

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas



Guatemala, septiembre de 2005

Guatemala, 12 de septiembre del 2005

Señor Bachiller:

Carlos Armando Gutierrez Mills

Carnet
32214

Se le informa que su trabajo de tesis titulado:

"Causas de Mortalidad Pediátrica"
Diagnósticos clínicos y patológicos
Departamento de Pediatría
Hospital General San Juan de Dios.
Enero - Agosto 2003

Ha sido **REVISADO y CORREGIDO**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su Examen General Público.

Sin otro particular.

Atentamente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador
Unidad de Tesis



Guatemala, 12 de septiembre de 2005

Señores
Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señores:

Se les informa que el Bachiller:

Carlos Armando Gutierrez Mills

Carné
32214

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"Causas de Mortalidad Pediátrica"
Diagnósticos clínicos y patológicos
Departamento de Pediatría
Hospital General San Juan de Dios
Enero - Agosto 2003

Del cual, el autor, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Carlos Armando Gutierrez Mills

ASESOR
FIRMA Y SELLO

Dr. Edgar R. Martínez I
Médico y Cirujano
Col. 9097

REVISOR
FIRMA Y SELLO

REGISTRO DE PERSONAL :

Dr. Álvaro Giovanni Frías Salazar
Médico y Cirujano
Col. 5864
PATOLOGO

CONTENIDO

1. ANÁLISIS DEL PROBLEMA	1
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. REVISIÓN TEÓRICA Y DE REFERENCIA	13
4. OBJETIVOS	21
5. DISEÑO DEL ESTUDIO	23
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS POR MUNICIPIOS	27
8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	31
9. CONCLUSIONES	33
10. RECOMENDACIONES	35
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
12. ANEXOS	39

1. ANALISIS DEL PROBLEMA

1.1 La mortalidad infantil y en la niñez.

Las tasas de mortalidad en los primeros cinco años de vida, en especial la infantil, son algunos de los indicadores 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 cinco años (5).

Los factores que afectan tanto a este grupo de edad, constituye un aspecto importante para evaluar la relación clínico patológica de las causas múltiples y condicionantes de la morbimortalidad.

La mortalidad infantil es objeto de estrecho escrutinio en muchos países por razones estratégicas y políticas como indicador del estado de salud de una población; elemento que define adicionalmente su importancia, es el impacto que tiene en la esperanza de vida al nacer (16).

En general los niveles y tendencias de la mortalidad en los primeros cinco años de vida, se relacionan directamente con las condiciones de vida, socioeconómicas y culturales de un país.

En nuestros servicios de salud (Hospitales), se nos presenta una afluencia considerable de pacientes pediátricos con enfermedades infectocontagiosas y estas son las que representan la mayor parte de defunciones en esta área, teniendo esta una fuerte presencia.

Conociendo estas características a través de la investigación tendremos condicionantes para evaluar la mortalidad en este grupo de edad.

Se puede mencionar que la buena evaluación clínica e histopatológica y el uso adecuado de métodos, así como el uso adecuado de los recursos contribuirán y darán como resultado la disminución de la mortalidad infantil.

Analizando las causas, se puede establecer que en el Hospital General San Juan de Dios, pueden existir factores propios hospitalarios que modifiquen el curso de estas enfermedades.

Con el presente estudio de una correlación clínico-patológica se trata el fenómeno de la mortalidad infantil, sus interrelaciones y ocurrencia en este centro hospitalario.

Considerando el crecimiento y desarrollo como necesidades psico-biológicas y sociales, las patologías recurrentes constituyen efectos altamente nocivos y letales en nuestra población infantil ya que la ignorancia y la pobreza tienen un severo impacto en la salud y la enfermedad. El perfil de la mortalidad infantil, refleja diversos y complejos procesos, su tendencia, causalidades, áreas geográficas mas pobladas, sexo, edad en la cual existe mayor riesgo de morir, así como también, condiciones políticas, sanitarias, económicas y sociales.

Mejorando el acceso y condiciones en los servicios de salud, obtendremos mejores resultados en la calidad de vida de los grupos de alto riesgo como son en este caso los niños.

1.1 Antecedentes del Problema

En lo que se refiere a trabajos similares al presente, no se encontró reporte alguno que concierna a este tema específico por lo que se toma como principio básico, los hallazgos relacionados con lo que se representa en si la mortalidad infantil.

La mortalidad infantil constituye uno de los principales indicadores negativos de salud en Guatemala, comparada con la de otros países esta tiende a ser elevada; para el año de 1995 estaba en 51%; luego se reporto para el año de 1998 un porcentaje de mortalidad de 48% y para el año 2002 un 39x1,000 nacidos vivos, aunque tiende a disminuir, este porcentaje se mantiene elevado comparativamente. (2,8)

El estudio de CELADE sobre el número de muertes evitables, estima que seria un 85% de las que actualmente se producen, si se compara la mortalidad infantil de Guatemala con la de un país próximo con mejor estado de salud como lo es Costa Rica. Otros estudios que comparan la mortalidad infantil de Guatemala con la de otros países desarrollados aumentan esa cifra de evitabilidad. (3,12)

Se puede decir que las tasas de mortalidad en los primeros cinco años de vida es decir la infantil, son algunos de los indicadores en salud mas utilizados para identificar las condiciones generales de vida de una población y refleja además la capacidad de respuesta de los servicios de salud a uno de los grupos mas vulnerables: los menores de cinco años (5). Disminuyen los niveles de esta mortalidad, cuando aumentan las coberturas de los programas contra enfermedades inmunoprevenibles y se observaran cambios cualitativos y cuantitativos en atención a la salud.

