UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLCA

TEMA

CARACTERIZACIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD EN EL MENOR DE CINCO AÑOS, EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ DURANTE LOS AÑOS 2009 – 2010.

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR
MARCO VINICIO DE LEON RIVERA

ASESORA
MARLENI MONTES ROMERO MD, MSC EPIDEMIOLOGÍA

TEGUCIGALPA.MDC **FEBRERO DE 2014, HONDURAS, C.A.**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH

RECTORA
DOCTORA. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERRECTORA ACADÉMICA
DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICERRECTOR DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
LIC. AYAX ÍRIAS COELLO

VICERRECTORA DE ASUNTOS INTERNACIONALES
MSC. MAYRA FALK

SECRETARIA GENERAL
LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MSC.LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR.JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES.

Índice

Tabla de contenido

I Introducción 1
II Objetivos 4
A. General 4
B. Específicos 4
IV. Metodología 41
V. Resultados 47
VI. Análisis de resultados 64
VII. Conclusiones 68
VIII. Recomendaciones 71
IX Bibliografía 73
X. Anexos 75
Variable operativa 75
Instrumento 89
XI. Glosario: 92

I Introducción

La población menor de cinco años es uno de los grupos de edad más vulnerables en el que influyen muchos factores, entre ellos: físicos, biológicos, genéticos, ambientales y culturales; aunado a esto están los determinantes sociales, políticos y económicos.

Un sistema de salud que da muy poca o casi ninguna respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, el que es cuestionado por la sociedad civil y los informes internacionales por la corrupción imperante en este y otros periodos de gobierno, lo que dificulta aún más la atención de la población menor de cinco años y pone en riesgo su supervivencia.

La mortalidad infantil pone en duda la calidad de atención del sistema sanitario nacional a la población y está directamente relacionado con las tasas de mortalidad infantil en nuestro país.

El acceso a agua potable, vivienda digna, calzado, saneamiento ambiental en especial el manejo y disposición final de los residuos sólidos, alimentación adecuada y educación son premisas de la salud y de la reducción de la mortalidad infantil de manera sostenible. La accesibilidad a los servicios de salud con calidad, equidad y oportunidad, tiene mucho que ver con el entorno socioeconómico y ejerce una influencia directa en el comportamiento de este indicador.

La atención preconcepcional, son derechos constitucionales insustituibles de todos los hondureños. Como es sabido por todos, en el planeta existen

poblaciones desfavorecidas que no tienen acceso a ninguna forma de atención en salud; estos grupos sociales están localizados principalmente en las zonas rurales y en las áreas periurbanas.

En el presente estudio se conoció las tasas de mortalidad del menor de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 y 2010; siendo para el año 2009 la tasa de mortalidad: en el periodo neonatal 7.5 por mil nacidos vivos; la posneonatal 6.6 por mil nacidos vivos, en la población de uno- cuatro años; 35.81 por mil nacidos vivos; la tasa bruta de mortalidad en 2009 fue de 80 por cada 100,000 habitantes; en 2010 la tasa de mortalidad: en el periodo neonatal 7.6 por mil nacidos vivos, la posneonatal 2.7 por mil nacidos vivos, en la población de 1-4 años, 28.1 por mil nacidos vivos y la tasa bruta de mortalidad fue de 63.1 por 100,000 habitantes; registrándose una reducción entre el año 2009 y 2010 con un porcentaje diferencial de 21%.

Epidemiológicamente, las muertes se caracterizaron porque procedían de los siguientes municipios en este orden: La Paz, Santiago Puringla, Santa Elena; murieron más varones (55.8%) que niñas; el 84.2% de las mujeres tuvieron por lo menos un control prenatal.

El promedio de edad de la mujer oscilo de treinta y un a treinta y cinco años (26.8%). El 50.7% de los niños fallecieron en el hogar y 48.8 % ocurrió en una institución. En cuanto a la escolaridad de las madres: el 34.84% curso primaria incompleta y primaria completa un 34.19 %; el 95.7% del parto fue por vía vaginal.

La causa básica de muerte del menor de cinco años según la CIE-10 fue la neumonía no especifica seguida del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

La proporción de menores de cinco años que murieron por malformaciones congénitas es de 21.4%, siendo la más frecuente la de corazón no especificada, seguida de la anencefalia, espina bífida con hidrocéfalo y malformaciones congénitas múltiples no clasificadas. El presente trabajo se desprende de la información suministrada de la base de datos de la investigación nacional sobre mortalidad del menor de cinco que realizo la Secretaria de Salud en los años 2009-2010.

II Objetivos

A. General

Determinar las muertes en los menores de cinco años en el departamento de La Paz, Honduras, en el periodo de enero a diciembre 2009 y 2010, para hacer intervenciones que permitan alcanzar el cuarto objetivo del milenio y sus metas.

B. Específicos

- Caracterizar epidemiológicamente las muertes ocurridas e investigadas en los niños menores de cinco años en el departamento de La Paz, Honduras, durante los años 2009 y 2010.
- Registrar de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) las causas básicas de las muertes en los menores de cinco años ocurridas en el departamento de La Paz, Honduras, durante los años 2009 y 2010.
- Calcular las tasas específicas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y de uno a cuatro años en el departamento de La Paz, Honduras.
- Identificar el tipo de malformaciones congénitas más frecuentes en la mortalidad del menor de cinco años en el departamento de La Paz, Honduras.

III. Marco teórico.

Mortalidad Infantil en el contexto Mundial y Latinoamericano.

En el ámbito internacional, los estudios evidencian que la mortalidad infantil y en la niñez es más alta entre los pueblos indígenas que en la poblaciones no indígenas. Estas diferencias reflejan las iniquidades estructurales que sufren estos grupos sociales en el ámbito 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 deterioro de los indígenas.

En América Latina, la mortalidad infantil de los niños indígenas es del 60% mayor que la no indígenas (48 por mil nacidos vivos frente a 30 por mil, respectivamente). Si consideramos probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, la brecha es aún mayor, con una sobre mortalidad del 70%.

El panorama regional es heterogéneo en términos de la intensidad de la mortalidad. En un extremo se ubican Paraguay y el Estado Plurinacional de Bolivia con las más altas probabilidades de morir en la infancia; y en el otro extremo se encuentran Chile y Costa Rica con las menores 11.6 y 11.7 respectivamente.

Los riesgos más altos se encuentran en Panamá, Ecuador, Rep. Bolivariana de Venezuela y Paraguay. En el primero, un niño indígena tiene tres veces más probabilidades de fallecer antes de cumplir un año que un niño no indígena,

riesgo que se incrementa para los menores de cinco años.

Los riegos más altos se encuentran en Brasil, Nicaragua, Colombia y Ecuador. En Costa Rica y Honduras, en cambio, los menores afrodescendientes tienen probabilidades de supervivencia similares que el resto de los niños.

Otro hecho relevante al analizar los componentes de la mortalidad en la niñez es que las muertes consideradas evitables se vinculan en mayor medida con un medio ambiente adverso y factores agresores presentan un mayor peso relativo en los menores indígenas que en los otros grupos. Dado que la mayor parte de estas muertes son evitables en condiciones de vida adecuadas, especialmente nutrición y una atención médica oportuna, estos datos podrían estar indicando que la situación de iniquidad se va agudizando en la medida que el niño crece y disminuye la lactancia materna, que es uno de los factores protectores propios de los pueblos indígenas, dado el valor y maduración que le otorgan a la lactancia materna.

Ha sido tradicional incluir la distinción por urbano-rural en el estudio de las poblaciones, lo que ha permitido documentar de manera sistemática una mayor mortalidad infantil en las áreas rurales.

Es en el medio urbano donde se han producido las mayores reducciones relativas de este indicador, ya que el descenso de la mortalidad infantil en cada país va de la mano con el proceso de urbanización, la fuente (Cepal/Celade) 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.

La influencia de la escolaridad de la madre en las condiciones de salud de los niños es uno de los determinantes próximos más descritos en la literatura especializada, pues está asociada tanto a un mayor acceso a los servicios como a la posibilidad de disponer de la información necesaria, mejores ingresos y, en general, mejores condiciones de vida; aspectos que evidentemente inciden en la mortalidad infantil. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y Paraguay se observan las tasas más altas, independientemente del nivel de escolaridad de la madre; en el otro extremo las menores tasas se encuentran en Chile, Honduras, Costa Rica y Guatemala.

La Tasa de Mortalidad Infantil es menor en el sexo femenino, con diferencias que van de tres hasta diez puntos porcentuales entre uno y otro sexo.

Guatemala presenta la mayor diferencia entre hombres y mujeres (diez puntos); las menores diferencias se reportan en Costa Rica y Nicaragua. El 72.7% de las muertes de los niños ocurrieron en el período neonatal precoz, de estas un 87.5% sucedió antes de las 24 horas de vida, por prematuridad extrema (menos de 24 semanas de gestación), prematuridad y malformaciones congénitas.

El 54.5% de las muertes infantiles fueron hombres y un 45.5% mujeres, con una relación de 1.2 hombres por cada mujer.

El 72.7% de los casos falleció a nivel hospitalario (siete en el Hospital Max Peralta y uno en el Hospital Dr. Calderón Guardia) y tres fallecieron en el hogar.
Las brechas en los riesgos para los hijos de madres con cero a tres años de estudios comparados con los de aquellas que tienen una escolaridad mayor de siete años oscilan entre el 40% (Guatemala y Chile) y el 160% (Honduras). (Leticia Meza-Fallas, 2010).
En el caso de los de los afrodescendientes, estas cifras fluctúan entre el 40% Colombia y el 190% Nicaragua.
Si bien, la mortalidad infantil y en la niñez disminuye a medida que aumenta la educación de la madre sin distinción de condición étnica, las brechas entre indígenas y el resto de la población y entre afrodescendientes aumentan incluso en los niveles más altos de educación (siete años más). Es así como en Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay el riesgo relativo de mortalidad infantil indígena es más alto incluso en los mismos niveles educativos de las madres no indígenas. (Ana María Oyarce, 2009)
En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia se observa que la mortalidad infantil es menor en aquellos niños que nacieron en un centro de salud, independientemente de su condición étnica. Sin embargo, los niños indígenas, indistintamente del lugar adonde se produzca el nacimiento, tienen un 30% más de riesgo de morir antes de cumplir un año, que los niños no indígenas.

De manera consistente con estos datos, la mortalidad infantil es también menor entre aquellos niños cuyas madres contaron con atención profesional o técnica institucional del parto, sean estas indígenas o no indígenas. No obstante, cualquiera sea la atención al parto, el riesgo de morir es un 20-30% mayor en indígenas, la atención médica al parto muestra la misma estructura que en Bolivia, esto es, mayor mortalidad infantil en niños cuyas madres no contaron con atención al parto, sean o no indígenas.

La situación ya descrita para el Estado Plurinacional de Bolivia y México puede observarse también en otros países latinoamericanos a partir del análisis de encuestas específicas de salud materno-infantil. Por ejemplo, en Guatemala, donde el 84% de las mujeres indígenas ha tenido partos domiciliarios y solo el 19% ha contado con atención profesional, la mortalidad infantil indígena es más alta que para los hijos de mujeres no indígenas, que tienen mayor acceso a estos servicios. Del mismo modo, en Ecuador, país adonde el 25% de las mujeres indígenas y el 75% de las no indígenas accedieron a atención profesional del parto, las tasas de mortalidad infantil indígena son también mayores. (Ana María Oyarce, 2009)

El patrón de las tasas de mortalidad por edades tiene para América Latina el comportamiento esperado en forma de “U” cuando se trata de una mortalidad alta y adquiere una forma de “J” en la medida que la mortalidad desciende. Ello responde, tal como se analizó anteriormente, a una tendencia de reducción mayor de la mortalidad en la infancia en una primera fase de transición de la

mortalidad. El patrón de mortalidad por edades de Guatemala de hace cincuenta años corresponde a tasas elevadas, tanto para niños como para adultos mayores, mientras el mínimo comprende los grupos de edades de cinco a catorce años y, en menor medida, de quince a cuarenta y cuatro años.

(Ana María Oyarce, 2009)

Asimismo, la estructura de las tasas de mortalidad por edades de Chile, un país de baja mortalidad, muestra un comportamiento similar en años recientes, pero con una mortalidad en la infancia relativamente más baja.

Los resultados de la tasa de mortalidad del grupo de edades de cero a cuatro años confirman las elevadas tasas que prevalecían hace cincuenta años y las importantes diferencias que existían entre países, lo que refleja en la comparación entre Argentina, con una tasa de ciento ochenta y nueve defunciones por diez mil habitantes, y Guatemala, con una tasa de 661 por diez mil habitantes, es decir, 3.5 veces más elevada. El aumento de la sobrevivencia de niños se debe principalmente a los buenos resultados en el combate de enfermedades transmisibles y, en menor medida, de las afecciones originadas en el período perinatal.

Cuando el nivel de mortalidad era alto, hace cincuenta años en Costa Rica y Chile, o en Guatemala aún en la actualidad, la primera causa de muerte en estas edades eran las enfermedades transmisibles y en segundo lugar las afecciones del período perinatal; sin embargo, aunque el descenso de la mortalidad por estas causas es muy importante, siguen siendo las principales,

aunque se invierte el orden de prevalencia. (CEPAL, 2005).

Como consecuencia de ello, las muertes de niños en años recientes se deben principalmente a las condiciones originadas en el período perinatal, ya que permanecen ciertas afecciones de origen endógeno respecto de las que es más difícil evitar un desenlace fatal. (CEPAL, 2005)

Según las cifras de 2010, cada año mueren 7.6 millones de menores de cinco años. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

Los niños de los países de ingresos bajos tienen una probabilidad de morir antes de los cinco años, dieciocho veces mayor que los niños de los países de ingresos altos, el riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros veintiocho días de vida).

Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 40% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el período neonatal.

La mayoría de los fallecimientos neonatales se debe a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones. Desde el final del período neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son por neumonía, diarrea y paludismo.

La malnutrición es una causa subyacente que contribuye a más de un tercio del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las

enfermedades graves. (OMS, 2012)

A escala mundial, se estima que en 2010 eran ciento setenta y un millón de menores de cinco años que sufrían retraso del crecimiento y ciento cuatro millones presentaban insuficiencia ponderal. Más del 70% de las muertes de niños tiene lugar en África y Asia sudoriental; dentro de los países, la mortalidad es mayor en las zonas rurales y entre las familias más pobres y con menor nivel educativo. (OMS, 2012)

Cada año mueren más de tres millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras veinticuatro horas de vida y el 75% durante la primera semana.

Las cuarenta y ocho horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido, es en este período cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades.

