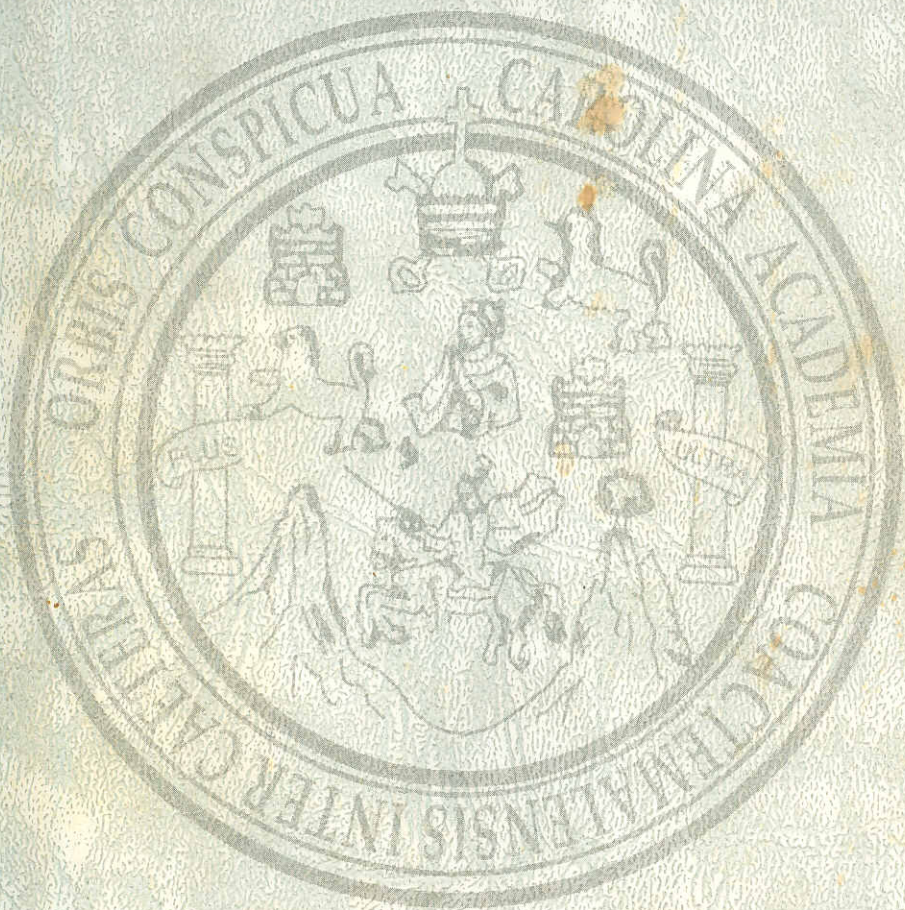


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**“MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE  
5 AÑOS EN EL MUNICIPIO DE CUILAPA  
DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA”**



**RONY DANIEL ROMERO MERIDA**

# INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. MARCO TEORICO	
A. PAIS POBRE	5
B. PAIS DESARROLLADO	5
C. MORTALIDAD INFANTIL	5
D. POBREZA	7
E. DETERMINANTES BIOLOGICOS Y SOCIOECONOMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL	8
F. GRUPO ETNICO	9
G. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS	9
H. MORTALIDAD INFANTIL Y EDAD DE LA MADRE	9
I. INTERVALO INTERGENESICO	9
J. ATENCION PRIMARIA EN SALUD	10
VI. METODOLOGIA	11
A. TIPO DE ESTUDIO	11
B. SUJETO DE ESTUDIO	11
C. TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
D. CRITERIOS	11
E. RECURSOS	11
F. RECOLECCION DE DATOS	12
G. VARIABLES	13
VII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	14
VIII. CONCLUSIONES	40
IX. RECOMENDACIONES	41
X. RESUMEN	42
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
XII. ANEXOS	44

## I. INTRODUCCION

La interrelación de los factores que afectan a la madre, al feto, el nacimiento y el desarrollo post-natal constituye un aspecto importante para el análisis de causas múltiples y condicionantes a las que se debe la morbilidad y mortalidad en un grupo de edad, en donde el crecimiento y el desarrollo son necesidades biológicas, psíquicas y sociales, y las enfermedades recurrentes producen efectos letales.

De tal manera que un problema mórbido aparentemente moderado y que se presenta a repetición lleva a un estado crítico de salud, pudiendo llevarlos hasta la muerte, tal es el caso de las enfermedades diarreicas y respiratorias.

Con el propósito de contribuir a la salud infantil y de obtener información que permita determinar las causas y tasas de mortalidad en el grupo de niños menores de 5 años se realizó esta investigación científica en el municipio de Cuilapa, en la cual se revisaron los registros de defunción en la municipalidad de los fallecidos menores de 5 años en el período 1993 a 1997. Luego de ello se procedió a realizar visitas domiciliarias a las familias de los fallecidos durante el último año (1997) con el objeto de entrevistarlos y observar el entorno del medio ambiente para establecer la situación de salud y condición socioeconómica.

A través de la investigación se pudo determinar que la mayor mortalidad corresponde a niños menores de 1 año, siendo las principales causas las Septicemias, los distres respiratorios y asfixias perinatales, dejando a las enfermedades diarreicas y respiratorias en las últimas causas. La tasa de mortalidad infantil es la que presenta más elevada y dentro de ésta la mortalidad post-natal es la más afectada y su tendencia es hacia el aumento, las condiciones de salud en general de las comunidades donde habitan las familias de los fallecidos son precarias y evidencian un bajo nivel socioeconómico.

En el transcurso de los últimos 5 años (1993 a 1997) se puede observar las tasas de mortalidad en el grupo infantil se ha mostrado mejoría lo que deja ver en claro dar posibles soluciones a los problemas de salud de ésta comunidad.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La elevada incidencia de desnutrición, enfermedades infecciosas, parasitarias y enferm carenciales así como el alto índice de mortalidad, en el grupo etario más susceptible (menores de 5 añ una muestra real y palpable de las repercusiones negativas en el campo de la salud.

En cuanto a la mortalidad infantil en sí, es importante estudiarla ya que nos puede indicar desarrollo económico y social, dejando entrever la incapacidad de poder resolver el problema salud grupo de la población.

Además existen factores determinantes tales como: el estado de salud de la madre, niño de bajo nacer, estado nutricional y anomalías congénitas; un dato importante es que a nivel nacional las ta mortalidad se presentan más altas en el área rural que en la ciudad, en vista de que los socioeconómicos son mejores en ésta última. Siendo Santa Rosa uno de los departamentos con mayor mortalidad infantil (según Documento: "Indicadores de Salud por Departamentos", Guatemala 1993 Vol municipio de Cuilapa como parte de éste, se hace necesario conocer en esta población la tasa de mort sus posibles causas para modificar en el futuro los factores prevenibles que inciden sobre la tasa de mo de éste Municipio. Para lograr lo anterior se realizó un estudio retrospectivo, sobre el número y cau muerte ocurridas durante 1993 a 1997 en dicha población.



### III. JUSTIFICACION

La mortalidad infantil constituye uno de los principales indicadores negativos de desafortunadamente en nuestro país ésta es alarmante; por lo que urge dar posibles soluciones, para disminuir este alto número.

Es necesario pues establecer las causas de la mortalidad en el municipio de Cuilapa del Depto de Santa Rosa, puesto que éste último presenta una Tasa Alta de mortalidad.

Con este estudio se tratará de buscar el fenómeno de mortalidad, sus interrelaciones de causa y ocurrencia y factores determinantes; es indispensable identificar estos últimos para establecer las estrategias necesarias para modificar las estructuras de salud en beneficio de la salud de la población y tratar de disminuir las tasas de mortalidad del municipio y por ende del país. Hay que tomar en cuenta que la necesidad de este estudio es significativa, puesto que no existen trabajos similares realizados actualmente en municipios de este país, por compañeros de la facultad de ciencias médicas. Los últimos estudios datan de 1992.

#### IV. OBJETIVOS

**A GENERAL:**

- ✓ Determinar las causas principales de mortalidad en niños menores de cinco años en el municipio Cuilapa, Santa Rosa.

**B ESPECIFICOS:**

- ✓ Determinar las posibles causas de mortalidad.
- ✓ Determinar por edad y sexo que grupo etario es más afectado.
- ✓ Identificar la situación socioeconómica de la población sujeto a estudio.
- ✓ Estimular el interés de investigadores para que realicen trabajos en el área rural guatemalteca.

## **A. PAIS POBRE**

La pobreza ha sido considerada como indicador de desigualdad de clase social y sexo en sociedades industriales, en donde las mujeres que viven solas y las familias de clase baja presentan el más bajo de pobreza. Asimismo, ha sido considerada como un indicador de trato económico desigual entre países desarrollados y en vías de desarrollo, estando la riqueza acumulada en los primeros y la pobreza en los segundos.