Según los indicadores básicos de análisis de situación de salud, la tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1997-2002 se estima en 39x1,000 nacidos vivos. Comparado con otros países como Costa Rica con un 14%, Cuba 12%, o Estados Unidos que tiene un 9%, esta tiende a estar elevada. (12,4)

Este problema es muy significativo evidenciando en alguna forma las deficiencias del sector de salud, como lo es la falta de los recursos y por ende un aumento en la tasa. Las tres primeras causas de mortalidad hospitalaria pediátrica son prematuréz, septicemia y neumonías representando el 54% del total. (11)

En Guatemala la apreciable caída de la mortalidad ha tenido lugar sin que se modifique fuertemente su composición etarea. En efecto, la tasa de mortalidad descendió del 22x1,000 en el quinquenio 1950-1955 al 9x1,000 en el quinquenio 1985-1990, y ha sido la tasa específica de los menores de cinco años la que mas se ha reducido. Sin embargo, siguen

siendo esos menores los que representan la mayor proporción de las muertes anuales (el 66% en 1950-1955 y el 44% en 1985-1990).

Esto refleja una apreciable insatisfacción de las necesidades de salud materno-infantil, en un país con una tasa de natalidad tan alta como la de Guatemala. (4) Las tasas de mortalidad infantil en las encuestas nacionales de salud materno infantil son calculadas de acuerdo a los procedimientos estándar del llamado método directo de estimación para la construcción de tablas de mortalidad a partir de la historia de nacimientos y defunciones.

Mortalidad infantil y en la niñez por Quinquenios.

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1997-2002 anterior a la ENSMI-2002, se estima en 39x1,000 nacidos vivos, siendo menor a la tasa del quinquenio 1992-1997 que fue de 48.

Los resultados muestran que la magnitud del descenso entre ambos quinquenios fue mayor en el área urbana comparada con el área rural. En el área rural mueren 53 de cada mil nacimientos antes de cumplir su primer año de vida. Similar tendencia muestra la tasa de mortalidad en la niñez la cual fue de 53 para el quinquenio 1997-2002 comparado con 65 para el quinquenio 1992-1997. El comportamiento de la mortalidad en los primeros cinco años en cuanto a disminución es diferente a la tasa de mortalidad infantil. Observándose un mayor descenso en el área rural que el área urbana. (2)

Mortalidad Hospitalaria.

Área de Pediatría, Depto. De Guatemala Año 2003.

	Fx.	%
1. Shock séptico	236	33.33
2. Prematurez	134	18.03
3. Neumonía	78	11.02
4. Fallo ventilario	24	3.99
5. Trauma Cráneo Encefálico	22	3.11
6. Resto de Causas	214	30.23
7. Total	708	100.00

Mortalidad General, Depto. de Guatemala

No. Muertes	Edad	Población	Constante	Tasa de Mortalidad
957	1ª	41,744	1,000	22.93
344	1-4ª	284,081	1,000	1.21

Población total, Depto. de Guatemala, 2003.

2,812,253 Habitantes.
Tasa de Natalidad: 14.84
No. Mortinatos: 784

1.2 Definición del Problema

La mortalidad infantil es uno de los problemas prioritarios e indicador del sector salud de cualquier país, asociado a múltiples factores, como lo son la calidad y el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y prácticas de salud.

Las principales causas de dicha mortalidad en menores de cinco años son las enfermedades infecto-contagiosas, la prematurez, enfermedades asociadas a estas y otras afecciones que son prevenibles. (12,13)

Los indicadores de mortalidad infantil descritos en el presente trabajo, nos demuestran que Guatemala ha experimentado descensos importantes, sin embargo siguiendo altos en comparación con países como Cuba, Chile y Costa Rica; si bien su nivel sigue siendo uno de los mas altos en América Latina (16). Al referirnos específicamente a instituciones de salud pública (Hospitales) es necesario conocer y analizar el problema, ya que este va asociado a factores sociales, culturales, políticos y económicos.

La mortalidad en los niños menores de cinco años constituye un serio problema de salud pública ya que es un indicador altamente sensible para determinar el impacto de las acciones en salud realizadas por Estados a través de las organizaciones correspondientes, especialmente para los países en desarrollo. Las causas mas frecuentes de muerte son las enfermedades citadas en párrafos anteriores, esto nos muestra que la mortalidad infantil es un problema que debe ser investigado en el Hospital General San Juan de Dios, identificando los factores asociados a esta. La información se debe tabular y analizar continuamente, desviando recursos para el fin que perseguimos: disminuir la mortalidad infantil.

1.3 Delimitación del Problema.

A nivel hospitalario en Guatemala las cinco primeras causas de mortalidad pediátrica incluyen Neumonías, prematuridad, shock séptico, enfermedades de membrana hialina, síndrome de sepsis (11). Se entiende como mortalidad infantil a la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de edad.

