

Comportamiento de la mortalidad infantil en un área de salud

Behaviur of infant mortality in a health area

Janelly María Hernández Morgado(1), Tania Galbán Noa(2), Magalis González Fernández-Treveje(3), Martiniano Dionisio Hernández Isás(4).

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo con la finalidad de conocer el comportamiento de la mortalidad infantil en el Policlínico Docente Área Norte del Municipio de Ciego de Ávila en el período comprendido desde enero del 2000 hasta diciembre del 2002. El universo de estudio estuvo conformado por los 14 fallecidos menores de un año ocurridos en el período referido en dicha área de salud. Se calculó la tasa de mortalidad infantil en sus diferentes componentes en cada año motivo de estudio. Se encontró, que la mortalidad neonatal tardía y posnatal aportaron igual número de fallecidos y que la principal causa de muerte fue la Hemorragia Pulmonar, seguida de la Hemorragia Intraventricular y la Sepsis Generalizada.

Palabras clave: MORTALIDAD INFANTIL, TASA DE MORTALIDAD, SEPSIS, CAUSA DE MUERTE

1. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor
2. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesor Instructor
3. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor
4. Estudiante de 5to año de Medicina

INTRODUCCION

La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible y muy comúnmente usado para medir el estado de salud de la población, pues contribuye a relacionarse con diferentes aspectos sociales, culturales y económicos.¹⁻³ En Cuba, antes del triunfo de la Revolución, la tasa de mortalidad infantil era de 70 por cada 1000 nacidos vivos,⁴ en estrecha relación con la situación económico-social imperante. Con las medidas tomadas por la Revolución hoy en día Cuba posee una tasa de mortalidad infantil baja, y según los informes de la UNICEF ocupa el lugar 26 entre los 35 países de más baja mortalidad infantil en el mundo⁵ comparable con la de países desarrollados como Japón, Finlandia y Suecia.

No obstante, cuando este fenómeno se estudia a nivel de un área de salud tiene características específicas muy propias, cuya base se encuentra en los problemas de salud que afectan a cada comunidad por separado y que dependen de las características socio-demográficas, higiénicosanitarias y culturales propias.

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana en las últimas 3 décadas son expresión de la alta prioridad y de los esfuerzos realizados por la revolución en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de la población. Al iniciarse el decenio de los 70, nuestra salud pública identifica y prioriza al grupo poblacional de la mujer y el niño. El Programa Materno Infantil es un ejemplo de las posibilidades que brinda al aunar todos los esfuerzos de la organización con el apoyo extrasectorial y la priorización por las autoridades políticas y del gobierno en la consecución de un objetivo estratégico que permitió la reducción de la morbilidad infantil en el 50 % en la primera década y su disminución en grado similar en la segunda, lo que constituyó un logro extraordinario. La

mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles y comúnmente usado para medir el estado de salud de una población, constituye al relacionarse con diferentes factores sociales, culturales y económicos, el indicador del nivel de vida de la población y desarrollo socioeconómico de un país.^{6,7,8} Las comparaciones de las tasas de mortalidad infantil entre los diferentes países del mundo, tiene una larga historia y se ha vinculado estrechamente con los índices, de penuria social y utilizado como un elemento político.^{9,10,11,12,13}

En aras de lograr todos los objetivos para el mejoramiento de la salud de la población, Cuba ha realizado un extraordinario esfuerzo a pesar de los problemas económicos que enfrenta y mantiene una red nacional de servicios especializados, dentro de los cuales se encuentran las salas de cuidados perinatales donde se puede brindar una atención médica especializada, con lo cual se contribuye a la disminución de la mortalidad infantil.

No se puede pasar por alto que la evaluación temprana, continuada y altamente calificada, favorece el desarrollo normal del embarazo sin complicaciones para el binomio madre-feto.

En nuestro país las embarazadas son atendidas en cada Área de Salud por los médicos de la familia y además existen grupos básicos de trabajo integrados por personal calificado en las diferentes especialidades. Igualmente, todas las gestantes son valoradas periódicamente por un ginecoobstetra y si en algún momento se detecta la presencia de algún parámetro que demuestre cambio en el desarrollo normal de la gestación, inmediatamente se interconsulta con el especialista del área, pero si no es posible esperar esta consulta, será remitida para su valoración en la atención secundaria. Esto habla muy positivamente del alto nivel de organización logrado por los servicios de salud de Cuba.¹⁴

Desde la década de los años 70, el Ministerio de Salud Pública ofrece máxima prioridad, como grupos sociales, a la mujer y el niño, además el Sistema de Salud Cubano se sitúa entre los mejores del mundo, pues es capaz de ofrecer una atención completa y especializada, con lo cual hoy en día Cuba se sitúa entre los países con baja tasa de mortalidad infantil.