## **B. PAIS DESARROLLADO**

Término aplicado al desarrollo económico y social que permite hacer frente a las necesidades presente sin poner en peligro la capacidad de futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades. Hay dos conceptos fundamentales en lo que se refiere al uso y gestión sostenibles de los recursos naturales del planeta. En primer lugar, debe satisfacerse las necesidades básicas de la humanidad, comida, ropa, lugar de vivir y trabajo. Esto implica prestar atención a las necesidades, en gran medida insatisfechas, de los pobres del mundo, ya que un mundo en el que la pobreza es endémica será siempre proclive a las catástrofes ecológicas de todo tipo. En segundo lugar, los límites para el desarrollo no son absolutos, sino que vienen impuestos por el nivel tecnológico y de organización social, su impacto sobre los recursos del medio ambiente y la capacidad de la biosfera para absorber los efectos de la actividad humana.

## **C. MORTALIDAD INFANTIL**

Guatemala, es un país de grandes contradicciones económicas, políticas y socioculturales. Su riqueza natural y la potencialidad reproductiva de su población; no están al servicio y beneficio de las grandes mayorías que tradicionalmente son marginadas de las opciones de desarrollo. Las tasas de mortalidad en los primeros cinco años de vida, en especial la infantil, son algunos de los indicadores en salud más utilizados para identificar las condiciones generales de vida de una población y reflejan además la capacidad de respuesta de los servicios de salud a uno de los grupos más vulnerables: los menores de 5 años. (2)

Se evidencian en el sector enormes desajustes que comprometen aún más, la gravedad de las condiciones problemática existente, convirtiendo los beneficios de la salud en el privilegio de una minoría de la población.

Adicionalmente el país está al margen, de la evolución de técnicas, métodos y recursos de uso común por países desarrollados, para facilitar la prevención y recuperación de la salud. Es importante revisar algunos indicadores que permitan una mayor amplitud de análisis para identificar la génesis del problema con respecto a la salud en Guatemala.

Según la conferencia de Alma-Ata reitera firmemente que la salud es el estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante para todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además de la salud(2).

La salud y la enfermedad son resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en el que vive, tratando de adaptarse a éste. Existen pues dos elementos que destacan y determinan algunos procesos mórbidos; estos elementos son: LA IGNORANCIA Y LA POBREZA la que tiene un importante impacto en la salud.

Existen relación inversa entre el grado de instrucción de la madre y ocurrencia de muertes infantiles, a menor instrucción con mayor número de muertes y a mayor instrucción menor número de defunciones (1).

Los resultados corroboran que el factor más importante de los diferenciales de la mortalidad infantil, post-infantil y en la niñez, es el nivel de educación alcanzado por las mujeres. Los hijos de mujeres sin educación presentan una tasa casi tres veces más alta que la de los hijos de mujeres con educación secundaria o más. El mayor diferencial se observa en la post-infantil en donde los niños de las madres sin educación tienen una tasa de mortalidad 10 veces mayor que los niños de madres con secundaria. (2)

Es importante señalar que en Guatemala se encuentra la mortalidad infantil más alta en el medio rural que en el urbano, y en lo referente a grupos étnicos es más elevada en la población indígena (12).

Guatemala ocupa en Centroamérica el primer lugar de prevalencia de Desnutrición en menores de 5 años (12), y segundo en pobreza, solo superado por Honduras (11).

Existen otras enfermedades que afectan la infancia en forma directa determinando riesgos a su sobrevivencia tales como el SIDA, MALARIA, DENGÜE Y TUBERCULOSIS que aunados a los problemas de subdesarrollo y desnutrición inciden en altos índices de mortalidad en niños.

La mortalidad infantil varía estrechamente ligada al desarrollo económico social, calidad de vida, clima y accesos a servicios por parte de la población; en este contexto puede observarse que la región Metropolitana presenta una Tasa de mortalidad infantil de aproximadamente 47 por mil nacidos vivos, mientras las regiones central y suroccidental y región Norte muestran tasas de mortalidad infantil de aproximadamente 60 por mil nacidos vivos (12).

La salud del recién nacido y del niño está estrechamente relacionada con la condición social, económica y sanitaria de la madre. La mayor parte de la mortalidad y la Morbilidad de menores de 5 años se podrían evitar con un abastecimiento de agua salubre instalaciones de saneamiento adecuadas a nivel comunitario, buena alimentación de la madre y del niño y atención primaria, incluyendo una buena cobertura vacunal (7).

La mortalidad se explica principalmente por las enfermedades infecciosas (respiratorias y diarreicas), deficiencias de la nutrición y afecciones perinatales (6). En los países desarrollados la mortalidad infantil tiene un promedio de 10 por mil nacidos vivos.

Las causas de defunciones son: problemas perinatales, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, enfermedades inmunoprevenibles y desnutrición.

De acuerdo a datos actuales obtenidos del INE (Instituto Nacional de Estadística 1995) se observa que en el estudio de mortalidad infantil, Guatemala presenta una tasa de 57 por mil nacidos vivos (3).

Según la OPS para 1996 la tasa de mortalidad en menores de 5 años correspondió al 79 por mil nacidos vivos (6).

Según SEGEPLAN en 1990 se encontró que la tasa de mortalidad infantil es más elevada en la población indígena y en la población que vive en extrema pobreza, siendo las áreas más afectadas la Región Central, Sur Oriental y sur Occidental.

#### D. POBREZA

Circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación.

La pobreza relativa es la experimentada por aquellas personas cuyos ingresos se encuentran muy por debajo de la media o promedio en una sociedad determinada. La pobreza absoluta es la experimentada por aquellas personas que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos. Sin embargo, en el cálculo de la pobreza según los ingresos también hay que tener en cuenta otros elementos esenciales que contribuyen a una vida sana. Así, por ejemplo, las personas que no pueden acceder a una educación o a servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza aunque dispongan de alimentos.

En cuanto a la pobreza según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1990 en el 85% de las familias, de Guatemala en el área rural el ingreso no cubría las necesidades básicas (Salud, Educación, Vivienda, Vestido y Alimentación) (20).

De acuerdo a los indicadores de 1995 el 75.5% de la población guatemalteca vive en un estado de pobreza la cual afecta a un total de 1,993,867 familias (6).

Según la OPS el Analfabetismo General en Guatemala para 1995 correspondía a 40.5 %, este indicador aumenta en las mujeres un 80% y en la población rural (14).

En los menores de 5 años y especialmente en los menores de 3 años se presentan las tasas más altas de Desnutrición 6 de cada 10 niños. La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años es de 57.2 % según la encuesta materno infantil de 1995.

La baja cobertura de los servicios de salud solamente con un 40% de la población con acceso a los servicios, es una de las causas del incremento de la morbilidad y mortalidad (6).

Guatemala ocupa una extensión territorial de 108,889 Km<sup>2</sup>. Está dividida políticamente en 22 departamentos y 328 municipios. Estos departamentos han sido agrupados en ocho regiones, en las cuales se pueden diferenciar zonas con desigual nivel de desarrollo socioeconómico (1).

Las mujeres representan el 49.5% de la población, y un poco menos de la mitad se encuentra en edad fértil.

Los menores de 5 años constituyen el 18% de la población. En cuanto al grupo étnico 58% es indígena concentrado en su mayoría en las regiones noroccidental VII y parte de la suroccidental VI (12).

El 42% de la población es ladina. El 35% de esta población se encontraban algunos de los 21 idiomas de origen Maya (12).

La mayor parte de la población es rural (60%) y vive en 19,000 comunidades dispersas de menos de 2,000 habitantes.

En el área rural solo el 51.6% de las familias poseen letrinas, y se trata solamente un 6% de la agua servidas municipales. El país no cuenta con sistema de tratamiento final de desechos sólidos en ninguna cabecera municipal y todos se despoitan a cielo abierto (10).



La sobrevivencia del niño hasta 1 año la marca la tasa de mortalidad infantil que presenta una media de 42.42 niños muertos antes del año por cada mil niños vivos (3).

Esta cifra es rebasada por 10 de los 22 departamentos, de ellos Totonicapán exhibe la cifra más elevada 67.1% para 1993 (2).

Para 1996 la mortalidad infantil correspondía a 51 por mil nacidos vivos (14). Vale la pena hacer notar que según las estadísticas actuales del Ministro de Salud Pública, únicamente el 28% de los nacimientos ocurren en el hospital, mientras el 77% en un domicilio, y de cada 5 partos, 4 son atendidos por comadronas (12).

De tal manera pues que la atención del parto se distribuye de la siguiente manera: Comadrona capacitada 43%; comadrona no capacitada 43% y parto institucional 23%. Además únicamente el 9% de estas mujeres reciben atención post-parto.

Hay que tomar en cuenta que estos factores no solo inciden sobre la mortalidad infantil sino también lo hacen en gran medida sobre la mortalidad materna (12). De acuerdo a la OPS para 1995 solo el 35% de los partos fueron asistidos por personal capacitado (14).