Específicamente:

- Mortalidad Neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN).
- Mortalidad Infantil: Probabilidad de morir durante el primer año de vida.
- Mortalidad Post-infantil: Probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario.
- Mortalidad en la Niñez: Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años. (5)

Ciertamente la disminución de las causas mayoritarias- infectocontagiosas- intrahospitalariamente sería esto lo que produciría mas rápidamente la caída de la mortalidad general y sobresale una porción importante de ellas que serían prevenibles.

Disminuyen los niveles de esta mortalidad cuando aumentan las coberturas de los programas contra enfermedades inmunoprevenibles y se observan cambios cualitativos y cuantitativos en la atención a la salud. La medición de la tasa de mortalidad infantil (TMI) incluye todas las defunciones en menores de cinco años que ocurren en la población de nacidos vivos en un periodo de un año. Se tomaron en cuenta todas las defunciones de menores de cinco años que fallecieron y a quienes se les realizó necropsia con su respectivo estudio histopatológico. Con el presente trabajo se desea aportar información sobre las principales causas de mortalidad infantil en el Hospital General San Juan de Dios.

En nuestro Hospital General San Juan de Dios las causas antes mencionadas persisten. La correlación clínico-patológica descrita en este trabajo, hace que tengamos una visión de lo actualmente acontece en nuestros hospitales. Podríamos también abordar la situación de la salud describiendo los avances en el control de enfermedades, haciendo hincapié en las infecciosas. En nuestro país todavía hay un inmenso rezago en cuanto a mal nutrición enfermedades infecciosas, especialmente entre los niños.

1.4 Planteamiento del Problema

la mortalidad infantil en general para el año 2002, la encontramos en 39X1000 nacidos vivos. las principales causas de dicha mortalidad, son procesos mórbidos de tipo infeccioso (Neumonías, sepsis); así como también la prematuridad y la enfermedad de la membrana Hialina; refiriéndonos a procesos intra hospitalarios.

lo citado anteriormente muestra que la mortalidad infantil es un problema que debe ser investigado en las instituciones correspondientes. Entre los factores asociados a mortalidad en la niñez, nos encontramos desde los reproductivos y perinatales hasta los relacionados con los servicios de salud (accesibilidad, eficacia y calidad de los mismos).

Para tener una visión de la realidad, respecto a la disminución de dicha mortalidad, es necesario conocer y analizar el problema.

Como participación del análisis del problema, consideramos necesaria la correlación clínico-patológica del mismo, para intervenciones futuras.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La mortalidad infantil constituye un elemento importante para evaluar la situación de salud en Guatemala. Este problema es muy significativo, evidenciando en alguna forma las deficiencias en el sector salud y por ende un aumento de la tasa.

El curso de las patologías diagnosticadas puede ser modificable conociendo las causas y analizándolas, desafortunadamente los niños mueren y seguirán muriendo en muchos casos de enfermedades prevenibles. (5,6) Conociendo estas características a través de la investigación, tendremos condicionantes para evaluar la mortalidad en este grupo de edad; se puede mencionar que la buena evaluación clínica y patológica y el uso adecuado de métodos, así como el uso eficaz de los recursos, contribuirán y darán como resultado una disminución de nuestra mortalidad infantil.

2.1 Magnitud del Estudio.

En este trabajo de investigación, se ingresó durante 50 meses, el total de pacientes fallecidos durante el periodo referido; en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Pacientes que llenaron los requisitos para el evento.

Comparando dichos datos, con los registros a nivel del departamento de Guatemala y a nivel nacional.

Tomando en cuenta el porcentaje de niños menores de 5 años; la tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad en este hospital.

La salud en nuestra región puede describirse aplicando diferentes criterios, el tradicional es el que utiliza indicadores de mortalidad como valores sustitutivos y se apoya en la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo utiliza la esperanza de vida de una cohorte como una medida de su posible exposición a los peligros mortales. Esta investigación nos da un índice de mortalidad con el diagnóstico clínico dado y constatóndolo con el diagnóstico histopatológico.

No existiendo otros estudios similares en nuestro país que nos hagan ver la realidad y la relación del diagnóstico clínico-patológico.

2.2 Trascendencia del Estudio.

Considerando que la prevalencia de la tasa de la mortalidad infantil se encuentra elevada en nuestro país, esto se podría tomar como consecuencia de la inestabilidad social, política y económica del mismo.

Esto tiene significación y nos propone evaluar lo eficiente del sector salud y como resultado de esto, veremos el reflejo de un aumento o disminución de este flagelo pediátrico.

En Guatemala tenemos una población total de 11,678,411 de personas (año de referencia 2001); en la ciudad capital es de 2,654,203 personas con una tasa de natalidad de 22.15 y mortalidad general de 3.85; esperanza de vida al nacer: masculina 68.66 y femenina 74.30; la tasa de mortalidad infantil en 39.77(1998). (12) Para el año 2001 en el área de salud Guatemala (código 21) tenemos la mortalidad neonatal en 22.85; mortalidad post-neonatal 23.36; mortalidad infantil 46.20; mortalidad de 1 a 4 años 1.13. (12)

La mortalidad infantil en general para el año 1995 estaba en 51%, luego se reporto para el año 1998 un 48% y para el año 2002 la encontramos en 39X1,000 nacidos vivos, aunque tiende a disminuir, este porcentaje persiste elevado comparativamente. (10)

El curso de las patologías diagnosticas puede ser modificable, conociendo las causas y analizándolas. Desafortunadamente los niños mueren y seguirán muriendo en muchos casos de enfermedades prevenibles.

