

INDICE

I.	Introducción.....	2
II.	Objetivos.....	5
	A. Generales.....	5
	B. Específicos.....	5
III.	Marco Teórico.....	6
	3.1 Situación de la mortalidad neonatal e infantil en el mundo.....	6
	3.1.1 Tasas de Mortalidad Neonatal e Infantil.....	9
	3.1.2 Mortalidad Infantil en América Latina y el Caribe.....	11
	3.1.3 Panorama de la mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afro descendientes en Améric Latina.....	22
	3.1.4 Mortalidad en la niñez. Honduras.....	26
	3.2 La mortalidad en la niñez y el derecho a la vida.....	30
	3.3 Índice de desarrollo Humano.....	32
	3.3.1 Estadísticas de pobreza y desigualdad.....	34
	3.4 Caracterización del departamento de Ocatepeque.....	36
IV.	Metodología.....	40
V.	Resultados.....	43
VI.	Análisis de Resultados.....	57
VII.	Conclusiones.....	70
VIII.	Recomendaciones.....	73
IX.	Bibliografía.....	74
X.	Anexos.....	81

I. Introducción

La mortalidad neonatal es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de sobrevivida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida en una determinada población atendida en un centro perinatal.

En el departamento de Ocotepeque, la mortalidad neonatal es de gran magnitud y trascendencia, por lo que se deben realizar, investigaciones a nivel local que permitan determinar las causas de dicho problema, con lo cual se mejore la calidad de atención y se reduzca de esta manera la mortalidad en este grupo de edad.

El presente estudio tiene como objetivo la Caracterización de la Mortalidad Neonatal, en el departamento de Ocotepeque, incluye las defunciones que ocurrieron durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2010. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, causa de muerte , fecha, sitio donde ocurrió, mortalidad neonatal temprana y tardía; considerándose muerte neonatal temprana en los primeros 7 días de vida y Muerte neonatal tardía de los 8 días hasta los 28 días de nacido.

Este estudio se desprende de la investigación Nacional sobre mortalidad infantil desarrollada por la Secretaria de Salud de Honduras durante el año 2010.

Durante la investigación se capacito el personal para realizar las encuestas y revisar los diferentes instrumentos para obtener la información; se utilizo la ficha

de vigilancia de la mortalidad en menores de 5 años (IVM-4), Censo diario de las salas, libros de ingresos y egresos hospitalarios en las salas de internamiento, libro de defunciones de las salas, Registro de defunciones hospitalarias, Hojas de hospitalización en oficina de registro médico (HC13), expedientes clínicos, reportes del sistema informático perinatal (SIP) y libro de entrega de cadáveres.

Se encontraron un total de 45 muertes neonatales durante el periodo estudiado. Evidenciándose como primeras causas de muerte: Prematurez, sepsis neonatal y las malformaciones congénitas; el sexo de mayor afectación fue el femenino, y la edad de mayor frecuencia de fallecimiento fue el período neonatal Temprano y tardío. En un 47% de los fallecidos no fueron registrados sus datos completamente, por razones desconocidas, por lo que se evidencio la necesidad de reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal.

Los datos que se registraron permitieron actualizar la información, para poder elaborar tasas, las cuales a su vez permiten medir el impacto de las muertes así como dar recomendaciones para que sean evitables.

La persona que informó la defunción en su mayoría fue el personal médico y de enfermería.

Para reducir la mortalidad neonatal, es preciso, estudiar los factores que interactúan en su entorno como ser ambientales, acceso a los servicios,

condiciones socio-sanitarias y en general mejorar los niveles de pobreza del entorno del binomio madre niño, realizar un diagnóstico prenatal adecuado y tratar precozmente las enfermedades que se deben a factores que actúan durante la gestación y el parto.

Los resultados de la investigación mostraron que el peso de los niños fallecidos fue de 1,000-1,499 gramos y correspondieron a un 24.4%. Las muertes que se reportaron en el hospital de Occidente de Santa Rosa de Copan, en el período neonatal temprano correspondió a un 40% (18/45), la prematuridad representó el (53.3%), y fue la primera causa materna de muerte en los neonatos. Estos datos son importantes para proponer planes de acción a través de la Secretaría de Salud, que contribuyan a disminuir la mortalidad en este grupo etario, al mejorar los programas dirigidos a la atención materna y perinatal y con ello alcanzar uno de los compromisos de país que es alcanzar el objetivo 4 de las Metas de Desarrollo del Milenio, que es reducir en dos terceras partes entre el 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.

II. Objetivos

A. General

Caracterizar las muertes neonatales pertenecientes al departamento de Ocotepeque, en el periodo de Enero a Diciembre del 2010, para realizar intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo de Desarrollo del milenio y sus metas.

B. Específicos

1. Describir epidemiológicamente las muertes ocurridas e investigadas en los neonatos, en el Depto. de Ocotepeque, durante los años 2010.
2. Describir las causas básicas de las muertes en el neonato de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ocurridas en el Depto. de Ocotepeque, durante el año 2010.
3. Calcular las tasas específicas de mortalidad neonatal, en el Dpto.de Ocotepeque
4. Identificar el tipo de malformaciones congénitas mas frecuentes en la muerte del neonato.

III. Marco Teórico

3.1 Situación de la mortalidad neonatal e infantil en el mundo

La proporción de niños que mueren antes de completar un año de vida, es aceptada como un indicador de las condiciones de vida y de salud de una población, (Pirozzi,2011),(UNICEF, 2007), (UNICEF, 2011). En los países más desarrollados del mundo, como Suecia y Japón, de cada 1000 niños que nacen , apenas cinco o seis mueren dentro del primer año de vida; estos niños mueren debido a problemas muy difíciles de evitar, como malformaciones congénitas importantes o nacimientos muy prematuros.

Por otra parte en las regiones donde las condiciones de vida y salud son precarias, como en África, India, y América latina llegan a morir en el primer año de vida 100 a 200 niños de 1000 que nacen. Estos niños al contrario de los Suecos o Japoneses mueren por enfermedades cuyo tratamiento y prevención son posibles como la diarrea, las infecciones respiratorias, Sarampión, Tétano, y otras enfermedades infecciosas. Por estas razones la mortalidad infantil ha sido utilizada como un indicador sensible de la calidad de vida de una población (Pirozzi, 2011).

La oportunidad de supervivencia en el primer mes de vida está influenciada por un gran número de factores ambientales sociales y genéticos, los que pueden determinar crecimiento fetal, malformaciones, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer o la utilización de servicios de neonatología y obstetricia. Entre estos factores se mencionan: La edad de la madre; madres adolescentes que

tienen niños con bajo peso, control prenatal, desnutrición y bajo nivel educativo; madres con edad Mayor- de 35 años, que presentan patologías como diabetes, hipertensión arterial, placenta previa y otros.

El nivel educativo de la madre es determinante, ya que a mayor nivel educacional posponen la maternidad o la edad del matrimonio y asisten a su control prenatal, embarazo y parto. El estado civil asociado sobre todo a un riesgo; el aumento de bajo peso al nacer que guarda estrecha relación con otros factores como embarazo y adolescentes, consumo de alcohol y tabaquismo. En cuanto a la condición socioeconómica la pobreza interactúa junto a la baja escolaridad de la madre, espacio intergenesico menor de dos años, número de partos previos, embarazo en adolescentes, y en mujeres mayores, la multiparidad. (Salud, 2011), (Almehida, 2003).

La situación en África Sub Sariana (ASS) es la peor de todas las regiones del mundo. De los 10 millones de niños menores de 5 años que mueren cada año en el mundo, casi la mitad se producen en esta zona de África. (Viguera, 2010). En muchos países el proceso de reducción de la mortalidad infantil se ha estancado y en algunos, incluso, ha aumentado en los últimos años. Todos los días en la región de ASS, más de 12.000 niños entre 0 y 5 años mueren por causas prevenibles o tratables como Malaria, neumonía, también por HIV, y causas neonatales, entre otras son las responsables de más del 70 % de estas muertes. Alrededor de una cuarta parte de estas muertes se producen en el primer mes de vida, y de estas, más de dos tercios en los primeros siete días.

La mayoría de las muertes en los niños menores de 5 años se deben a infecciones, desnutrición y causas neonatales. En algunos países, el 80 % de los niños que mueren nunca son los que buscan atención o sucumben a consecuencia de la mala calidad de ésta. Los recién nacidos siguen siendo los niños olvidados de ASS, sus muertes se consideran algo "normal".

Las principales causas de mortalidad en menores de 5 años en ASS, son bien conocidas y no difieren mucho de las causas globales. Por orden son: las causas neonatales (26%), las infecciones respiratorias agudas (21%), la malaria (18%), las enfermedades diarreicas (16%), el VIH/SIDA (6%), otras causas (5%), el sarampión (5%) y los accidentes.

La situación en Asia Meridional es ligeramente mejor que la de ASS, pero sigue siendo inaceptable. De los 10 millones de niños menores de 5 años que mueren cada año en el mundo, casi 3,5 millones se producen en esta zona. Las principales causas de mortalidad en la región del sudeste asiático son, como en ASS, bien conocidas y no difieren de las causas globales ni de las causas en los países menos favorecidos, por orden son; las causas neonatales (45%), y las infecciones respiratorias. El principal problema de esta región es la mortalidad neonatal.

De los 38 millones de niños nacidos cada año en Asia Meridional 1,4 pierden la vida en el primer mes después del nacimiento, además hay 1 millón de partos de niños nacidos muertos. Una gran proporción de mujeres dan a luz cada año sin ningún tipo de atención pre ni post-natal durante los días y semanas más

vulnerables después del nacimiento. (Viguera, 2010). Los niños nacidos de madres con mala salud tienen más probabilidades de sufrir bajo peso y dificultades para luchar contra las enfermedades. La falta de una planificación efectiva en relación con la mortalidad neonatal es una razón importante para esta situación.

Otras razones se incluyen dentro del impacto limitado que se ha obtenido al abordar los determinantes de la mala salud, como la desnutrición, los ambientes insalubres y los bajos niveles de acceso y utilización de servicios sanitarios.

Aun así, ha aumentado el conocimiento sobre la gestión y prevención de enfermedades y lesiones, pero la cobertura es modesta y no se está expandiendo suficientemente. Al mismo tiempo, muchos de los niños que sobreviven tienen dificultades para alcanzar su pleno potencial por mala salud y una atención insuficiente para su desarrollo intelectual y social. se debe consultar: (OPS ODM , 2005).

3.1.1 Tasas de Mortalidad Neonatal e Infantil

La tasa de mortalidad neonatal (TMN) se define como el número de muertes durante los primeros 28 días de vida, por cada 1000 nacidos vivos en un año dado u otro período. Se debe subdividir en temprana (muerte en los primeros 7 días de vida) y tardía (entre el séptimo día y el día 28).

Casi un 40% de las muertes de menores de cinco años se producen durante los primeros 28 días de vida, de las cuales tres cuartas partes ocurren durante los

primeros siete días. Las muertes en este periodo neonatal temprano han aumentado, pasando de un 23% de la tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1980 a un 28% en 2000. (Pozo, 2009)

Un niño que nace en un país menos adelantado tiene casi 14 veces más probabilidades de morir durante sus primeros 28 días de vida, que uno que ha nacido en un país industrializado. La TMN mundial descendió en una cuarta parte entre 1980 y 2000, pero la tasa de reducción fue mucho más baja que la tasa general de mortalidad de menores de cinco años, que descendió en una tercera parte. (UNICEF, http://www.unicef.org/spanish/publication/files/Estado_mundial_de_la_infancia, 2007).

Alrededor del 86% de las muertes neonatales en todo el mundo son el resultado directo de tres causas principales: 1) infecciones (36%), entre ellas la septicemia/neumonía, tétanos y diarrea, 2) asfixia (23%), y 3) nacimientos prematuros (27%). Los 10 países con las tasas más elevadas de mortalidad neonatal son: Liberia (66 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Costa de Marfil (64), Irak (63), Afganistán (60), Sierra Leona (56), Angola (54), Malí (54), Pakistán (53), República Centroafricana (52) y Lesotho (52).

Se estima que de los 10 millones de niños menores de 5 años que mueren cada año en el mundo, o lo que es lo mismo, de las 1.000 muertes infantiles que hay cada hora, casi la mitad son en el África Subsahariana, seguido muy de cerca por Asia meridional (AM). Un niño de Etiopía tiene 30 veces más probabilidades de morir al cumplir cinco años que un niño de Europa occidental. Entre las

muerdes infantiles, en Asia Meridional se producen las mayores cifras de muerdes neonatales, mientras que, en África Subsahariana se registran las tasas más elevadas. La desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a la mitad de todas estas muerdes infantiles. (UNICEF, <http://www.childinfo.org.en> español, 2003).

Los niños de los países menos desarrollados no son diezmados por enfermedades exóticas sino mayoritariamente por problemas habituales y frecuentes. Se calcula que 1,5 millones de niños mueren por la ingestión de agua no potable, la falta de acceso al agua para la higiene personal y el pobre acceso a saneamiento básico. Los niños que nacen hoy en ASS tienen una esperanza de vida de 52 años y en AM de 65 años, y casi un 10% de ellos mueren en el primer año de vida. De cada 1.000 niños que nacen hoy, 145 no llegan a cumplir los cinco años de edad en ASS, por 65 en AM. La mortalidad infantil es especialmente elevada en el primer mes de vida, con una mortalidad neonatal de 40 por cada 1000 nv. (www.childinfo.org.mortality.html, 2013).