Dos de cada 5 defunciones que ocurren en Guatemala corresponden a niños menores de 5 años; en más de la mitad de estos casos la muerte se debe a causas evitables: diarrea 30.6%, IRA 22.8%, Perinata 19.5%, Nutricional 3.4% y enfermedades inmunoprevenibles 1.3% (16). La mayoría de los niños que mueren diariamente corresponden a madres menores de 19 años o mayores de 35 años que tienen más de 4 hijos y que presentan más de 4 embarazos en dos años, estos niños presentan mayor riesgo de mortalidad.

Hay que tomar en cuenta que la población guatemalteca ha experimentado un crecimiento en los últimos años de tal manera que según la OPS para 1997 la población de Guatemala corresponde a 11,241,000 y solamente existen 11 médicos, tres enfermeros y 1.3 dentistas por cada 10,000 habitantes (14); esto deja entrever los serios problemas de salud que atraviesa el país y por ende sus bajas coberturas en salud.

## E. DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIOECONÓMICOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL.

Henry Mosley agrupa conceptual y analíticamente a los factores de riesgo que reducen la sobrevivencia infantil en dos grandes categorías:

✓ **Determinantes próximos:** Son los mecanismos biosociales básicos que influyen directamente los riesgos de morbilidad y mortalidad. Los identifica en 5 categorías las cuales son:

1. Factores de fertilidad materna (edad, paridad, intervalos intergenésicos).
2. Contaminación ambiental (aire, alimentos, agua, tierra, objetos inertes, insectos).
3. Deficiencias nutricionales (energía, proteínas, micronutrientes).
4. Lesiones (accidentes, intencionales).
5. Control personal de la enfermedad (medidas preventivas personales, tratamiento médico).

✓ **Determinantes subyacentes:** Estos son todos los determinantes sociales y ambientales que operan indirectamente a través de los determinantes próximos para influenciar la sobrevivencia en la infancia. Estos pueden clasificarse en 5 grupos a saber:

1. Factores individuales (capacidad para el trabajo de la madre, conocimiento, tiempo, salud y control sobre sus recursos).

2. Factores familiares (capacidad para el trabajo del padre, conocimiento, salud, ingresos, bienes, servicios, ahorros, recursos, composición familiar).
3. Factores culturales (tradiciones, normas, preferencias, gustos, valores).
4. Factores institucionales (economía política, infraestructura, instituciones sociales, Burocracia, programas de salud, otros programas) Factores ambientales (clima, tierra, agua, tipografía).

## F. GRUPO ÉTNICO:

Entre las características más importantes de los grupos de riesgo se encontró que las tasas de mortalidad disminuían considerablemente entre los pesos mayores de 2,500 gramos. Además en este estudio se pudo observar que la escolaridad de la madre y el número de controles prenatales impactaron de forma positiva, reduciendo las tasas de mortalidad infantil. Esto hace pensar que la diferencia entre grupos raciales no se deba precisamente al grupo étnico, sino a otros factores que son determinantes en la mortalidad infantil y que se asocian a los diferentes grupos étnicos.

## G. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS:

Otros autores han encontrado más covariables que participan o se asocian con la mortalidad infantil como lo es el sexo del recién nacido, la edad gestacional, la edad materna, el número de nacimientos y el orden de los mismos, el intervalo intergenésico, el estado civil, y la ocupación de la madre.

## H. MORTALIDAD INFANTIL Y EDAD DE LA MADRE:

En un estudio realizado por Loraine Schlaepfer y José Luis Bobadilla con respecto a la mortalidad infantil y sus relaciones con patrones reproductivos, se informa que los factores sociales, económicos y ambiental son los que sitúan a las madres jóvenes (15 a 19 años) en una posición desventajosa y son responsables del exceso de mortalidad infantil encontrado en sus hijos. Por otro lado los niños de mujeres mayores (35 años y más) tienen una tasa de mortalidad infantil superior al promedio sólo en el periodo fetal tardío, lo cual sugiere una vía causal predominantemente biológica.

Con respecto al exceso de muertes infantiles relacionados con edades jóvenes de las madres se ha dicho que esta asociación puede ser falsa por dos razones:

- ✓ Porque las adolescentes muy jóvenes tienden a tener hijos con bajo peso al nacer y se ha demostrado que bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer presentan un exceso de mortalidad perinatal, lo que se relaciona con la inmadurez del sistema reproductivo de estas mujeres.
- ✓ Porque entre las multiparas pueden estar representados los nacimientos con intervalos cortos, por lo que el efecto sobre la mortalidad infantil puede ser debido al intervalo más que a la edad en sí.

## I. INTERVALO INTERGENÉSICO:

Como puede apreciarse existe una fuerte y generalizada relación entre el intervalo con el nacimiento de hermano previo y la mortalidad infantil. Sin embargo, la causalidad de esta asociación está puesta en duda debido a las serias dificultades metodológicas que existen para probarla. Así, entre otros factores, existe un

## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO

Según el problema y los objetivos planteados se define como descriptivo, Transversal y Retrospectivo.

### B. SUJETO DE ESTUDIO

Se incluirán en el estudio todos los menores de 5 años fallecidos que se encuentren en el libro de registro de defunciones de la municipalidad del municipio de Cuilapa a partir del año 1993 a 1997 y el total de familias de los fallecidos en el año 1997.

### C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El universo estará constituido por la totalidad de los niños menores de 5 años fallecidos durante el período 1993 a 1997 y el total de familias de los fallecidos en el año 1997. La muestra la constituirá el 100% de las muertes en niños de 0 a 5 años ocurridas de 1993 a 1997 y el 100% de las familias de los fallecidos durante 1997.

### D. CRITERIOS

#### D.1 De Inclusión:

- ✓ Padre, Madre o encargado del difunto que resida en el municipio y deseen colaborar.
- ✓ Que la muerte se encuentre reportada en el registro civil.
- ✓ Fallecidos comprendidos entre 0 y 5 años.

#### D.2 De Exclusión:

- ✓ Padre, Madre o encargado del difunto que resida fuera del municipio y que no deseen colaborar.
- ✓ Que la muerte no se encuentre reportada en el registro civil.
- ✓ Fallecidos que no estén comprendidos entre los 0 y 5 años.

### E. RECURSOS

#### E.1 Económicos:

Estos serán cubiertos por el investigador encargado del estudio.

#### E.2 Humanos:

Se requerirá de la colaboración de un guía y ayudante para realizar las encuestas y localizar las familias así como colaboradores para la tabulación de los datos.

#### E.3 Aspectos Etnicos:

Se realizará un estudio de tipo no Experimental, sin embargo se le explicará a la población (familias en estudios), el objeto del estudio y el motivo del mismo y se pedirá su consentimiento y colaboración, se le hará ver a la población que el estudio servirá para desarrollar conocimientos que beneficiarán la salud de la comunidad.

## F. RECOLECCION DE DATOS

### F.1 Información que se recolectará:

La información se recolectará en DOS FASES:

**Primera Fase:** Se efectuarán visitas al Archivo del Registro de Defunciones de la Municipalidad del municipio de Cuilapa, con el fin de determinar el número de muertes ocurridas en menores de 5 años, durante el periodo de 1993 a 1997, causas, lugares donde acontecieron y obtener la dirección de los familiares.

**Segunda Fase:** Se procederá a realizar visitas al total de las familias de los fallecidos en el año 1997, con el propósito de entrevistarlos y observar sus condiciones de vida, para lo cual se elaborará un instrumento de trabajo. (Anexo)

### F.2 Estructura y Diseño Del Instrumento De Trabajo:

- ✓ Título.
- ✓ Instrucciones.
- ✓ Datos sobre la muerte.
- ✓ Datos generales del difunto.
- ✓ Datos sobre agua y excreta.
- ✓ Antecedentes del difunto.
- ✓ Datos sobre la familia.
- ✓ Datos sobre la vivienda.

### F.3 Proceso de Recolección de Datos:

- ✓ Se visitará el archivo del Registro Civil del municipio.
- ✓ Se realizarán visitas personales a familiares de los fallecidos para entrevistarlos y observar la vivienda; se contará con un guía que conozca la población.

### F.4 Ejecución de la Investigación

- ✓ Selección del tema de investigación.
- ✓ Recopilación de material bibliográfico.
- ✓ Elaboración de protocolo de investigación.
- ✓ Revisión por el asesor.
- ✓ Ejecución del plan para la recolección de datos.
- ✓ Análisis y discusión de resultados.
- ✓ Presentación de informe final.
- ✓ El estudio se desarrollará en un período total de 3 meses a partir del primero de Marzo.