Antes del parto, la madre puede mejorar las probabilidades de supervivencia y la salud de su hijo acudiendo a las consultas de atención prenatal, vacunándose contra el tétanos y evitando el consumo de tabaco y alcohol. (OMS, 2012)

Causas principales de mortalidad en los recién nacidos y los menores de 5 años – 2010, según **OMS.**

	Mortalidad infantil < 5 años	Mortalidad neonatal
Neumonía	14%	4%
Complicaciones del parto prematuro		14%
Diarrea	10%	1%
Asfixia perinatal		9%
Paludismo	7%	
Sepsis neonatal		6%
Traumatismos	5%	
Enfermedades no trasmisibles	4%	
Anomalías congénitas		3%
VIH/SIDA	2%	
Sarampión	1%	
Tétanos neonatal		1%
Otras dolencias	16%	2%

Fuente: Observatorio mundial de la salud de la OMS. (OMS, 2012)

La mortalidad infantil, en Cuba fue de 6.3 por mil nacidos vivos en 2003, correspondiendo el 62.4% al período neonatal. Las afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, influenza y neumonía, accidentes y enfermedades del corazón agruparon el 83.9% del total de las defunciones en el menor de un año.

La tasa de mortalidad del menor de cinco años, en Cuba fue de 8.0 por mil nacidos vivos, representando el 1.4% del total de las defunciones en estas edades.

El bajo peso al nacer se redujo de 9.0 en 1993 a 5.1 en 2003. Las primeras causas de muerte en la población de uno a cuatro años fueron por accidentes, tumores malignos, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, influenza y neumonía y meningoencefalitis bacteriana. (Cuba, 2005)

La Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (Fesal 2002/03) registró una tasa de mortalidad infantil de 25 por mil nacidos vivos). Esta tasa refleja un descenso de 10 muertes por mil en relación con la estimada en la FESAL 98.

El descenso obedece a la disminución tanto de la mortalidad posneonatal (de 18 por mil a 12 por mil) como de la mortalidad neonatal (de 17 por mil a 13 por mil). De las defunciones infantiles, 56% se produjeron en el período neonatal (cero a veintiocho días de vida); las defunciones notificadas en madres con cinco o más controles prenatales fue de 19 por mil nacidos vivos y de 35 por mil cuando las madres no recibieron controles prenatales durante el embarazo o

recibieron menos de cinco.

En relación con el peso al nacer, la mortalidad fue de 20 por mil nacidos vivos para los niños que pesaron 2,500 gramos o más, y de 40 por mil para los que nacieron con un peso menor de 2,500 gramos.

La tasa de mortalidad neonatal para los niños nacidos a término fue de 8 por mil nacidos vivos; en cambio, para los prematuros fue de 72 por mil, de acuerdo con los datos de la DIGESTYC (Dirección General de Estadística y Censo de El Salvador). En 2004, las causas de mortalidad perinatal más frecuentes fueron la sepsis bacteriana del recién nacido (24.3%), el síndrome de dificultad respiratoria (22.5%) y la hipoxia intrauterina (11.0%).

Entre las enfermedades no transmisibles, las primeras causas fueron malformaciones congénitas no específicas (47.0%), malformaciones congénitas del corazón (28.5%) e hidrocéfalo congénito no especificado (7.9%). (MSPAS, 2007).

El MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador) notificó que en 2005 las infecciones respiratorias agudas (67.8%), la diarrea (20.8%), las neumonías (5.7%), la conjuntivitis bacteriana (2.4) y la desnutrición leve (1.0%). El total de los egresos hospitalarios de este grupo de edad fue de 42,213, y entre las primeras causas de egreso se encontraban las neumonías (18%), los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (26%), la diarrea de presunto origen infeccioso (11.0%) y el feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y

del parto (9.2%). Las causas de mortalidad intrahospitalaria más frecuentes fueron: ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (53.9%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (20.0%), neumonías (9.0%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (2.6%).

En 2004 se registraron 405 defunciones en el grupo de uno a cuatro años de edad, debidas a enfermedades transmisibles (31.0%), enfermedades no transmisibles (31%), causas externas (18.5%) y causas mal definidas (16.3%).

De las defunciones causadas por enfermedades transmisibles, 42.2% se debieron a neumonía y bronconeumonía, 35.5% a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, 13.0% a septicemia no especificada, y 5.0% a meningitis bacteriana no especificada. De las defunciones por causas externas, 41.3% se debieron a accidentes de transporte, 29.3% a ahogamiento y sumersión accidental, 9.3% a accidentes que obstruyen la respiración, y 8.0% a agresión y homicidio.

Según datos del MSPAS, en 2005 las principales causas de morbilidad en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas (71.7%), la diarrea (15.9%), la neumonía (2.8%), la amibiasis (2.5%) y la desnutrición leve (1.5%) Se notificaron un total de 30,074 egresos hospitalarios, y los diagnósticos correspondieron a neumonía (21.8%), diarrea (19.0%), asma (4.8%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (4%). Las defunciones hospitalarias más frecuentes fueron por neumonía (19.8%), malformaciones congénitas (10.8%) y desnutrición (5.1%). (MSPAS, 2007)

Entre 1990 y 2003, el promedio regional de la mortalidad infantil disminuyó de 43 a 25 por mil nacidos vivos; sin embargo, a pesar de esa disminución y de cierto progreso alcanzado, en muchos países latinoamericanos y del Caribe la elevada tasa de mortalidad entre los recién nacidos no se ha reducido de acuerdo con lo previsto.

Así, entre 1989 y 1998 la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29%, mientras que la mortalidad neonatal disminuyó solo 7%. El bajo peso al nacer, la asfixia y la sepsis representan alrededor de 40% de las muertes por causas perineonatales y, en conjunto, ocasionan alrededor de ochenta mil defunciones anuales. La mayoría de estas muertes podría evitarse mejorando el cuidado y la atención durante el embarazo y garantizando una adecuada atención del parto y del recién nacido.

Una proporción variable de las muertes debidas a problemas durante el embarazo y el parto también podría evitarse si las mujeres llegaran a la edad fecunda en mejores condiciones de salud (particularmente en lo que se refiere al estado nutricional y a la ausencia de enfermedades), si recibieran cuidados prenatales apropiados y contaran con servicios calificados en la atención del parto.

Las tasas de desnutrición infantil según el peso para la edad, el peso para la talla y la talla para la edad han disminuido, aunque persisten elevadas tasas de déficit de micronutrientes en aquellos países con las tasas de mortalidad infantil más altas.

El déficit de talla para la edad refleja desnutrición crónica, la forma más frecuente de desnutrición en las Américas, con un promedio regional de 16% en 2003; dicha cifra oculta la realidad de algunos lugares en el interior de los países. El bajo peso para la edad en niños y niñas menores de cinco años asciende, en promedio, a 7%.

A pesar de que se ha publicado información acerca del impacto de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida sobre la morbilidad y mortalidad infantil, en veintiún países de la región únicamente 29% de los infantes se benefician de dicha práctica.

Las defunciones en menores de un año en Chile para 2003 fueron mil novecientos treinta y cinco, lo que constituye el 2.3% del total y se refleja en una mortalidad infantil de 7.8 por mil nacidos vivos. La reducción de la mortalidad infantil ha sido a expensas de la mortalidad infantil tardía.

Para 2003, el 64% corresponde a mortalidad neonatal (4.9 por mil nacidos vivos); de ese porcentaje, 75% (723 muertes) ocurrió durante la primera semana de vida. El análisis regional de la mortalidad infantil muestra fluctuaciones que van desde 6 por mil nacidos vivos en la región de Aysén hasta 7.1 en las regiones Atacama y Metropolitana de Chile.

Las principales causas específicas de muerte del menor de un año: prematurez extrema, malformaciones congénitas del corazón, neumonía, síndrome de muerte súbita y malformaciones del sistema nervioso, las que en conjunto representan el 48% del total de defunciones de este grupo de edad. Alrededor

de 5.2% de los recién nacidos pesan menos de 2,000 g y 16.5% tienen peso insuficiente (entre 2,500 y 2,999 g).

Estas cifras se han mantenido relativamente estables en los últimos años. Los recién nacidos de muy bajo peso (menos de 1,500 g) representan 0.9% del total de nacidos, pero contribuyen con un tercio de la mortalidad infantil.

La sobrevida de este grupo es de 69%, fluctuando entre 8% en los de 500-599 g y 90% entre los de 1,250 y 1,499 g. En cuanto a los egresos hospitalarios de este grupo, los mayores porcentajes correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (36.8%), seguidas por enfermedades del sistema respiratorio (31.4%), enfermedades infecciosas y parasitarias (7.4%), y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (5.4%).

En 1990 se inició un programa nacional en Chile para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de un año, lográndose una disminución de la tasa de mortalidad por neumonía desde 23.9 por mil nacidos vivos en ese año hasta 3.4 por mil en 2003.

Las neumonías en niños menores de un año son responsables de 90% del total de muertes por IRA y siguen siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia. El síndrome bronquial obstructivo constituye la principal causa de hospitalización, representa 23% a 25% del total de consultas de morbilidad pediátrica en Santiago y afecta a la cuarta parte de todos los niños menores de un año. (Chile, 2003)

En cuanto a malformaciones congénitas, en Chile se han priorizado dos

condiciones: las malformaciones del sistema nervioso y las cardiovasculares. Los datos registrados en las maternidades de la Región Metropolitana muestran una disminución de alrededor de 40% de la incidencia de defectos de cierre del tubo neural. Este logro se asocia la fortificación de la harina con ácido fólico implementada en el año 2000. Otro problema importante lo constituye la fisura palatina, cuya incidencia se estima en 1.8 por mil nacidos vivos aproximadamente.

Según datos del sistema de evaluación y vigilancia nutricional del Minsal (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, la prevalencia de desnutrición en niños menores de seis años ha disminuido durante los últimos diez años, manteniéndose estable hasta la fecha. Se estima que al menos 16% de los niños menores de dos años sufren de retraso del desarrollo psicomotor. Aunque existe un subregistro del problema, se estima que la mitad de los menores de seis años han sido severamente maltratados.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia estima que el 74% de los niños chilenos viven o han vivido situaciones de violencia en su entorno familiar (Chile, 2003)

En Colombia, los menores de cinco años representaron 10.3% de la población total. Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005, en el quinquenio 2000–2005 la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 19 por mil nacidos vivos (n.v.) (17 por mil en el área urbana y 24 por mil en la rural). Los departamentos con mayores TMI para 2005 fueron Chocó y Cauca

(54 por mil) y La Guajira (33 por mil); mientras que los de menores tasas fueron Atlántico (14 por mil) y Santander (19 por mil).

La TMI en mujeres sin escolaridad fue de 43 por mil, y para las mujeres con educación superior fue de 14 por mil. La tasa de mortalidad neonatal pasó de 23 por mil n.v. en1980–1985 a 12 por mil n.v. en 2005, con una disminución de 48 puntos.

La mortalidad posneonatal pasó de 18 a 6 por mil nacidos vivos, lo que significa una disminución de 66% en los mismos años. La mortalidad en los primeros cinco años de vida disminuyó 60%, pasándole 51 a 22 por mil nacidos vivos en el mismo período.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) 2005, el 6% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. Colombia no registra la mortalidad fetal tardía, lo cual impide generar datos de mortalidad perinatal (según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, la tasa de mortalidad neonatal precoz fue de 8 por mil n.v. en 2002).

La principal causa de muerte neonatal fue la hipoxia, con 60%, seguida de trauma obstétrico y prematurez. Se informaron las siguientes principales causas de mortalidad en niños y niñas del grupo de menores de un año: afecciones respiratorias específicas del período perinatal (396 y 306 por cien mil respectivamente) y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. Otras afecciones del período perinatal e infecciones respiratorias agudas en el grupo de niños y niñas de uno a cuatro años, las principales causas de

mortalidad fueron infecciones respiratorias agudas (8.5 y 8.2 por cien mil respectivamente), deficiencias nutricionales y anemias (6.1 y 8.2), ahogamiento o sumersión accidentales (8.4 y 4.6) y enfermedades infecciosas intestinales (6.0 y 6.1).

La lactancia materna exclusiva pasó de un promedio de 0.5 meses a un promedio de 2.2 meses entre 2000 y 2005.La prevalencia de la lactancia materna exclusiva al sexto mes fue del 47% y la duración mediana de la lactancia fue de 14.9 meses. (AMÉRICAS, Colombia, 2007) .

La tasa de mortalidad infantil en Perú ha mostrado una tendencia al descenso, pero se mantienen brechas en el interior del país. Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2000, la tasa de mortalidad infantil en el área rural fue de 45 defunciones por mil nacidos vivos contra 24 en el área urbana.

La tasa de mortalidad infantil en Perú ha mostrado una tendencia al descenso, pero se mantienen brechas en el interior del país. Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2000, la tasa de mortalidad infantil en el área rural fue de 45 defunciones por mil nacidos vivos contra 24 en el área urbana.

(Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, 2011)

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en Cusco para el quinquenio 2000–2005 proyectada por el INEI nos muestra que el número de fallecidos en promedio que ocurren anualmente es de 9.7 por mil habitantes, y que a nivel nacional se halla ubicado en el cuartil cuarto o percentil 75.

Para 2006, la DISA (Dirección de Salud) Cusco tiene registradas 4,605

defunciones con una Tasa Bruta de Mortalidad de 3.6 por mil habitantes, lo que evidencia claramente un subregistro de por lo menos el 50%.

El Endes 2000 refiere que la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) estimada para la Región Cusco es de 48 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, y que la TMP en el caso de las madres que tenían menos de veinte años al momento del nacimiento es de 68 por mil; en tanto, que la TMP a nivel nacional estimado fue de 23 por mil. En el año 2000 y 2001 a nivel de la Región Cusco se registraron TMP por encima del reportado en el año 2002 (39.7 y 41.7 por mil nacidos vivos). Para el año 2002 se ha notificado un total de 919 defunciones perinatales y alcanzando una TMP de 37.2 por mil nacidos vivos, tasa por encima del promedio nacional para el mismo período. Para el año 2004 se ha notificado un total de 895 muertes perinatales, con una TMP de 35.99 por mil n.v.

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa neonatal en la Región Cusco corresponden a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (52.3%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9.9%), causas externas de morbilidad y mortalidad (9.3%), y enfermedades del sistema respiratorio (9.3%).

Al comparar las causas que originan muerte neonatal a nivel de las provincias se aprecia que existe un patrón más o menos establecido, dado que salvo en la provincia de Urubamba, en la totalidad de provincias y a nivel regional la primera causa de muerte neonatal lo constituyen causas externas de

mortalidad y morbilidad; seguido de enfermedades del sistema nervioso (en 11 provincias y en la Región Cusco); y como tercera causa, las enfermedades del sistema digestivo. De manera específica hay que prestar atención a los problemas relacionados a mortalidad a enfrentar como los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, el retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa infantil (< 1 año) en la Región Cusco corresponden a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (27.6%) particularmente son importantes las causas externas de morbilidad (21.6%), enfermedades del sistema respiratorio (14.9%), traumatismos, envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas (76%).

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa posinfantil (uno-cuatro años) en la Región Cusco corresponden a causas externas de morbilidad (31.2%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (17.0), enfermedades del sistema respiratorio (12.8%), enfermedades del sistema nervioso y del sistema circulatorio con (7.1%), traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (5.0%) y las enfermedades del sistema digestivo (4.3%).. (Grajeda Ancca Pablo Fidel M.D & M.D., 2008)

En Uruguay la tasa de mortalidad infantil (TMI) muestra una tendencia

decreciente. En el año 2009 ocurrieron 47,166 nacimientos, 20,470 en Montevideo y 26,696 en el interior del país, y fallecieron 451 niños menores de un año, lo que representa una TMI de 9.56 cada mil nacidos vivos. Se destaca que, entre 1990 y 2009, la TMI se redujo 53%, de 20.4 a 9.56 cada mil nacidos vivos. El 24% de esta reducción ocurrió entre 2005 y 2009, de 12.7 a 9.56 cada mil nacidos vivos.