3.1.2 Mortalidad Infantil en América Latina y el Caribe

En cuanto a América latina se registra una caída notable de la tasa de mortalidad infantil, aun cuando las causas relacionadas siguen siendo los bajos ingresos, la natalidad en adolescentes y la falta de acceso a los servicios básicos y de atención sanitaria oportuna. Si se analiza países como Barbados, Cuba, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico presentan niveles de mortalidad iguales o inferiores a

10 mil por mil nacidos vivos, mientras Haití, Bolivia y Guyanas registran tasas alrededor de 45 por mil nacidos vivos.

Varios factores inciden en la disminución de este fenómeno: la atención primaria de bajo costo; programas de vacunación masiva; de terapia de rehidratación oral y de lactancia materna, control de niño sano, aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente agua potable y saneamiento, el incremento de la educación y el descenso de la fecundidad, a pesar de las condiciones persistentes de pobreza y desigualdad y de las crisis económicas y políticas vividas por muchos países latinoamericanos en los últimos décadas.

En cuanto a los Objetivos del Milenio, los países se comprometieron a reducir la mortalidad de niños y niñas en dos tercios entre 1990 y 2015, solo 14 de 35 países disminuyeron sus indicadores en más del 45%, Cuba, ya cumplió y Guyana, Granada, Paraguay, Surinam y San Vicente y las Granadas están por debajo del promedio.

La mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que la de no indígenas: 48 por mil nacidos vivos, comparado con 30 mil, estas muertes no son aceptables porque la gran mayoría de ellas se pueden evitar, más de 10 millones de madres y niños fallecen por causas prevenibles cada año en el mundo.

Se estima que cada minuto muere una mujer embarazada o en el parto y cada tres segundos fallece un niño o niña menor de cinco años. Anualmente en

América latina y el Caribe mueren más de 22,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y parto: 190 muertes por cada 100,000 n.v. (OPS, 2007) El país con peor condición es Haití con 523 muertes maternas x cada 100,000 n.v. y el mejor es Chile con 23 por cada 100,000 n.v. Anualmente fallecen cerca de 400,000 menores de 5 años, de ellos en los primeros 28 días de vida, principalmente por asfixia al nacer y prematuridad, (13%), parto obstruido (8%).

El Informe sobre muertes neonatales en América latina 2000-2003 refiere muertes debido a asfixia 23%, anomalías congénitas 8%, infección severa 26% y prematuridad 28%. En este sentido, las Naciones Unidas y los países del mundo han comprometido a lograr para el año 2015 un grupo esencial de Objetivos del Milenio, entre los que se cuentan la reducción de dos tercios de mortalidad infantil y el mejoramiento de salud materna (con énfasis en reducción de mortalidad materna a la mitad y aumento de cobertura de atención calificada del parto).

En Brasil el coeficiente de mortalidad infantil (CMI) ha presentado una reducción significativa desde finales del siglo XX, descendiendo de 48 muertes por 1000 nacidos vivos durante la década de los 90 a 29,6 por mil nacidos vivos, siendo el índice más grande de reducción de muertes por países de América Latina. Las causas principales de las muertes neonatales en Brasil son, al igual que en otros países en vías de desarrollo, la asfixia intrauterina, bajo peso al nacer,

enfermedades respiratorias del recién nacido, las infecciones y la prematuridad, vinculadas a situaciones donde la prevención es básica, que ponen acciones de mejoría del acceso y la utilización de los servicios de salud, en la calidad de estos servicios disponibles a la población.

El estado de Sao Paulo está entre los estados brasileños que hacen seguimiento estadístico cuidadoso y constante de sus tasas de MI, presentando un descenso de 66 % del período de 1980-1999 y por medio de la *Fundación del Análisis de los Datos de Sao Paulo* (la fundación SEADE), la cual propuso una clasificación que es un perfeccionamiento de la clasificación de Taucher, utilizada en diversos estudios brasileños, incluso por *Sarinho* en Recife, en el análisis de factores de riesgo de la mortalidad neonatal. Entre las características más importantes de esta clasificación, está el permitir crear grupos por causas de muerte que incluyen todas las enfermedades constantes en la clasificación internacional de enfermedades (CID-10) y las agrupa en causas evitables (reducibles a través de inmunoprevención, control adecuado en el embarazo, atención adecuada al parto, acción de la prevención y diagnóstico/tratamiento. (Ferreira, 2002).

En la región sur de Brasil donde se encuentran los mejores indicadores de mortalidad del país, la asfixia correspondió entre 2,4 % y 38 % de las causas de muertes neonatales, llegando a 48 % en el estudio de *Souza y Gotieb* porque el porcentaje de muertes por asfixia se encuentra sumado a las afecciones

respiratorias, estas corresponderán a entre 18,4 % y 63 %, infecciones entre 8 % y 15,6 % de los casos y a causas maternas en 8,4 % a 18,4 % (Saude, 2012). Las malformaciones congénitas fueron causa del 7 % a 20 % de las muertes neonatales (Rivera, 2003).

En el noreste del país, la asfixia correspondió de 5,2 % a 14,6 % de las causas de muerte, las afecciones respiratorias fueron encontradas entre 5,0 % y 43,8 % de los casos, las infecciones entre 3,4 % y 38,9 %, la prematuridad entre 0,3 % y 34,7 % y las causas maternas entre 5,3 % y 39,6 %. Las malformaciones congénitas totalizaron valores entre 5,4 % y 26,3 % de las muertes. Un estudio en Sao Paulo, Luiz de Maranhao también mostró elevados porcentajes de prematuridad, bajo peso y síndrome de angustia respiratoria. Las muertes evitables corresponden a más de 80 % de las ocurridas en este estado.

Un estudio realizado por *Guimaraes* en Recife, Pernambuco, a partir de niveles de condiciones de vida, las causas perinatales representaron la causa principal de muerte en todos los estratos, representando un coeficiente de 14,9 por mil nacidos vivos, seguido de las malformaciones congénitas. En investigaciones realizadas en la región sureste fueron encontradas entre 6,7 % y 34,9 % de las muertes producidas por asfixia, causadas por afecciones respiratorias 7,5 % a 36,9 %, por infecciones 1,8 % a 2,6 %, por prematuridad 11,8 % a 31,7 % y por malformaciones congénitas 8,4 % a 15,1 %.

No fueron estudiadas las causas de muerte en neonatos de las regiones centro-oeste y norte de Brasil, sin embargo, las causas perinatales y las malformaciones congénitas lideran entre las causas de muerte definidas en los menores de un año. (Guimares,2006) Causas básicas de las muertes neonatales en Brasil: conocer para prevenir. (Pedrosa, 2006).

En Argentina en la década del 50, sólo un tercio de las defunciones eran neonatales. En 1976, la mitad de los niños que fallecían en el primer año lo hacían en el primer mes de vida. A partir de ese momento, el componente neonatal de la mortalidad infantil cobra progresivamente más peso. En la actualidad, dos tercios de los niños que fallecen en el primer año lo hacen en los primeros 28 días de vida. Esto indica que desde 1950 se avanzó mucho más en la reducción de la mortalidad post neonatal que en la mortalidad neonatal (caída del 90 % vs 68 %, respectivamente).

La referida desaceleración en el descenso de la mortalidad neonatal está vinculada con el peso relativo de la población más vulnerable. El 45 % de los niños que mueren en el primer mes de vida pesa menos de 1500 gramos al nacer y tres cuartas partes de éstos fallecen en la primera semana de vida. Países con similar Porcentaje de nacimientos de niños que pesan menos de 1500 gramos tienen la mitad de esta mortalidad neonatal, lo que se explica por la calidad de los cuidados que reciben estos recién nacidos (Ana, 2011).

La tasa de mortalidad materna de Argentina sólo puede analizarse desde 1980, ya que no se dispone de datos anteriores a esa fecha. En el primer decenio, se observó un descenso lento pero constante, que llevó el valor de la tasa de 7 0/000 en 1980 a 5,20/000 en 1990, lo que representa una disminución del 26 %. A partir de ese año no hubo un descenso sostenido, ya que desde esa fecha se han producido oscilaciones con valores entre 3,5 y 5 defunciones maternas por cada 10.000 nacidos vivos.

Por otra parte, en 2009 la tasa se incrementó a expensas de la pandemia de gripe A (H1N1), ya que las mujeres embarazadas fueron particularmente susceptibles. Tampoco han variado sustancialmente las causas que llevan a la muerte materna, entre las que siguen pesando el aborto y las causas obstétricas directas (hipertensión, hemorragia e infecciones). Los niños nacen y mueren en los servicios de salud en un país como la Argentina en el que el 99 % de los partos son institucionales.

Tanto las muertes maternas como las muertes en el primer mes de vida dependen, en gran medida, de la calidad de recursos humanos (médicos, obstétricas y personal de enfermería), servicios complementarios y organización funcional, los resultados demostraron que en el sector público el cumplimiento era deficitario en general (sólo un 60 %) y que el peor resultado estaba representado por la escasez de recursos humanos, sobre todo de Enfermería y obstétricas.

La República Argentina, junto con otros 188 países, suscribió los Objetivos del Milenio (ODM) establecidos en la Cumbre celebrada por Naciones Unidas en septiembre de 2000. En particular, los objetivos 4 y 5 (Reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud de las Mujeres) requieren que el país reduzca tanto las muertes en el primer año de vida.(JORGE, 2009). En Argentina, los datos sobre la mortalidad infantil presentan severas limitaciones por problemas de registro. De todas formas, se señalan a las afecciones del periodo neonatal como la principal causa, seguidas por las enfermedades respiratorias e infecciones gastrointestinales. Las afecciones neonatales pueden evitarse con adecuadas políticas de prevención y atención primaria del embarazo y de los 3 primeros meses de vida.

El plan consiste en detectar a mujeres embarazadas en los primeros meses de gestación para proporcionarles información acerca de cómo conducir nutricional y sanitariamente su embarazo, más los controles médicos imprescindibles para detectar y corregir anomalías. Para la atención del parto se busca que éste sea realizado con asistencia profesional en salas de parto, en condiciones apropiadas de asepsia, comodidad y privacidad, en lo posible de manera natural y con infraestructura para la atención de complicaciones. Una vez nacido el niño, los pasos que siguen consisten en controlar el proceso de recuperación de la puérpera (uno de los momentos más delicados para la salud de la mujer), la inducción al amamantamiento y la información a la madre para

el cuidado y el control médico del niño. Pasado el parto, el seguimiento y control se enfoca básicamente en la salud del niño.

Actualmente, el gobierno nacional ejecuta el Plan Nacer, un programa financiado por el Banco Mundial que procura modificar la estructura de incentivos al interior de los hospitales públicos provinciales. La idea básica es inducir los esfuerzos necesarios para obtener mejoras cualitativas y cuantitativas en las acciones de prevención y atención primaria materno-infantil que deben ejecutar las provincias. Pero aún es prematuro observar sus impactos, ya que se encuentra en pleno proceso de ejecución. (Mario, 2007).

Una interesante encuesta realizada entre especialistas por el British Medical Journal (2007) concluye que el descubrimiento considerado mayoritariamente como el más importante de los dos últimos siglos desde el punto de vista sanitario es la universalización de los servicios de agua potable y cloacas. La universalización de la infraestructura de higiene pública fue una meta sanitaria alcanzada por primera vez en las ciudades de Alemania a finales del siglo XIX y luego emulada por Francia, Inglaterra y el resto de las ciudades europeas.

Los datos muestran que Argentina gasta ahora más que en el año 2000, pero su tasa de mortalidad infantil es mayor que la de Chile, Uruguay y Costa Rica.

Las causas no son difíciles de reconocer: la excesiva concentración de recursos y decisiones a nivel central burocratiza el proceso de toma de decisiones detrás de las inversiones públicas, lo tiñe de sesgos partidarios, electorales y clientelares. (UCA, 1991).

En lo que respecta a las intervenciones para la atención materno-infantil que hoy se ejecutan desde el Plan Nacer, se deberían profundizar las rendiciones de cuentas sobre algunos resultados sanitarios que se plantean como claves: (1) captación temprana de la embarazada; (2) efectividad del cuidado prenatal y prevención de la prematuridad; (3) efectividad de la atención del parto y neonatal; (4) auditoría de muertes infantiles y maternas; (5) cobertura de inmunizaciones; (6) cuidado sexual y reproductivo; y (7) seguimiento de niños sanos hasta los 6 años. A la fecha no hay datos públicos que documenten los logros alcanzados ni existe un adecuado seguimiento del impacto del Plan. (UCA, 1991), (Ana, 2011).

El Salvador, país centroamericano, la tasa de mortalidad materna identificada por la Encuesta Nacional de Salud familiar (FESAL), plantea cifras en el último quinquenio 1998-2003 de 172X100000 nacidos vivos. Estas cifras ubican a El Salvador entre los países con más altas tasa en el ámbito latinoamericano y a nivel mundial. En lo que respecta a las principales causas de muerte materna, para el año 2003 según registros hospitalarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), siguen siendo las ocasionadas por causas directas, que representan el 62 % del total de muertes; siendo las causas principales: problemas hipertensivos relacionados con el embarazo (pre eclampsia grave, eclampsia, eclampsia), hemorragia ante y posparto, sepsis, embolismo pulmonar y problemas anestésicos.