## G. VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Edad	Tiempo cronológico que transcurre Desde el nacimiento hasta la fecha Actual.	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento a la fecha en que se pasa la encuesta.	Intervalo
Sexo	Característica físicas y biológicas, Que distinguen al hombre de la mujer.	Se definirá como masculino al Hombre y femenino a la mujer.	Nominal
Mortalidad Infantil	Muertes o fallecimientos ocurridos en Niños entre 0 y 5 años de edad.	Muertes o fallecimientos ocurridos En niños de 0 a 5 años.	Nominal
Situación Socioeconómico	Situación de la familia en cuanto a Vivienda y condiciones de vida.	Estado de la vivienda, condiciones De salud ambiental, ingresos Económicos y ocupación.	Nominal
Causas de Mortalidad	Causa que provoca la muerte o Fallecimiento.	Causa básica de la muerte de Acuerdo a certificado de defunción.	Nominal

CUADRO No. 1 A.

Causas de mortalidad en niños menores

De 28 días de edad durante el periodo

1993 - 1997.

#	Causa de Muerte	#	%
1	Síndrome Distres Respiratorio por Membrana Hialina	96	28.15%
2	Asfixia Perinatal	70	20.53%
3	Septicemias	46	13.49%
4	Bronconeumonía	20	5.86%
5	Cardiopatía Congénita	19	5.57%
6	Insuficiencia Respiratoria	15	4.40%
7	Síndrome Distres Respiratorio por Meconio	15	4.40%
8	Prematuros	12	3.52%
9	Malformaciones Congénitas	10	2.93%
10	Infección Intestinal	8	2.35%
11	Otras	30	8.80%
TOTAL		341	100%

Fuente: boleta de Datos.

CUADRO No. 1B

Causas de Mortalidad en niños de 28

Días a 6 meses durante el periodo de

1993 - 1997.

#	Causa de Muerte	#	%
1	Septicemias	55	34.59%
2	Bronconeumonías	26	15.72%
3	Enterocolitis Necrotizante	14	8.80%
4	Síndrome Diarreico Agudo	13	8.18%
5	Parasitismo	10	6.29%
6	Meningitis	7	4.40%
7	Shock Hipovolemico	7	4.40%
8	Muerte Súbita	6	3.77%
9	Insuficiencia Respiratoria	6	3.77%
10	Neumonías	5	3.15%
11	otras	11	6.93%
TOTAL		159	100.00%

Fuente: Boleta de Datos.



## ANALISIS Y DISCUSION

Se observa que la mortalidad ocurre con mayor frecuencia en el grupo neonatal (menores de 28 días), en comparación con el post-natal (28 días a 6 meses).

En cuanto a la causa de mortalidad en ambos grupos, es distintas la primera causa de mortalidad siendo en la primera "síndrome distres Respiratoria por membrana Hialina" y en la segunda "Septicemia". Siendo las dos causas de defunciones en el Centro Hospitalario.

Como se puede observar las infecciones intestinales son las ultimas causas en el grupo neonatal, mientras que en los post-natales esta en la quinta posición. Lo que nos demuestra que el tipo de alimentación disminuye o aumenta la infección, ya que en los primeros prevalece la lactancia materna.

En cuanto a las causas de muerte en menores de 28 días, reflejan sobre toda la deficiencia atención del parto ya que la mayoría fue atendida por comadronas.

Por otra parte las causas de mortalidad en los niños mayores de 28 días a 6 meses, evidencian la prevalencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, la mayoría de las cuales pudieron y debieron ser prevenidas.

## CUADRO No. 2 A

Causas de Mortalidad en niños menores de  
1 año de edad durante el período de  
1993 - 1997.

#	Causa de Muerte	#	%
1	Septicemias	123	21.35%
2	Síndrome distres Respiratorio por membrana Hialina	96	16.67%
3	Asfixia Perinatal	70	12.15%
4	Bronconeumonía	57	9.90%
5	Infección Intestinal	40	6.94%
6	Insuficiencia Respiratoria	24	4.17%
7	Cardiopatías Congénitas	19	3.30%
8	Síndrome Diarreico Agudo	18	3.13%
9	Síndrome Distres Respiratorio por Meconio	15	2.60%
10	Enterocolitis Necrotizante	14	2.43%
	Otros	100	17.36%
	TOTAL	576	100.00%

Fuente: Boleta de datos.

## CUADRO No. 2B

Causas de Mortalidad en niños de 1 a 4  
Años de edad durante el período de  
1993 - 1997

#	Causas de Mortalidad	#	%
1	Parasitismo	43	23.76%
2	Septicemias	34	18.78%
3	Bronconeumonías	17	9.39%
4	Síndrome diarreico Agudo	17	9.39%
5	Insuficiencia Respiratoria	13	7.18%
	Otros	57	31.50%
	TOTAL	181	100.00%

Fuente: Boleta de Datos

## ANALISIS Y DISCUSION

Se deduce que las causas de muerte de estas poblaciones (menores de 1 año y de 1 a 4 años), reflejan las características propias de un país subdesarrollado con serios problemas de salud.

Como se puede observar la mayoría de fallecimientos en el grupo de menores de 1 año, se pueden evitar al mejorar la atención de parto, una buena educación de las madres sobre la importancia de los que es el control prenatal.

En cuanto a las enfermedades infecciosas como lo son las Neumonías y las Parasitarias. Siguen ocupando un lugar importante en nuestro país, y el municipio de Cuilapa no es la excepción.

CUADRO No. 3

Mortalidad en niños menores de 5 años durante,  
el período de 1993 – 1997.

#	Causa de Mortalidad	#	%
1	Septicemias	157	20.58%
2	Síndrome Distres Respiratorio por Membrana Hialina	96	12.58%
3	Infección Intestinal	88	11.53%
4	Bronconeumonías	79	10.35%
5	Asfixia Perinatal	70	9.17%
6	Insuficiencia Respiratoria	37	4.85%
7	Síndrome Diarreico Agudo	35	4.59%
8	Shock Hipovolémico	21	2.75%
9	Cardiopatía Congénita	19	2.50%
10	Bronconeumonías por Aspiración	19	2.50%
	Otros	142	18.60%
		763	100.00%

Fuente: Boleta de Datos

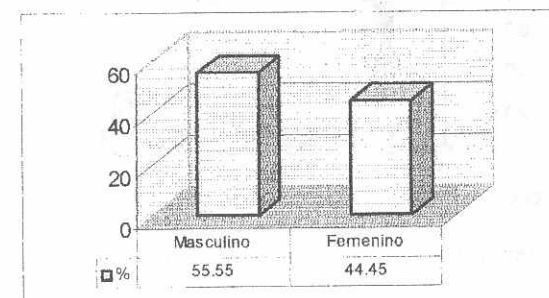
#### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como se puede evidenciar las causas de mortalidad en menores de 5 años, se han modificado en el transcurrir del tiempo ya que en años anteriores predominaban en primer lugar las infecciones Respiratorias y las Diarreas, en cambio en los últimos años las septicemias, los síndromes de distres Respiratorios y las Asfixias Perinatales son los más frecuentes en este municipio, demostrando que hay un déficit en la atención del parto, no tanto en los Hospitales, sino por que el 65% fue atendido por comadronas en las aldeas.

En cuanto a las infecciones Respiratorias y Diarreas siguen en el país cobrando vidas de más niños, las cuales se podrían evitar a través de un programa de salud preventiva con amplias coberturas.

GRAFICA No. 1

Mortalidad en niños menores de 5 años  
de acuerdo al sexo.



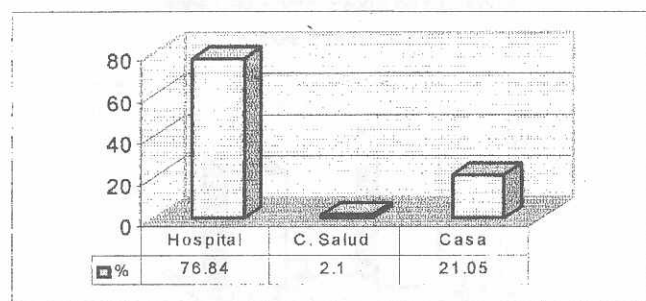
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Aunque en algunos estudios realizados sobre la mortalidad refieren que ésta es mayor en el sexo femenino no brindan una explicación lógica y coherente a éste fenómeno.

Sin embargo en este estudio la mayoría de la mortalidad fue a la inversa (sexo Masculino) sin poder de la misma forma proporcionar una explicación lógica en éste aspecto.

GRAFICA No. 2  
Lugar donde ocurrió la muerte de los niños  
menores de 5 años.



Fuente: boleta de Datos

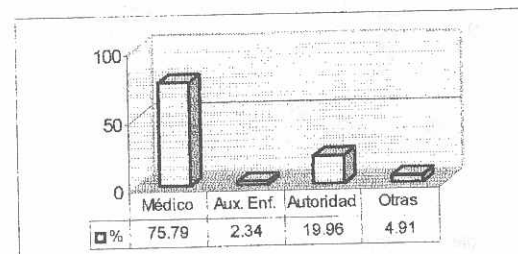
#### ANALISIS Y DISCUSION

Aunque la mayoría de los fallecimientos acontecieron en el hospital, no significa que todos fuesen internados y tomados como pacientes de cama de hospital, sino que la mayoría ingreso en estado critico y fallecieron a las horas de su ingreso, igual que los fallecidos en el Centro de Salud, lo anterior refleja el lugar donde aconteció la muerte y no el lugar donde estuvieron ingresados y atendidos por algún tiempo prolongado.