En América del Sur, solo Chile posee una tasa menor (7.7%). Comparada con el resto de los países de América, la TMI en Uruguay es superior a la de Costa Rica (8.7%), Puerto Rico (8.4%), Estados Unidos (6.2%), Cuba (5.8%) y Canadá (5.0%).

La reducción sostenida en la TMI ocurrió a expensas de sus dos componentes, neonatal y posneonatal. Sin embargo, en los últimos diez años la mortalidad neonatal supera a la posneonatal. . En el año 2009, el 52.3% de las muertes en menores de un año ocurrió antes de los veintiocho días de vida (tasa de mortalidad neonatal 5.0%), el 60% de las muertes neonatales ocurre en los primeros siete días de vida. A pesar de estos logros, la TMI se encuentra por encima de la cifra propuesta como Objetivo de Desarrollo del Milenio (6.8%), más aún, existen diferencias geográficas (por departamento), entre los usuarios de los diferentes prestadores de asistencia (públicos versus privados) y entre municipios de una misma ciudad, que revelan iniquidades sociales, económicas y educativas, así como problemas vinculados al sistema de atención a la salud.

Por otra parte, en los últimos cinco años se observa que las principales causas de mortalidad neonatal no han variado, siendo las afecciones del período perinatal vinculadas con prematurez (52.1%) y las malformaciones congénitas (28.7%) las más frecuentes. En relación con la mortalidad posneonatal existe una proporción importante de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21.4%) y enfermedades respiratorias (13%).

Otro hecho relevante es que una elevada proporción de las muertes posneonatales ocurren en domicilio; en el año 2008, la tasa de mortalidad posneonatal en domicilio fue 2.5 por mil, lo que representó casi la mitad de la TM posneonatal en Montevideo. Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, por lo que en general se concentran en determinados barrios o regiones de cada ciudad o departamento. (Giachetto, 2010)

La TMI es un indicador sensible a los cambios poblacionales que se producen en los países y muy útil para medir la capacidad de respuesta de los servicios de salud; se aprecian diferencias significativas entre países, cuyo rango va desde 9.9 por mil nacidos vivos en Costa Rica hasta 30.1 en Guatemala.

La TMI es menor en el sexo femenino respecto al masculino, con diferencias que van de tres hasta diez puntos porcentuales entre uno y otro sexo. Guatemala presenta la mayor diferencia entre hombres y mujeres (diez puntos); las menores diferencias se reportan en Costa Rica y Nicaragua.

Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos), países de CA y República Dominicana, según sexo, 2010.

Países	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Belice	24,6	22,3	20,0
Costa Rica	17,08	16,3	15,0
El Salvador	23,1	21,2	19,6
Guatemala	33,3	30,5	27,7
Honduras	27,8	25,5	23,2
Nicaragua	24,9	23,2	21,0
Panamá	20,9	19,1	17,8
República Dominicana	23,5	21,9	20,15

Fuente: CELADE. División de Población/CEPAL. Proyecciones.

Mortalidad Infantil en Honduras.

En Honduras las proyecciones de población basadas en el censo de 2001 indican una tasa de mortalidad infantil de 34 por mil nacidos vivos para el año 2001 y de 30 por mil para 2005. En el ámbito municipal las desigualdades son mayores, con valores que oscilan entre 17 por mil nacidos vivos en José Santos Guardiola (Islas de la Bahía) y 82 por mil en Dolores Merendón (Ocotepeque). Tanto el último censo como las encuestas de salud familiar han mostrado una alta correlación entre el nivel de mortalidad infantil y la pobreza y educación de la madre. Así, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, la disminución de las tasas de mortalidad infantil en los últimos quince años del siglo XX ocurrió a expensas del descenso en el nivel socioeconómico alto (según el índice de bienes y servicios, IBS, compuesto de agua por tubería, inodoro, electricidad, radio, televisión, refrigeradora, teléfono, vehículo particular y estufa eléctrica/gas). Los hogares se catalogaron en tres niveles: “bajo” si poseían de 0 a 2 de la lista anterior, “medio” si poseían de 3 a 6 y “alto” si poseían de 7 a 9. Se encontró también que la disminución de la mortalidad se produjo a expensas del componente posneonatal, sin que se haya modificado el nivel del componente neonatal. Datos del censo de 2001 mostraron que las tasas de mortalidad en menores de cinco años eran más altas en los municipios del occidente del país.

Si se efectúa la extrapolación de la tendencia de la mortalidad en menores de cinco años desde 1988, es probable que, de mantenerse el ritmo actual de

descenso, Honduras alcance en 2015 la meta de mortalidad infantil propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque no se cuenta con estadísticas provenientes de oficinas del Registro Civil, de acuerdo con encuestas de población las principales causas de muerte fueron: en el período neonatal, el trauma/asfixia y el bajo peso al nacer; en el período posneonatal, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, y en el grupo de uno a cuatro años de edad, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas.

Este perfil de mortalidad concuerda con las estadísticas de servicios de salud, según las cuales las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen las primeras causas de demanda de atención en menores de cinco años.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, casi uno de cada cinco niños menores de cinco años presentó diarrea en 2001, con tendencia creciente durante los diez años anteriores.

En cuanto a las diferencias entre subgrupos poblacionales, se puede concluir que la prevalencia es mayor en el área rural, 19% comparada con un 16% en el área urbana La diarrea afecta más a los niños de seis a veintitrés meses de edad (29%) que a los niños de las otras edades: menores de seis meses (12%), de veinticuatro a treinta y cinco meses (17%) y de treinta y seis a cuarenta y siete meses (11%).

Se observan diferencias importantes por educación de la madre y por estrato socioeconómico: la prevalencia de diarrea entre los niños de madres sin

educación es más del doble que entre aquellos de madres con educación superior (20 y 9%, respectivamente). (ESTADÍSTICA, 2013).

La diferencia es de siete puntos porcentuales entre los niños de madres del estrato más pobre y las del estrato superior (20 y 13%), respectivamente.

La prevalencia fue mayor en niños de doce a veintitrés meses de edad e hijos de madres sin educación, o con educación primaria solamente. La lactancia materna exclusiva hasta los cinco meses llegó a 35%, pero cerca de 10% de los niños en este grupo de edad nunca recibieron lactancia materna. Un tercio de los menores de cinco años presentaron deficiencia de hierro y desnutrición crónica. (AMÉRICAS, Honduras, 2007)

El primer año de vida es un período decisivo para contar con poblaciones sanas e inteligentes, lo que exige de los sistemas de salud un mayor enfoque a este grupo de edad.

En Honduras la tasa de mortalidad infantil para 1996 reporta 42 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad de cinco años es de 73 por mil nacidos vivos, siendo de mayor riesgo los menores de un año en quienes ocurre el 70% de las muertes. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

En estudios latinoamericanos, las principales determinantes sociales y económicas de la mortalidad infantil están relacionadas con deficiencia de vivienda, falta de escolaridad materna, migración del área rural, así como condiciones precarias de vida. También han sido determinadas variantes biológicas que podrían contribuir a la mortalidad infantil neonatal la edad

extrema de la madre, orden creciente al nacimiento intervalo intergenésico corto; contribuyen a este problema la falta de lactancia materna y el destete precoz, y si a esto sumamos el estado nutricional deficiente el riesgo de morir aumenta en forma significativa.

El índice de mortalidad masculina es mayor que en el sexo femenino en la mayoría de las revisiones clínicas.

En otros estudios sobre mortalidad infantil se han señalado como factores previsibles los relacionados con la atención médica del padecimiento, como: mal manejo médico, retraso en la admisión hospitalaria, síntomas de gravedad no detectados por los padres ni por los médicos de primer contacto y, en niños menores de un año el hecho de nunca haber asistido a una cita de control. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

La pobre condición socioeconómica y dificultades de acceso a un nivel de asistencia sanitaria son también contribuyentes importantes de mortalidad infantil. Por otro lado, en América Latina y el Caribe se considera que el 40% de la región vive en condiciones de pobreza y no puede satisfacer sus necesidades básicas, entendiéndose por estas la alimentación, mantenimiento de salud, vivienda adecuada, educación, vestido y calzado, transporte público y servicios de comunicación.

Además de las diferentes características socioeconómicas y culturales y el riesgo de morir dado por la patología misma, influyen situaciones como la captación oportuna por los servicios de salud, referencia y traslado adecuado a

unidades que puedan ofrecer una mejor atención médica y pronóstico.

La medición de gravedad a través del juicio clínico es uno de los primeros indicadores de riesgo de mortalidad en un paciente La presencia de manifestaciones clínicas asociadas a enfermedades graves (alteración del estado de alerta, crisis convulsivas, palidez, taquicardia, taquipnea, cianosis, apnea, dificultad respiratoria, deshidratación, mal llenado capilar, frialdad de extremidades, hemorragia, y otros), signos y síntomas que sin tener evidencia de resultados de exámenes paraclínicos son de mucha utilidad para determinar la gravedad. Ante eventos agudos y en la emergencia hospitalaria, existen otros parámetros que en conjunto con mediciones objetivas laboratoriales permiten una aproximación más precisa al estado de gravedad y riesgo de mortalidad.

Entre las primeras aproximaciones al problema, la valoración del grado de afectación de unos pacientes y sus riegos de fallecer, están las observaciones procedentes del campo de medicina de adultos en relación con el incremento de la mortalidad en pacientes con fallo multiorgánico (FMO), en los cuales la mortalidad se correlaciona con el número de sistemas en fallo y se incrementa no en forma aditiva, sino en forma exponencial; ocho sistemas fisiológicos se evalúan en este método. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

Al detectar la presencia de uno o más órganos en falla indica la presencia de una enfermedad grave y con alto riesgo de mortalidad según el número de órganos involucrados.

La mortalidad pediátrica en menores de un año de edad que ingresaron a la

emergencia pediátrica del Hospital Escuela en el período de estudio y que presentaban más de un órgano o sistema en falla fue elevada (60%), mayor que la observada en un estudio previo con similares características al nuestro pero que incluyó un menor número de pacientes, cabe destacar que la edad con mayor mortalidad fueron los menores de 3 meses, y de estos los neonatos constituyeron el grupo más importante.

Es importante mencionar que tal como otros estudios lo han planteado el impacto de la lactancia materna sobre la disminución de la mortalidad en nuestro estudio a pesar de que el 50% de la población fue menor de tres meses, solo el 42.7% estaban recibiendo lactancia materna exclusiva. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001).

El lograr enfocar más los esfuerzos del sector salud sobre la necesidad de la lactancia materna reduciría la mortalidad en un 26%. Como se demostró, a diferencia de otros estudios publicados en América Latina, en los que la pobreza y otras condiciones maternas (adolescente, soltera, analfabeta, trabaja fuera del hogar), en este estudio no mostraron mayor relevancia. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

La importancia que tienen, en cambio, aquellos factores con el contacto al sistema de salud, como la detección de síntomas de riesgo de enfermedad grave, disminuiría la mortalidad en forma significativa, lo que es muy importante desde el punto de vista de Salud Pública para continuar capacitando al personal de áreas rurales y centros de salud sobre estos aspectos con el fin de evitar

que al ingreso al hospital el nivel de gravedad sea tal que amerite mayor complejidad terapéutica y tecnológica con la que en muchas ocasiones no contamos. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

Es importante agregar que el 62% de los pacientes son trasladados de otro hospital o centro asistencial y en la mayoría la forma de transporte es inadecuada. Los avances actuales en la medicina del transporte, con una nueva tecnología y la presencia del personal capacitado para responder a las necesidades de los pacientes durante su transporte a centros de tercer nivel, ha mejorado el pronóstico de los pacientes en condición crítica.

En nuestros estudios, los niños que provienen de la zona rural son los que tienen mayor riesgo de morir y consideramos que el transporte inadecuado contribuyó a una elevada mortalidad. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

El desarrollo de la búsqueda sistemática de falla orgánica viene a reforzar una vez más que la proyección clínica y terapéutica debe intervenir en forma oportuna para lograr una mayor supervivencia. Tal como se ha planteado en otros estudios, la falla de cuatro órganos o más es una complicación que requiere una infraestructura intrahospitalaria más compleja, que responda a las necesidades de un paciente críticamente enfermo. (Enrique Ruiz - Delgado, 2001)

Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años (mortalidad en la niñez) y en la mortalidad de niños y niñas menores de un año (mortalidad infantil). Igualmente

importantes han sido los logros en la vacunación contra el sarampión de niños y niñas menores de un año. (MILENIO, 2010)

Igualmente importantes han sido los logros en la vacunación contra el sarampión de niños y niñas menores de un año.

Lo propio ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil, que experimentó durante el mismo período una reducción de 12 pp. a un promedio anual de 0.8 pp. El logro de la meta de doce puntos para 2015 es igualmente improbable, ya que habría que reducir la tasa de mortalidad infantil en un poco más de la mitad. En el quinquenio 2001-2006, la tasa de `mortalidad infantil fue de veintitrés puntos.

Los logros obtenidos de la meta han sido el resultado de avances institucionales en la atención las madres y a los niños y niñas menores de cinco años. Mayores logros se han visto obstaculizados por una amplia gama de limitantes estructurales, tales como la pobreza de los hogares, el bajo nivel educativo de las madres de los hogares de bajos ingresos, la desnutrición, el área de residencia (urbana o rural), la deficiente cobertura hospitalaria y la calidad de los servicios de atención sanitaria y hospitalaria en estas últimas y la gama de enfermedades respiratorias e intestinales que arrebatan la vida a los niños y niñas menores de cinco años. (MILENIO, 2010)

Como han observado correctamente las Naciones Unidas, la mortalidad en la niñez es un indicador relevante del nivel de desarrollo social de un país; refleja la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de

la población particularmente, de las madres, los niños y las niñas, así como de la situación nutricional de los mismos (Naciones Unidas, 2010, Cap.VI: 5).

Se trata de una reducción de dieciocho puntos a un promedio anual de 1.2 puntos; a este ritmo es poco probable que se logre la meta al año 2015 de 16 por cada mil nacidos vivos. Uno de ellos es el relativo a la desnutrición y a los problemas derivados de las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, pues por cuatro décadas, diez niños o niñas de uno a cuatro años de edad fallecieron debido a desnutrición, afecciones respiratorias e infecciones intestinales. (MILENIO, 2010)

Las afecciones respiratorias e intestinales han sido igualmente reconocidas a nivel mundial como causas fundamentales de la mortalidad de la niñez, el 43% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años a escala mundial fueron atribuidas a enfermedades como la neumonía, la diarrea, la malaria y el sida. (MILENIO, 2010)

Los niños y niñas del quintil de ingresos inferior y segundo -que son los más pobres- tienen dos y media veces más riesgo de morir en la infancia que los que pertenecen al quintil superior de ingresos. Como es fácil imaginar, el nivel de ingresos del hogar es determinante a la hora del acceso a alimentos y a los servicios de salud materno-infantil.