La mortalidad infantil en El Salvador (FESAL 2002-2003) plantea en el último quinquenio de 25 por 1000 nacidos vivos. Según la encuesta FESAL (2008) del total de nacimientos vivos ocurridos de abril 2003 a marzo 2008, el 94% de las madres tuvo al menos un control prenatal, un 77% tuvo la inscripción durante el primer trimestre del embarazo y un 78% tuvo 5 o más controles, incluyendo el de inscripción, tal como lo establece la norma del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS). El porcentaje que tuvo su primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo varía de 82% en la región metropolitana a 73% en la región oriental, esta proporción se incrementa con el nivel socioeconómico de la mujer.

Del total de nacidos vivos en el periodo antes mencionado (Espinoza, 2011). (Abril 2003-marzo 2008) el 84% de los partos tuvo atención intrahospitalaria y su atención se incrementó con el nivel educativo y socioeconómico, variando de un 73% en el área rural a un 93% en el área urbana y de un 78% en la región oriental a un 94% en la región metropolitana.

El control postparto resulta ser el servicio de salud materna menos utilizado en El Salvador, ya que solo el 58.5% de las madres recibió este servicio, variando de 46% en el área rural y 60% en el área urbana y de 42% en la región oriental a 67% en la región metropolitana. Según los resultados de FESAL-2008 muestran que la mortalidad perinatal también declinó en la última década ya que para 1998 la tasa fue de 26 por mil nacidos vivos, 1998-2008 fue de 23 x por mil nacidos vivos, y para el 2008 fue de 19 por mil nacidos vivos,

ocurriendo esto en área urbana y rural y obedeció a la disminución de las muertes antes de los 7 días de nacido.

3.1.3 Panorama de la mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afro descendientes en América Latina

En el ámbito internacional, y a pesar de lo fragmentario de la información disponible, los estudios evidencian que la mortalidad infantil y en la niñez es más alta entre los pueblos indígenas que en las poblaciones no indígenas. Estas diferencias reflejan las inequidades estructurales que sufren estos grupos sociales a nivel mundial. En países desarrollados, como Canadá y Nueva Zelanda pese a que los niveles de mortalidad infantil son más bajos y se asocian a una transición epidemiológica más avanzada, subsisten las brechas en desmedro de los indígenas.

Un patrón similar se ha observado en pueblos originarios de Australia y Columbia Británica, con diferenciales de mortalidad perinatal y post neonatales (MARTIN, 2006). La misma sobre mortalidad se observa en países más pobres, por ejemplo, algunos pueblos indígenas como los Nanti (Perú), Xavante (Brasil), kuttiya kandhs (India) y pigmeos (Uganda), cuyas tasas de mortalidad infantil indígena no solo son más altas que el promedio nacional, sino que incluso más altas que las comunidades económicamente más pobres dentro de esos mismos países (Stephens et al, 2006).

En América Latina, la mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que la de no indígenas (48 por mil nacidos vivos frente a 30 por mil, respectivamente). Si consideramos la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, la brecha es aún mayor, con una sobre mortalidad del 70% (Del Popolo y Oyarce, 2005). Estudios específicos han documentado que los menores de los pueblos Campa Ashaninka y Machiguenga del Perú, Wayu de La Republica Bolivariana de Venezuela, Tzotzil de México y Xavante en Brasil tienen más riesgo de morir antes de cumplir un año que los no indígenas (Fabiana, 2007).

La relación entre inequidades étnico-raciales y la mortalidad infantil de los afrodescendientes ha sido sistemáticamente estudiada en las últimas décadas en Estados Unidos (Krieger, 2000). En efecto, investigaciones llevadas cabo en ese país, muestran de manera consistente, en el período 1989-1991, mayores tasas de mortalidad infantil en los afrodescendientes comparadas con las de indígenas, hispanos y “blancos”. Asimismo, otros estudios han puesto en evidencia el vínculo entre inequidad, etnia y otros factores. Por ejemplo, en menores afrodescendientes se encontró que la mortalidad neonatal estaba asociada con altos niveles de segregación espacial, pobreza y bajos niveles relativos de poder político (ANA, 2010), (Krieger, 2000).

Este estudio forma parte de las actividades realizadas en el marco del Convenio de colaboración entre la OPS y la CEPAL, 2009. (NORAD).

En el caso de la población afrodescendientes, para los seis países analizados, el patrón de la mortalidad es disparejo: hay países donde existen importantes diferenciales, y otros donde las probabilidades de supervivencia no muestran diferencias entre afrodescendientes y el resto de la población. También la probabilidad de morir de menores indígenas varía según zona de residencia, y pueblos. No obstante, en algunos países la brecha entre indígena y no indígena se acentúa en los espacios urbanos.

La tendencia en la mortalidad infantil y en la niñez en los pueblos indígenas (censos de las rondas de 1990 y 2000) muestra una disminución importante en éstos respecto del resto, aun cuando las brechas incluso se incrementan en las zonas rurales de varios países.

En síntesis, el panorama de la mortalidad infantil y en la niñez que aquí se presenta es un elocuente indicador de la marginalidad y desmedro en las condiciones de vida de estos menores y constituye una violación fundamental de su derecho a la salud y a la vida, situación inaceptable a la luz de los acuerdos internacionales que los diversos países de América Latina han suscrito. Considerando lo anterior, existe la necesidad urgente de desarrollar estrategias de salud comprensivas y pertinentes, con la plena participación de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Asimismo, se perfila como una prioridad mundial el reposicionar la salud desde un enfoque de determinantes sociales estructurales, promoviendo el efectivo

cumplimiento de los derechos humanos individuales y colectivos de estos pueblos, eliminando la discriminación y redistribuyendo el poder político y económico en la búsqueda de un mundo más diverso y equitativo. (Gruskin, 2008). Es un hecho conocido que la mortalidad infantil en el mundo ha descendido a mínimos históricos. Así lo demuestra un estudio reciente de la UNICEF llevado a cabo en 50 países, que concluye que, en el período comprendido entre el año 1990 y el bienio 2005-2006, la tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos) ha descendido en un 23%.

En cifras absolutas, esto significa una disminución desde 20 millones a 9,7 millones de muertes en el período (UNICEF y CEPAL, 2007). Pese a esta ostensible disminución, el mismo trabajo destaca que las cifras alcanzadas son todavía inaceptables, dada la persistencia de desigualdades entre continentes, países, áreas territoriales, y grupos sociales. Más aún, como tendencia general, se ha observado que en el mundo las brechas entre los países más ricos y los más pobres han ido en aumento (Victoria et al, 2003; UNICEF y CEPAL, 2007).

América Latina es uno de los continentes donde la tasa de mortalidad infantil ha disminuido sostenidamente en los últimos 40 años. De 102 por mil nacidos vivos, a inicios de la década de 1960 a 26 por mil, en la actualidad (CEPAL 2006). Por ello se señala que en esta región se está en vías de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (UNICEF y CEPAL, 2007). No obstante estos logros, varios estudios muestran que es la región menos equitativa del

mundo (CEPAL, 2006). Popolo y Oyarce (2005); Rangel, (2006); CEPAL, (2008).

3.1.4 Mortalidad en la niñez. Honduras

Honduras registra la mayor tasa de mortalidad de lactantes en Centroamérica, con 28 muertos por cada mil nacidos vivos, sólo superada por Guatemala con 29 fallecidos por cada mil nacidos vivos, según el Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. La información de los últimos cuatro quinquenios sobre la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 35 muertes por cada mil niños(as) nacidos(as) vivos(as) en el período 1991-1996, a 23 en el período 2001-2006. Esto significa una reducción de 12 puntos en 15 años, con un ritmo de disminución de 0.8 casos anuales.

Si se mantuviera esa misma tendencia, no se lograría alcanzar la meta del ODM para el año 2015, que es de 12 muertes por cada mil nacidos vivos, y tampoco se lograría la meta establecida por la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), que es de 18 muertes por cada mil nacidos, la tasa de mortalidad infantil en áreas rurales (33 muertes por cada mil nacidos vivos) es significativamente más alta que la que se observa entre la población de áreas urbanas (24 muertes por cada mil nacidos vivos) para el período 1996-2006 (Silva Aycaguer, Duran Macho, 2006). Las principales causas de muerte de menores de 5 años son infecciones respiratorias agudas (IRAS), diarreas, causas relacionadas con el parto y accidentes.

Sin embargo, a nivel latinoamericano Bolivia registra 45 defunciones por cada mil nacidos vivos menores de un año de edad, mientras Costa Rica es el país centroamericano que registra la menor tasa con 10 defunciones por cada mil nacidos vivos, de acuerdo con el informe (encuesta nacional de epidemiología y salud familiar(ENESF1991). La mortalidad materna en Honduras es de aproximadamente un 0.11% (110 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos) y la tasa de mortalidad infantil es de un 2.5% (25 muertos por cada 1,000 nacidos vivos), mientras que la tasa de mortalidad de cinco años es cercana a 30 por 1,000 nacidos vivos.

En la semana epidemiológica 45, en el 2010, según registra la Secretaría de Salud, perdieron la vida 31 niños. La ciudad que mayor número de casos registra es el Distrito Central, con 819 defunciones acumuladas a lo largo del año. Solo en el hospital Escuela se registraron 720 fallecimientos en niños menores de un año los cuales nacieron prematuros , según los datos registrados por el departamento de Epidemiología del Hospital Escuela, registrando que "la tasa de mortalidad en el hospital fue de 43 por mil nacidos vivos" .(HERALDO, 2012).

La tasa de mortalidad infantil es de 23 por cada mil nacidos vivos a nivel nacional, pero en el principal centro de atención la tasa se incrementa por las atenciones de niños graves referidos de otros hospitales. (HERALDO, 2012). Acosta (2012).

Los hospitales capitalinos reportaron en 2011 el nacimiento de 31,749 menores originarios del nivel nacional. El Hospital Materno Infantil, el principal centro de atención a nivel nacional, reportó un aproximado de 18,000 alumbramientos, de estos 4,200 fueron cesáreas. A diario este centro asistencial recibe un promedio de 60 niños, 45 partos normales y 15 cesáreas. De estos nacimientos, el 40 por ciento fue en madres menores de 18 años y un 10 por ciento en menores de 14 años.

El segundo centro asistencial de maternidad más grande de la capital es el hospital San Felipe, donde nacieron 8,761 menores. De estos 1,167 nacieron por medio de cesárea. El área de maternidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) reportó 4,988 partos, de los que 1,100 fueron cesáreas. Entre estos menores nacidos vivos hay un grupo vulnerable, ya que nacieron de manera prematura. Las cifras de mortalidad infantil superaron en 2011 las registradas el año 2010. El año 2011 fallecieron 2,771 menores a nivel nacional, es decir, 102 más en relación a los 2,669 decesos del 2010.

Una explicación a las diferencias entre la tasa de mortalidad infantil urbana y la rural, tiene que ver con las condiciones socioeconómicas y ambientales más deficitarias de la última década. (Aycaguer, Durán, 2006: 123). Se ha señalado que “una tasa elevada de mortalidad infantil resume deficiencias de entorno físico y socioeconómico, de la nutrición, de la educación o de los cuidados de salud en una población, así como una tasa elevada de natalidad” Otras razones

se incluyen dentro del impacto limitado que se ha obtenido al abordar los determinantes de la mala salud, los ambientes insalubres y los bajos niveles de acceso y utilización de servicios sanitarios. Al mismo tiempo, muchos de los niños que sobreviven tienen dificultades para alcanzar su pleno potencial por mala salud y una atención insuficiente para su desarrollo intelectual y social. (Viguera.A, 2011)

En términos de vivienda, el país posee un déficit habitacional del 70.8%; sin embargo, en términos relativos, el déficit cualitativo como porcentaje del déficit individual es del 60.9%. Por otro lado, el 82.5% de las mismas cuenta con un acceso adecuado de agua, mientras, que el 66.1% de las viviendas tienen sistema de saneamiento. Para el acceso a energía eléctrica, este se establece en un valor cercano al 73.9%, donde tal acceso es predominantemente urbano. La mejora de los equilibrios macroeconómicos (crecimiento del PIB de 3.5% en el 2003 a un 5% en el 2004 Secretaría de Estado en el Despacho Presidencial 2004 y la reducción de déficit fiscal) no se ha traducido en un crecimiento sostenible, debido a la debilidad y heterogeneidad de la estructura productiva, la desigualdad, la alta dependencia demográfica, la baja productividad, y el limitado y fragmentado mercado interno. De 1990, el gasto social ha pasado de un 22.8% a un 25.2% del PIB en 2003.

A pesar de ello la pobreza extrema subió en 2002 de 53% a 53.4% en 2005 (Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) 2002) y

continúa afectando de manera más severa a las indígenas y poblaciones rurales (69.5% 2005).

3.2 La mortalidad en la niñez y el derecho a la vida

En todo el mundo, y sin distinción de condición étnica, económica o de género, la mortalidad infantil y en la niñez es la expresión de una brecha en la implementación del derecho humano a la vida. En efecto, entre las enfermedades que proporcionalmente más contribuyen a la mortalidad infantil se cuentan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión y la mal nutrición, todas ellas posibles de enfrentar con intervenciones seguras y eficaces (Claeson y Walkman, 2000). Diversos estudios muestran que las inequidades en la mortalidad infantil se concentran de forma más clara en determinados grupos. Así, por ejemplo, se evidencia la persistencia de altas tasas de mortalidad infantil, así como brechas sistemáticas entre menores de los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina en relación a menores del resto de la población. (Montenegro, 2006).