2.3 Vulnerabilidad.

La susceptibilidad en los niños menores de 5 años, es un factor determinante en su evolución y desarrollo; estando mas afectos a procesos mórbidos y letales.

Tomando en cuenta que la mortalidad infantil es un flagelo en nuestro país diremos que la tasa de mortalidad en los primeros cinco años de vida principalmente en los menores de un año, es utilizada para determinar el impacto de las acciones de promoción, atención y recuperación de la salud llevados a cabo por las instituciones correspondientes, en general se puede afirmar que los niveles y tendencias de la mortalidad en los niños menores de 5 años son relacionados de forma indirecta, con las condiciones de vida, sociales, económicas y la educación de la población, ya que la ignorancia y la pobreza tienen un severo impacto en la salud y la enfermedad. (6,15)

Como alternativa de solución al problema podemos citar: la calidad, la evaluación y el contexto socioeconómico.

Podemos definir como calidad: el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumenta las posibilidades de los recursos deseados y son consistentes con el conocimiento profesional prevalente.

Esto incluye:

- Conocimientos, aptitudes y practica clínico-patológica para la realización del diagnostico.
- Acceso del paciente a la atención de salud.
- Motivación, adherencia y participación activa de los pacientes en el control y tratamiento de su enfermedad y evitar la muerte.

Hay aspectos que deberían mejorar y que es posible identificar a través de estrategias de atención exitosas, realizarlas y transferirlas. La implementación de cualquier estrategia de prevención y tratamiento de la enfermedad requiere un instrumento de evaluación que permita

verificar sus resultados e introducir los ajustes necesarios para sustentar sus logros y corregir sus deficiencias.

En el foro mundial (OMS) 1,996, se muestra la desigual situación de los ricos y los pobres, no solo entre los países, sino dentro de cualquier sociedad, lo cual es inaceptable, ya que la mortalidad infantil es mas de 15 veces mayor en los países en vías de desarrollo.

Guatemala un país con una situación socioeconómica y política bastante contradictoria, donde todos los beneficios de salud están al servicio de una minoría y el resto de la población que es la mayoría es generalmente marginada. El presupuesto asignado a 7 hospitales en el año 2,000 fue de Q.248,156,231.00 en Guatemala; actualmente (2,004) se propone un aumento al mismo; en el hospital, lo cual va definitivamente de acuerdo con que la salud y la vida de los niños va de la mano con la situación socioeconómica, cultural y sanitaria de la población. (1,12)

3. REVISION TEÓRICA Y DE REFERENCIA

La mortalidad infantil (es decir, la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años de edad) constituye una temática compleja en donde la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social. (6)

Encontramos factores que afectan al niño desde su nacimiento y desarrollo postnatal como una enfermedad de curso moderado pero que es repetitiva lo puede conducir a la muerte, como lo es, una enfermedad infecciosa, respiratoria o intestinal.

El análisis de las múltiples causas y condicionantes de la morbilidad infantil donde vemos el crecimiento y desarrollo como necesidades biológicas, psíquicas y sociales y estas enfermedades recurrentes producen efectos generalmente letales.

La correlación clínico-patológica es un estudio que nos permite analizar los hallazgos clínicos comparándolos con los hallazgos histopatológicos con el fin de dejar establecido un diagnóstico definitivo. En este caso definiendo las principales causas de mortalidad en niños menores de cinco años en el Hospital General San Juan de Dios.

La mortalidad infantil, en prácticamente todos los países, ha venido descendiendo constantemente y hay países en desarrollo que se jactan de presentar tasas de mortalidad infantil casi tan bajas como los países mas desarrollados. Se encuentran tasas de mortalidad de aproximadamente 45x1,000 nacidos vivos en América, cifra que con certeza es mas baja que los que podemos encontrar en Asia o África. (16)

Estas cifras promedio, por impresionantes que puedan parecer a primera vista, esconden el hecho de que actualmente mueren 500,000 lactantes al año (16). A partir del año 1995, siguiendo la iniciativa regional de datos básicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a cargo del programa especial de análisis de salud, alrededor de 20 países empezaron a publicar datos e indicadores básicos subnacionales de manera sistemática. Entre ellos esta incluida la mortalidad infantil.

La mortalidad infantil promedio va desde un mínimo de 6.43x 1,000 nacidos vivos hasta un máximo de 87.3x1,000 vivos. Los medianos de la mortalidad infantil en algunos países suelen ser diferentes al nivel del país, probablemente debido a la gran dispersión de los valores que se observan. Los medianos suelen ser mejores indicadores que los promedios para indicar una medida central de resumen porque limitan el efecto de valores extremos. (11.16)

La razón de las tasas máximas sobre mínima permite también una idea de las diferencias que existen entre unidades geográficas de un mismo país. Cuanto mas grande esta razón, mas grandes las desigualdades de salud (16). En América Latina a fines de los 90 la mortalidad infantil para la región ya mostraba una tasa mediana de 20x1,000 nacidos vivos; el periodo 1980-1985 alcanzaba un valor cercano a 65x1,000 en el istmo centroamericano para el periodo 1995-2000 esta disminuía a cerca de la mitad (35x1,000).