En contraste con las muertes ocurrida en el hogar, la mayoría de las madres atendieron a sus hijos por días con remedios caseros, hasta que estos fallecieron.

Todo lo anterior refleja que la población no esta asistiendo a los servicios de salud para ser atendidos, algunas veces por las creencias, distancias, falta de comunicación y educación de Salud.

GRAFICA No. 3  
Personas quienes determinó la muerte  
de los niños menores de 5 años.



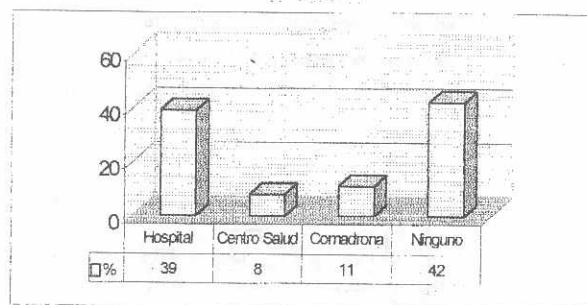
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Los médicos determinaron el mayor número de causas de muerte, peros esta es debido a que la mayoría de los niños fueron a fallecer al hospital y no refleja precisamente algún médico que haya determinado una causa de muerte fuera del hospital, es decir en clínica, casa particular u otros.

En esta población las autoridades como el juez, alcalde o comisionado militar, realizan gran parte de las determinaciones de causa de muerte y a ello se debe que en los certificados aparecen diagnósticos como septicemias entre otras.

GRAFICA No. 4  
Control prenatal de las madres de los  
Fallecidos menores de 5 años.



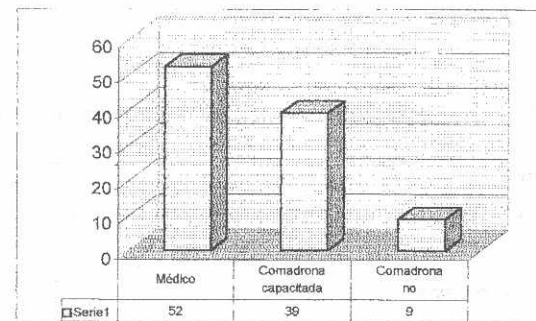
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Aunque el hospital solo atendió 39.00% de los partos, estos correspondieron a los partos de alto riesgo, lo que deja claro la importancia de definir los niveles de atención de acuerdo al riesgo, puesto que si estos niños no hubiese sido posible brindarles la atención adecuada al nacer en el centro de salud o en una casa habitacional.

El hecho de que la mayoría de los partos sean atendidos en casa es preocupante, porque las pacientes que se refirieron al hospital, fueron primero al centro de Salud, quien las refirió y no las comadronas. Esto refleja que las madres no asisten al centro de Salud. Probablemente la distancia hacia el centro de Salud, el costo de transporte, la falta de control prenatal y la información sobre una buena atención del parto sean los factores que constituyen a este fenómeno. Esto ultimo es importante ya que existen Muchas comadronas no capacitadas atendiendo los partos, los cuales se pueden complicar.

GRAFICA No. 5  
Persona quien atendió el parto



Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Como se puede demostrar en la gráfica los partos atendidos en el hospital son producto de referencias de Centros de Salud, puesto que corresponden a partos de alto riesgo, esto demuestra la eficacia del sistema de referencia centro de salud y hospital departamental.

Como se puede ver los restantes partos son atendidos por comadronas, es un dato que hay que tomar en cuenta, pues hay un porcentaje de éstas que no están capacitadas y son empíricas, todo ello trae como consecuencia que a nivel de atención de los partos sea deficiente y por ende se aumente el riesgo de mortalidad materno infantil.



CUADRO No.4  
Datos sobre el parto

TIPO DE PARTO	%	PRESENTACION	%	PESO AL NACER	%	EDAD GESTACIONAL	%
Eutotico Simple	87	Cefálica	87	>2,500 Gr.	94	> 38 Semanas	75
Distotico Simple	13	Podalica	9	<2,500 Gr.	6	< 38 semanas	25
		Transversa	4				

Fuente: Boleta de Datos

#### ANALISIS Y DISCUSION

Los partos distoticos fueron atendidos en su mayoría en el hospital, lo cual refleja el funcionamiento del sistema de referencia, empleado en el municipio para pacientes del alto riesgo materno-fetal.

No es tan preocupante el porcentaje de niños con bajo peso y de menores de 38 semanas de gestación, ya que estos últimos factores pueden incidir directamente sobre la sobrevivencia infantil predisponiendo al niño a mayor riesgo de mortalidad. Todos estos factores son probablemente el reflejo de la situación socioeconómico de la madre y la falta de apoyo en los servicios de salud.

El bajo peso al nacer y la prematuros constituyen factores fundamentales y condicionantes para la sobrevivencia infantil. El medio ambiente, la deficiente nutrición materna, la educación y la falta de acceso a los servicios de salud contribuyen a que este problema esté presente en la población.

CUADRO No.5  
Antecedentes de enfermedades Gastrointestinales y Respiratorias en Niños de 1 a 5 Años.

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	PROMEDIO
Disentería (Episodios durante la vida)	5
Diarrea (Frecuencia anual)	6
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	PROMEDIO
I.R.S. (Frecuencia anual)	8

DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIA	PROMEDIO
Bronquitis	10
Bronconeumonía	20

Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSIÓN

En cuanto a las enfermedades diarreicas se puede definir que aproximadamente cada tres meses los niños presentaban cuadros diarreicos. Si a todo esto se le suma la mala alimentación y periodo de recuperación después del episodio diarreico, de alguna forma se puede explicar la presencia de desnutrición y los efectos de esta sobre el sistema inmunológico y por ende la prevalencia de procesos infecciosos.

En este estudio se encontró un promedio de 5 episodio anuales. Este tipo de patología es de esperarse en la población las condiciones de la vivienda hacen factible la propagación de estas sin dejar pasar por alto los factores socioeconómicos y culturales que juegan un papel importante en la morbilidad.

CUADRO No. 6

Lactancia Materna en Niños de 1 a 5 Años.

LACTANCIA MATERNA	MESES	%	MESES	%	MESES	%
Duración de la Lactancia Materna	3 a 6	33.87	7 a 10	17.85	11 a 14	48.28
Edad de inicio de alimentación Artificial	2 a 4	65.08	5 a 7	35.55	.....	.....
Edad de destete	3 a 6	0	7 a 10	50	11 a 14	50

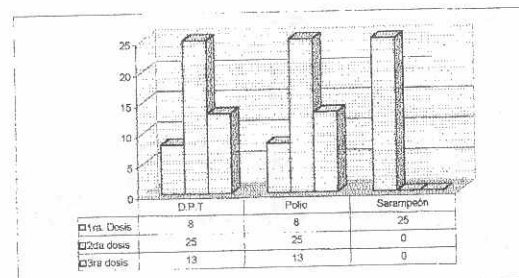
Fuente: boleta de Datos.

## ANALISIS Y DISCUSION

La lactancia materna constituye un elemento sumamente importante para la disminución de la morbi-mortalidad en nuestros pueblos y es un recurso valioso que la población de estas comunidades esta percibiendo adecuadamente al dar de mamar correctamente a sus niños, probablemente esto sea explicado por la adecuada información e instrucciones por parte del personal de salud que recorre todas las aldeas.

En nuestro estudio encontramos que la práctica de lactancia materna en nuestra población es adecuada, y se puede observar que la introducción de alimentación artificial se empieza a partir de los 6 meses de edad recomendado por la OMS. Al mismo tiempo se puede observar la que el promedio de la lactancia materna en esta población se encuentra por lo normal de lo esperado habitualmente en la República de Guatemala.

GRAFICA No.6

Esquema de vacunación en niños  
De 1 a 5 años de edad.

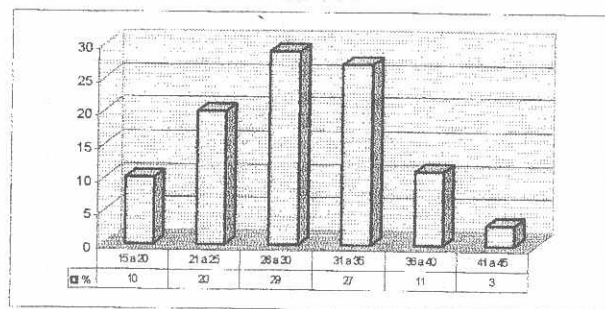
Fuente: Boleta de Datos

## ANALISIS Y DISCUSION

Los datos obtenidos en este estudio se pueden observar que falta mucha cobertura, ya que no se logra alcanzar un porcentaje por arriba del 85%, para el año 2,000 receptivamente esperados por la OMS.