Estas brechas se mantienen incluso en países como Canadá y Estados Unidos, donde, si bien los niveles son mejores, la mortalidad no ha tenido el descenso esperado. Bustos, (2005). Residencia, áreas geográficas y grupos sociales (POPOLO, 2006). En su formulación, se asumió implícitamente el fortalecimiento del respeto de los derechos humanos, incluyendo a las minorías, promoviendo la armonía entre todos los pueblos.

Se observó que 10 ciudades de América Latina con alta presencia indígena (La Paz, Sao Paulo, Santiago, San José, Quito, Guatemala, San Pedro Sula, Ciudad de México, Ciudad de Panamá, Fernheim y Maracaibo), presentaban una sobre mortalidad de los menores indígenas con una gran variabilidad entre las tasas que no se aprecia en los no indígenas. Los riesgos más altos se ubican en Fernheim (Paraguay) con valores que superan los 70 por mil nacidos vivos y La Paz (Estado Plurinacional de Bolivia), que alcanzan a 65 por mil nacidos vivos.

El mismo estudio, muestra que, en términos de brechas relativas, las mayores inequidades entre indígenas y no indígenas se ubican en las ciudades de Ferheim (Paraguay) y San José (Costa Rica). En la primera, la probabilidad de morir de un niño indígena es casi cuatro veces mayor que la de un niño no indígena, mientras en la segunda el riesgo de estos menores se duplica. La misma fuente señala que en San José, La Paz y Ciudad de México las tasas de mortalidad temprana superan la tasa de mortalidad de indígenas urbanos a nivel nacional.

La heterogeneidad de pueblos y los distintos tipos de residentes que habitan las ciudades hacen compleja la comprensión de esta sobre mortalidad urbana a partir de esta información; no obstante el caso de Costa Rica permite constatar que una mortalidad baja para el total del país o incluso para una área como la ciudad capital, no necesariamente implica una mejor situación para la

población indígena. En efecto, San José (al igual que Costa Rica) tiene una de las tasas de mortalidad temprana más bajas de Latinoamérica (alrededor de 10 por mil nacidos vivos) y uno de los sistemas de seguridad social más eficientes de la región, no obstante estos beneficios parecieran no llegar de la misma manera a los niños indígenas.

Las tasas de mortalidad temprana más bajas para los niños indígenas, observadas en Sao Paulo (Brasil) y San Pedro Sula (Honduras), pueden deberse, entre otros factores, a que la categoría de no indígenas incluye a otros grupos étnicos, como los afrodescendientes, que podrían tener tasas más elevadas. Recientemente, el Hospital Maximiliano Peralta de Cartago ha implementado diversas iniciativas para enfrentar la alta mortalidad infantil y desnutrición de los inmigrantes Ngobe Bugle, potenciando un trato más humano e integral (Calvo, 2005). Vulnerabilidad la tienen los niños indígenas residentes en Santiago de Chile con tasas de 11 por mil nacidos vivos. En el caso de los pueblos indígenas hay que considerar que sus derechos colectivos trascienden las categorías convencionales con que se abordan los asuntos de población, entre éstas, la dicotomía urbano-rural.

3.3 Índice de desarrollo Humano

El desarrollo humano busca que las personas pueden lograr vidas más prolongadas y saludables, acceder a los conocimientos necesarios, para lograr un buen desempeño en la vida social, tener un nivel de vida digno y participar

activamente en los asuntos de la comunidad. (PNUD, 2010). Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano (HDRO por sus siglas en inglés) (PNUD, 2010).

En sintonía con lo que se ha venido sosteniendo en este Informe, se designa como inequidad territorial a las desigualdades geográficas que se consideran injustas y socialmente remediables. Una de las grandes barreras al desarrollo humano de las personas en países como Honduras, derivan de las inequidades de carácter territorial, Estas inequidades son adscriticas y van asociadas al nacer o vivir en un territorio determinado, lo que implica ventajas o desventajas sociales para que las personas puedan desarrollar sus potencialidades. Es así que puede decirse que hay regiones o territorios que generan ventajas sociales a sus habitantes debido al relativo acceso a servicios públicos y privados. En cambio, hay otros, como señala un estudio reciente de la CEPAL que “perpetúan y ahondan el rezago económico y social” (CEPAL, 2010).

Al referirse a las inequidades territoriales, el mismo estudio de la CEPAL señala que “para lograr una mayor igualdad es indispensable reducir las brechas entre los territorios. De ahí la importancia de políticas que contemplen no solo la convergencia productiva, sino también la convergencia espacial “Así como el desarrollo productivo precisa cierto nivel de desarrollo, social para contar con las capacidades humanas necesarias y un entorno de mayor bienestar”,

Sostiene CEPAL, “el desarrollo espacial debe revertir la concentración de carencias básicas en los territorios sub-nacionales más rezagados, para que puedan gozar de las condiciones mínimas que les, permitan remontar sus bajos

niveles de productividad” (CEPAL,2010). Los buenos resultados que se dan en esta zona occidental del país se vuelven más valiosos si se considera que Ocotepeque se ubica entre los departamentos de menor desarrollo socioeconómico, cuyos valores de Índice de Desarrollo Humano (IDH) están entre los cinco más bajos 0.678 del país. (Censo 2001).

3.3.1 Estadísticas de pobreza y desigualdad.

En este aspecto, el 66.2% de la población del país se ubica por debajo de la línea de pobreza, mientras que cerca de un 45.3% se encuentra en condiciones de extrema pobreza. Es válido acotar que los niveles de pobreza son muy elevados en el país; Tegucigalpa y el departamento de Cortés, que se sitúan como focos de desarrollo, presentan los menores grados de pobreza. Sin embargo, estos alcanzan niveles importantes en el medio rural. Estos fenómenos tienen su raíz en el limitado acceso a: servicios de salud (18% de la población sin acceso), agua segura (10%) y saneamiento (32%), las prácticas de higiene, cuidado y crianza inadecuadas y la pobreza. La atención institucional al parto ha aumentado de 54 % en 1996 a 62% en el 2001 (salud, 2010). (Objetivos de desarrollo del Milenio Honduras 2003), pero los servicios siguen siendo inadecuados.

El promedio de años de estudio para el 2004 en áreas rurales era de 4.1 y de 6.8 en áreas urbanas. Las coberturas en educación pre básica (38.8%) y básica (89.8%) avanzan hacia la universalización pero persisten problemas de calidad y equidad. Esto se debe a las inapropiadas competencias de los docentes, la

carencia de materiales didácticos e infraestructura, la limitada vinculación de las comunidades y la dificultad de aplicar el currículo básico en contextos rurales e indígenas. (Encuesta de Condiciones de Vida 2004).

En cuanto a los niveles de desigualdad en la distribución de la renta de la sociedad hondureña, el decil más pobre recibe solo el 0.6% del ingreso nacional, mientras que el decil más rico abarca el 43.4%. Entre tanto, el coeficiente de desigualdad de Gini es cercano al 0.580. El país presenta altos niveles de desigualdad si se compara con el promedio de Latinoamérica. Esta situación coexiste, sin embargo, con una persistente brecha de desigualdad de género caracterizada por: la insuficiencia del gasto público y las dificultades para una implementación más efectiva de las políticas existentes y la aplicación del marco legal ; así como el desconocimiento y la débil capacidad colectiva para ejercer los derechos adquiridos y para articular la auditoría social .

Es válido acotar que el gasto en salud representó cerca del 6.25% del PIB. El estudio del Fondo Monetario destaca que en el indicador que registra el ingreso per cápita, Honduras alcanzó en 2006 tres mil 420 dólares. En este renglón sólo Nicaragua tiene un ingreso menor al de Honduras con dos mil 720 dólares. En ese sentido, la cobertura médica presenta una relación de 870 habitantes por médico. Los nacimientos atendidos por personal calificado son del 67%. Se dispone de una cama de hospital por cada mil habitantes. Asimismo, la desnutrición es un flagelo que afecta al país, en particular a la niñez. La

desnutrición infantil en niños menores a los cinco años es de 11%, según la talla, y de 25%, según el peso. (PNUD, 2011). (CEPAL, 2010).

3.4 Caracterización del departamento de Ocotepeque

Fue creado el 17 de febrero de 1906 en la primera división territorial del estado de Honduras; en 1825, el distrito de Ocotepeque formaba parte del departamento de Gracias; más tarde al de Copan, del cual se desgajo junto a Sensenti en el año 1906. Cabecera departamental nueva Ocotepeque. Este departamento está situado en el extremo occidental del país, con un área aproximada de 1,630 kilómetros cuadrados, limita al norte con: el departamento de Copan y con Guatemala, al sur con: la República de El Salvador y el departamento de Lempira, con quien limita al este también, y al oeste con: Guatemala y El Salvador.

El origen de su nombre actual se debe a que los aborígenes le llamaron ocotepetl, que en lengua mexicana significa “en el cerro de los ocotes” por estar situado en un valle cubierto de pinos y ocotes. Su población según el censo septiembre 2010 es de 126,816 habitantes para el año 2008. Posee 16 municipios, los cuales son: Belén Gualcho, Concepción, Dolores Merendon, Fraternidad, La Encarnación, La Labor, Lucerna, Mercedes, Nueva Ocotepeque, San Fernando, San Francisco del Valle, San Jorge, San Marcos, Santa Fe, Sensenti y Sinuapa.

Además del idioma español se hablan lenguas indígenas entre ellas la Cultura Chortis, mezcla asombrosa de culturas, donde los habitantes han sabido mantener su identidad y sus costumbres.

La actividad principal de la población es la agricultura, que se halla orientada a los cultivos de café, tabaco, maíz, trigo, arroz, papa, cebolla y repollo; otras tareas de cierta relevancia son la cría de ganado ovino, las manufacturas de tabaco y la molienda de trigo, así como la artesanía. Además de sus fértiles suelos, Ocotepeque explota sus bosques y subsuelos (oro, plata, antimonio, cobre, cinc, etc.) cuya rentabilización no ha sido todavía suficientemente desarrollada. (RAMSES, 2005-2006). En este departamento se encuentra las Sierras del merendon y de Celaque, que pertenecen al sistema meridional de la cordillera centroamericana.

Para el periodo de febrero de 1996 a febrero del 2006, este departamento registro una tasa de mortalidad infantil de 33 por 1000 nacidos vivos, de ellos 25 fallecieron antes de cumplir el primer mes de vida; la mortalidad perinatal fue de 25 por mil embarazos de siete o más meses de duración y en los primeros cinco años de edad la tasa de mortalidad fue de 36 por 1000 nacidos vivos.

La encuesta nacional de demografía y salud, para el año 2005-2006, encuentra que para los nacimientos ocurridos después de enero del año 2000, 6.0% de ellos tenían un tamaño muy pequeño y 14.7% eran de bajo peso al nacer. Cuando el tamaño del niño al nacer fue muy pequeño, la probabilidad de morir

antes de cumplir su primer año es un poco más del doble que la de los niños (as) con un peso igual al promedio o mayor. En los adolescentes el 15% ya son madres, siendo 19 años la edad mediana a la primera relación sexual. En el periodo 2004-2007, se registran tres casos de mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto y puerperio, de las cuales tres fueron clasificadas como muertes maternas. En el 2004 se registraron 185 abortos para una tasa de 5.4 por 100,000 habitantes.

De cada 100 hogares del departamento, 22.4% son de jefatura femenina; las mujeres de 15 a 49 años de edad presentan un analfabetismo del 12.4%; 15.4% presentan una talla por debajo de 145 centímetros, 4.0% presentan un índice de masa corporal menor de 18.5% y 13.2% presentan algún grado de anemia.

La línea de pobreza oficial, para la encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples de mayo del 2006, se encontraba en lempiras 1,775.10 para las áreas urbanas y 895.10 para áreas rurales. Si se usan estos límites determinados nacionales, se obtienen los siguientes niveles de pobreza: la pobreza extrema urbana es de 38.89% mientras que la pobreza extrema rural es de 68.68%. en el caso de la pobreza general es de 61.11% en el ámbito urbano y 77.08% en el rural. (Salud, 2011)

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es el instrumento que ha diseñado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para, medir la situación del desarrollo humano de los países o territorios dentro de los mismos Países. Este índice fue diseñado como un índice simple, compuesto por indicadores robustos en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: salud, educación e ingresos. Para cada una de las dimensiones, a partir de los indicadores correspondientes, se calculan índices cuyo valor va de cero hasta un máximo de uno.

El IDH es el resultado de promediar los índices de las tres dimensiones y su objetivo principal no es medir niveles absolutos de desarrollo humano, sino más bien permitir la comparación entre países u otro tipo de territorios e incluso entre grupos de personas. Desde su primera aparición en 1990, el IDH ha cobrado mucha notoriedad como medición del desarrollo en estos últimos 20 años. Su metodología de cálculo ha sufrido ligeras variaciones en el período, principalmente debido a la disponibilidad de nuevos datos.