La mortalidad infantil es uno de los problemas prioritarios e indicador del sector salud de cualquier país, especialmente los países en vías de desarrollo, como el nuestro, porque esta asociado a una gran variedad de factores tales como la salud materna, la calidad y el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las prácticas de salud. El perfil de la mortalidad infantil refleja los diversos y complejos procesos que influyen en las condiciones de vida de cada región. (2,14)

En Guatemala, la apreciable caída de la mortalidad ha tenido lugar sin que se modifique fuertemente su composición etarea. En efecto, la tasa de mortalidad descendió del 22X1,000 en el quinquenio 1950-1955 al 9X1,000 en el quinquenio 1985-1990, y ha sido la tasa específica de los menores de 5 años la que más se ha reducido. Sin embargo, siguen siendo esos menores los que representan la mayor proporción de las muertes anuales (el 66% en 1950-1955 y el 44% 1985-1990).

Esto refleja una apreciable insatisfacción de las necesidades de salud materno-infantil, en un país con una tasa de natalidad tan alta como la de Guatemala. La mortalidad infantil ha disminuido apreciablemente en los últimos veinte años, si bien su nivel actual sigue siendo uno de los más altos en América latina. En 1970 morían anualmente 111 niños menores de 1 año por cada mil nacidos vivos y en 1989 esa cifra había disminuido a 57. (4,10)

La medición de la tasa de mortalidad infantil (TMI) incluye todas las defunciones en menores de un año que ocurren en la población de nacidos vivos en un periodo de un año. Sigue siendo uno de los indicadores de salud más comúnmente empleados para los análisis de situación de salud. La mortalidad infantil es objeto de escrutinio estrecho en muchos países por razones estratégicas y políticas como el indicador del estado de salud de la población; elemento que define adicionalmente su importancia es el impacto que tiene en la esperanza de vida al nacer de las poblaciones. (16)

Las condiciones de salud y vida a nivel de países en la región ha mejorado considerablemente en las últimas décadas. Se ha erradicado o controlado algunas enfermedades infecciosas, las poblaciones tienen mayores posibilidades de desarrollo y gozan la provisión de diversos servicios públicos y de salud. Así mismo la esperanza de vida ha aumentado y la mortalidad infantil ha disminuido de manera sostenida en ese lapso. Esa disminución puede ser vista desde diferentes perspectivas, incluyendo diferentes niveles de agregación de los datos y las características de la distribución de estos datos en áreas geográficas distintas. Basándose en la metodología y los datos presentados en los análisis de situación de salud de los informes anuales del director de la OPS de 1996 al 2000 y en la edición de 1999 de Salud en las Américas, este artículo presenta un abordaje más amplio del análisis de la mortalidad infantil, teniendo como objetivo facilitar la identificación de desigualdades en salud.

Las tasas de mortalidad en los primeros 5 años de vida, en especial la infantil, son algunos de los indicadores de 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.

Disminuyen los niveles de esta mortalidad cuando aumentan las coberturas de los programas de vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles. El control de las enfermedades diarreicas, el uso de sales de rehidratación oral y se observan cambios cualitativos y cuantitativos en la atención de embarazo y el parto. En general los niveles y tendencias de la mortalidad en los primeros 5 años de vida se relacionan directamente, con las condiciones de vida socioeconómica y cultural de un país.

Definiciones:

Tasa de mortalidad neonatal (TMN): La probabilidad de morir durante el primer mes de vida.
Mortalidad post-neonatal (TMPN): La probabilidad condicional de morir después del primer mes de vida pero antes de cumplir el año.
Tasa de mortalidad infantil (TMI): La probabilidad de morir durante el primer año de vida por mil nacidos vivos.
Mortalidad post-infantil (TMPI): La probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto año de vida.
Mortalidad en la niñez (TMN): La probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida. (5)

En el foro mundial de la salud (OMS) 1996, se muestra la desigual situación de los ricos y los pobres, no solo entre los países, sino entre cualquier sociedad, lo cual es inaceptable, ya que la mortalidad infantil es más de 15 veces mayor en los países en vías de desarrollo.

Por lo anterior el Ministerio de Salud y Asistencia Social en 1998, expone que: Establecer las prioridades en salud es una acción permanente, una respuesta a la necesidad de planificar y diseñar intervenciones sanitarias adecuadas a las necesidades y problemas de salud en la población, de modo que los recursos disponibles se utilicen produciendo los mayores beneficios a la población. Con base en el análisis de la situación y tendencias de salud del país, los compromisos de gobierno en los acuerdos de paz y las prioridades del programa de gobierno en materia de política social se establecieron prioridades al alcance nacional, entre ellas:

*Enfermedades del periodo Peri-natal

Prematurez y bajo peso
Sepsis Neonatal
Asfisia del recién nacido
Anomalías Congénitas.

*Infecciones Respiratoria Agudas

*Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua.

*Desnutrición.

Para alcanzar lo anterior, en los acuerdos de paz el gobierno se compromete a presupuestar por lo menos 50% del gasto público en salud, a la atención preventiva y compromete a reducir la mortalidad infantil y materna antes del año 2000 a un 50% de lo observado en 1995.