Los niños y niñas menores de cinco años de madres sin educación tienen casi tres veces más riesgo de morir que los niños y las niñas de madres que tienen educación secundaria y superior; el área de residencia es también relevante.

(MILENIO, 2010)

Los niños y niñas menores de cinco años que vienen de áreas rurales tienen una y media veces más riesgo de morir que sus padres que viven en la zona urbana; en un país como Honduras todavía existe una gran brecha en el acceso a todo tipo de servicios públicos entre el área rural y el área urbana.

En este contexto, la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades causantes de la mortalidad en la niñez colocan a los niños de ambos sexos del área rural en una clara situación de desventaja social.

Visto en términos territoriales, los departamentos que tienen los mayores niveles de población rural son, en consecuencia, los que presentan las tasas de mortalidad en la niñez más alta; lo propio ocurre en términos de la mortalidad en niños y niñas menores de un año (mortalidad infantil).

Copán, La Paz, Lempira y El Paraíso – demarcaciones territoriales con más población rural- son, por lo tanto, los departamentos que tienen las mayores En cambio, son los departamentos de Francisco Morazán y Cortes, a los cuales pertenecen Tegucigalpa y San Pedro Sula, los principales centros urbanos del país, los que tienen las tasas más bajas de mortalidad en la niñez y en la infancia.

Es así que los niños y niñas menores de cinco años que viven en Copán tienen tres veces más de riesgo de morir que los que viven en San Pedro Sula. (MILENIO, 2010)

En este sentido, hay que destacar la estrategia denominada Reducción

Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (Ramni), bajo la cual se está trabajando en la actualización de las normas y protocolos para reducir las mismas.

También se ha diseñado un marco normativo favorable para la salud infantil integrado por:

I) La política de seguridad alimentaria y nutricional con su plan estratégico

II) La política nacional de nutrición

III) La política nacional materno-infantil.

La reducción que experimentó la tasa de mortalidad infantil en el período considerado se debió principalmente al descenso en el componente posneonatal en el estrato de población de ingreso alto y no en los de ingreso medio y bajo. En este último estrato se incluyen las poblaciones indígenas y otros grupos sociales postergados.

La reducción de la tasa de mortalidad infantil se ha debido también al aumento de la atención de los partos institucionales, al mejoramiento de las normas técnicas aplicadas y al aumento de las atenciones de las mujeres embarazadas previo al parto. (MILENIO, 2010)

Entre las causas fundamentales de la mortalidad infantil en Honduras se mencionan las afecciones originadas en el período perinatal (63.5%), le siguen en importancia las malformaciones genéticas (18.5%) y la influenza, las neumonías (5.6%).

Comparadas con las causas de la mortalidad en la niñez, se constata que las

enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales tienen menos relevancia en este grupo de edad. (MILENIO, 2010).

Primeras diez causas de muerte en niños menores de un año en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2004

Causas según categorías de LC-OPS	%	% acumulado
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	63.5	63.5%
Malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99	18.5	82.0%
Influenza y neumonía (J10-J18)	5.6	87.6%
Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)	2.8	90.4%
Desnutrición y anemias nutricionales (D50-D53, E40-E64	2.7	93.1%
Enf. respiratorias agudas, no influenza y neumonía (J00-J06, J20-J2)	1.3	94.4%
Meningitis (A39, A87, G00-G03	0.8	95.2%
Insuficiencia respiratoria (J96)	0.5	95.7%
Septicemia (A40-A41)	0.4	96.1%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B20-B2)	40.4	96.5%
Resto de causas	3.5	1005

Fuente: Estadísticas, Secretaría de Salud, 2006.

IV. Metodología

- **Diseño metodológico**
- Tipo de estudio: estudio cuantitativo, descriptivo transversal
- Universo

Todas las muertes ocurridas en los menores de cinco años en el departamento de La Paz que ocurrieron durante el período de enero 2009 a diciembre de 2010.

- Cálculo del tamaño de la muestra:

Para el cálculo de la muestra se aplicó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N-1) + 0.25}$$

Donde

N es el tamaño de la población,

α es el valor del error tipo 1 = 5 % (0.05)

z es el valor del número de unidades de desviación estándar, con un intervalo de confianza del 95% (0.95), lo que equivale a un valor de z de 1.959963985,

p2 0.25 es el máximo valor de error estándar, esto es p = 0.5

n es el tamaño de la muestra; para esta investigación, la muestra poblacional es de 332 para los menores de un año y de 160 para el grupo de uno a cuatro años de edad.

- Método de muestreo

Es proporcional al tamaño de la población en estudio en el departamento de La Paz y estratificado por grupos de edad.

Período de estudio: los años 2009 y 2010

- Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Todos los menores de cinco años fallecidos en el departamento de La Paz durante el período de enero a diciembre de 2009 y 2010, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.

Exclusión

Todos los menores de cinco años fallecidos del departamento de La Paz, pero que murieron fuera del país durante el período de estudio.

Todos los menores de cinco años que murieron del departamento de La Paz pero que residen en el extranjero. (Se considerará residente en el extranjero todo menor de cinco años que tenga como mínimo seis meses de vivir en otro país).

Las muertes fueron captadas a través de búsqueda activa utilizando los instrumentos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad del menor de cinco años que son los siguientes:

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

- Protocolo de Investigación y Análisis de la mortalidad del menor de cinco años ocurridos en la comunidad. (IVM-6A)

- Muertes que ocurren en hospitales: a nivel hospitalario se utilizara la Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en menores de cinco años (IVM4)

- Protocolo de investigación y análisis de la muerte del menor de cinco años ocurridos en el Hospital IVM-6B, en la cual se incluyen aspectos relacionados con la atención y permite identificar oportunidades de mejora de la atención en la institución.

- Fuentes a nivel comunitario
- Reporte Estadístico de Defunción (RNP-INE) disponible en las oficinas de registro civil municipal en aquellos lugares a donde exista.
- Libro de registro de defunciones en las oficinas de registro civil municipal
- Oficialía Civil Departamental del Registro Nacional de las Personas
- Registros en cementerios
- Registros de la oficina municipal de cementerios.
- ONG y proveedores descentralizados.
- Oficinas de Ministerio Público en los lugares a donde exista.
- Libro de registro de levantamientos de la Policía.
- Consulta a informantes claves: alcaldes auxiliares, jueces de paz, parteras, colaboradores voluntarios, representantes de salud, monitoras de AIN-C, guardianes de salud y otros informantes que se puedan identificar en la comunidad.
- Fuentes a nivel hospitalario (públicos y privados):

- Censos diarios de salas.

- Libro de ingresos y egresos hospitalarios en las salas de internamiento

- Libro de defunciones en las salas

- Registro de defunciones hospitalarias

- Hoja de hospitalización en oficina de registros médicos (HC13)

- Expedientes clínicos

- Reportes del Sistema Informático Perinatal (SIP)

- Libro de entrega de cadáveres

- Registro de atenciones ambulatorias ATA

- Fuentes a nivel institucional no hospitalario: (CMI, cesamo, cesar)

-Registro de defunciones extrahospitalarias

-Listado de niños (LINVI)

-Listado de embarazadas (LISEM)

- Enfermeras auxiliares

- Enfermeras profesionales

-Médico asistencial

-Técnico de salud ambiental

-Informe presentado por voluntarios de salud, reuniones de voluntario monitoras de AIN-C

- Registro de atenciones ambulatorias ATA

Todas estas fuentes nos permitieron captar las muertes ocurridas en los menores de cinco años.

Sin embargo, ocurrieron casos que no estaban registrados en estas fuentes, lo

que amerita la búsqueda activa a nivel de medicina legal, registros de la Policía, cementerios y otros.

Asimismo, en aquellos casos en donde los registros de la defunción no estaban completos se procedió a localizar los familiares del fallecido de acuerdo con la dirección consignada en la fuente consultada. En los casos en que no se encontró por ninguna forma a los familiares, las fichas quedarán con los datos incompletos. El encuestador presento al equipo coordinador y supervisor un informe en el que expuso los motivos por los cuales la ficha no fue completada.

- Análisis e interpretación de los datos

El procesamiento de datos. Una vez obtenidos los registros de las muertes del menor de cinco años se procedió a la revisión y depuración de la base de datos en formato de Excel. Para el registro de los diagnósticos de la causa básica se utilizó la codificación conforme a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) décima edición, previo análisis de las mismas por expertos.

Al tener las bases de datos y depuradas se procedió a obtener frecuencia de cada una de las variables identificadas, posteriormente se realizó el análisis univariado y bivariado de los datos obtenidos.

Para el análisis se aplicaron cálculos estadísticos de medidas de frecuencia, proporciones y tasas de mortalidad.

Plan de análisis

Las variables mínimas a considerar en el procesamiento de los datos:

características de la persona, características de lugar, sitio de residencia, distancia a la unidad de salud y sitio de fallecimiento.

Para la identificación de las determinantes se deben considerar:

La causa médica de la muerte

Los determinantes no médicos de la muerte

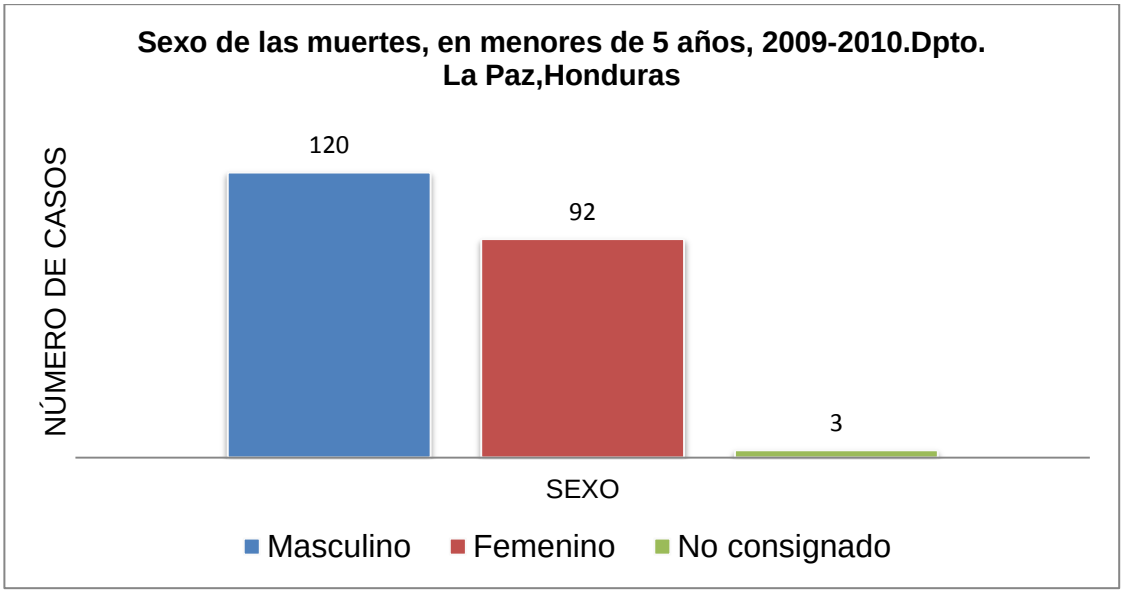
El procesamiento de los datos debe contribuir al monitoreo y evaluación de las estrategias de reducción de la mortalidad del menor de cinco años a través de la obtención del análisis univariado y bivariado que permita construir indicadores de resultado propuestos en la Guía de la Vigilancia de la Mortalidad del menor de cinco años.

Tasa de mortalidad neonatal, posneonatal

Tasa de mortalidad de uno a cuatro años

V. Resultados

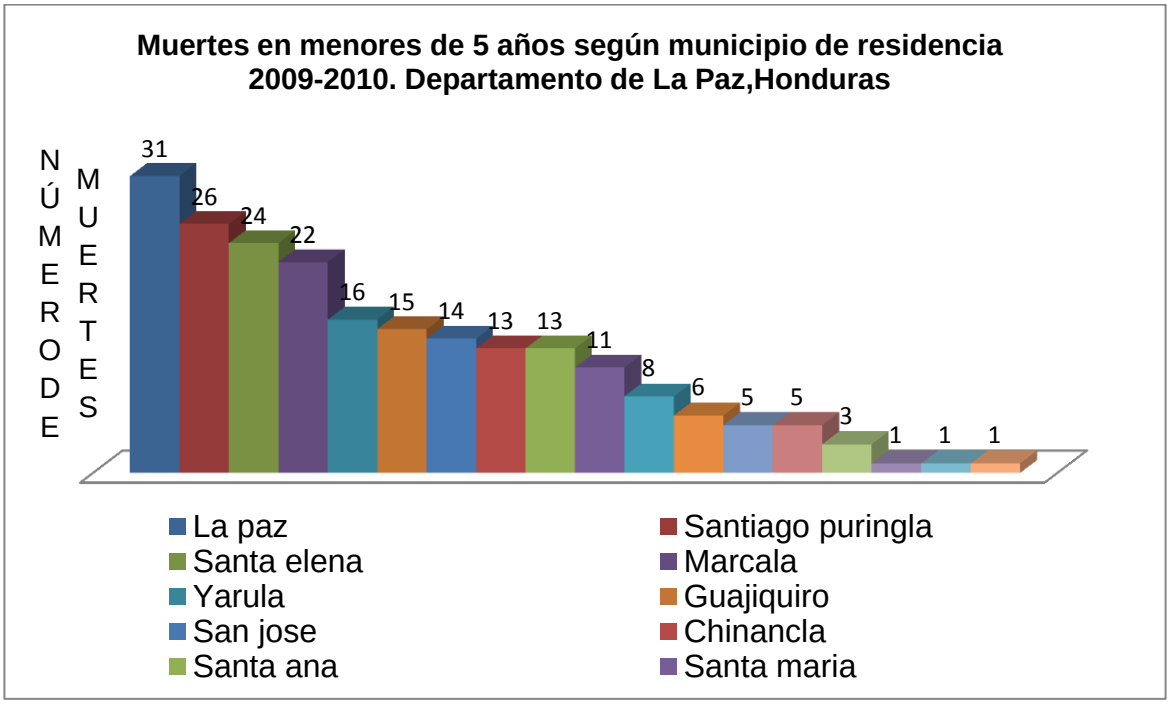
Gráfico 1



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

En cuanto a la mortalidad en menores de cinco años, por sexo, en el departamento de La Paz en el período 2009 – 2010, el estudio evidenció que 120 (55.8%) correspondieron al sexo masculino y 92 (42.8%) muertes al sexo femenino.