IV. Metodología

La base de datos utilizada para realizar la presente investigación se desprende de la investigación Nacional “**Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años**” llevada a cabo por la Secretaria de Salud de Honduras en el año 2009-2010.

Se trata de una investigación de tipo retrospectiva, descriptiva y la metodología que a continuación se detalla fue realizada por personal de la Región Sanitaria estudiada.

La población en estudio fueron todas las muertes hospitalarias así como sus causas, ocurridas en el neonato originario del Depto. de Ocotepeque, durante el año 2010.

Para realizar el trabajo fue necesaria la depuración de la base de datos suministrada, ya que había mucha información no registrada. Así mismo se eliminaron los datos de recién nacidos que no correspondían a los municipios del departamento de Ocotepeque.

Las variables consideradas en el estudio fueron las variables socio demográficas y de riesgo, lugar de nacimiento, lugar de fallecimiento, edad a la que falleció, peso al nacer, patologías asociadas a la madre y otras que son utilizadas por los responsables de los programas normativos y las autoridades de las instituciones y unidades de salud para analizar y detectar los problemas que llevaron a la muerte.

Se utilizó la autopsia verbal con parientes y/o familiares del menor de fallecido para intentar verificar las causas de las muertes.

Las variables fueron clasificadas y se establecieron relaciones entre ellas. Se elaboraron tablas y gráficos para mejor comprensión.

Para construir las tasas de mortalidad neonatal, el numerador estuvo constituido por todas las defunciones registradas en las fichas llenadas durante la búsqueda activa de los casos del año 2010, y como denominador la población oficial para estos grupos de edad proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas, para el Depto. de Ocotepèque.

Criterios de inclusión. Todos los niños de 0 a 28 días fallecidos, durante el periodo de 1 de enero al 31 diciembre del 2010, en el Depto. de Ocotepèque.

Criterio de Exclusión. Todos los neonatos de 0 a 28 días, que fallecieron fuera del país durante el periodo de estudio y /o que procedían de otros departamentos.

Recolección de la información. Para obtener la información se la Región Sanitaria de Ocotepèque utilizó los siguientes instrumentos:

A nivel hospitalario:

- Ficha de vigilancia de la mortalidad en menores de 5 años (IVM-4)
(ver anexo).

- Censo diario de las salas.
- Libros de ingresos y egresos hospitalarios en las salas de internamiento.
- Libro de defunciones de las salas.
- Registro de defunciones hospitalarias
- Hojas de hospitalización en oficina de registro médico (HC13).
- Expedientes clínicos.
- Reportes del sistema informático perinatal (SIP).
- Libro de entrega de cadáveres.
- Registro de atenciones ambulatorias ATA

Para el análisis se realizaron cálculos estadísticos como tasas de mortalidad, desviación estándar, medidas de tendencia central como: media, mediana, moda. Se utilizó Microsoft Excel versión 2007 para el análisis de la información.

V. Resultados

Se presentan los resultados de la investigación de la mortalidad neonatal en el departamento de Ocotepeque, correspondiente al año 2010. Se presentan los datos en tablas y gráficos con sus observaciones respectivas

TABLA 1.
MORTALIDAD NEONATAL, SEGÚN EDAD DE LA MADRE
DEPTO .OCOTEPEQUE. AÑO 2010

Edad	Numero	%
10-19	15	33.3
20-24	11	24.4
25-29	8	17.7
30-34	5	11.1
35-39	5	11.1
Sin dato	1	2.2
Total	45	100

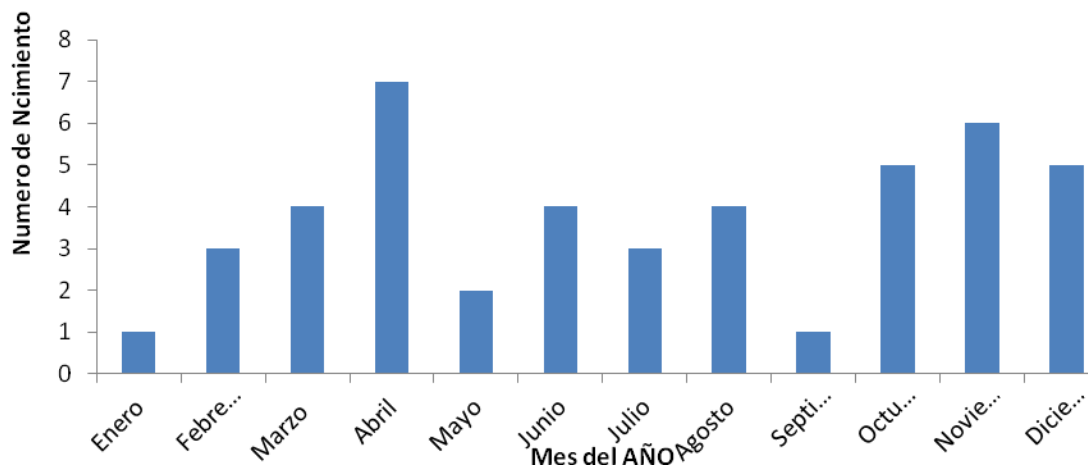
Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

Los resultados de la investigación mostraron que la edad de la madre correspondió, el mayor número de casos, a el intervalo de las edades entre 10-

19 años (33.3%). La desviación estándar correspondió a 7.57 años, mediana y moda de 23 años.

GRAFICO 1

**Numero de Defunciones,segun mes de Nacimiento.
Dpto Ocotepeque.Año 2010**



Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

Los meses en que ocurrió el mayor número de fallecimiento registrado fueron en el mes de Abril (7) y Noviembre (6). Por trimestres es en el cuarto trimestre donde se acumula el mayor número de muertes (16)

TABLA 2.
MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN PESO
DEL RECIÉN NACIDO.
DEPTO OCOTEPEQUE AÑO 2010

PESO KG	N	%
500- 999	7	15.5
1000-1499	11	24.4
1500-1999	10	22.2
2,000-2499	4	8.8
2500-2999	6	13.3
3000- 3499	3	6.6
3500-3999	1	2.2
No cuantificado	3	6.6
TOTAL	45	100

Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

En lo que se refiere al peso de los neonatos se pudo observar que 24.4% de los niños (11/45) que fallecieron tenían un peso entre 1,000-1499 gramos, seguido de 22.2% (10/45) que presentaron un peso entre 1500-1999 gramos. Se

registraron 7 niños con un peso extremadamente bajo. Se encontró una moda y mediana de 1677.31gramos y una desviación estándar de 789 gramos.

GRAFICO 2

MORTALIDAD NEONATAL SEGUN SEMANAS DE GESTACION DE LA MADRE. DPTO OCOTEPEQUE 2010

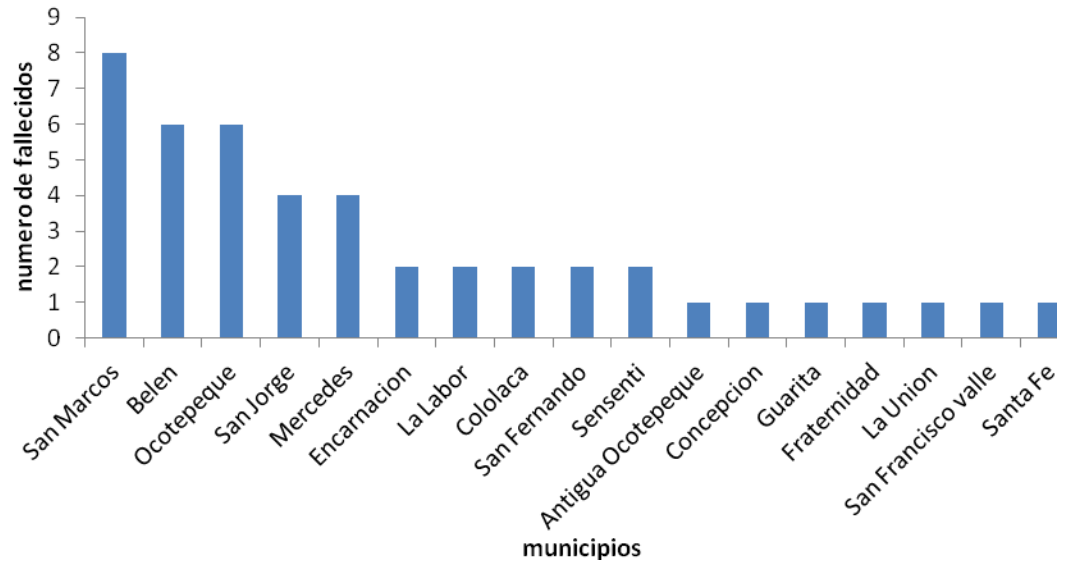


Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

En la grafica se puede observar que el 20% de las embarazadas se encontraban en las 32 a 36 semanas de gestación, un 20 % se encontraban con menores de 32 semanas y así mismo un 20% entre las 37 y 40 semanas de gestación. Un 5% presentaron gestación mayor de 40 semanas. Un 35% de las embarazadas no tenían información registrada.

GRAFICO 3

Mortalidad Neonatal segun Municipio.Depto Ocatepeque.2010.

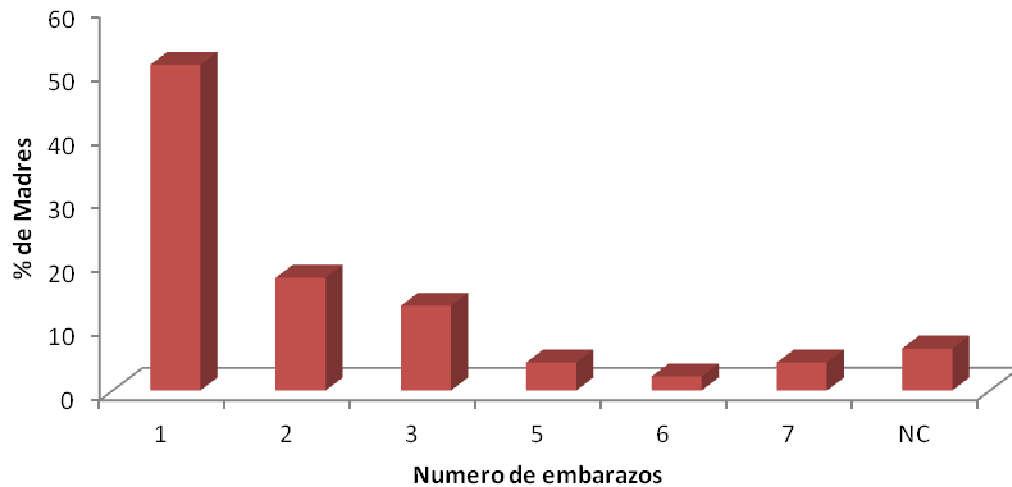


Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

En el 2010 los municipios con mayor mortalidad neonatal registrada fueron: San Marcos (17.7%), Belén, Ocatepeque con (13.3%) y San Jorge y Mercedes (4%)

GRAFICO 4

Numero de embarazos de las madres de los fallecidos.Dpto Ocotepeque.2010



Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010.

En el grafico se puede observar que el 51.1% de las madres era su primer embarazo, para un 17.7% su segundo embarazo, solo 13.3% tenían su tercer embarazo y un 2.2% su sexto embarazo, un 4.4% su séptimo embarazo y las no cuantificadas un 6.6%.

TABLA 3
ATENCIÓN PRENATAL QUE RECIBIERON LAS MADRES
DEPTO DE OCOTEPEQUE 2010

ATENCIÓN PRENATAL	NÚMERO	%
SI	19	42.2
NO	2	4.4
NO CUANTIFICADO	24	53.3
TOTAL	45	100

Fuente: Secretaría de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

Las madres que asistieron al control prenatal fueron 19, lo que representó el 42.2%, de estas solo el 4.4% ó sea 2 madres no recibieron ninguna atención prenatal. El 53.35% de las madres no se cuantificó el dato.

TABLA 4
MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN MALFORMACIONES
CONGENITAS.DPTO.OCOTEPEQUE 2010.

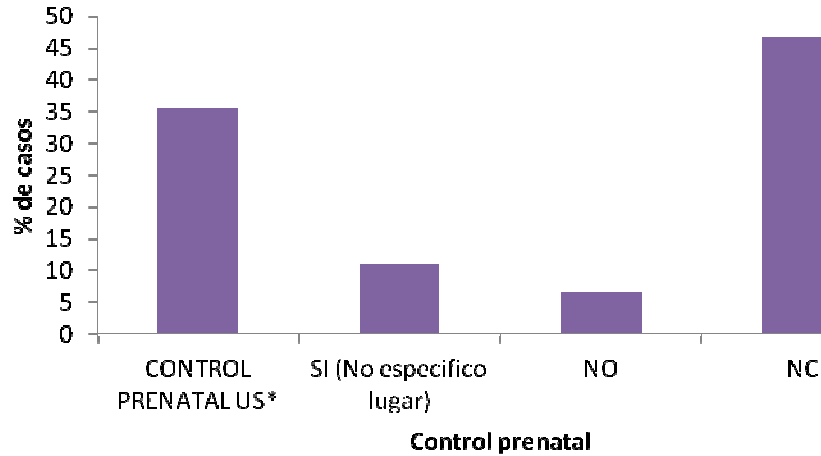
Malformaciones Congénitas	Numero	%	CIE-10
Anencefalia	2	4.4	Q00
Síndrome Down	2	4.4	Q90
Cardiopatía	2	4.4	Q20
Pie Equinvaru	1	2.2	Q66
Paladar Hendido	1	2.2	Q35
Múltiples Malformaciones	1	2.2	Q99
No registraron Malformaciones	36	80	
TOTAL	45	100	

Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

Las Malformaciones congénitas en este estudio, se observó que el 4.4% (2/45) de los niños presentaron anencefalia, síndrome de Down y cardiopatías, respectivamente

GRAFICO 5

MORTALIDAD NEONATAL SEGUN ATENCION PRENATAL DE LA MADRE. DPTO OCOTEPEQUE 2010



Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

* Se incluyen Cesares, Cesamos y Hospitales

El 36% de las madres tuvieron acceso a una unidad de salud, un 12% de ellas asistieron a atención pero se desconoce el lugar, y un 6% no asistió a ningún control. Un 46% de estas madres no se cuantifico ningún dato.