Por ello es necesario que todas las instituciones de salud, tabulen información con el menor sesgo posible, y que esta no solo sea registrada sino analizada, es decir estudiar los comportamientos de las patologías prevalentes, ya que estas son bases para crear programas de atención primaria en salud. (18)

En los últimos 25 años, la mortalidad en Guatemala a descendido significativamente, sin embargo continua siendo alta en comparación con países como Costa Rica, Cuba Y Chile. Entre 1975 y 1995 la mortalidad infantil disminuyó de 104 a 51 defunciones por cada mil nacidos vivos, lo que significa una reducción del 51%. Sin embargo el compromiso suscrito por el gobierno de Guatemala en la declaración de Alma Ata, fijó como meta para la reducción de la mortalidad una cantidad menor a los 30 por mil nacidos vivos en el grupo de menores de 5 años.

Los esfuerzos realizados para cumplir con el compromiso contraído han sido grandes. Por ello es importante realizar estudios que generen información confiable para comprender la magnitud del problema, las edades más afectadas, las áreas geográficas en donde se presenta con mayor frecuencia la mortalidad, pero sobre todo, para tomar decisiones que permitan disminuir de manera eficiente la mortalidad en uno de los grupos vulnerables de nuestra sociedad. Es indudable que todo esfuerzo encaminado en esa dirección permitirá alcanzar la reducción de la mortalidad en menos de 30 por mil nacidos vivos, para lo cual se requiere del aporte de todos los sectores sociales que tienen que ver con mejorar la salud de los guatemaltecos. (9)

La mortalidad infantil (es decir, la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad) constituye una temática compleja en donde la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social.

La tasa de mortalidad infantil junto con la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años es uno de los principales indicadores utilizados para medir control prenatal de la madre, niveles y alteraciones relacionados con el bienestar de la niñez. Guatemala es un país de grandes contradicciones económicas, políticas y socioculturales. Su riqueza natural y la potencialidad reproductiva de su población no están a servicio y beneficio de las grandes mayorías que tradicionalmente son marginadas de las opciones de desarrollo. Las tasas de mortalidad en los primeros 5 años de vida y en especial la mortalidad infantil son algunos de los indicadores en salud mas 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 mas vulnerables: los menores de un año.

En 1995 se llevo a cabo una encuesta nacional de salud Materno-infantil, la cual demostró que los índices altos de mortalidad infantil tienen su contraparte en una deficiente atención prenatal y del parto.

En Guatemala las principales causas de mortalidad en 1997 fueron la Bronconeumonía (18.8%) y las enfermedades diarreicas (7.5%). Detrás de estas causas sin embargo se esconde una más profunda: la desnutrición, la cual actúa desde antes del nacimiento.

En Costa Rica, país Centroamericano se observan casi las mismas causas de mortalidad infantil: Síndrome de Aspiración Masiva 0.81%, Septicemia del Recién Nacido 0.71%, Anomalia Congénita de Corazón sin especificación 0.52%, Bronconeumonía 0.50%, aunque notablemente inferiores a las nuestras. (6)

La OPS nos refiere que: mas de 11 millones de niños mueren cada año en el mundo a causa de los efectos de las enfermedades infecciosas y la inadecuada nutrición. En algunos países uno o mas de cada 5 niños muere antes de cumplir 1 año. Muchos de los que sobreviven no logran crecer ni desarrollar todo su potencial.

Siete de cada diez muertes infantiles en los países en desarrollo pueden atribuirse a solo cinco causas o a menudo a una combinación de esas cinco (Neumonía, Diarrea, Malaria, Sarampión y desnutrición). En el mundo tres de cada cuatro niños acude en busca de atención medica y sufren por lo menos una de estas condiciones.

La mortalidad en los niños menores de cinco años constituye un serio problema de salud publica ya que es un indicador altamente sensible para determinar el impacto de las acciones en salud realizadas por los estados a través de las organizaciones correspondientes, especialmente para los países en desarrollo.

Datos de 1995, revelan que en Guatemala por cada mil nacidos vivos mueren 26 niños antes de cumplir un mes de vida y 25 niños mueren después de cumplir un mes de vida antes del año. Para 1998 la tasa de mortalidad neonatal se encontraba en 29 muertes neonatales por mil nacidos vivos.

En el ámbito nacional las tasas de mortalidad son mas altas en el área rural comparadas con el área urbana, debido probablemente a que los factores socioeconómicos son mejores en esta última. (7)

Guatemala un país con una situación socioeconómica y política bastante contradictoria donde todos los beneficios de las riquezas naturales y de producción están al servicio de una minoría y el resto de la población que es la mayoría, es generalmente marginada de las opciones de desarrollo. Para 1998 Guatemala contaba con una población de 12,007,580 habitantes con una densidad de 110 habitantes por kilómetro cuadrado.

En la década de 1990 Guatemala alcanzaba la tasa de natalidad mas alta de Centroamérica, siendo en 1998 el 36,02 nacimiento por 1,000 habitantes.

En 1990 murieron en toda la república de Guatemala 17,051 niños menores de 1 año de vida, lo que representa 47 muerte diarias de niños menores de 1 año en toda Guatemala. Para 1998

la tasa de mortalidad neonatal fue de 29 muertes neonatales por 1,000 nacidos vivos. Para 1999 la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años fue de: 31.0x1,000 nacidos vivos.

Estos datos nos colocan como uno de los países con el mayor porcentaje de mortalidad infantil, para el año de 1998 se reportó en Guatemala un 48% en comparación con Costa Rica con un 14%, Cuba 12% y Estados Unidos con un 9%. (7)

Mortalidad Infantil y en la Niñez por Quinquenios.