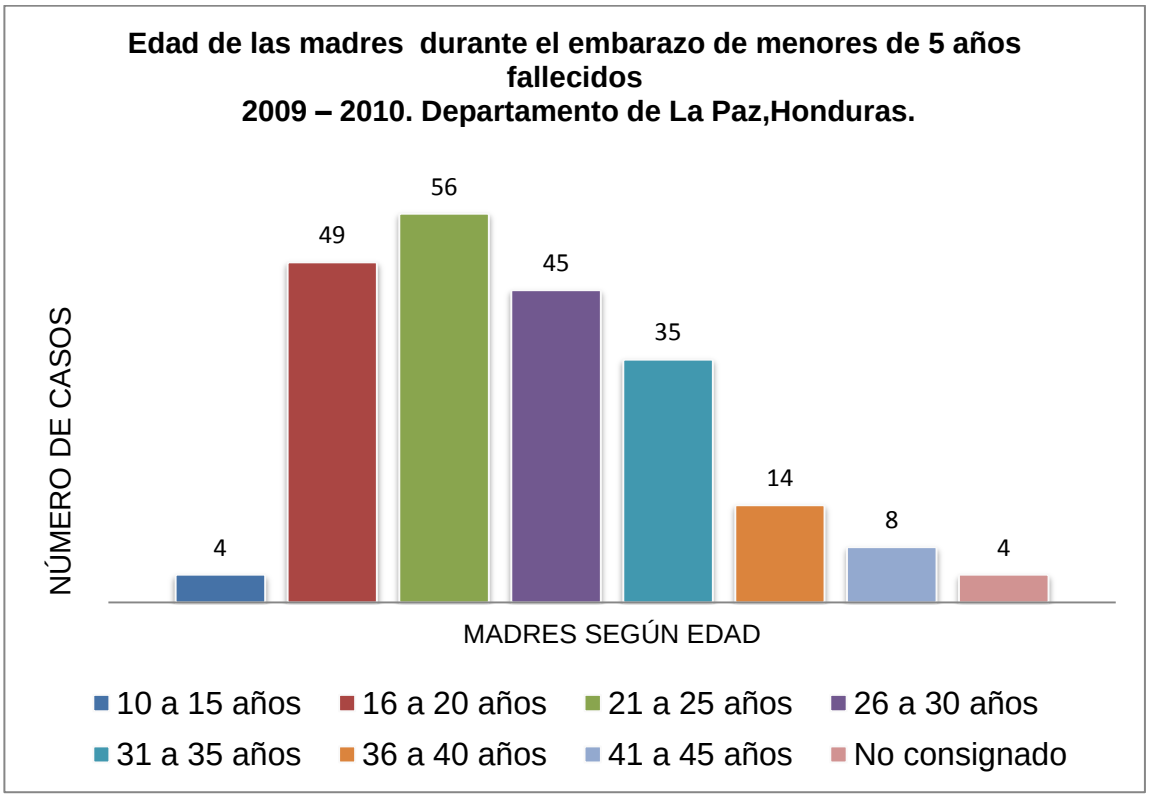
Gráfico 2



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

Los municipios en los que se reporta el mayor número de muertes en el departamento de La Paz son: La Paz con 31 casos (14.4%), Santiago Puringla 26 casos (12.1%), Santa Elena con 24 casos (11.2%) y Márcala 22 (10.2%)casos, Yarula 16 casos (7.4%), Guajiquiro15 casos (7.0%),San José 14 casos (6.5%), Chinancla 13 casos (6.0%), Santa Ana 13 casos (6.0%), Santa María 11 casos (5.1%), Opatoro 8 casos (3.7%), Aguanqueterique 6 casos (2.8%), Cabañas 5 casos (2.3%), San Pedro de Tutule 5 casos (2.3%), Cane 3 casos (1.4%).

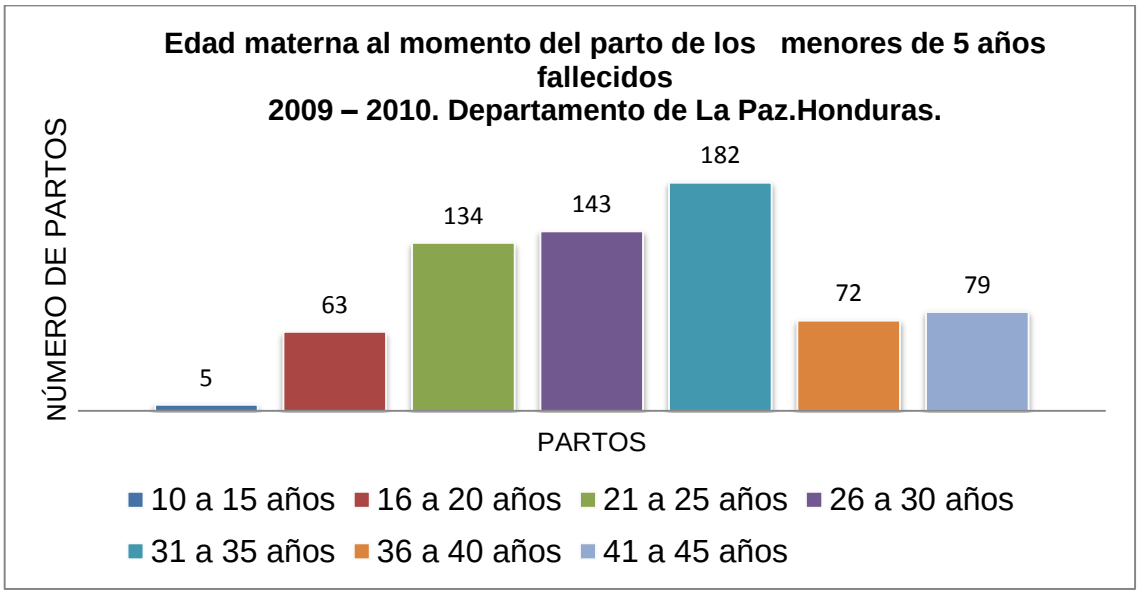
Grafico 3



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

En cuanto al grupo de edad de la madre, de los menores de 5 años fallecidos fue: de 10 a 15 años 4 (1.9%), 16 a 20 años 49 (22.8%) ,21 a 25 años 56 (26%), 26 a 30 años 45 (20.9%) ,31 a 35 años 35 (16.3%) ,36 a 40 años 14 (6.5%) ,41 a 45 años 8 (3.7%) y no consignado 4 (1.9%).

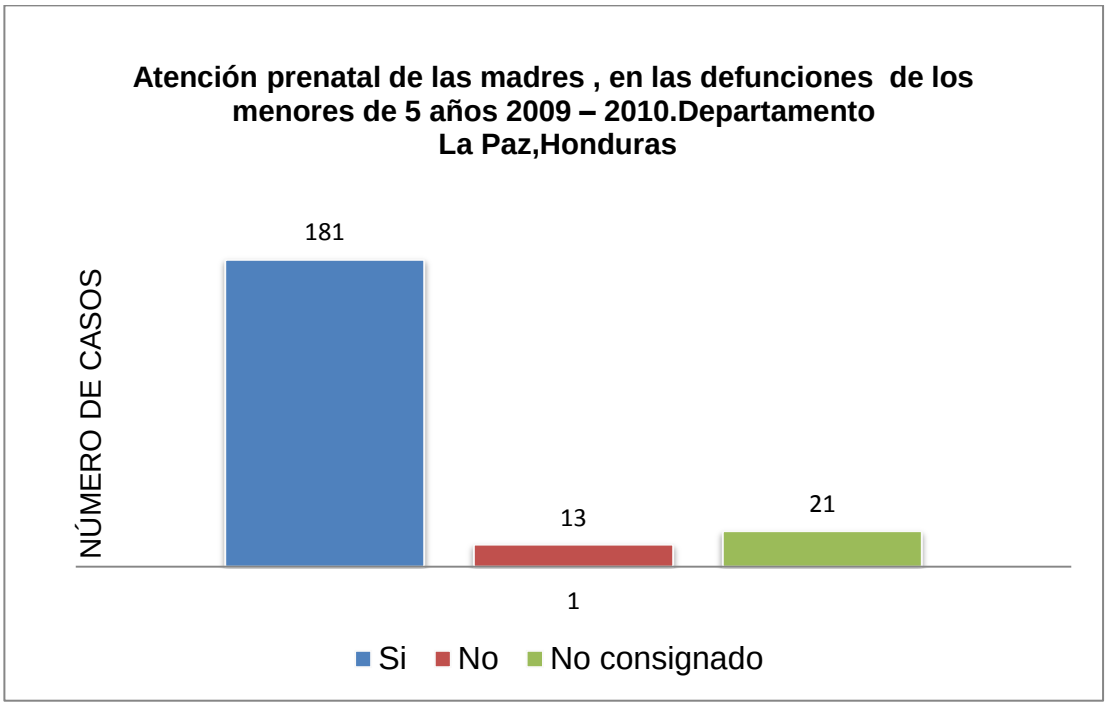
Gráfico 4



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

Los grupos de edad de madres al momento del parto, que fueron reportados como mortalidad en el menor de cinco años en el departamento de La Paz fue: 10 a 15 años 5 (0.7%),16 a 20 años 9.3% 63 (9.3%), 21 a 25 años134 (19.76%), 26 a 30 años 143 (21.1%), 31 a 35 años 182 (26.8%),36 a 40 años 72 (10.6%) y 41 a 45 años 79 (11.7%).

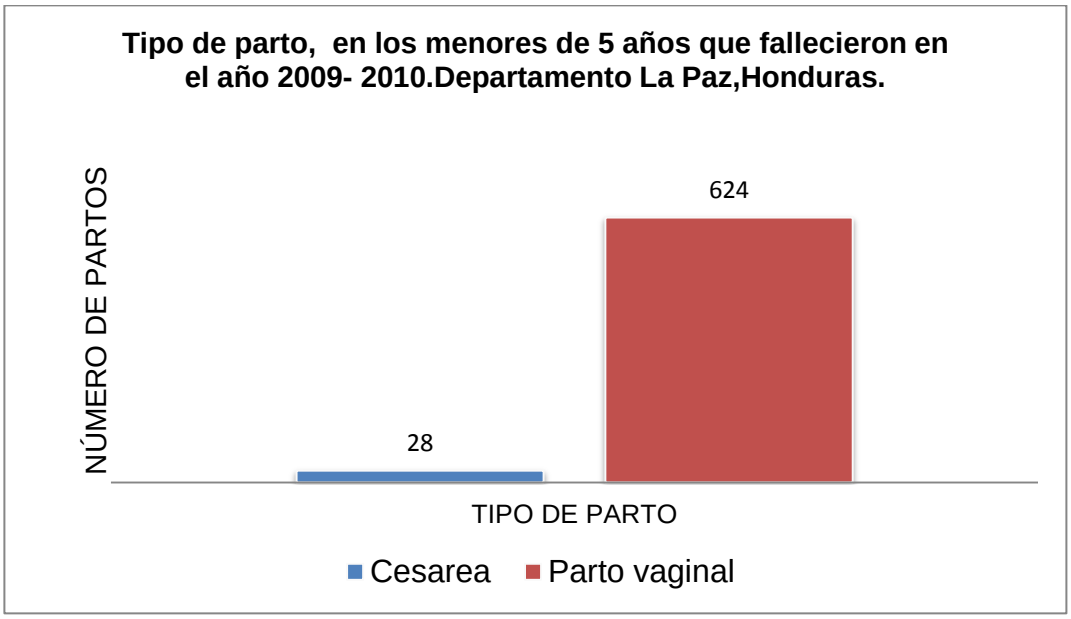
Gráfico 5



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

En cuanto a la atención prenatal de las madres, en las defunciones de los menores de cinco años se encontró que: un 181 (84.2%) informo haber recibido controles prenatales, el 21 (9.8%) no se consignó la información.

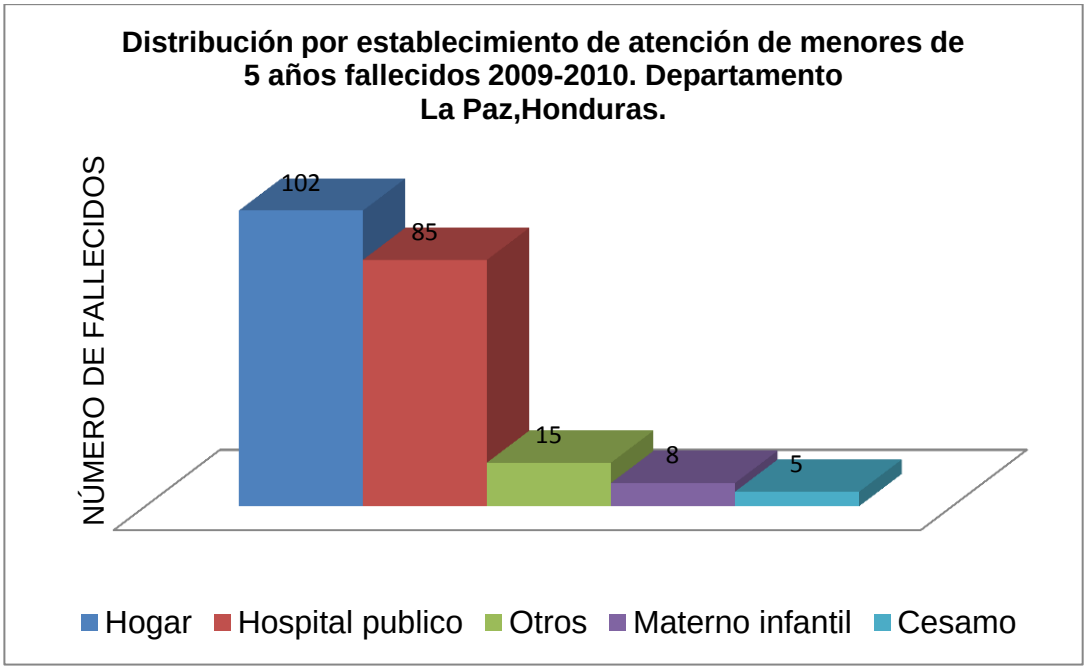
Gráfico 6



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

El tipo de parto más frecuente fue por vía vaginal en un 624 (95.7%) y por Cesárea 28 (4.3%) de los casos de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz durante los años 2009 – 2010.