Los datos que se observan en la gráfica son muy bajos, puesto que a nivel nacional, el programa de inmunizaciones (PAI), es uno de los que mejor cobertura presenta, al parecer está población a estado al margen de los beneficios totales de éste programa. Probablemente las facultades de acceso y control de la población a cubrir, así como la resistencia de los padres hacia las vacunas por falta de información haya incidido en el fracaso del programa PAI en esta población.

GRAFICA No. 7  
Edad de la Madre.



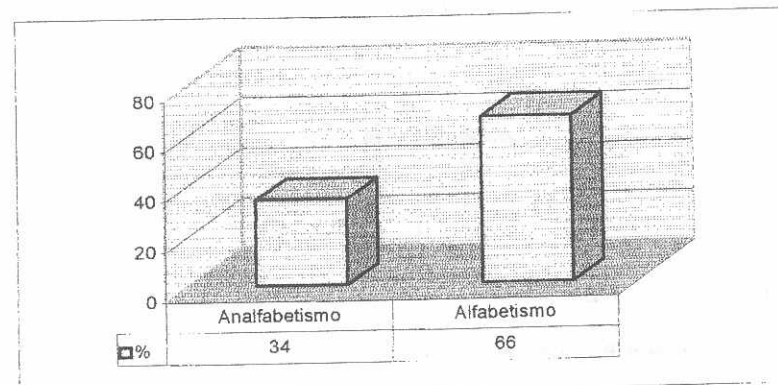
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

De acuerdo con las costumbres y nivel sociocultural de la población de estudio, la mayoría de las mujeres se embarazan tempranamente y se dedican a las labores de hogar dejando a un lado los estudios.

Realizando un análisis de las edades se puede asumir que estas madres la mayoría no presentan un alto riesgo para ellas y para el feto, pues son madres que están en una edad adecuada, solo un 10% presentan un riesgo ya que son las madres jóvenes, con bajo nivel socioeconómico lo que presupone un embarazo de alto riesgo.

GRAFICA No. 8  
Analfabetismo Materno.



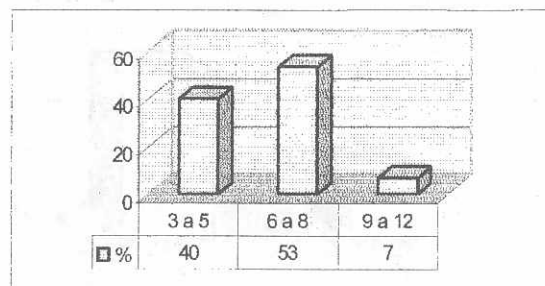
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

El analfabetismo materno es un problema que siempre a existido en todos los departamentos de nuestro país, donde predomina el machismo y la mujer casi no tiene acceso a la educación, pues ésta dentro de la cultura que debe permanecer en el hogar para realizar los oficios domésticos, y como consecuencia la mayoría de estas se embarazan tempranamente, constituyendo estos embarazos un alto riesgo.

Como se puede observar en este trabajo la mayoría de las mujeres tuvieron el acceso a la educación, pero solo cursaron hasta el cuarto primaria.

GRAFICA No. 9  
Personas que constituyen el grupo  
Familiar.



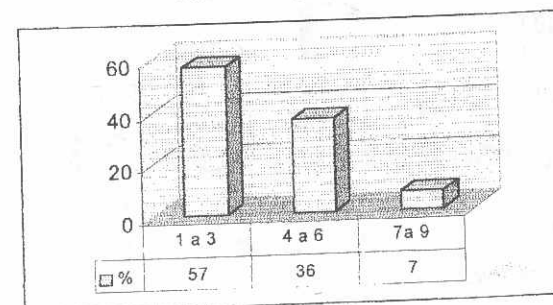
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

De acuerdo con las costumbres culturales de la población en estudio es habitual que las familias sean numerosas. La pobreza, el analfabetismo en ambos padres, la falta de programas de planificación familiar e información son factores que constituyen a agravar este problema en la población.

A través de estos datos obtenidos del estudio podemos percibir la gravedad del problema que atraviesa esta población que cuenta con múltiples familias numerosas y bajos ingresos económicos.

GRAFICA No. 10  
Número de hijos por familia.



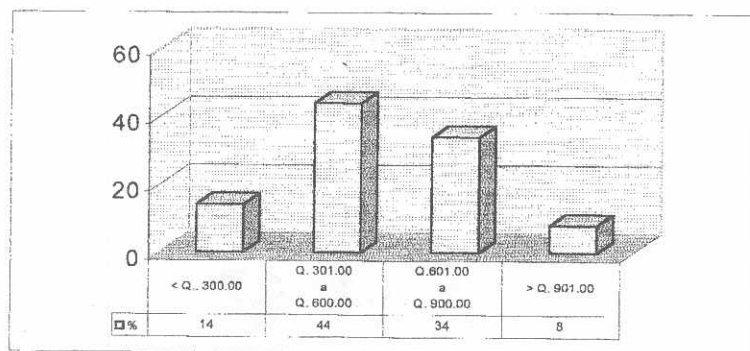
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Como se puede observar la mayoría de las familias no son numerosas lo cual evita un riesgo importante en los niños de adquirir alguna enfermedad. Pero el 36%, tiene un riesgo importante, por el periodo corto entre cada embarazo, la lactancia materna, el cuidado de los niños, el factor económico, la falta de acceso a la información y servicios de salud entre otros.



GRAFICA No. 11  
Ingreso promedio Mensual

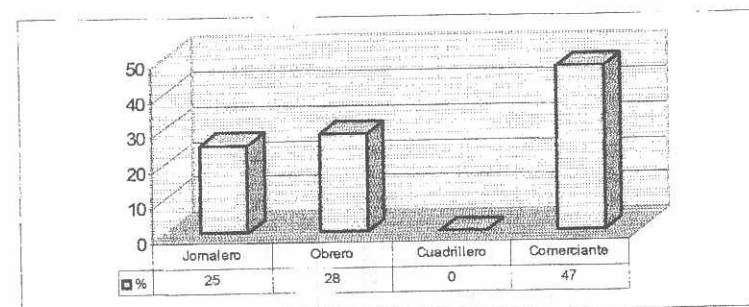


Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Si tomamos en cuenta que el costo de la canasta básica calculada para 1992 era de Q. 615.98 para el área rural, y que esta solo incluye el valor de los alimentos sin tomar en cuenta los elementos de su preparación, podríamos decir que esta población está lejos de satisfacer sus necesidades implícitas de las canastas familiar ampliada que incluye vivienda, vestuario, transporte, educación, salud y otros, cuyos costos para 1993 era de Q. 1.235.96 para el área rural. Esto deja entrever que en esta población no se ha dado el desarrollo socioeconómico sostenido para los pueblos subdesarrollados, pues la mayoría sueldo no cubre el salario mínimo actual. De acuerdo a las condiciones socioeconómicas del país todo hace suponer que se debe enfatizar en la salud preventiva.

GRAFICA No. 12  
Ocupación del jefe de Familia.



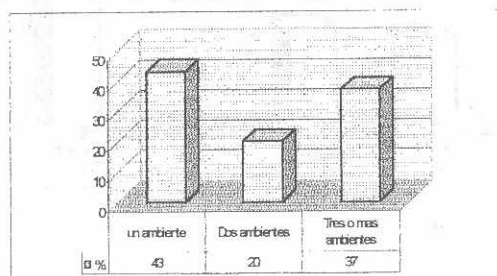
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Debido a las condiciones actuales que atraviesa el país y al área geográfica donde reside la población en estudio, las opciones de empleo que tienen sus pobladores no son muy amplias y por lo tanto se tienen que desempeñar como campesinos u obreros, bajo condiciones laborales deficientes y salarios mínimos.

De conformidad con este tipo de trabajo que desempeña la mayoría de los jefes de familia, es de esperarse que los salarios sean bajos, lo que constituye un riesgo mas para la familia.

GRAFICA No. 13  
Número de ambientes de la vivienda.

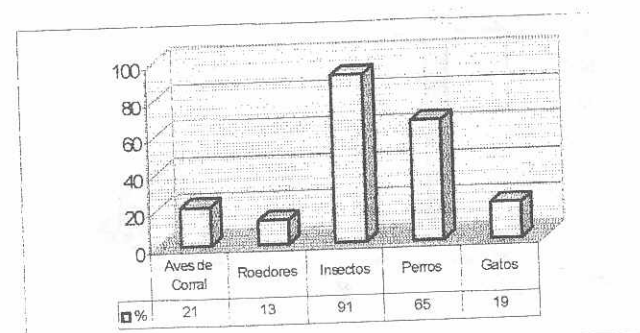


Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

El número de ambientes de la vivienda constituye un factor importante y repercute negativamente en el campo de la salud, incidiendo directamente sobre la prevalencia de enfermedades respiratorias por el hacinamiento y poca ventilación, así como enfermedades infecciosas en piel entre otras.