- La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio (1997-2002) anterior a la ENSMI-2002, se estima en 39 por 1,000 nacidos vivos, siendo menor a la tasa del quinquenio 1992-1997 que fue de 48.
- Los resultados muestran que la magnitud del descenso entre ambos quinquenios fue mayor en el área urbana comparada con el área rural. En el área rural mueren 53 de cada mil nacimientos antes de cumplir su primer año de vida.
- Similar tendencia muestra la tasa de mortalidad en la niñez la cual fue de 53 para el quinquenio 1997-2002 comparado con 65 para el quinquenio 1992-1997.
- El comportamiento de la mortalidad en los primeros 5 años en cuanto a disminución es diferente a la tasa de mortalidad infantil, observándose un mayor descenso en el área rural que en área urbana.
- La tasa de mortalidad infantil en el país, para el periodo de abril de 1992 a marzo del 2002 es de 44 defunciones antes de cumplir una año por mil nacimientos.
- Los resultados muestran diferencia en la mortalidad por sexo, siendo mayor en hombres que en las mujeres. (8)

La mortalidad neonatal, infantil y en la niñez son probabilidades de morir (calculadas según procedimientos de tablas de mortalidad) durante el primer mes, el primer año y los primeros cinco años, respectivamente. La mortalidad post-infantil es la probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario: En el caso de la mortalidad post-neonatal, el indicador no es estrictamente hablando una probabilidad pues se calcula como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la neonatal. (8,5)

La salud en nuestra región puede describirse aplicando diferentes criterios. El tradicional es el que utiliza indicadores de mortalidad como valores sustitutivos y se apoya en la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, o utiliza la esperanza de vida de una cohorte como una medida de su posible exposición a los peligros mortales. La mortalidad infantil en prácticamente todos los países, ha venido descendiendo constantemente y hay países en desarrollo que se jactan de presentar tasas de mortalidad infantil casi tan bajas como las de países desarrollados.

Nuestros datos muestran tasas de mortalidad infantil para América latina de aproximadamente 45 por mil nacidos vivos, cifra que con certeza es mas baja que las de Asia o África. Estas cifras promedio, por impresionantes que puedan parecer a primera vista, esconden el hecho de todavía mueren aproximadamente 500,000 lactante al año.

En los últimos diez años en la región de las Américas se ha observado un aumento en la esperanza de vida de aproximadamente 12.5 años: el mayor aumento corresponde a América Latina, seguida por el Caribe y el menor a Canadá y los Estados Unidos. (16)

Es importante destacar que la mayoría de las defunciones infantiles se producen en el periodo post-neonatal (entre 1 y 11 meses) y no en el neonatal (menores de 1 mes) situación contraria a la de los países donde ha mejorado efectivamente el estado de salud. Así, aunque las tasas de defunciones post-neonatales se ha reducido (del 72 por mil en 1970 al 40 por mil en 1998), su proporción dentro del conjunto de defunciones infantiles (hasta un año) sigue manteniéndose constante: en 1970 era el 65% del total y en 1988 el 62.5 del mismo.

Sobre la mortalidad de los niños de 1 a 4 años también se observa que su descenso tiene lugar variando solo lentamente su peso en el total de defunciones anuales: la tasa cayó de 14 por mil en 1970 a 7 por mil en 1989, pero en 1970 suponían el 74% del total de defunciones anuales de toda las edades y quince años después todavía continuaban siendo el 44% de dichas muertes.

También ha variado con lentitud el cuadro de causas que provocan la mortalidad infantil, las principales causas siguen siendo las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, tradicionales en la región Centroamericana. Destaca que aparezca como causa directa de muerte (la cuarta a mediados de los ochenta) la desnutrición, indicador evidente de las condiciones básicas de salud de los niños guatemaltecos.

El estudio de CELADE sobre el numero de muertes infantiles evitables, estima que sería un 87% de las que actualmente se producen, si se compara la mortalidad infantil de Guatemala con un país próximo con mejor estado de salud, Costa Rica (otros estudios que comparan la mortalidad infantil de Guatemala con los países desarrollados aumentan esa cifra de evitabilidad).

Ciertamente, la disminución de las causas mayoritarias infectocontagiosas y parasitarias serían las que reducirían mas rápidamente la mortalidad general, y sobresale una porción importante de ellas que serían prevenibles mediante vacunación. (16)

Con base en el informe de Desarrollo Humano del-2001, en Latinoamérica el país con mas alta tasa de mortalidad infantil es Haití con 91, seguido por Guatemala con una tasa de 39.77 por cada mil nacidos. El mismo documento, refiere que los riesgos de fallecer son elevados en las sociedades con bajo nivel de desarrollo y considera que la mortalidad de los menores de 1 año constituyen un indicador sensible del estado general de salud y de la mortalidad de la población.

En 1990 el Instituto de Medicina de USA define calidad de la atención como "el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumenta las posibilidades de los recursos deseados y son consistentes con el conocimiento profesional prevalente."

Una vez producida la utilización, es necesario analizar el contenido y resultado de la misma, es decir la calidad. Esto se radica a nivel institucional o redes de servicios y se refiere al cumplimiento de normas, estándares y al resultado obtenido medido en un nivel de salud alcanzado. En general estudia sobre la población atendida, pero puede referirse a toda la población. (10)

4. OBJETIVOS

GENERAL

Correlacionar el diagnostico clínico con el diagnóstico Histopatológico, para tener así un soporte básico del porque persisten las causas de la mortalidad en niños menores de 5 años en el Departamento de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.