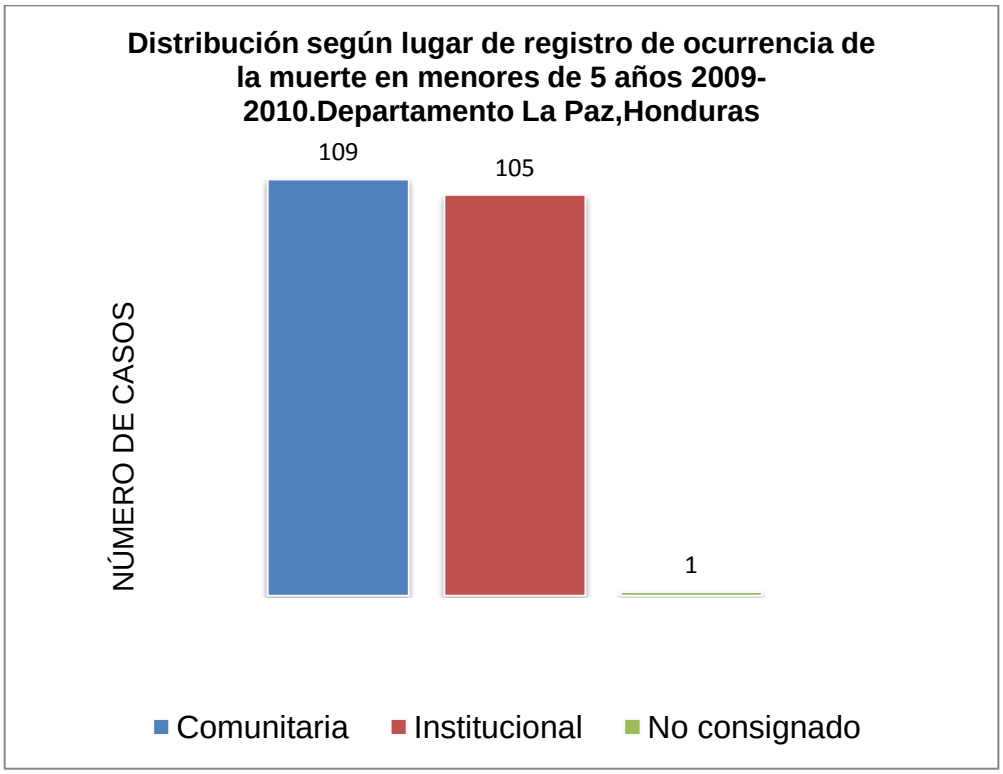
Gráfico 7



Fuente: Ficha de Vigilancia de la Mortalidad en menores de cinco años (IVM-4) 2009 y 2010 La Paz.

Las muertes que se registraron ocurrió en el Hogar 102 (47.4%), Hospital Público 85 (39.5%), Otros 15 (7.0%), Materno infantil 8 (3.7%) y cesamo 5 (2.3%).

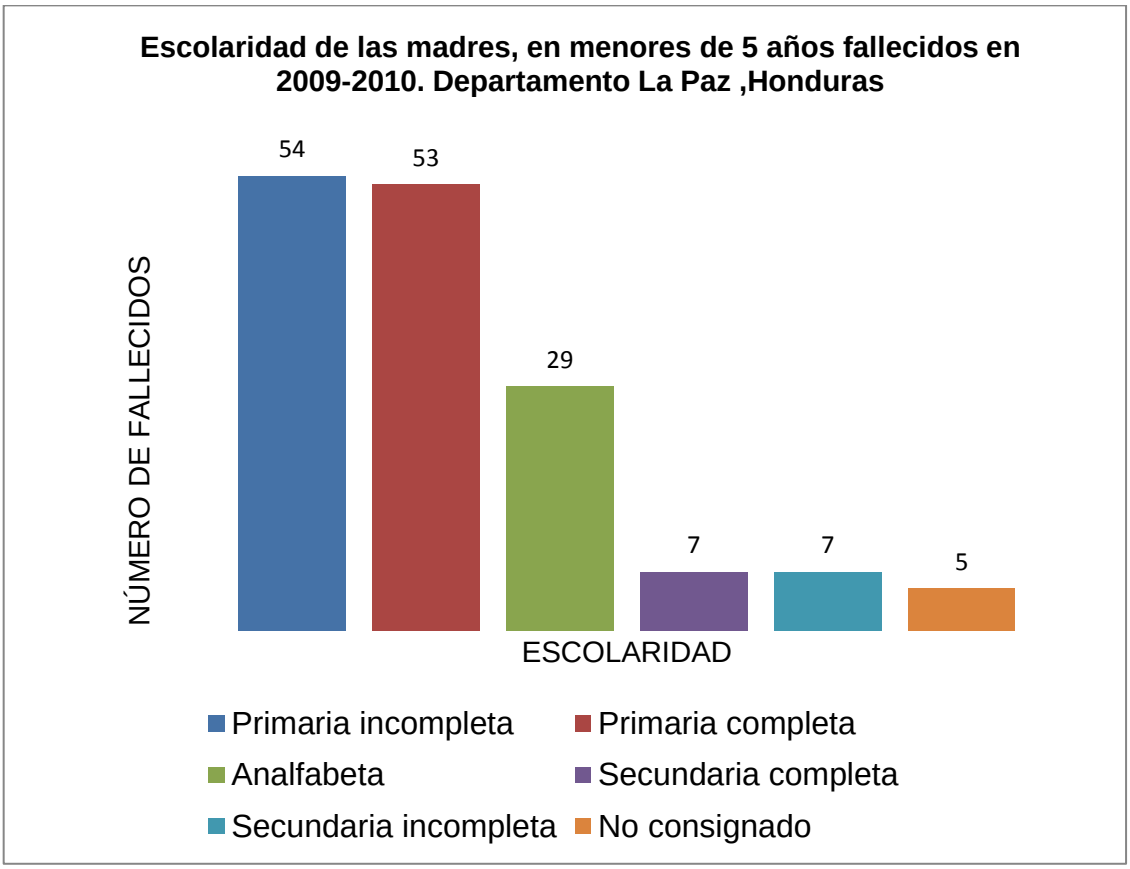
Gráfico 8



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

Se consignó en las muertes de menores de cinco años un porcentaje de109 (50.7%) ocurrieron en la comunidad y un 48.8%(105) a nivel Institucional, no consignado 1 (0,46 %) en el departamento de La Paz durante los años 2009 - 2010.

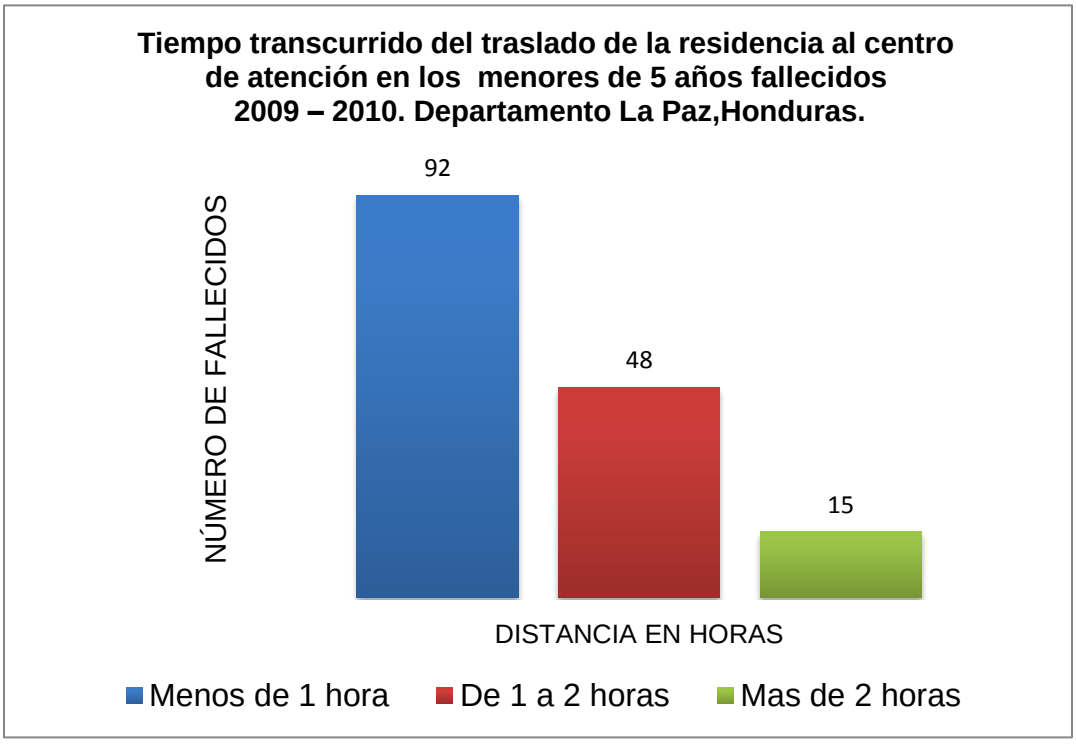
Gráfico 9



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

En cuanto a la escolaridad de las madres de los menores de cinco años fallecidos en los años 2009 – 2010 el estudio demostró que la escolaridad de la madre fue la siguiente: primaria incompleta 54 (34.84%), primaria completa 53 (34.19%), Analfabeta 29 (18.71%), Secundaria Completa 7 (4.52%), secundaria incompleta 7 (4.52%), no consignado 5 (3.23%).

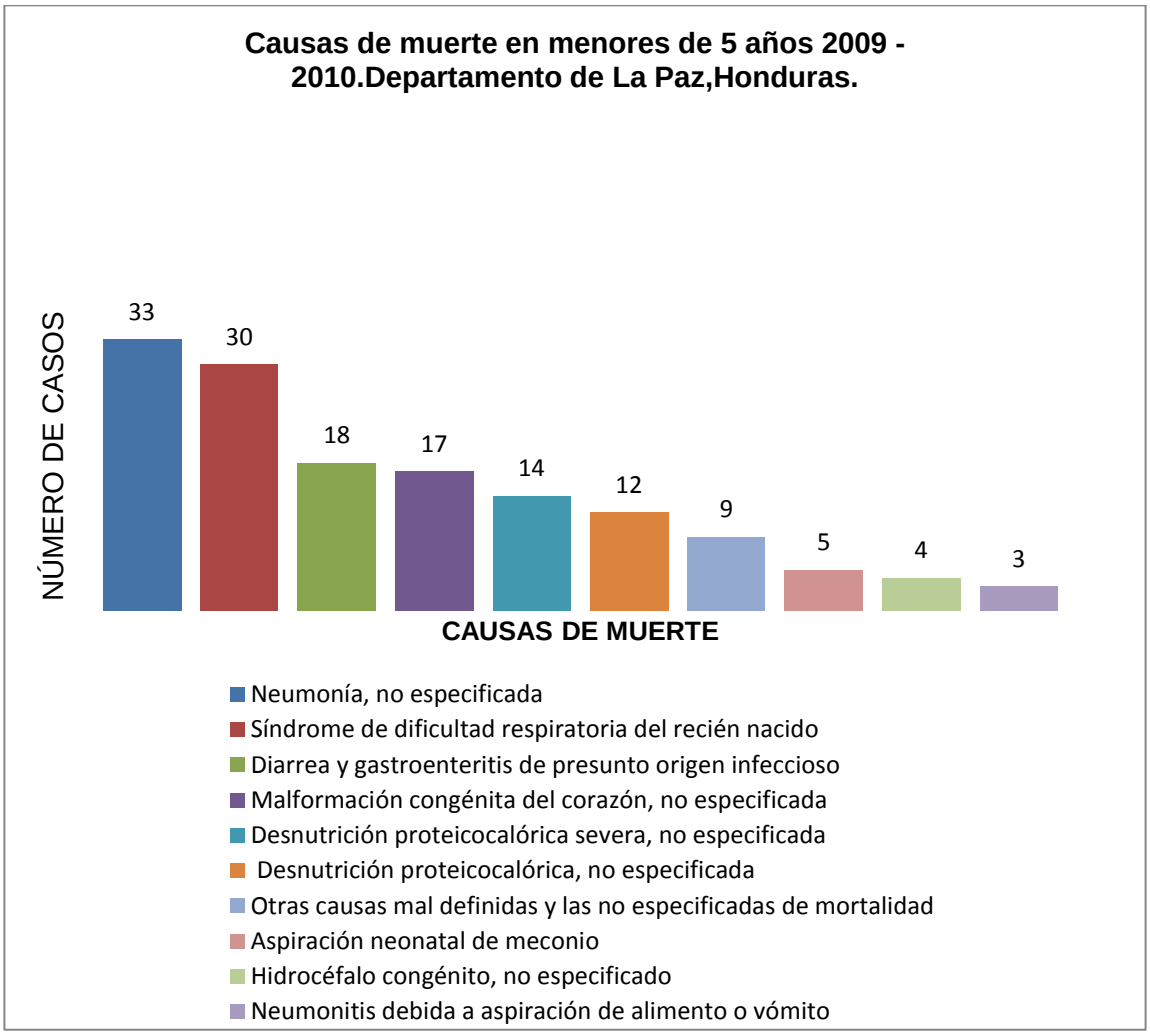
Gráfico 10



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

Observamos que los menores de cinco años fallecidos en el departamento de La Paz fueron trasladados al centro asistencial en: menos de una hora 92 (59.35%), de una a dos horas 48 (30.97%) y más de dos horas 15 (3.23%).

Gráfico 11



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras

Causa de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010 fueron por neumonía no específica 33 (15.3 %), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido 30 (14.0%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 18 (8.4%), malformación congénita del corazón no especifica 17 (7.9%), de desnutrición proteicocalórico severa no específica14 (6.5%), desnutrición proteicocalórica, no especificada 12 (5.58%).

Tabla 1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL AÑO 2009 EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, HONDURAS

EDAD DE FALLECIMIENTO	No. DE NACIDOS VIVO AÑO 2009	No. DE MUERTES AÑO 2009	TMI x 1000 (nacidos vivos)
NEONATAL TEMPRANA (0 – 7 DÍAS)	4412	33	7.5
NEONATAL TARDIA (8 – 28 DÍAS)	4412	6	1.36
POS NEONATAL (29 DÍAS – 11MESES,29 DÍAS)	4412	29	6.6
MORTALIDAD DE 1-4 AÑOS	4412	90	20.39
MORTALIDAD DEL MENOR DE CINCO AÑOS	4412	158	35.81

Fuente: Planificación de la Región Departamental de Salud de La Paz año 2009 y 2010

En el año 2009 en Departamento de La Paz, Honduras la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.5 por mil nacidos vivos, la posneonatal 6.6 por mil nacidos vivos y en la población de uno a cuatro años fue de 20.4 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad del menor de cinco años fue de 35.8 por cada mil nacidos vivos.

Tabla 2

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL AÑO 2010 EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, HONDURAS.

EDAD DE FALLECIMIENTO	No. DE NACIDOS VIVO AÑO 2009	No. DE MUERTES AÑO 2010	TMI x 1000 (nacidos vivos)
NEONATAL TEMPRANA (0 – 7 DÍAS)	4496	34	7.6
NEONATAL TARDÍA (8 – 28 DÍAS)	4496	12	2.7
POS NEONATAL (29 DÍAS – 11 MESES, 29 DÍAS)	4496	43	9.6
MORTALIDAD DEL MENOR DE CINCO AÑOS	4496	124	27.6

Fuente: Planificación de la Región Departamental de Salud de La Paz año 2009 y 2010

En 2010 en el Departamento de La Paz, Honduras la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.6 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad posneonatal fue de 9.6 por mil nacidos vivos y la tasa de uno a cuatro años fue de 27.6 por mil nacidos vivos.

