuación del cuidado prenatal se mide con el Índice de Adecuación en la Utilización del Cuidado Prenatal, que clasifica el cuidado prenatal recibido en 1 de 4 categorías (inadecuado, intermedio, adecuado y muy adecuado) al combinar información sobre el comienzo del cuidado prenatal, la cantidad de visitas y la edad gestacional del bebé.⁹ El cuidado prenatal inadecuado se define como una persona que recibió menos del 50% de sus visitas previstas. El cuidado prenatal inadecuado se calcula utilizando los datos de natalidad finales de 2022 del NCHS y los datos del Departamento de Salud de Puerto Rico.¹

CÁLCULOS

El Centro de Datos Perinatales de March of Dimes realizó todos los cálculos de natalidad.

POLÍTICAS A NIVEL DE ESTADO

EXTENSIÓN DE MEDICAID

La adopción de esta política permite que las personas califiquen para cobertura de Medicaid en relación al embarazo por más de los 60 días estándar después del embarazo hasta por un año. Extender esta opción de cobertura puede hacerse a través de una Enmienda del Plan Estatal (SPA) o de una exención bajo la Sección 1115. La información sobre la condición de extensión de Medicaid proviene de la Kaiser Family Foundation, e indica los estados que la han adoptado, que están en progreso o que no la han adoptado.¹⁰

EXPANSIÓN DE MEDICAID

La expansión de Medicaid permite que más personas sean elegibles para la cobertura de Medicaid; expande el punto límite de elegibilidad. La información sobre la condición de expansión de Medicaid proviene de la Kaiser Family Foundation, e indica los estados que la han adoptado, que están en progreso o que no la han adoptado.¹¹ La expansión de Medicaid redujo las tasas de personas no aseguradas. El mayor acceso y utilización de la atención médica se asocian en gran medida a esta expansión de Medicaid.¹²

LICENCIA FAMILIAR REMUNERADA

La licencia médica y familiar remunerada se refiere a las políticas que permiten a los trabajadores recibir el salario cuando se ausentan del trabajo durante un período extendido por razones calificadoras, como establecer el vínculo afectivo con el nuevo hijo, recuperarse de una enfermedad grave o cuidar a un ser querido gravemente enfermo.¹³ La medida se reporta como: el estado tiene una política activa que ofrece una opción de remuneración durante la licencia extendida; el estado está en progreso/tiene legislación pendiente aún no vigente; o el estado no tiene una política activa establecida. Datos proporcionados por Onpay.¹⁴

POLÍTICA SOBRE DOULAS EN LA COBERTURA DE MEDICAID

Las doulas son profesionales no clínicos que brindan apoyo emocional y físico a las personas que dan a luz durante el período perinatal, incluyendo el nacimiento y posparto.¹⁵ La condición de la política sobre doulas muestra los estados que han promulgado leyes asociadas con la cobertura de Medicaid para el cuidado con doulas, o que no lo han hecho. La medida se reporta como: la agencia estatal de Medicaid reembolsa activamente el cuidado con doulas; el estado ha progresado en la promulgación de leyes sobre el reembolso de Medicaid; o la agencia estatal de Medicaid no reembolsa el cuidado con doulas. Una medida adicional incluye la identificación de estados que reembolsan hasta \$1,500 por servicios de doula. Los datos los proporciona el Programa Nacional de Derecho de Salud bajo el Proyecto de Cuidado con Doulas de Medicaid.¹⁶

COMITÉ DE REVISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (MMRC) — Estos comités investigan las muertes relacionadas al embarazo para determinar las causas subyacentes de muerte y responder para mejorar las condiciones y prácticas. Los comités pueden estar integrados por representantes de salud pública, enfermería, medicina materno-fetal, obstetricia y ginecología, partería, grupos de defensa de pacientes y organizaciones comunitarias.¹⁷ Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) proporcionan la medida y se categoriza como: el estado tiene un MMRC que recibe fondos federales o el estado no tiene un MMRC que recibe fondos federales.¹⁸

REVISIÓN DE LA MORTALIDAD FETAL E INFANTIL (FIMR)

La Revisión de la Mortalidad Fetal e Infantil es un proceso orientado a la acción y basado en la comunidad para revisar los casos de mortalidad fetal e infantil con el fin de mejorar los resultados de la salud materno-infantil.¹⁹ La medida se reporta como: el estado tiene un equipo o equipos de Revisión de Mortalidad Fetal e Infantil; o el estado no los tiene. Los datos fueron proporcionados por el Centro Nacional de Revisión y Prevención de Mortalidad.²⁰

COLABORACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERINATAL (PQC)

El sistema PQC crea alianzas con las familias, agencias estatales clave y organizaciones para identificar e iniciar programas o procedimientos que mejoran la calidad de la atención en entornos clínicos. El trabajo de la PQC se enfoca en el aprendizaje de colaboración entre proveedores de atención médica y la PQC. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades proporcionan los datos y la medida se reporta como: el estado tiene una PQC con fondos federales; o el estado no tiene una PQC con fondos federales.²¹

REFERENCIAS

- ¹ National Center for Health Statistics, final natality data 2010-2022.
- ² Joinpoint Trend [computer software]. Version 5.0.2. Retrieved from <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>.
- ³ Centers for Disease Control and Prevention. Tenth Revision 130 Selected Causes of Infant Death Adapted for Use by DVS. Accessed October 5, 2023. https://wonder.cdc.gov/wonder/sci_data/natal/linked/type_txt/cohort99/130Cause99.pdf.
- ⁴ National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Maternal Morbidity and Mortality. Accessed October 5th, 2023. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/factsheets/maternal-morbidity-mortality>.
- ⁵ Hoyert DL. Maternal Mortality Rates in the United States, 2021. NCHS Health E-Stats. 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:124678>.
- ⁶ Hoyert DL, Miniño AM. Maternal Mortality in the United States: Changes in Coding, Publication, and Data Release, 2018. National Vital Statistics Reports; vol 69 no 2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2020.
- ⁷ Surgo. Maternal Vulnerability Index. Accessed October 5, 2023. <https://mvi.surgoventures.org>.
- ⁸ Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births: Final Data for 2018. Natl Vital Stat Rep 2019;68(13):1- Retrieved from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr68/nvsr68_13-508.pdf.
- ⁹ Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Am J Public Health 1994;84(9):1414-1420.
- ¹⁰ Kaiser Family Foundation. Medicaid Postpartum Coverage Extension Tracker. Published September 28, 2023. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-postpartum-coverage-extension-tracker/>.
- ¹¹ Kaiser Family Foundation. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. Accessed September 22, 2023. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>.
- ¹² Kaiser Family Foundation. Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision. Accessed September 29, 2023. <https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/>.
- ¹³ U.S. Department of Labor- Women's Bureau. Paid family and medical leave fact sheet. Accessed October 4, 2023. <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/WB/paid-leave/PaidLeavefactsheet.pdf>.
- ¹⁴ Paid Family Leave Laws: A State-by-State Guide. OnPay. Updated: September 7, 2023. Accessed September 22, 2023. <https://onpay.com/hr/basics/paid-family-leave-by-state#which-states-have-proposed-paid-and-family-medical-leave-legislation>.
- ¹⁵ DONA International. What is a Doula? Accessed October 4, 2023. <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>.
- ¹⁶ National Health Law Program. Doula Medicaid Project. Accessed September 22, 2022. <https://healthlaw.org/doulamedicaidproject/>.
- ¹⁷ Guttmacher Institute. Maternal Mortality Review Committees. Accessed September 29, 2023. <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/maternal-mortality-review-committees>.
- ¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Maternal mortality. Accessed September 22, 2023. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/index.html>.
- ¹⁹ The National Center for Fatality Review and Prevention. Fetal & Infant Mortality Review. Accessed October 4, 2023. <https://ncfrp.org/fimr/>.
- ²⁰ The National Center for Fatality Review and Prevention. FIMR map. Accessed September 22, 2023. <https://ncfrp.org/fimr-map/>.
- ²¹ Centers for Disease Control and Prevention. State Perinatal Quality Collaboratives. Published August 22, 2023. Accessed September 22, 2023. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc-states.html>.

APÉNDICE A: CATEGORÍAS DE CAUSAS DE MORTALIDAD Y CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Categoría de causa de mortalidad	Códigos de causa de mortalidad incluidos
Defectos de nacimiento	119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133
Nacimiento prematuro/bajo peso al nacer	089, 090
Muerte súbita inesperada del lactante (SUIDS)	135
Complicaciones maternas	075, 076, 077, 078
Síndrome de dificultad respiratoria	096
Complicaciones de la placenta, cordón o membranas	080, 081, 082, 083
Accidentes (lesiones involuntarias)	141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151
Sepsis bacteriana neonatal	106
Enfermedades del sistema circulatorio	047, 048, 049, 050, 051, 052
Hipoxia intrauterina y asfixia neonatal	094, 095