Conocer el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en el área nuestra y contribuir a mantener la posición lograda por nuestro país en materia de salud, fueron los motivos para realizar este estudio.

MÉTODO

Analizamos todos los expedientes clínicos de las defunciones que ocurrieron en el Policlínico Docente Área Norte del Municipio de Ciego de Ávila, en el período comprendido desde enero del 2000 hasta diciembre del 2002, para ello nos auxiliamos de los datos del departamento de estadística del Policlínico Docente Area Norte Municipio de Ciego de Avila

Calculamos las tasas de mortalidad infantil por 1000 NV, en las que se incluyen los componentes neonatales precoz, neonatal tardía y posneonatal en cada año, y se recopilaron las diferentes causas de muerte ocurridas en estas defunciones.

Después de obtener y analizar los datos, procedimos a calcular los porcentajes y posteriormente confeccionamos los cuadros estadísticos y se formularon las conclusiones de nuestro trabajo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Estudiamos un período de 3 años (tabla 1) en los cuales hubo 1665 NV con 14 defunciones, lo que representó una tasa de mortalidad infantil de 8.4 por 1 000 NV. El peor año de nuestro estudio fue el

2000 con una tasa de mortalidad infantil de 14.3 por cada 1 000 NV. Los otros 2 años terminaron con 5.2 y 5.5 por 1 000 NV con igual número de defunciones.

La mortalidad infantil se considera un proceso multifactorial, en el período que estudiamos; nuestra tasa de mortalidad infantil estuvo por debajo del índice provincial en dos años, solo en el 2000 estuvimos por encima.

La (tabla 2) refleja el componente neonatal precoz, que ocupó el 28.5 % de la tasa de mortalidad infantil (4 defunciones para una tasa de 2.4 por 1 000 NV).

No coincidimos con otros autores donde obtuvieron mayor número de defunciones en el componente neonatal precoz que en el tardío.⁶

En el año 2002 no ocurrió ninguna defunción neonatal precoz.

En la (tabla 3) analizamos el componente neonatal tardío en el cual sólo hubo 5 defunciones para una tasa de 3.0 por 1 000 NV y ella representó el 35.7 % de la mortalidad infantil.

La mortalidad posneonatal (tabla 4) de los 3 años estudiados este componente representó 3.0 por 1 000 NV, para el 35.7% del total de defunciones.

En nuestro trabajo no se corresponde el resultado obtenido en la mortalidad posneonatal con lo referido por otros autores en la bibliografía consultada, donde se plantea que este elemento se asocia con condiciones desfavorables del medio-ambiente, en las cuales el factor epidemiológico desempeña un papel importante.^{15,16}

La principal causa de muerte (tabla 5) fue la hemorragia pulmonar con 3 fallecidos (21.4 %), mientras que la hemorragia intraventricular y la sepsis generalizada ocuparon el segundo lugar con 14.2 % cada una.

Las demás causas de muerte se comportaron con un solo fallecimiento para un 7.1% cada una. Nuestro estudio no coincide con la de otros autores donde la principal causa de muerte ha sido la sepsis generalizada.^{6,7,8}

CONCLUSIONES

Se encontró, que la mortalidad neonatal tardía y posnatal aportaron igual número de fallecidos y que la principal causa de muerte fue la Hemorragia Pulmonar, seguida de la Hemorragia Intraventricular y la Sepsis Generalizada.