Tabla 3

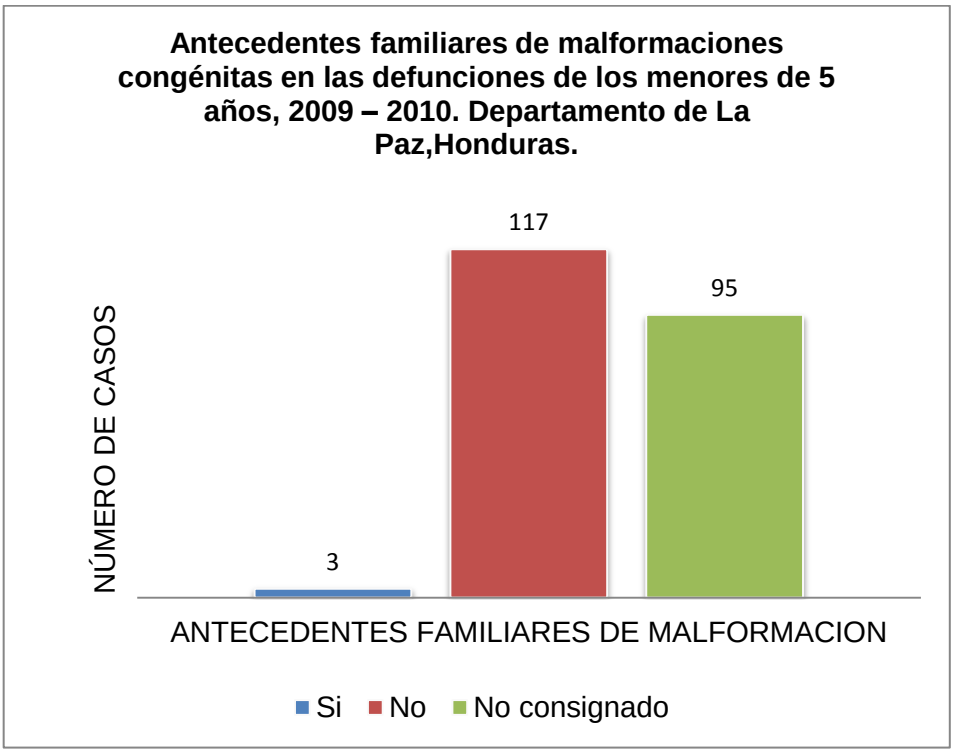
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL AÑO 2009 y 2010 EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, HONDURAS

EDAD DE FALLECIMIENTO	TMI x 1000 (nacidos vivos) 2009	TMI x 1000 (nacidos vivos) 2010
NEONATAL TEMPRANA (0 – 7 DIAS)	7.5	7.6
NEONATAL TARDIA (8 – 28 DIAS)	1.36	2.7
POS NEONATAL (29 DIAS – 11MESES,29 DIAS)	6.57	9.6
MORTALIDAD DEL MENOR DE 5 ANOS	35.81	27.6

Fuente: Planificación de la Región Departamental de Salud de La Paz año 2009 y 2010

La tasa de mortalidad temprana se mantuvo prácticamente igual en los años 2009 – 2010, en cambio la tasa neonatal tardía en el año 2010 se incrementó en un cien porciento con respecto al año anterior y la tasa mortalidad del menor de 5 años del 2010 bajo 8puntos porcentuales con respecto al del año 2009.

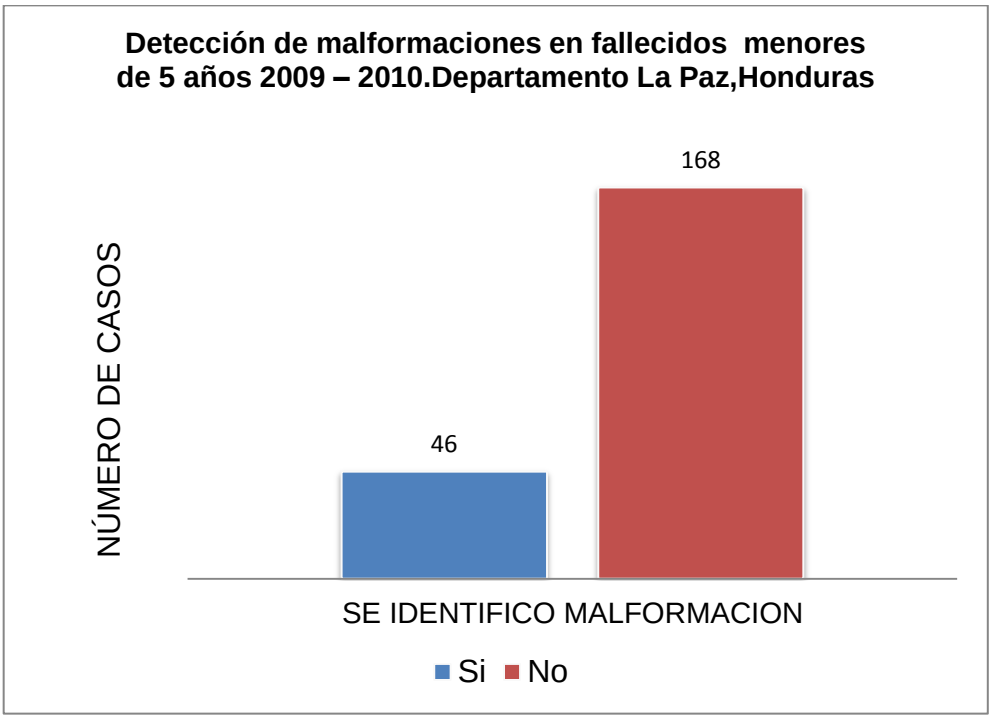
Gráfico 12



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras

Los antecedentes familiares de malformaciones congénitas en las defunciones de menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010, fueron de 3 (1.4%), no hubo reporte de malformación congénita en 117de los casos (54.4%), no se consignó este dato en 95 (44.2%).

Gráfico 13

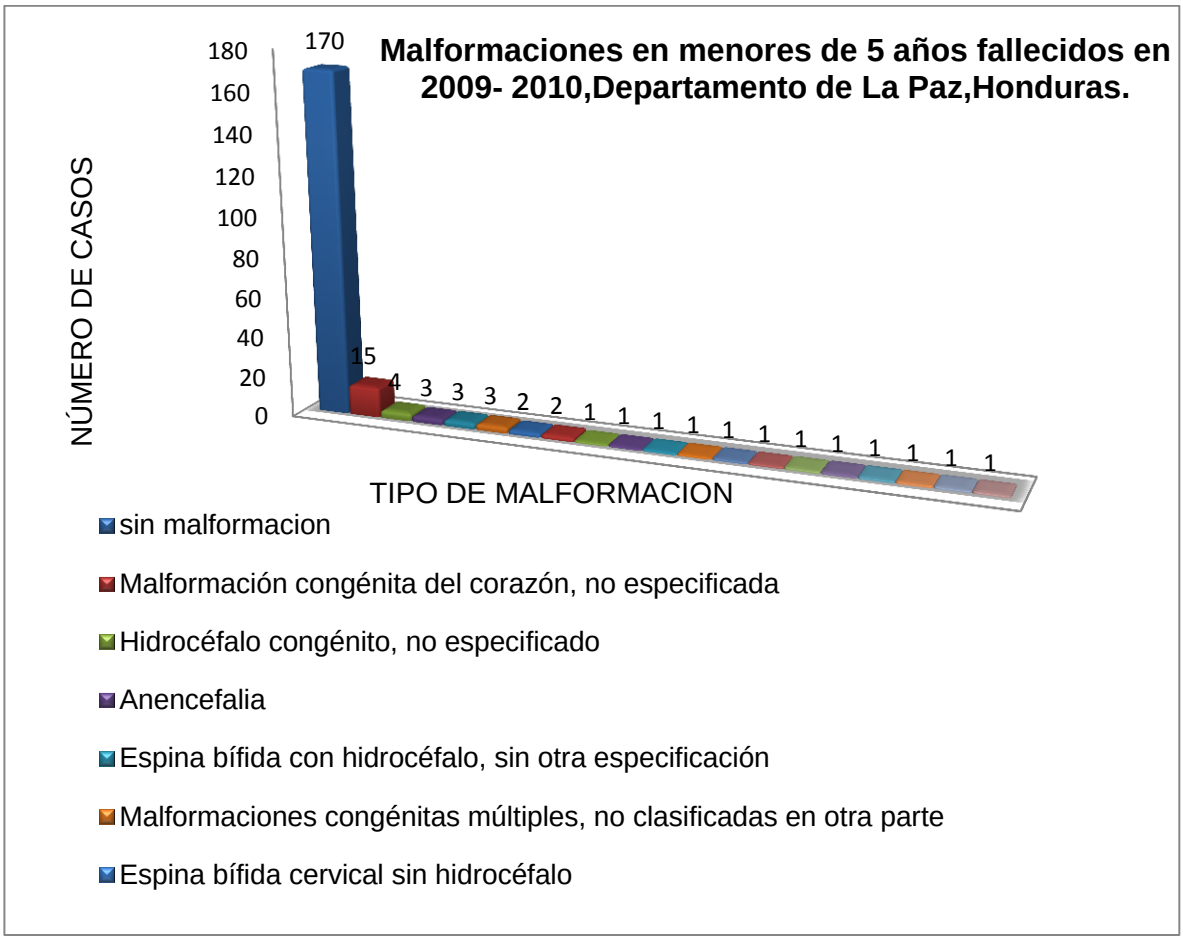


Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras

En la muerte de los menores de cinco años en el departamento de La Paz se reportó 168 (78.1%) no presentaron malformaciones congénitas y malformaciones congénitas 46 casos (21.4%).

.

Gráfico 14



Fuente: Caracterización y Actualización de las tasas de mortalidad del menor de 5 años .2009 – 2010 Honduras.

.

Las malformaciones que se detectaron en los menores de cinco años fallecidos en departamento de La Paz en 2009 – 2010 fueron: sin malformación 170 (79.1%), malformación congénita del corazón, no especificada 15 (7.0%), anencefalia 3 (1.4%), espina bífida con hidrocéfalo, sin otra especificación 3 (1.4%), malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte 3 (1.4%), espina bífida cervical sin hidrocéfalo 2 (0.9%), labio leporino (0.9% 2), defecto del tabique auricular 0.5%(1), estenosis congénita de la válvula aórtica 0.5%(1), atresia de las coanas 0.5%(1), fisura del paladar con labio leporino 0.5%(1).

VI. Análisis de resultados

- De los menores de cinco años que fallecieron en el departamento de la Paz en los años 2009 y 2010, la mayor proporción corresponde al sexo masculino con un 56% y un 43% en el grupo de niñas. Así como lo establecen estudios en otros países, es menor la mortalidad en el sexo femenino respecto al masculino, con diferencias que van de tres hasta diez puntos porcentuales entre uno y otro sexo. (Nolasco, 2009)

- La mayor proporción de las defunciones de los menores de cinco años corresponden a los siguientes municipios en el orden de mayor a menor procedencia: La Paz, Santiago Puringla, Santa Elena, Márcala, Yarula, Guajiquiro, San José, Chinancla, Santa Ana, Santa María, Opatoro, Aguanqueterique, Cabañas, San Pedro de Tutule, Cane, Lauterique, San Antonio del Norte y San Juan.

- En la atención prenatal de las madres de los menores de cinco años fallecidos se encontró que el 84.2% (181) informó haber recibido sus respectivos controles prenatales. Cabe destacar un porcentaje de 9.8% (21) en que no se consignó la información. En la literatura se respalda que las madres que recibieron menos de cinco controles o ninguno antes del parto son más propensas a sufrir muertes de sus neonatos; una atención de salud oportuna, eficiente y culturalmente pertinente, que no solo incluya medidas preventivas como vacunas e inmunizaciones, sino también la disponibilidad en la calidad de

control prenatal y atención especializada del parto (especialmente para disminuir la mortalidad neonatal). (CEPAL, 2005).

- La edad de la mujer en que ocurrió el embarazo de los menores de cinco años que fallecieron en el período 2009–2010 fueron las mujeres que estaban comprendidas entre las edades de 21 a 25 años que comprendió a 26% (56) seguido del grupo 16 a 20 años el 22.8% (49), 26 a 30 años el 20.9% (45), se puede observar que la edad no ha sido un factor determinante relacionado con la mortalidad del menor de cinco años.

- En 2009 la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.5 por mil nacidos vivos, la posneonatal 6.57 por mil nacidos vivos y en la población de uno a cuatro años fue de 20.4 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad del menor de cinco años fue de 35.81 por cada mil nacidos vivos.

- Para el año 2010 en el departamento de La Paz se obtuvieron los siguientes resultados: la tasa de mortalidad neonatal fue de 7.6 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad posneonatal fue de 9.6 por mil nacidos vivos y la tasa de uno a cuatro años fue de 27.6 por mil nacidos vivos. Estas tasas son más altas que las tasas nacionales reportadas para el año 2009 y la tasa uno a cuatro años de 2010 disminuyo en 8.2 por cada mil nacidos vivos en el 2009 (ESTADÍSTICA, 2013) .

- En relación con las causas de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010 fueron: neumonía no específica 15.3%(33), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido

14.0% (30), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 8.4%(18), malformación congénita del corazón no específica 7.9%(17), desnutrición proteicocalórica severa no específica 6.5%(14), desnutrición proteico calórica no especificada 5.58% (12), Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad 4% (9), Aspiración neonatal de meconio 2.3% (5), hidrocéfalo congénito, no especificado 2% (4) y Neumonitis debida a aspiración de alimento o vómito 1.4% (3), haciendo la comparación con los datos obtenidos, las afecciones respiratorias e intestinales han sido igualmente reconocidas a nivel mundial como causas fundamentales de la mortalidad de la niñez, el 43% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años a nivel mundial fueron atribuibles a enfermedades como la neumonía, la diarrea, la malaria y el sida. (MILENIO, 2010)

- Las malformaciones que se detectaron en la muerte de menores de cinco años en departamento de La Paz en 2009 – 2010 fueron: la proporción de niños con malformación congénita del corazón, no especificada fue de (7.0%), anencefalia (1.4%), espina bífida con hidrocéfalo, sin otra especificación (1.4%), malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte (1.4%), espina bífida cervical sin hidrocéfalo (0.9%), labio leporino (0.9%), defecto del tabique auricular (0.5%), estenosis congénita de la válvula aórtica (0.5%), atresia de las coanas (0.5%), fisura del paladar con labio leporino (0.5%) lo que representa en sumatoria de 21% de malformaciones congénitas. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

corresponden a (5,4%). Las primeras causas de mortalidad de población en etapa neonatal en la Región Cusco, Perú corresponden a ciertas afecciones originadas en el período perinatal (52.3%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9.9%). (Chile, 2003)

- Las muertes que se registraron de menores de cinco años que ocurrieron en el hogar fue de 47.4% (102) y en el hospital público en 39.5% (85) contrario a lo expuesto en la literatura la cual reporta que el 72.7% de los casos fallecen a nivel hospitalario. (Leticia Meza-Fallas, 2010).

