

2. Neyrolles O, et al. Is Adipose Tissue a Place for Mycobacterium tuberculosis Persistence? *PLoS ONE* 2006; 1: e43.
3. Leung CC, et al. Lower Risk of Tuberculosis in Obesity. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1297-1304.
4. Bloom BR. Tuberculosis: pathogenesis, protection and control. Washington DC: ASM Press, 1994.
5. Burgos JL, et al. Targeted screening and treatment for latent tuberculosis infection using QuantiFERON®-TB Gold its cost-effective in Mexico. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 7.
6. American Thoracic Society. Targeted tuberculosis testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: S221-247.
7. Xu W, et al. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 8.
8. World Health Organization. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) 2010 GLOBAL REPORT ON SURVEILLANCE AND RESPONSE, 71. Switzerland: World Health Organization.
9. Osornio JS, et al. Resistencia de Mycobacterium tuberculosis en pacientes mexicanos, características clínicas y factores de riesgo. *Rev Invest Clin* 1995; 47: 9.

### Límite de viabilidad y sobrevida intacta en recién nacidos de muy bajo peso

*Sr. Editor:* El éxito de la reanimación de un prematuro extremo puede ser difícil de lograr pues depende de la capacidad institucional que se tenga para dar buen pronóstico de vida a estos pacientes. En Estados Unidos, en los centros con recursos humanos y tecnológicos adecuados, el límite de viabilidad, definido como la semana de gestación y grupo de peso al nacimiento, en que la mortalidad es de 50% o menor, se redujo de 30 semanas de gestación (SDG) en los años sesenta a 23 SDG en los noventa.<sup>1</sup> La Academia Americana de Pediatría recomienda no reanimar niños con edad gestacional menor a 24 SDG, pero también recomien-

da adaptar esta recomendación a cada institución.<sup>2</sup> En México, sin embargo, no contamos con cifras confiables sobre los límites de viabilidad.

En nuestra institución, el Hospital Ángeles de las Lomas en Huixquilucan, Estado de México, hemos realizado un estudio longitudinal retrospectivo para conocer el límite de viabilidad así como la morbilidad y mortalidad en recién nacidos menores de 1500g.

Se incluyeron recién nacidos con peso menor a 1500g que nacieron entre enero de 2004 y junio de 2007. Se tomaron en cuenta factores maternos, perinatales, propios del paciente, del nacimiento, de los diagnósticos neonatales y de las intervenciones recibidas. Se estratificó en grupos de edad gestacional (por semana) y en grupos de peso al nacimiento (en rangos de 100g) para determinar el límite de viabilidad, definido anteriormente, y la sobrevida intacta, definida como la semana de gestación y grupo de peso al nacimiento en que la sobrevida sin secuelas significativas es mayor a 50%; y se consideran secuelas significativas la hemorragia intraventricular III o IV, displasia broncopulmonar moderada o severa y/o retinopatía del prematuro grados 2 y 3 al egreso. Se buscaron asociaciones de mortalidad y morbilidad, con las diferentes variables estudiadas, al medir la fuerza de dicha asociación mediante la prueba de ji cuadrada y riesgo relativo.

Para el estudio se tomaron en cuenta 96 pacientes con edad gestacional promedio de 30.4 (±2.4) SDG y peso promedio de 1139 g (±259). La sobrevida general al egreso fue de 91.7%, pero de 80.8% en menores de 1000g. Se encontró relación significativa para mortalidad con embarazo múltiple (RR 5.73, IC95% 2.11-15.58,  $p=0.006$ ), género masculino (RR 1.96, IC95% 1.59-2.40,  $p=0.022$ ) y la realización de maniobras avanzadas de reanimación (RR 2.85, IC95% 1.89-4.29,  $p=0.005$ ). El riesgo para secuelas significativas

aumentó para pacientes que recibieron maniobras avanzadas de reanimación (RR 2.1, IC95% 1.15-3.84,  $p=0.035$ ), con sepsis tardía (RR 2.26, IC95% 1.17-4.37,  $p=0.032$ ) y que tuvieron conducto arterioso (RR 3.77, IC95% 1.89-7.52,  $p<0.001$ ). Se encontró entonces que nuestro hospital tiene un límite de viabilidad de 26 SDG y 700g de peso al nacimiento y una sobrevida intacta de 28 SDG y 900g de peso al nacimiento.

El estudio trabajó con una muestra pequeña pero que nos da una idea sobre la capacidad de nuestra institución. Creemos que todos los hospitales deben conocer su límite de viabilidad tanto para poder tomar decisiones como para tener un parámetro de calidad en la atención.

Juan Francisco Montiel Vázquez, *Ped Neonat*,<sup>(1)</sup>  
 drfranciscomontiel@hotmail.com

Jorge Arturo Cardona Pérez, *Ped Neonat*,<sup>(2)</sup>  
 neonateac@hotmail.com

Pedro Juan Cullen Benítez, *Ped Neonat*,<sup>(2)</sup>  
 pjuancb@gmail.com

José Guadalupe Arizmendi Dorantes, *Ped Neonat*,<sup>(2)</sup>  
 joseariz@hotmail.com

(1) Hospital Covadonga. Córdoba, Veracruz.

(2) Hospital Angeles de las Lomas.  
 México DF, México.

Declaración de conflicto de intereses:  
 Declaramos no tener conflicto de intereses.

### Referencias

1. Tyson JE, Stoll BJ. Evidence – based ethics and the care and outcome of extremely premature infants. *Clin Perinatol* 2003; 30: 363-367.
2. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. 2005 American Heart Association (AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: neonatal resuscitation guidelines. *Pediatrics* 2006; 117: 1029-1038.