ABSTRACT

A descriptive retrospective study was conducted which aimed at knowing the behavior of infant mortality at the Teaching Polyclinic of the Northern area in the Ciego de Avila municipality; within the period of time from January 2000 to December 2002. The population under study was made up by 14 deceased under one year of age. Infant mortality rate was estimated in its different components, in each year studied. Late neonatal and postnatal mortality showed the same amount of deceased infants and that the main death cause was Lung Hemorrhage, Intraventricular Hemorrhage and Sepsis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riverón Corteguera et al. Mortalidad infantil en Cuba.1969-1087. Bol Of Sanit Panam 1989;106(1):1-11.
2. Klinger A. Infant mortality in Eastern Europe,Budapest, Stadist Publishing House, 1982:
3. Udjo, EO. Levels and trends in infant and child mortality among some Kanury or Northest Nigeria. J Trop Med 1987;33(2):43-7.
4. Riveron Corteguera R, et al. La mortalidad infantil en Cuba. 1968-1983. Rev Cubana Pediatr 1985;57(A):11-12.
5. Stolin S. Infant mortality in Sweden health care of mother and children in National Health Srevices. Cambridge: H. M. Wallance Berringer 1975:229.
6. Alvarez Ponce Vivian, et al. Analisis de la mortalidad infantil en el Hospital Ginecoobstetrico Docente de Guanabacoa. Estudio de 3 años. Rev Cub Pediatr 2002; 74(2):122-6.
7. León López Rogelio, et al. Mortalidad infantil. Análisis de un decenio. Rev Cub Med Gen Integr 1998;14(6):606-16.
8. Bezerra Guimaraes MJ, Marquez NM, Melo Filho DA. Infant mortality rate and social disparity at Recife, the metropolis of the Northeast of Brazil. Santé 2000;10(2):117-21.
9. Rodhe JR. Why the other half dies? The science and politics of child mortality in the Third World. Assignment Children 1983;61/62(1):35-67.
10. Taucher E, Jofré I. Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso. Rev Med Chile 1997;125(10):1225-35.
11. Klerman LV, Cleckley DC, Sinsky RJ. Infant mortality review as a vehicle for quality improvement in a local health department. Jt Comm J Qual Improv 2000;26(3):147-59.
12. Bambang S, Spencer NJ, Logan S, Gill L. Cause-specific perinatal death rates,birth weight and deprivation in the West Midlands, 1991-93. Child Care Health Dev 2000;26(1):73-82.
13. Aguila A, Muñoz H. Tendencias de la natalidad, mortalidad general, infantil y neonatal en Chile desde el año 1850 a la fecha. Rev Med Chile 1997;125(10):1236-45.
14. Garcia Arias G et al. Estudio cronológico de la mortalidad fetal tardía y la mortalidad infantil en Manzanillo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):57-61.
15. Riverón Corteguera R, Ríos Massabot NE, Carpio Sabaleta R. Mortalidad Infantil en Cuba.1969-1987. Bol of Sanit Panam 1989;106(1):1-11.
16. Luján Hernández M, Fabregat Rodríguez G. Mortalidad infantil por malformaciones congénitas. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001;39(1):21-5.

ANEXOS

Tabla 1. Mortalidad infantil por año

Año	Defunciones	Nacidos Vivos	Tasa Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos
2000	8	558	14.3
2001	3	569	5.2
2002	3	538	5.5
Total	14	1665	8.4

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Docente Área Norte Municipio de Ciego de Ávila

Tabla 2. Mortalidad neonatal precoz

Año	Defunciones	Mortalidad neonatal precoz	Mortalidad %
2000	3	5.3	37.5
2001	1	1.7	33.3
2002	-	-	-
Total	4	2.4	28.5

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Docente Área Norte Municipio de Ciego de Ávila

Tabla 3. Mortalidad neonatal tardía

Año	Defunciones	Mortalidad neonatal tardía por 1000 NV	Mortalidad %
2000	3	5.3	37.5
2001	1	1.7	33.3
2002	1	1.8	33.3
Total	5	3.0	35.7

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Docente Area Norte Municipio de Ciego de Ávila

Tabla 4. Mortalidad posneonatal

Año	Defunciones	Mortalidad posneonatal por 1000 Nv	Mortalidad %
2000	2	3.5	25
2001	1	1.7	33.3
2002	2	3.7	66.6
Total	5	3.0	35.7

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Docente Area Norte Municipio de Ciego de Ávila

Tabla 5. Causas de defunción

Causas de defunción	Años			Total	
	2000	2001	2002	No.	%
Hemorragia Pulmonar	1	1	1	3	21.4
Fallo Multiorgánico	1			1	7.1
Estenosis Pulmonar Crítica	1			1	7.1
Hemorragia Intraventricular	2			2	14.2
Sepsis generalizada	1	1		2	14.2
Polimalformado	1			1	7.1
Hernia Diafragmática	1			1	7.1
Insuficiencia Renal Aguda		1		1	7.1
Aneurisma Roto de la vena de galeno		1		1	7.1
Insuficiencia hepática Aguda			1	1	7.1

Fuente: Departamento de estadística Policlínico Docente Area Norte Municipio de Ciego de Ávila