- La escolaridad de las madres de los menores de cinco años reportados como fallecidos en los años 2009 – 2010 el estudio demostró que 34.84% (54) tuvieron educación primaria incompleta y el 34.19% (53) educación primaria completa; en el 18.71% (29), no se registró educación superior; este indicador sí parece ser un factor determinante en lo que se relaciona a la mortalidad del menor de cinco años y es congruente con la sustentación bibliográfica que refiere que a menor grado de escolaridad mayor la probabilidad de mortalidad infantil , los riesgos para los hijos de madres con cero a tres años de estudios comparados con los de aquellas que tienen una escolaridad mayor de siete años oscilan entre un 40% (Guatemala y Chile) y un 160% (Honduras). (Ana María Oyarce, 2009)

VII. Conclusiones

- En ambos años el sexo más frecuente de los menores fallecidos fue el Masculino de un total de 215 menores de cinco años fallecidos.
- Los grupos de edad en los que se reportó el mayor número de muerte fueron posneonatal seguido de neonatal temprano y el último lugar el de uno a cuatro años de edad.
- En cuanto a los municipios que encabezan las muertes en los menores de cinco años en el departamento de La Paz en el 2009 y 2010 son el municipio de La Paz, Santiago Puringla, Santa Elena y Márcala.
- Las causas más frecuentes de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010 fueron en el siguiente orden: neumonía no específica, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, malformación congénita del corazón no específica, desnutrición proteicocalórico severa no específica y sepsis bacteriana del recién nacido no específica.
- Las muertes en menores de cinco años en relación a grupo de edad materna en que ocurrió el embarazo, se presentaron con más frecuencia entre los veintiún a veinticinco años seguido de dieciséis a veinte años a continuación el grupo de veintiséis a treinta años y por último el de treinta y uno a treinta y cinco años.
- La edad de las madres al momento del parto en los menores de cinco

años reportados como fallecidos en el departamento de La Paz fueron de treinta y uno a treinta y cinco años, veintiséis a treinta años y de veintiuno a veinticinco años.

- Los antecedentes familiares de malformación en las muertes de menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010 fue de 1.4%; sin embargo, no se consignó este dato en un porcentaje de 44.2% (95).
- La atención prenatal de las madres de los menores de cinco años fallecidos recibieron sus controles prenatales; cabe destacar un pequeño porcentaje de 9.8% en que no se consignó la información.
- Las muertes que se registraron en los menores de cinco años en el departamento de La Paz ocurrieron básicamente en el hogar.
- Las causas de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz en los años 2009 – 2010 fue la neumonía no específica, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, malformación congénita del corazón no específica, desnutrición proteicocalórico severa no específica y sepsis bacteriana del recién nacido no específica.
- Continúa prevaleciendo el parto por vía vaginal en los casos de muerte en menores de cinco años en el departamento de La Paz durante los años 2009–2010.
- Las muertes que se registraron en los menores de cinco años durante el

periodo 2009-2010 en el departamento de La Paz ocurrieron en el hogar seguido del hospital público, clínica materna infantil, cesamo en ese orden de mención.

- En cuanto a la escolaridad de las madres de los menores de cinco años reportados como fallecidos en los años 2009–2010 el estudio demuestra que la mayoría tenían educación primaria incompleta seguida de educación primaria completa, y educación superior en ninguno de los casos, pudiendo concluir que la escolaridad de la madre influye directamente en la mortalidad del menor de cinco años.
- Los menores de cinco años fallecidos en el departamento de La Paz, fueron trasladados en menos de una hora al centro médico asistencial de su localidad y un número menor se tardaron entre una y dos horas.

VIII. Recomendaciones

- Investigar las causas de mortalidad en los grupos de edades neonatales tempranas y posneonatales, ya que es el grupo de edad donde se reportó el mayor número de muertes.
- Implementar la supervisión, monitoreo y evaluación de la calidad del control prenatal en los diferentes niveles de atención.
- Elaborar planes estratégicos para intervenir las causas de mortalidad neonatal y posneonatal los cuales sean sujetos a evaluaciones periódicas.
- Capacitación continua de los recursos humanos en atención prenatal, natal y posnatal de los cesamos de los municipios de La Paz, Santiago Puringla, Santa Elena y Márcala para mejorar la calidad de atención médica y minimizar las muertes en los menores de cinco años.
- Realizar investigaciones para conocer las razones por las cuales las muertes en menores de cinco años la mayoría ocurrió en los hogares y de esta manera crear las estrategias para impedir que esto continúe suscitándose.
- Aplicar evaluaciones periódicas de los instrumentos aplicados para obtener esta información, ya que hay datos que no se están consignando.
- La plataforma sociocultural puede servir de base para fortalecer la

atención del menor de cinco años desde la concepción hasta haber logrado vencer los factores de riesgo propios de su edad y entorno, en donde se recomienda el involucramiento de la familia y la comunidad.

IX Bibliografía

Perfil de Pais Honduras. (2003). *Boletin Epidemiologico,vol.24,No 1,Marzo 2003*.

Aguilar, C. R. (2001). *Equidad y Salud Materno - Infantil en Honduras.* Washington, D.C.: OPS.

AMÉRICAS, S. E. (2007). Colombia. *Volume II,Paises*, 211 - 241.

AMÉRICAS, S. E. (2007). Honduras. *Volumen II, Paises*, 253 - 468.

Ana María Oyarce, B. R. (2009). Mortalidad infantil y en la niñez de América LatinaLatina: Inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. *Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadistica de salud*, 5 - 41.

Ceballos, M. B. (1997-2002). *MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CAUSAS DE MUERTE.REPUBLICA ARGENTINA 1997-2002.* Tucumán.

CELADE. (2011). *MORTALIDAD.* Santiago, Chile: CEPAL.

CEPAL. (2005). La mortalidad en América Latina: una trayectoria. *Mortality*, 9 - 26.

Chile. (2003). *http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=70&Itemid=259*.

Cuba, R. d. (2005). *http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_192.htm#Top*.

Diana Alarcón, M. R. (2007). *Los retos para medir la mortalidad infantil con registros civiles incompletos.* Washington, D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

Enrique Ruiz - Delgado, M. M. (2001). MORTALIDAD PEDIÁTRICA; PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD. *Honduras Pediatriva*, 4,10.

ESTADÍSTICA, I. N. (2013). *ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDESA 2011-2012.* Tegucigalpa: MEASURE DHS.

Foschiatti, A. M. (Enero - Junio 2011). Mortalidad Infantil. *Igunne*, 1- 22.

Giachetto, G. (2010). Mortalidad infantil en Uruguay:una mirada crítica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 139 - 140.

Grajeda Ancca Pablo Fidel M.D, M., & M.D., G. C. (2008). *Análisis de Situación de Salud Cusco 2007.* Cusco: MINSA.

Honduras. (2011). *www.paho.org/spanish/sha/prflhon.htm*. Obtenido de www.paho.org/spanish/sha/prflhon.htm: www.paho.org/spanish/sha/prflhon.htm

INE, I. N. (2011). *Informe de Avance Fisico y Financiero.* Tegucigalpa, M.D.C: GOBIERNO DE HONDURAS SECRETARIA DE FINANZAS.

Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, M. O.-G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México, 53*, 243 - 253.

Leticia Meza-Fallas, G. B.-B. (2010). Caracterización de la mortalidad infantil en el cantón de Paraíso y el distrito de Cervantes,año 2009. *Enfermería en Costa Rica, Vol 31*(1), 8.

MILENIO, O. D. (2010). *Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.* Tegucigalpa: Sistema de las Naciones Unidas en Honduras.

MSPAS. (2007). El Salvador. *SALUD EN LAS AMÉRICAS*, 319 - 339.

Nolasco, D. C. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en.* Panamá: OPS.

OMS. (2012). *http//www.who.int/mediacenter/factsheets/fs178/es/*. Obtenido de http//www.who.int/mediacenter/factsheets/fs178/es/: http//www.who.int/mediacenter/factsheets/fs178/es/

OPS. (2011). *Perfil de salud de la niñez.* Asunción,Paraguay: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial.

OPS. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012.* Ginebra: OPS.

OPS/OM. (2010). *Estrategias OPS/OMS de cooperación en los países.* Recuperado el Mayo de 2012, de Oficina de País OPS/OMS: http://www.who.int/countries

OPS/OMS. (2006). Obtenido de Oficina de País OPS/OMS: http://who.int/countries/hnd/es/

Panamá, G. S. (2005). *II INFORME DE PANAMÁ SOBRE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.* Panamá: Sistema de Naciones Unidas en Panamá.

SALUD, D. G. (2010). *MORTALIDAD EN MÉXICO 1990-2010.* Mexico,D.F.

Yehuda Benguigui, J. C. (2008). *AIEPI en las AMERICAS.* Washington,D.C.: OPS.

X. Anexos

Variable operativa

Variables dependientes

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
Muerte del menor de cinco años	Se define como la muerte de un niño una vez ocurrido el nacimiento hasta los cuatro años once meses y veintinueve días de edad, independiente de la causa de la defunción.	Variable cualitativa dicotómica Sí No	Nominal	No. %
Muerte Neonatal	Muerte entre los nacidos vivos durante los	Variable cualitativa dicotómica Sí	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
	primeros veintiocho días completos de vida.	No		
Muerte Neonatal temprana	Defunciones entre los nacidos vivos que ocurren en los primeros siete días de vida	Variable cualitativa dicotómica: Sí No	Nominal	No. %
Muerte Neonatal Tardía	Defunciones que ocurren después del séptimo día pero antes de los veintiocho días completos de vida	Variable cualitativa dicotómica: Sí No	Nominal	No. %
Muerte pos-	Defunciones	Variable cualitativa	Nominal	No.

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
neonatal	después de los veintiocho días hasta cumplir el año de vida.	dicotómica: Sí No		%
Muerte Infantil	La muerte de un niño (a) ocurrida en la edad comprendida entre cero y once meses veintinueve días.	Variable cualitativa dicotómica: Sí No	Nominal	No. %
Muerte de un a cuatro años	Defunciones que ocurren una vez cumplidos el primer año de vida hasta los cuatro	Variable cualitativa dicotómica Sí No	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
	años once meses y veintinueve días, (12 – 59 meses)			
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	V. Cuantitativa	Escalar	No. %
Raza	Características externas de piel que diferencian los grupos poblacionales.	V. Cualitativa politómica Blanco Negro Asiático	Nominal	No. %
Grado de escolaridad de la madre	Se refiere a los niveles de estudios aprobados y reconocidos por el	V. Cuantitativa dicotómica primaria secundaria Universitaria	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
	sistema educativo nacional en el nivel escolar, diversificado y universitario	Completa - incompleta Ninguna		
Ocupación de la madre	Labor a la que se dedica actualmente la madre del niño fallecido.	V. Cualitativa politómica Profesión Ocupación Oficio	Nominal	No. %
Dirección	Lugar donde habitualmente residía el niño menor antes de su fallecimiento.	V. Cualitativa: politómica Departamento Municipio Aldea Barrio/colonia	Nominal	No. %
Fecha de la muerte.	Es la fecha del calendario en que falleció el niño.	V. Cuantitativa Día Mes	Escalar	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		Año		
Hora de la muerte	Es la hora del día en que falleció el niño. La anotación se hará en forma militar, ejemplo: 03:35 P.M. en forma militar se escribe de la siguiente manera: 15:35 horas.	V. Cuantitativa Hora Minutos	Escalar	No. %
Semana epidemiológica en que ocurrió la muerte	Es la agrupación de las semanas del calendario para fines epidemiológicos.	V. Cuantitativa Semanas	Numérica	No. %
Institución	Es el tipo de	V. Cualitativa: politómica	Nominal	No.

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
donde se brindó la atención médica	establecimiento de salud según complejidad dentro de la red de establecimientos públicos y privados donde se brinda atención médica.	Hospital cesamo/cesar Clínica Materna infantil Hospital o clínica privada		%
Lugar de ocurrencia de la muerte	Ubicación geográfica del territorio nacional donde aconteció la defunción	V.Cualitativo politómica Departamento Municipio Aldea Barrio/colonia	Nominal	No. %
Causas de la defunción	Son las diferentes enfermedades, estados morbosos	V. Cualitativa politómica A B	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
	o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones	C D		
Clasificación de la muerte	Es la clasificación de la muerte de acuerdo con grupos de edad, lugar de ocurrencia.	V. Cualitativa politómica A, B, C	Nominal	No. %
Clasificación del caso	Es el termino final de cómo se	V. Cualitativa politómica Clasificación del caso	Nominal	No.

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
	clasifica la muerte después del respectivo análisis.	Conclusión del comité Causas de la muerte		%
Tiempo de estancia hospitalaria	Es el tiempo que el niño estuvo hospitalizado en cualquiera de las salas.	V. Cualitativa cuantitativa Días Horas	Escalar	No. %
Manejo hospitalario del caso	Son todas las actividades que se detectaron y realizaron a nivel hospitalario en la atención del niño al momento de ser recibido con referencia.	V. Cualitativa politómica • Condición al momento de ingreso • Registro de signos vitales • Condición de ingreso • Registro de	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		tiempo de evolución de cuadro actual • Tipo de recurso que brindó atención • Tiempo desde su ingreso hasta evaluación por pediatra • Presencia de signos y síntomas • Percepción de gravedad • Reporte de gravedad. • Uso de resultados de laboratorio		

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		• Manejo médico según normas • Procedimientos quirúrgicos • Procedimientos quirúrgicos previos al ingreso • Sitio adonde le practicaron el procedimiento quirúrgico • Fecha en que se realizó • Procedimientos quirúrgicos practicados en este hospital • Tipo de		

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		procedimiento quirúrgico • Complicaciones hospitalarias • Manejo de complicaciones según normas		
Atención médica y servicios de apoyo	Son todas las actividades practicadas y evaluadas en la atención del niño	V. Cualitativa politómica • Revisión de órdenes médicas • Cumplimiento de órdenes médicas • Notas de enfermería en todos los turnos • Advertencia de gravedad • Tiempo entre	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		indicación médica y su cumplimiento • Existencia de medicamentos en el hospital • Realización de exámenes de laboratorio Disponibilidad de ambulancia		
Expediente clínico y reporte de defunción	Se refiere a la presencia del expediente clínico con todos los componentes que serán evaluados	V. Cualitativa politómica • Componentes del expediente • Calificación del expediente clínico • Firma del médico en reporte de defunción	Nominal	No. %

Variables	Definición	Tipo de indicador	Escala de medición	Valores de medición
		• Diagnósticos de egreso anotados • Solicitud de autopsia • Realización de autopsia • Resultados de autopsia		

Instrumento

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)
Nombre completo del niño:_____
Identidad: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐-☐☐☐☐☐ 3. 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_____ Nº 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
Establecimiento donde ocurrió la muerte: Hospital público ☐ Hospital Privado
Clínica Materno Infantil ☐ CESAMO ☐ CESAR ☐ Hogar ☐ Otro ☐
Especifique _____
Nombre del lugar donde ocurrió la muerte:
_____
La muerte fue: Institucional l ☐ 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 identificó alguna malformación congénita: Si ☐ No ☐
2. Especifique el tipo de malformación:
_____
_____ ☐☐☐☐
Código CIE-10
Antecedentes familiares de malformación congénita: Si ☐ No ☐
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
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 ☐ Nº 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: ☐☐☐☐
a) _____
Código
b) _____ ☐☐☐☐
Código

c) _____ ☐☐☐☐
Código
d) _____ ☐☐☐☐
Código
2. Otros estados patológicos:
_____
_____
_____

XI. Glosario:

Definiciones de Casos

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 está 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 o violencia que produjo la lesión fatal.

DGVS: Dirección General de Vigilancia de la Salud

DAIF: Departamento de Atención Integral a la Familia

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RAMNI: Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez

UNICEF: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

WHO: World Health Organization