GRAFICA No. 14  
Protección de la vivienda contra animales  
(acceso de animales)



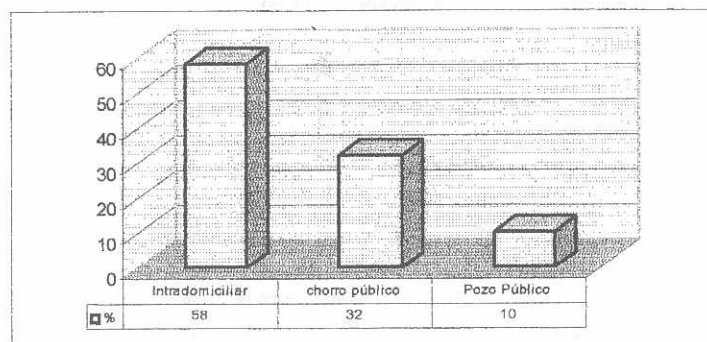
Fuente: Boleta de Datos

#### ANALISIS Y DISCUSION

Las viviendas de las familias en su mayoría favorecen o permiten el ingreso de insectos, exponiendo a sus moradores especialmente niños a enfermedades transmitidas por vectores, infecciones de la piel y reacciones alérgicas entre otras.

Existen además en estas viviendas el acceso de roedores debido a la construcción de la vivienda y otros animales contribuyendo todo ello a la proliferación de enfermedades en los menores de cinco años.

GRAFICA No. 15  
Obtención de agua para consumo Humano.



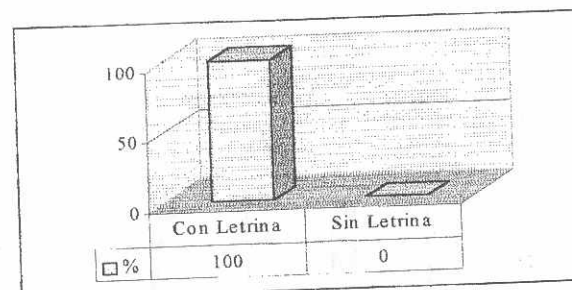
Fuente: Boleta de Datos

#### ANALISIS Y DISCUSION

Por las mismas condiciones de pobreza de la población la minoría de la población, obtiene el agua para consumo humano en los chorros públicos y almacenándolos en recipientes, los cuales constituyen focos para el crecimiento de microorganismos, criaderos de zancudos y disminución de la calidad del agua para consumo interno.

En cuanto a la población que utiliza un pozo para abastecimiento de agua, en su mayoría éstos pozos están descubiertos lo cual supone, foco de riesgo para la salud.

GRAFICA No. 16  
Posesión de Letrina Sanitaria



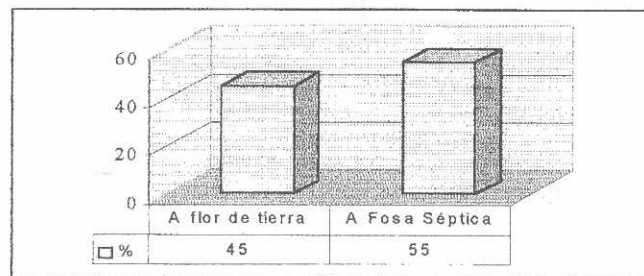
Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Los programas de letrización en salud pública son los más sencillos de realizar y con los que cuenta la mayor cobertura. De tal manera que actualmente se espera que el 100% de la población cuente con letrinas sanitarias.

Todo lo anterior deja entrever la capacidad y la buena atención del sistema de Salud del municipio para resolver éste problema, y con ello contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil, ya que la falta de letrinas es uno de los principales factores condicionantes para el desarrollo de enfermedades intestinales, las cuales constituyen una de las causas de mortalidad en niños menores de 5 años de edad.

GRAFICA NO. 17  
Distribución de Aguas Servidas.



Fuente: Boleta de Datos.

#### ANALISIS Y DISCUSION

Se evidencia que las condiciones de salubridad en el municipio son regulares, pues la mayoría cuenta con drenaje para las aguas servidas, las cuales al no tenerlas constituyen un factor de riesgo importante.

Los drenajes a flor de tierra contribuyen a los estancamientos de agua, proliferación de microorganismos y criaderos de zancudos que inciden directamente sobre morbi-mortalidad en la población.

CUADRO No. 7

Tendencia de las Tasa de Mortalidad  
en niños menores de 5 años  
en Cuilapa durante los años 1993 a 1997.

Tasa de mortalidad	1993	1994	1995	1996	1997
Infantil	21.2%	21.0%	23.0%	19.5%	20.3%
Neonatal	10%	6.6%	5.0%	4.5%	3.4%
Post-natal	12.1%	15.4%	17.2%	15.8%	18.6%
1 a 4 años	3.4%	3.0%	3.2%	2.2%	1.5%
menores de 5 años	7%	6.9%	7.0%	6.0%	5.8%

Fuente: boleta de datos

#### ANALISIS Y DISCUSION

La tendencia de la mortalidad infantil en Cuilapa se ha mantenido entre límites estables experimentando solamente un ascenso en 1995 (23 x 1000 nacidos vivos) para luego disminuir en 1997. Hay que tomar en cuenta que esta mortalidad no refleja expectativas halagadoras ni de progreso. El objeto de las políticas de Salud es ir disminuyendo las tasas de mortalidad y aquí se evidencia que de 1993 a 1997 no hay cambios significativos. Al parecer no ha sido posible que las poblaciones mas alejadas del casco urbano sean observadas dentro del sistema de salud que es lo que sucede en este caso, pues la mayoría de muertes acontecidas corresponden a niños que vivían en comunidades o aldeas alejadas. La tendencia de la mortalidad neonatal (menores de 28 días) ha sido hacia el descenso. Puesto que en 1993 se tenía una tasa de 10.2 x 1000 nacidos vivos, mientras que en 1997 se obtuvo una tasa de mortalidad neonatal de 3.4 x 1000 nacidos vivos.

Esto probablemente se deba a que en el transcurso de los años se ha ido mejorando, aunque no en gran medida la atención del trabajo de parto en esta población. Se observa que la tendencia de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad a experimentado descenso, para 1993 se tenía en el departamento de Santa Rosa una tasa de mortalidad de 12.1 x 1000 nacidos vivos, sin embargo esta tasa representa al departamento en su totalidad. Al realizar un análisis de estos datos, se concluye que la población de 1 a 4 años ha experimentado un descenso en el transcurso del tiempo y no así las tasas de mortalidad infantil.



## VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio en el municipio de Cuilapa, del Departamento de Santa Rosa, hubo un ascenso en los nacidos vivos y una disminución de la mortalidad post-natal, la cual se debe a la eficacia de los programas de Salud en este grupo etario de la población.

Se evidencio que las primeras causas de mortalidad de niños menores de 1 año, son las septicemias, los Síndromes de Distres Respiratorios y las asfixias perinatales, desplazando a las enfermedades infecciosas, (Intestinales y Respiratorias).

En cuanto a los niños de 1 a 5 años siguen siendo las enfermedades infecciosas (Intestinales y Respiratorias).

Se encontró que la mayoría de las muertes correspondieron a niños que viven en las aldeas lejanas, la cual es evidente por la pobreza y falta de desarrollo económico, la cual se relaciona con la edad de los padres, el analfabetismo y la falta de control prenatal.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Continuar con los programas materno-infantil permanentes, en los cuales además de dar atención correspondiente se siga fomentando la educación a las madres sobre la lactancia materna, alimentación suplementaria y se ponga más énfasis en los hábitos higiénicos entre otros.
2. Continuar y si es posible ampliar la cobertura en salud pública para el saneamiento ambiental fortaleciendo los programas sobre la introducción de agua potable y drenajes.
3. Fortalecer los programas permanentes de inmunizaciones con el objeto de disminuir las enfermedades inmunodepresibles, con mayor publicidad y más amplitud a efecto que tengan cobertura en la población infantil.
4. Establecer un programa continuo y sistemático de capacitación para comadronas.
5. Motivar y fomentar la asistencia al Centro de Salud para la atención de la morbilidad en la población materno infantil.
6. Es necesario modificar los factores prevenibles que inciden sobre las tasas de mortalidad en el municipio de Cuilapa, Santa Rosa.
7. Establecer programas específicos para disminuir el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y permutares, a través de información, promulgación, capacitación a personal de salud y aumentar las coberturas de control prenatal.

## X. RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal de la mortalidad en niños menores de 5 años, en el municipio de Cuilapa, Santa Rosa con el objeto de determinar las causas y tasas de mortalidad.