TABLA 5.
MORTALIDAD NEONATAL, SEGÚN ESTADOS PATOLOGICOS DE
LA MADRE. DEPTO. OCOTEPEQUE AÑO 2010

CAUSAS	NUMERO	%
ITU	3	6.6
Vaginosis bacteriana	3	6.6
Embarazo Alto Riesgo	2	4.4
Analfabeta	1	2.2
Hipertensión Arterial	1	2.2
Pre-Eclampsia Severa	1	2.2
Anemia	1	2.2
Antecedentes Hijos Muertos	1	2.2
Parto en Transporte	1	2.2
Alcoholismo Crónico	1	2.2
No Cuantificada	30	66.6
Total	45	100

Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

En la tabla se refleja los principales antecedentes de las madres de los neonatos fallecidos. Los registros de la base de datos no consignaron registros

en un 66.6%. Las infecciones del tracto urinario, las vaginosis bacterianas ocuparon los primeros lugares con un 6.6% respectivamente.

Tabla 6.

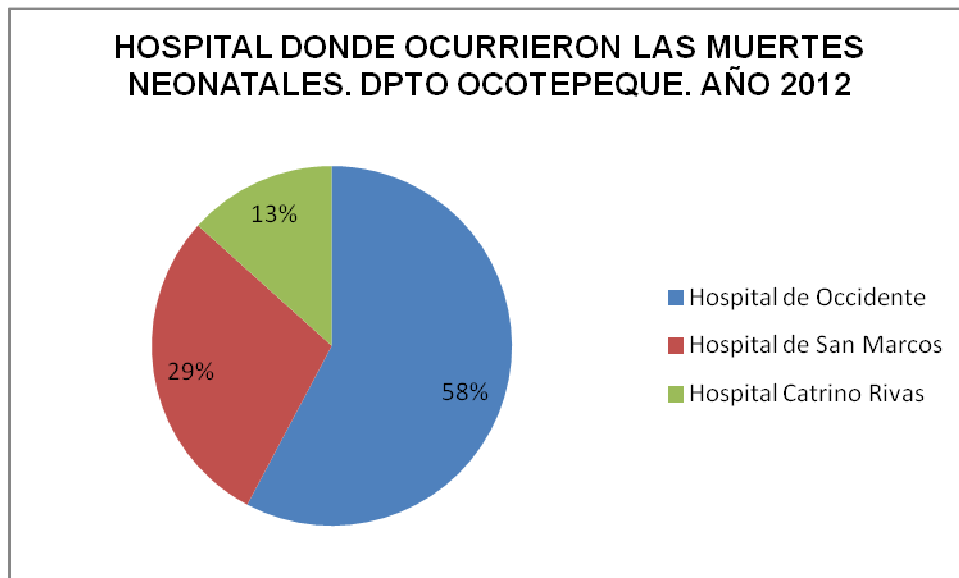
**MORTALIDAD NEONATAL, SEGUN CAUSAS DE MUERTE CIE-10.
DEPTO.OCOTEPEQUE.AÑO 2010**

Causas	Numero	%	CIE-10
Prematurez	24	53.3	PO7
Sepsis Neonatal temprana	7	15.5	P36.9
Malformaciones congénitas	6	13.3	Q00-Q99
Asfixia Neonatal Temprana	4	8.8	P21
Síndrome dismórfico por Alcohol	1	2.2	P96.1
Meningitis	1	2.2	G03
Neumonía	1	2.2	J18
No Especificado	1	2.2	R99.X
Total	45	100	

Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

Las principales causas de mortalidad neonatal a nivel departamental se debieron a Prematuridad, (53.3%), Sepsis Neonatal Temprana (15.5%) y Malformaciones Congénitas (13.3%).

GRAFICO 6



Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

En lo que se refiere al sitio donde ocurrió la defunción se encontró que en el 57.7% de las muertes ocurrieron en Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copan, 28.8% en el Hospital de San Marcos en Ocotepeque y 13.3% en el Hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula. Se registraron dos neonatos que nacieron en casa, uno de ellos en un medio de transporte.

TABLA 7
MORTALIDAD NEONATAL TEMPRANA Y TARDÍA SEGÚN SEXO DEL
RECIÉN NACIDO.DEPTO.OCOTEPEQUE 2010

SEXO	Mortalidad Neonatal Temprana		Mortalidad Neonatal Tardía		TOTAL
	N	%	N	%	
Masculino	6	17.6	3	27.3	9
Femenino	12	35.2	6	54.5	18
No determinado	0	0	1	9.09	1
No cuantificado	16	47.5	1	9.09	17
Total	34	100	11	100	45

Fuente: Secretaria de Salud Honduras. Caracterización y actualización de las tasas de mortalidad del menor de cinco años. 2009-2010

El período neonatal en el que se reportan la mayoría de las defunciones fue en el período neonatal Temprano (0-7 horas), correspondiendo a un 40% (18/45); y un 26.6% de la mortalidad de este periodo ocurrió en el sexo femenino. En cuanto al fallecimiento en el periodo neonatal tardío (8-28 días) correspondió a un 20% (9/45), en este periodo un 13% correspondió al sexo femenino.

De acuerdo a las horas de vida en que ocurrió la muerte Los niños que fallecieron en las primeras 0-11horas (19 niños) correspondió al 42.2%, en los primeros 7 días el 13.3%(6) y el resto en los primeros 8-28 días 11%(5), un alto porcentaje (37%), no fue consignada esta información.

TABLA 8

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL. DEPTO OCOTEPEQUE. 2010

15.12X1000 n.v.

VI. Análisis de Resultados.

El conocimiento de la mortalidad perinatal es de gran importancia ya que proporciona imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, mide el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros siete días de vida extrauterina.

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe. A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. (Gobierno de Chile/OPS, 2008)

En la región Latinoamericana y el Caribe cada año fallecen cerca de 400,000 menores de cinco años; 190,000 mueren en los primeros 28 días por causas prevenibles en un 70%. La mortalidad neonatal es de 14.3 X1000 n.v. La mortalidad neonatal representa el 60 % de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones en menores de cinco años, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo. (OPS, 2008)

Para el periodo de febrero de 1996 a 2006 se registro en el departamento de Ocotepeque una tasa de mortalidad infantil de 33x1000 n.v. La tasa de mortalidad neonatal encontrada en el departamento de Ocotepeque, según la última ENDESA 2011-2012 fue de 24X1000NV, en esta investigación la Tasa fue de 15.12 x1000nv para el año 2010, cifra que se acerca a la tasa promedio

para Latinoamérica (14.3x 1000 n.v.). Si analizamos estos datos se revela un incremento de 8.8 puntos porcentuales en los resultados de la ENDESA 2011-2012 para la mortalidad neonatal del departamento de Ocotepaque.

Es en el período neonatal temprano es en el que se reportaron la mayoría de las defunciones (40%) ocurridas en este departamento, este resultado debe de ser analizado con cautela tomando en cuenta el alto porcentaje de niños fallecidos que no tenían registrado el tiempo en que ocurrió la muerte (37%)

En la relación del sexo asociado a las muertes neonatales tempranas (0-7 días) se encontró que un 26 % correspondió al sexo femenino y un 13% al sexo masculino. En el periodo neonatal tardío un 13 % correspondió al sexo femenino y un 6% al sexo masculino. Las niñas fueron más vulnerables para morir en ambos periodos según la información registrada. Es importante anotar que el total de datos no registrados (17 en total) referente al periodo de fallecimiento (fueron 18 niñas en total en los dos periodos (18/45) podría incidir en las afirmaciones previas. Un estudio realizado en la Región metropolitana de un Hospital de la ciudad de Santiago de Chile durante 15 años (1983-1997) revelo que la mortalidad del recién nacido del sexo masculino predominaba frente al sexo femenino (Oto L. M. Angélica, 2000), dato que difiere de los datos encontrados.

En la región de África Subsariana, las causas neonatales, entre otras son las responsables de más del 70 % de la mortalidad infantil. Alrededor de una cuarta parte de estas muertes se producen en el primer mes de vida, y de

estas, más de dos tercios en los primeros siete días, en cambio en Argentina el 45% de los niños fallecen en el primer mes de vida. En la presente investigación el 42% de los niños(as) que nacieron, fallecieron en las primeras 0-11 horas, el 13% en los primeros 7 días y el 11% en los primeros 8-28 días. Se observó un elevado porcentaje (47%) en el que no se registró la edad en la que fueron ingresados, desconociéndose las causas de este subregistro.

Sin embargo hay países más pobres donde las tasas de mortalidad superan la de Honduras como son: Liberia (66 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), Costa de Marfil (64), Irak (63), Afganistán (60), Sierra Leona (56), Angola (54), Malí (54), Pakistán (53), República Centroafricana (52) y Lesotho (52). Cuando comparamos con países más industrializados como Barbados, Cuba, Estados Unidos Chile, Costa Rica donde las tasas son similares a (10), se evidencia que el país tiene una tasa de mortalidad muy alta todavía.

En lo que se refiere al sitio donde ocurrió la defunción se reportan en su mayoría que ocurrieron en el Hospital de Occidente (57.7%); Hospital de San Marcos (28.8%) y Hospital Mario Catarino Rivas (13.3%) de los cuales la mortalidad registrada fue más alta en el Hospital de Occidente. Esta mayor mortalidad en este hospital se explica porque la mayor parte de los niños recién nacidos que nacen con alguna patología que amenaza su vida son trasladados del Hospital de San Marcos de Ocoatepeque al Hospital de Occidente, el cual cuenta con una sala de atención especial para los recién nacidos.(UCIP). El lugar de nacimiento de los niños influye espectacularmente en sus

probabilidades de supervivencia como lo afirma Joy Lawn, Doctora especialista en mortalidad infantil de Save the Children.

En lo que respecta a la información sobre el control prenatal en este grupo de estudio, este presentó un importante subregistro, ya que cerca de la mitad de los datos no registraron esta información (46 %). Las madres de los fallecidos que asistieron a control Prenatal fue de un 36 % y un 12% que asistió a control pero se desconoce el lugar y no asistieron a ningún control el 6 %. Siendo esta actividad prioritaria para la madre y el niño, comparando estos datos con un estudio realizado en El Salvador donde se registró que el 94% de las madres tuvieron algún control y en un 77% este ocurrió en el primer trimestre. (Lopez, 2010).

Actualmente la mayoría de los autores coinciden con la eficacia del control prenatal cuando es provisto de una rutina, a toda la población de embarazadas, de tal forma que este control se asocia a una dosis respuesta, es decir tendrá que cumplir con un serie de citas para que sea efectivo para embarazos de bajo riesgo perinatal. La gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, junto con el Programa Materno Infantil de la Secretaría de Salud de Honduras hace tiempo que redujeron las metas de 8 a 12 controles y adoptaron en sus normas los 5 controles propuestos por el CLAP-OPS/ OMS en 1988 (Schwarcz R, Fescina R H y col. 1988, 1992 y 1995). Esta propuesta de 5 controles prenatales, posteriormente fue respaldada por los resultados de un estudio clínico multicéntrico controlado llevado a cabo por la OMS (J, Villar 2001).

Las principales causas de mortalidad neonatal a nivel departamental se debieron a Prematurez, (53.3%), Sepsis Neonatal Temprana (15.5%) y Malformaciones Congénitas (13.3%). Se destaca que la prematurez contribuye en más de un 50% en la mortalidad neonatal en esta investigación; cifras en América Latina registran un menor porcentaje (28%), sin embargo en regiones de más escasos recursos como el suroeste de Brasil, la prematurez es baja (11.8% a 31.7%)

El Informe sobre muertes neonatales en América latina 2000-2003 (OPS, 2005), refiere muertes debido a asfixia 23%, anomalías congénitas 8%, infección severa 26% y prematurez 28%. En la investigación se encontró un 8.8% falleció por asfixia, 13.3% debido a anomalías congénitas y un 15.5 % por sepsis.

En los países más desarrollados del mundo, como Suecia y Japón, de cada 1000 niños que nacen, apenas cinco o seis mueren dentro del primer año de vida; estos niños mueren debido a problemas muy difíciles de evitar, como malformaciones congénitas importantes o nacimientos muy prematuros. (Pirozzi, 2011).

En Brasil Las malformaciones congénitas fueron causa del 7 % a 20 % de las muertes neonatales (Souza Pública 1993) 27(6): 445-54. En el noreste del país, la asfixia correspondió de 5,2 % a 14,6 % de las causas de muerte, las afecciones respiratorias fueron encontradas entre 5,0 % y 43,8 % de los casos,

las infecciones entre 3,4 % y 38,9 %, la prematuridad entre 0,3 % y 34,7 % y las causas maternas entre 5,3 % y 39,6 %.

En relación a la causa básica de defunción, las muertes neonatales se agruparon según capítulos del CIE-10. Del total de las causas de muertes registradas las malformaciones congénitas representaron una de las causas de muertes en los neonatos (13.3%), en este estudio se encontró que las más frecuentes fueron anencefalia (4.4%), síndrome de Down (4.4%) y cardiopatías (4.4%) los cuales aceleraron su fallecimiento. En el resto de los fallecidos no fue registrado este dato y correspondió a un 80% de los casos.

El 2010 los municipios que mayor mortalidad neonatal registraron, fueron San Marcos (17.7%), Belén y Ocoatepeque con (13.3%), San Jorge y Mercedes (8%).

Si observamos la ubicación geográfica de estos municipios y aldeas, el trayecto hacia los centros de salud y hospitales es distante, lo que limita el acceso a los servicios de salud.

Con respecto a las parejas de las madres de los niños fallecidos en la mayoría de los casos no se logro cuantificar porque no se registro el dato.

Un 86% de los partos (39/45) fueron atendidos por medico y enfermera, lo que demuestra que la atención del parto en el departamento de Ocoatepeque está siendo atendido en una institución de salud, por personal capacitado en la atención del recién nacido con riesgo

Un problema que se evidencia en América Latina es el sub registro de muertes neonatales que ocurren ya que muchas personas prefieren no informar la defunción, porque en ese momento los neonatos aun no se encuentran inscritos en los libros de nacimientos del registro civil municipal.

Así mismo las desigualdad en el acceso a la atención primaria en salud incrementa el riesgo de morir del recién nacido, en muchos casos es poco accesible el servicio de Salud por las distancias que deben recorrerse y en otros casos las personas prefieren que sus hijos sean atendidos por personal empírico en su domicilio y estas muertes no se registran.

Con respecto al bajo peso al nacer es otra variable que incrementa el riesgo a morir al nacer, muchas veces ocasionado por la desnutrición de la madre, lo que demanda una atención por personal capacitado al momento del nacimiento. El peso al nacer es sin duda el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud. Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 %

de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso. (OPS-OMS, 2002)

Se calcula que aproximadamente 8.7% de los recién nacidos en América latina y el Caribe presentan bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos al nacer), lo que guarda una relación de mayor morbilidad y causa entre un 40-80% de muertes neonatales (OPS, 2008). Se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal. Diferentes autores han identificado importantes causas relacionadas a nacimientos con bajo peso, como la hipertención arterial inducida que produce alteraciones vasculares placentarias con disminución del riego útero-placentario, con envejecimiento precoz de la placenta y a veces asociación a toxemias que pueden llevar a consecuencias sumamente graves como eclampsia y desprendimiento de la placenta normal inserta, los cuales provocan la terminación del embarazo, en ocasiones pre término, con inminente peligro de muerte, o pesos incompatibles para su vida. Otras causas no menos importantes son el alcoholismo en la madre y el tabaquismo. (Baños, 2011).

La condición orgánica del recién nacido influye en la mortalidad neonatal, el peso y la edad gestacional son indicadores para señalar tal condición. El bajo peso al nacer se asocia a prematuridad.

El departamento de Ocotepeque para el año 2010 registro un 71% de los recién nacidos fallecidos con un peso menor a los 2500 gramos, representando esta

variable un dato importante que podría estar determinando las muertes en este departamento.

En cuanto a la edad gestacional, en la que los recién nacidos fallecieron, la investigación encontró que la mortalidad neonatal ocurrió con mayor frecuencia en las mujeres con 32 semanas o menos de gestación (29%), seguido de las que tenían 37 semanas o más de gestación (24%). La mortalidad entre las 33 y 36 semanas fue de un 5%.

Con respecto a las variables maternas, la edad de la madre encontrada en la investigación de la mortalidad neonatal del departamento de Ocotepeque fue de 33% para las edades de 10 -19 años, intervalo que abarca la etapa de la adolescencia. El promedio de la edad correspondió a 23 años. Entre la edad de 20 a 29 años se acumuló el 42% de las madres de los fallecidos. Se registró una madre entre 10 – 14 años. Para las edades mayores el 4.4% correspondió al intervalo de 35-39 años. Honduras es el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 1000 nacimientos; Según la ENDESA 2011-2012, el 22 por ciento de las mujeres hondureñas entre 15 y 19 años han estado alguna vez embarazadas.

La temprana edad para el desarrollo de la maternidad representa un alto riesgo para la vida del recién nacido, por varios aspectos, en primer lugar el riesgo de morir es alto para hijos de madres adolescentes (35 x 1000 n.v.), así como para ellas. Se estima que 16 millones de niñas con edad entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de estos nacimientos se producen en países en

desarrollo, esto representa el 11% de los nacimientos en el mundo. Los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales, en China un 2% de todos los partos ocurren en adolescentes y un 18 % en América Latina y el Caribe. En todo el mundo siete países representan la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y los Estados Unidos de América. (OMS, 2009).

Según la organización *Save the Children* cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años. (Kumbi S, 2007).

Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, los cuerpos más jóvenes no están preparados para pasar por el proceso del embarazo y parto sin consecuencias adversas, las madres más jóvenes se enfrentan a un riesgo más alto de parto complicado que las mujeres mayores de veinte años.

La variable que se refiere a antecedentes de estados patológicos de la madre, se encontró que un 33.3% de los niños fallecidos sus madres presentaban algún antecedente, siendo los más frecuentes las infecciones urinarias,

vaginosis bacteriana y el embarazo de alto riesgo. La literatura medica reconoce a las infecciones urinarias como la infeccion mas frecuentes en las mujeres embarazadas. Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes desarrollan infeccion asintomatica y de estas un 30-50% pueden evolucionar a una Pielonefritis, lo que aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer. La mortalidad fetal mas alta se presenta cuando la infeccion ocurre 15 días antes del parto. (Lorena Alvarez G, 2006).

El perfil epidemiologico de las madres de las zonas rurales se caracterizo por la baja escolaridad, dedicarse a labores agricolas, a labores del hogar y cuidado de los hijos, lo que representa un prolongado esfuerzo fisico, asociado la mayoría de las veces a una gran multiparidad, falta de control prenatal y un periodo intergenesico corto. Unido a estas condiciones de desigualdad, precario acceso a los servicios de salud, atencion deficiente del parto, en medio de un panorama de pobreza representan un gran porcentaje de riesgo para morir de la madre e hijo.

La presente investigacion muestra en cuanto a los embarazos de las madre que en el 51% era su primer embarazo ,el 17.2% su segundo embarazo y el 13.3% de las madres tenian su tercer embarazo. Las madres primigestas tuvieron una mayor mortalidad.

El 20% de las embarazadas se encontraban en las 32 a 36 semanas de gestación y un 20% se encontraban en menores de 32 semanas y entre las 37 y

40 semanas de gestación y haciendo énfasis en que un 35% de las embarazadas no tenían información.

VII. Conclusiones

1. Las muertes neonatales en el año 2010 en departamento de Ocotepeque ocurrieron (45%) durante las primeras horas de vida (0-11 horas).
2. Los neonatos del sexo femenino fueron los que más defunciones registraron tanto en el periodo neonatal temprano como en el neonatal tardío.
3. Las muertes neonatales reportadas se debieron principalmente a la prematurez, sepsis neonatal y las malformaciones congénitas.
4. El sitio donde ocurrió la defunción se reporto el mayor porcentaje en El Hospital de Occidente ubicado en el Dpto. de Copan (57.7%), seguido del Hospital de San Marcos en el Dpto. de Ocotepeque (28.8%) y en el Hospital Mario Catarino Rivas de la ciudad de San Pedro sula (13.3 %). Todos los hospitales pertenecen a la Secretaria de Salud.
5. El registro de la atención prenatal recibida por las madres de los fallecidos, mostro que cerca de la mitad de los datos no fueron consignados, no pudiendo concluir sobre este riesgo.
6. Las causas de mortalidad del neonato según la clasificación del CIE-10 mostro que las malformaciones congénitas más frecuentemente encontradas fueron la anencefalia (4.4%), síndrome de Down (4.4%) cardiopatía congénita (4.4%). En un 80% de los casos no fue registrada esta información.

7. El peso registrado de los recién nacidos fallecidos (11/45) se encontró entre 1000-1,499 gramos en un 24.4% y con un peso extremadamente bajo de 500-999 gramos un 15.5%.
8. El mayor porcentaje de muerte ocurrió en los niños producto de embarazo menores de 36 semanas. El sub registro de esta información fue un poco mayor a un tercio del total.
9. La edad de la madre en este estudio evidencio que un 33.3% comprendía una edad entre 10 a 19 años, correspondiendo a la edad de adolescentes. El 24.4% estaban entre los 20 -24 años.
10. La ubicación de los municipios y aldeas, donde ocurrieron los fallecimientos, correspondieron en primer lugar al municipio de San Marcos, seguido de Belén, y Ocoatepeque.
11. Solo el 20% de los neonatos fallecidos tenían una malformación congénita asociada.
12. Los estados patológicos de las madres de los recién nacidos que fallecieron fueron en primer lugar las infecciones urinarias, seguidas de la infección vaginal y embarazo de alto riesgo.
13. La Tasa de mortalidad neonatal en este estudio fue de 15.12X1000 n.v.

VIII. Recomendaciones

- ✓ Mejorar los sistemas de información y de registro de las, muertes neonatales en el departamento de Ocatepeque, para tener una caracterización de la situación de la mortalidad neonatal y así conocer las verdaderas causas de muerte.
- ✓ Mejorar el funcionamiento de las unidades proveedoras de servicios de salud en el departamento, y no solo desde el punto de vista de la estructura y provisión de los servicios, sino con la actualización del personal que brinda atención a esta población.
- ✓ Efectuar un adecuado control prenatal, según las normas Nacionales de atención a la mujer que posibilite tratar precozmente las enfermedades que se presentan durante la gestación y el Parto.
- ✓ Fortalecer acciones que sean orientadas a mejorar la calidad de atención que se brinda a la mujer durante el embarazo, parto y atención del recién nacido con la intervención de las autoridades de Salud.
- ✓ Promover acciones dirigidas a la comunidad en general sobre la importancia de tener un adecuado control prenatal, para evitar complicaciones en durante el embarazo y el momento del parto.
- ✓ Coordinar en los establecimientos de salud brigadas a las comunidades más vulnerables por el acceso geográfico a los servicios de salud, para lograr una atención integral a la mujer y el desarrollo del recién nacido en sus hogares.

- ✓ Establecer programas de capacitación a líderes comunitarios, que puedan informar problemas o señales de peligro a los establecimientos de salud .para que estos tomen medidas inmediatas a proteger el niño y la madre.

IX. Bibliografía

1. ANA, B. (OCTUBRE de 2010).

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/41581/LCW.348Oct_2010.pdf.

Recuperado el Sabado de Agosto de 2013, de

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/41581/LCW.348Oct_2010.pdf:

<http://www.eclac.cl/publicaciones>

2. Ana, I. (2011). regionalizacion del cuidado perinatal:una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y materna. *argentina salud publica* , 2 (7).

3. Baños, G. (23 de Noviembre de 2011). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Investigacion* . La Habana, Habana, Cuba: Salud.

4. OPS. (2008). *Mortalidad Materna y neonatal en America Latina*. Washington: OPS.

5. OPS-OMS. (2002). *Situación de la salud de las Américas -Indicadores básicos*. Washington: OPS.

6. Oto L. M. Angélica, H. H. (2000). Quince años de mortalidad Neonatal en un hospital de la Region Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatria* , 12-16.

7. CEPAL. (NOVIEMBRE de 2010). [http://www.eclac.org/cgi-](http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41799.xml&xsl)

[bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41799.xml&xsl](http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41799.xml&xsl). Recuperado el

VIERNES de JUNIO de 2013, de [\[bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41799.xml&xsl\]\(http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/9/41799.xml&xsl\): <http://www.eclac.org>.](http://www.eclac.org/cgi-</p></div><div data-bbox=)

8. ENCICLOPEDIA DE HONDURAS (Vol. 1). ESPAÑA: OCEANO.

9. Espinoza, R. (febrero de 2011).

<http://www.google.hn/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=>. Recuperado el viernes de julio de 2013, de <http://www.google.hn/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=>:

<http://www.google.hn>

10. Fabiana, A. (MARZO de 2007).

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/35866/lcg2349-P_5.pdf. Recuperado el JULIO de 2013, de http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/35866/lcg2349-P_5.pdf: <http://www.eclac.cl>

11. Ferreira, M. (febrero de 2002).

<http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>. Recuperado el martes de junio de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>: www.monografias.com

12. Guimares. (2006). causas de muerte definidas en los menores de un año. *cubana pediatria* , 4

13. Gobierno de Chile/OPS. (2008). *Mortalidad materna y neonatal en America Latina. Estrategias de reduccion*. Santiago de Chile: OPS.

14. OPS. (2008). *La salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre , el recién nacido y el niño para cumplir los ODM*. Washington: OPS.