Se revisaron las defunciones ocurridas en los años de 1993 a 1997 en los archivos del Registro de Defunciones de la municipalidad, posteriormente se realizaron visitas domiciliarias a las familias de los fallecidos en el último año (1997), con el objeto de entrevistarlos, observar la vivienda y el medio ambiente para establecer las condiciones socioeconómicas de las familias.

Se estableció que la mayoría de la mortalidad ocurren en los menores de 1 año y que dentro de este grupo la mortalidad neonatal exhibe las tasas más altas.

Las causas más frecuentes de mortalidad encontradas en los menores de 5 años fueron encontradas en orden descendente las septicemias, los distres respiratorios y las asfixias perinatales dejando en último lugar a las enfermedades infecciosas como lo son las intestinales y respiratorias.

Las condiciones de salubridad pública de las comunidades son totalmente favorables para la conservación de la salud, aunque existe difícil acceso a las poblaciones y el deficiente uso de servicios de salud, evidenciando la pobreza y la falta de un desarrollo socioeconómico sostenido en la población.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CIEP/MEG/FNUAP. Comisión Internacional de Educación Poblacional. Guatemala, 1995 (folleto).
2. Editorial Centroamericano de Demografía. La mortalidad en la niñez en C.A., Panamá y Belice. CELADE. San José Costa Rica. Julio de 1988.
3. Enciclopedia Encarta 1998. Pobreza en Centroamérica. Editorial Microsoft.
4. Instituto Nacional de estadística. INE/MSPAS. Lactancia materna una responsabilidad para todos. Guatemala, 1995.
5. INCAP. Situación alimentaria Nutricional. Guatemala, 1992.
6. MSPAS/DGSS. Unidad de informática: 78 principales causas de la mortalidad total en la república durante 1990, 1991 y 1992. Guatemala 1992.
7. MSPAS/OPS/OMS. Situación de salud en Guatemala. Indicadores básicos 1995.
8. Organización Mundial de la Salud. OMS. Alma-Ata al año 2000. Ginebra 1991.
9. OMS. Aplicación de la estrategia mundial de la salud para todos en el año 2000. Segunda evaluación. Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial 1994.
10. OMS. Noveno programa general de trabajo para el periodo 1996-2001 (serie salud para todo No. 11) 1994.
11. OPS/OMS. Análisis de la situación de salud por regiones. Guatemala 1991.
12. OPS/OMS. Las condiciones de salud de la Américas. Washington USA 1994.
13. OPS/OMS. Estadísticas de salud de las Américas. Washington USA 1994.
14. OPS/OMS. Manual de enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington D.C. 1986 (serie paltex para ejecutores de programa de salud No.7).
15. OPS/OMS. Indicadores de salud seleccionados por departamentos. Guatemala 1993.
16. OPS/OMS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1997.
17. Orellana, René Arturo. Nutrición y canasta alimentaria en: Siglo veintiuno, martes 4 de mayo de 1993 Guatemala 1993.
18. Organización Panamericana de la Salud OMS. Condiciones de salud en Guatemala. Guatemala mayo de 1994.
19. República de Guatemala/MSPAS. Lineamientos de políticas de salud 1994-1995. Guatemala 1993.
20. SEGEPLAN. Comportamiento reciente de los principales indicadores económicos y sociales. Guatemala 1992.
21. UNICEF. Child survival and population Growffh. En chapter 5 of the state of the World's children 1991.
22. UNICEF/SEGEPLAN. Análisis de la situación del niño y la mujer. Agosto 1991.
23. USAC/DIGI/PUIAN/PROGRAMA MATERNO INFANTIL FASE III. Indicadores básicos de salud. Guatemala 1992 (folleto).

INSTRUMENTO DE TRABAJO 1  
(ESTUDIO SOBRE MORTALIDAD)  
MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

**Instrucciones:** A continuación se encontrarán una serie de preguntas de completación y de selección múltiple, conteste con letra de molde las preguntas de contestación y encierre en un círculo la letra correspondiente a la respuesta correcta en las de selección múltiple.

**A. DATOS GENERALES;**

1. Nombre del difunto: \_\_\_\_\_
2. Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_
3. Lugar donde ocurrió la muerte: Hospital \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ C.S. \_\_\_\_\_ otras \_\_\_\_\_
4. Edad del difunto: Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_
5. Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
6. Dirección o Localidad: \_\_\_\_\_
7. Nombre de las personas encargadas del difunto: \_\_\_\_\_
8. DATOS SOBRE LA MUERTE

9. Diagnostico del registro civil: \_\_\_\_\_
10. Personal de salud, funcionario o Persona quien determinó la causa de la muerte: a) Médico: \_\_\_\_\_ b) Auxiliar de enfermería: \_\_\_\_\_ C) autoridad: \_\_\_\_\_ d) Otras: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA CON LA FAMILIA**

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DIFUNTO**

**En difunto menores de un año:**

1. Madre con control prenatal en:

a) Hospital \_\_\_\_\_ c) Comadrona \_\_\_\_\_ e) Ningún control \_\_\_\_\_

b) Centro de salud \_\_\_\_\_ d) desconocido \_\_\_\_\_

a) Tipo: E \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

b) Presentación: C \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_

c) Atendido en: Hospital \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

d) Por: Médico \_\_\_\_\_ Comadrona capacitada \_\_\_\_\_ Comadrona no capacitada \_\_\_\_\_

e) Peso al nacer: a) <2,500 gr. (5.5lbs) b) >2,500 gr. (5.5 lbs)

f) Otras: \_\_\_\_\_

3. Signos vitales del R.N.

a) Llanto: Fuerte \_\_\_\_\_ Débil \_\_\_\_\_ Intermedia \_\_\_\_\_ Tardío \_\_\_\_\_

b) Respiración: Espontánea \_\_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_\_

c) Color de la piel: Rosada \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_ Pálida \_\_\_\_\_

- a) Sarampión      b) Tosferina      c) Varicela      d) TB      e) Difteria  
f) Tétanos      g) Polio      h) Tifoidea      i) Viruela

- Disentería # de episodios durante la vida.

- a) IRS\_\_\_\_\_ Frecuencia Anual.
- b) Bronquitis diagnosticada por personal de salud. \_\_\_\_\_
- c) BNM Diagnosticada por personal de salud. \_\_\_\_\_

2. Alimentación:

- Tiempo de lactancia materna en meses. \_\_\_\_\_
- Edad de inicio alimentación artificial. \_\_\_\_\_
- Edad del destete. \_\_\_\_\_
- Alimentación del niño en los últimos meses de vida. \_\_\_\_\_

- a) Sarampião \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
b) DTP 1era \_\_\_\_\_, 2da \_\_\_\_\_, 3era \_\_\_\_\_ dosis.  
c) Polio 1era \_\_\_\_\_, 2da \_\_\_\_\_, 3era \_\_\_\_\_ dosis.

1. Edad de la madre (15-20)\_\_\_\_, (21-25)\_\_\_\_, (26-30)\_\_\_\_, (31-35)\_\_\_\_, (36-40)\_\_\_\_, (41-45)\_\_\_\_, (>45)\_\_\_\_\_

2. Escolaridad de la madre: a) Sí sabe leer      b) No sabe leer

3. Número de personas que constituyen el grupo familiar

4. Número de hijos.

5. Ingreso promedio mensual.

6. Personas responsables de ingreso.

7. Ocupación del Jefe de familia.

- a) Jornaleros \_\_\_\_\_ b) Obrero \_\_\_\_\_ c) Cuadrillero \_\_\_\_\_ d) Comerciante \_\_\_\_\_ e) Otras \_\_\_\_\_

- Sala - Comedor - Cocina - Dormitorios juntos.
- Sala - Comedor y cocina juntos - Dormitorios separados.
- Instalaciones separadas.

- a) Tierra.
- b) Torta de cemento.
- c) Otros.

- a) Palma.
- b) Bahareque.
- c) Bahareque sin repello.
- d) Block o cemento.
- e) Madera.
- f) Otros.

- a) No tiene.                      b) Machimbre.  
c) Cartón.                        d) Telas.  
e) Petates.                        f) Otros.

- ## 5. ILUMINACION Y VENTILACION

- a) Número de ventanas. \_\_\_\_\_
- b) Número de puertas. \_\_\_\_\_

- ## 6. ILUMINACION NOCTURNA

- a) Energía Eléctrica.
- b) Gas.
- c) Candela, ocote, candil.
- d) Otros.

- ## 7. PROTECCION DE ANIMALES

- a) Animales domésticos.
- |                  |                     |                  |
|------------------|---------------------|------------------|
| +Cerdos.         | +Vacas.             | +Aves de corral. |
| * Tienen acceso. | * No tienen acceso. |                  |

- b) De Roedores. + Si \_\_\_\_\_ + No \_\_\_\_\_

- + Si \_\_\_\_\_ + No \_\_\_\_\_

- d) De Otros Animales.
- + Perros. \_\_\_\_\_ + Gatos \_\_\_\_\_

- \*Viven dentro de la casa. \_\_\_\_\_