15. HERALDO, E. (domingo de enero de 2012). en hospitales capitalinos nacieron 31,749 niños y niñas en el 2011.
- 16.Kumbi S, I. A. (2007). Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. *East Afr Med J* , 138-140.
- 17.Lorena Alvarez G, C. E. (2006). Infeccion urinaria y embarazo. Diagnostico y terapeutica. *Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina - N°155* , 20-23.
- 18.OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Washington: OMS/Boletin.
<http://www.honduraseducacional.com/departamentos/Ocotepeque.htm>. (s.f.).
Recuperado el SABADO de JUNIO de 2013
19. JORGE, O. (2009). Informe de la economia real empleo y desarrollo social. argentina: uca.
- 20.Kumbi S, I. A. (2007). Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. *East Afr Med J* , 138-140.
21. OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Washington: OMS/Boletin.
22. Mario, S. (2007). <http://www.monografias.com/trabajos91/mortalidad-infantil/mortalidad-infantil.shtm>. Recuperado el Sabado de Junio de 2013, de

http://www.monografias.com/trabajos91/mortalidad-infantil/mortalidad-infantil.shtm: http://www.monografias.com

23. MARTIN, A. (ABRIL de 2006).

http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/8/LCL2518PE/sps118_lcl2518.pdf. Recuperado el SABADO de MAYO de 2013, de *http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/8/LCL2518PE/sps118_lcl2518.pdf*: <http://www.eclac.cl>.

24. OPS. (2008). *Mortalidad Materna y neonatal en America Latina*. Washington: OPS.

25. OPS-OMS. (2002). *Situación de la salud de las Américas -Indicadores básicos*. Washington: OPS.

26. Oto L. M. Angélica, H. H. (2000). Quince años de mortalidad Neonatal en un hospital de la Region Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría* , 12-16.

27. OPS. (2007). *Lanzamiento Inicial regional por las Madres y los niños, en pro de las metas del milenio 4y5*. America Latina: claps/ops.

28. OPS. (2008). *Mortalidad Materna y neonatal en America Latina*. Washington: OPS.

29. OPS. (2008). *La salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre , el recién nacido y el niño para cumplir los ODM*. Washington: OPS.

30. OPS, O. (2005).

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43289/1/9243562983_spa.pdf. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43289/1/9243562983_spa.pdf.

31. OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Washington: OMS/Boletin.

32. Pedrosa, r. (2006). causas basicas de las muertes neonatales en brazil. *cubana pediatria* , 4.

33. Pirozzi. (junio de 2011). www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html.

Recuperado el sabado de agosto de 2013, de

www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html: <http://unicef.org>

34. PNUD. (2010). *INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO . PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA EL DESARROLLO .*

35. POPOLO, F. D. (ENERO de 2006).

www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_MDG_eclac.doc.

Recuperado el Septiembre de 2013, de

www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/workshop_MDG_eclac.doc:

<http://www.es search.yahoo.com/search>

36. Pozo, D. H. (Marzo de 2009).

<http://www.slideshare.net/xelaleph/morbimortalidad-neonatal>. Recuperado el

domingo de marzo de 2013, de

<http://www.slideshare.net/xelaleph/morbimortalidad-neonata>:

<http://www.slideshare.net>

37. RAMSES. (2005-2006). *ATLAS HONDURAS Y EL MUNDO*. Tegucigalpa.

38. Rivera, F. (2003). factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de chiapas. *Saude publica* , 3-4.

39. Salud, s. d. (2010). *Honduras, perfil de pais objetivo de desarrollo del milenio numero 4*. tegucigalpa, Honduras.

40. Saude, Revista. (2012). Probabilidad de morir en el primer año de vida. *Panamericana de salud publica* , 10.

41. SEN, A. (2010). *Informes Sobre Desarrollo Humano*.

42. Silva Aycaguer, Duran Macho. (2006). *Informe ODM* . Washington: ODM.

42. UCA. (1991). <http://www.monografias.com/trabajos91/mortalidad-infantil/mortalidad-infantil.shtml>. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos91/mortalidad-infantil/mortalidad-infantil.shtml>.

43. UNICEF. (2003). <http://www.childinfo.org>. Recuperado el sabado de mayo de 2013, de <http://www.childinfo.org>.: <http://www.childinfo.org>.

44. UNICEF. (2011). <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>.

Recuperado el domingo de agosto de 2013, de

<http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>.

45. UNICEF. (2007).

http://www.unicef.org/spanish/publication/files/Estado_mundial_de_la_infancia.

Recuperado el 15 de abril de 2013, de

http://www.unicef.org/spanish/publication/files/Estado_mundial_de_la_infancia:

<http://www.unicef.org>.

46. UNICEF. (septiembre de 2013). www.childinfo.org/mortality.html.

Recuperado el sábado de noviembre de 2013, de

www.childinfo.org/mortality.html: <http://www.childinfo.org>

47. VIGUERA, P. (2010). Factores Asociados a la elevada tasa de Mortalidad Infantil en los países de frica Subsariana y asia meridional. Estudio Ecologico y Analitico. *tesis doctoral* . Madrid, España.

48. Viguera.A. (November de 2011). Episodes of Mood disorders in 2,252

Pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* , 168:11.

49. Wikipedia. (12 de Diciembre de 2012). <http://hondurastips.hn>. Recuperado el

viernes de marzo de 2013, de <http://hondurastips.hn>: <http://www.hondurastips.hn>

50. Wikipedia. (septiembre de 2013).

http://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_infantil. Recuperado el domingo de

octubre de 2013, de http://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_infantil:

<http://wikipedia.org>.

51. Wikipedia. (octubre de 2013). *<http://wikipedia.org.ocotepeque>*. Recuperado

el sabado de ocubre de 2013, de <http://wikipedia.org.ocotepeque>:

<http://www.wikipedia.org>

X. Anexos

Definiciones

Nacido Vivo:

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un nacido vivo.

Periodo Perinatal: Comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Periodo Neonatal: Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Esta se divide en periodo neonatal temprana y neonatal tardía.

Muerte Neonatal: muerte entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida

Muerte neonatal temprana: defunciones entre los nacidos vivos que ocurren en los primeros siete días de vida.

Muerte neonatal tardía: defunciones que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

Muerte Postneonatal: defunciones después de los 28 días hasta cumplir el año de vida.

Muerte Infantil: Se define como la muerte de un niño (a) en la edad comprendida entre los 0 y 11 meses 29 días.

Muertes en niños (as) 1 – 4 años: Defunciones que ocurren una vez cumplidos el primer año de vida hasta los 4 años once meses y veintinueve días, (12 – 59 meses).

Muertes del menor de cinco años: se define como la muerte de un niño una vez ocurrido el nacimiento hasta los 4 años once meses y veintinueve días de edad.

Muerte Institucional:

Muerte de un menor de 5 años que ocurre en una unidad de salud (públicos y privados) como ser: Hospital, Clínica Materno Infantil. Incluye las muertes en cualquier sala de un hospital, independientemente del tiempo transcurrido entre

la llegada de la paciente y su muerte. Las muertes que ocurran en un CESAMO, CESAR y CLIPERS se considerarán muertes institucionales.

La muerte de un menor referido hacia un hospital y que ocurre dentro de una unidad de transporte es considerada una defunción Institucional. En estos casos la muerte es asignada a la unidad de salud que la refiere, y es notificada e investigada por esta.

Muerte Comunitaria: Esta definición incluye a las muertes en menores de 5 años que ocurren en el hogar, y en el camino del hogar a un hospital o unidad de salud.

Defunción fetal:

Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, la muerte esta indicada por el hecho que después de la separación el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Muerte en el menor de cinco años con Malformación Congénita: Todo menor de cinco años que presente una Malformación Congénita visible o diagnosticada.

Causa básica de muerte:

La causa básica de defunción ha sido definida como “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente.

Es la parte agregada final en la que se colocan algunos textos o ilustraciones necesarias para entender el estudio. Es decir que solo se agregan si estos son indispensables y no es obligatorio su uso. El texto de tesis debe ser independiente de ellos. Es obligado presentar los instrumentos usados para recolectar la información; puede incluirse el desarrollo de alguna fórmula complicada, algún análisis estadístico adicional, informes de sesiones de grupos, fotografías, etc., que amplíen o ilustren el texto escrito, (no se debe abusar de los anexos, que a veces, lo que hacen es agregar hojas al informe).

Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en menores de cinco años (IVM-4)

Número de Ficha: _____

Nombre y cargo de quien llena la ficha: _____

I. Datos de la unidad que notifica el caso

1. Unidad notificadora: _____ Código: _____
2. Región departamental: _____ Código: _____
3. Fecha de notificación: ____/____/____ 4. Semana epidemiológica de notificación: _____
5. N° de expediente _____

II. Datos Generales del Niño(a)

1. Nombre completo del niño: _____
2. Identidad: Edad: _____ 4. Peso al nacer: _____ gramos
5. Género: H M No determinado No consignado 6. Fecha de nacimiento: ____/____/____
7. Nombre de la Madre: _____
8. Nombre del Padre: _____
9. Dirección: Departamento _____ Municipio _____
Aldea/Caserío _____ Barrio/Colonia _____ N° de tel: _____
10. Establecimiento donde nació el niño: Hospital público Hospital Privado Clínica Materno Infantil
Hogar Otro especifique _____ 11. Fecha de la defunción: ____/____/____

III. Establecimiento donde ocurrió la muerte

1. Establecimiento donde ocurrió la muerte: Hospital público Hospital Privado Clínica Materno Infantil CESAMO
CESAR Hogar Otro Especifique _____
2. Nombre del lugar donde ocurrió la muerte: _____
3. La muerte fue: Institucional Comunitaria 4. Semana epidemiológica en que ocurrió la muerte: N°

IV. Clasifique la muerte según la edad

- Neonatal Temprana (0-7 días) Neonatal Tardía (8-28 días) Pos neonatal (29 días-11 meses) 1- 4 años

V. Malformación congénita

1. Se identifico alguna malformación congénita: Si No
2. Especifique el tipo de malformación: _____ Código CIE-10
3. Antecedentes familiares de malformación congénita: Si No
4. Especifique el tipo de malformación: _____ Código: CIE-10
5. Especifique el parentesco: Padres: Hermanos: Tíos: Primos: No consignado:

VI. Antecedentes maternos y del nacimiento del niño fallecido

1. Edad de la madre 2. N° embarazos 3. Partos: Vaginal Cesárea Aborto
4. Nacimientos: nacidos vivos nacidos muertos causa de la muerte: _____
5. Atención Prenatal del niño fallecido Si No no consignado en el expediente
6. Nombre del sitio donde recibió atención prenatal _____
7. Edad gestacional al nacer en semanas 8. Sitio del parto: Institucional Comunitario
9. Parto: Vaginal Cesárea
10. Nacimiento: Único Múltiple N° de orden _____
11. Al nacer el niño, existían estados patológicos en la madre: Si No
Cuáles: _____

VII. Causas de la muerte: Según códigos CIE 10

1. Causa de la muerte: _____ Código
- a) _____ Código
- b) _____ Código
- c) _____ Código
- d) _____ Código
2. Otros estados patológicos: _____

Instructivo para el llenado de la Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en Menores de Cinco Años (IVM-4)

Para su llenado debe utilizar una o varias fuentes como ser: informantes claves, revisión de expedientes clínicos, registros de instituciones que captan estas muertes, así como otras fuentes que permitan la recolección de los datos con la mayor confiabilidad posible.

Se hace énfasis en el llenado correcto y completo de estos datos.

Contenido del Formulario

El formulario consta de 7 secciones que le permitirán caracterizar el evento.

Numero de ficha: este espacio se llenara en la región.

Nombre de quien llena la ficha: Escriba en el espacio que corresponde los dos nombres y los dos apellidos de la persona que llena la ficha.

- I. **Datos de la unidad que notifica el caso:** esta información es importante consignarla correctamente, ya que el registro de los datos permitirá identificar a la unidad notificadora del caso.
 1. **Unidad notificadora:** en este espacio coloque el nombre de la unidad de salud pública o lugar donde se genera la información (Hospital, CESAMO, CESAR, CMI, IHSS). Además deberá anotar el código que le corresponde según el listado de unidades de salud definido por la Secretaria de Salud, y que existe en los departamentos de estadística de su región departamental. Ejemplo: Hospital de Occidente código 4570.
 2. **Región departamental:** Anote el nombre y código geopolítico que la región departamental ya tiene asignado, donde se ubica la unidad notificadora. Por ejemplo la Región Sanitaria de Atlántida es la 01.
 3. **Fecha de la notificación:** Anote el día, mes y año en la cual se realiza el llenado de la ficha. Por ejemplo: 10 de septiembre de 2010
 4. **Semana Epidemiológica de Notificación:** En el espacio que corresponde coloque el número de la semana epidemiológica en que notifico la defunción. Debe potar el calendario epidemiológico del año 2009 y 2010.
 5. **N° de expediente:** En el espacio que corresponde coloque el número del expediente del caso, cuando la defunción ocurrió en un Hospital.
- II. **Datos Generales Niño (a):**
 1. **Nombre completo del niño:** escriba el nombre completo del niño(a). Si el niño(a) aun no tenia nombre, debe escribir el nombre completo de la madre. Ejemplo: R/N de Martina Flores.
 2. **Identidad:** Escriba el número de ⁸⁶identidad del niño anotado en la partida de nacimiento o certificado de defunción del niño fallecido que la madre o