ESPECIFICOS

- I. Establecer la relación existente entre los hallazgos clínicos y patológicos con respecto a la mortalidad infantil.
- II. Determinar los parámetros por edad, en la cual es mas predominante la mortalidad infantil.
- III. El sexo mas afectado por las diferentes entidades patológicas y como consecuencia la mortalidad pediátrica.
- IV. Evaluar la calidad del diagnostico de causa de muerte.
- V. Comparar las tasas de mortalidad de los menores de 5 años, del Hospital General San Juan de Dios con la tasa de mortalidad del departamento de Guatemala y del país.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Contribuir al diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico, para tener un apoyo técnico del porque persisten los casos de la mortalidad en niños menores de 5 años en el Departamento de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.

4.2. ESPECÍFICOS

- I. Establecer la relación existente entre los hallazgos clínicos y patológicos con respecto a la mortalidad infantil.
- II. Determinar los patrones por edad, en la cual es más predominante la mortalidad infantil.
- III. El ser más afectado por los diferentes cuadros patológicos y como consecuencia la mortalidad patológica.
- IV. Evaluar la calidad del diagnóstico de casos de muerte.
- V. Comparar las tasas de mortalidad de los menores de 5 años, del Hospital General San Juan de Dios con la tasa de mortalidad del departamento de Guatemala y del país.

5. DISEÑO DEL ESTUDIO

5.1 Tipo de Estudio.

Descriptivo.

5.2 Unidad de Análisis.

Expedientes de pacientes menores de 5 años de edad, fallecidos y necropsias realizadas.

5.3 Población y Muestra.

Pacientes que fallecieron en el Departamento de Pediatría, menores de 5 años, a los cuales se les efectuó necropsia y estudio Histopatológico durante el periodo descrito.

5.4 Definición y Operacionalización de las variables.

TIPO DE VARIABLE.

En el presente estudio de tomaron las variables universales notificadas en el registro.

Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Instrumento de Medición
Diagnostico Clínico de Defunción.	Razón por la que Fallece el Paciente.	La Causa Básica de Muerte.	Cualitativa.	Boleta de Recolección de Datos.
Diagnostico Histopatológico.	Examen del tejido, sustancia y función dentro del organismo y sus alteraciones Histopatológicas.	Descripción del análisis Histopatológico.	Cualitativa, nominal.	Boleta de recolección de datos.
Procedencia.	Lugar de donde es originaria una persona.	Área geográfica del lugar de origen del paciente, no de donde fue referido.	Cualitativa.	Boleta de recolección de datos.
Sexo del niño.	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Sexo definido en el expediente.	Nominal.	Boleta de recolección de datos
Edad del niño.	Transcurso de tiempo de una persona desde su nacimiento.	Edad registrada en el expediente.	De razón.	Boleta de recolección de datos.
Perfil social.	Condición socio económica del individuo.	Datos obtenidos en el expediente.	Cualitativa.	Boleta de recolección de datos.

5.5 Técnicas y Procedimientos.

Se utilizaron todos los expedientes de niños menores de cinco años fallecidos en el Departamento de Pediatría; de los cuales se extrajo la información pertinente al estudio (archivos de patología). Se realizaron las necropsias respectivas y se tomo copia del informe en el libro de necropsias del Departamento de Patología. Se revisaron y estudiaron las laminas que nos dan el diagnostico Histopatológico en el laboratorio del Departamento de Patología (post-mortem). No se tomaron en cuenta expedientes de pacientes con registro de defunción incompleto o ilegible o que no se encuentre el informe de patología. No se tomaron en cuenta expedientes de pacientes con registro de defunción incompleto o ilegible o que no se encuentre el informe de patología. El instrumento a utilizar fue de recolección de datos; medición de las variables (ver anexos)

5.6 Aspectos Éticos de la Investigación.

Este trabajo se realizó conjuntamente con mi asesor, analizando las respectivas laminas Histológicas y los expedientes clínicos de los pacientes que se incluyeron en la investigación científica; así mismo evaluado por mi revisor, se limita a los datos pertinentes para la elaboración y conclusión del mismo.

5.7 Alcances y limitaciones de la investigación.

Se pretende con el presente estudio cubrir todos los casos de los pacientes fallecido sen el periodo establecido; teniendo el diagnostico mas acertado post-mortem y como consecuencia un indicador del estado de salud de la población pediátrica reflejada en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, conociendo así las enfermedades que prevalecen y conllevan a la mortalidad infantil en nuestro país y que esto nos lleve a futuros estudios mas profundos y determinantes para el bienestar de la población infantiles Guatemala, América Latina y el resto del mundo.

5.8 Plan de Análisis.

Siendo esta investigación de tipo descriptiva, se analizaron las principales causas de mortalidad infantil, contraponiendo el diagnostico clínico con el diagnostico Histopatológico y se agruparon los pacientes por edad, sexo, procedencia y perfil social. Se realizó la tabulación de los datos obtenidos conforme a los objetivos establecidos y variables citadas y se presentaron cuadros y graficas correlacionando los mismos.

5.9 Recursos a Utilizar.

- Se revisaron los expedientes clínicos, informes de patología, realización de necropsias.
- Estudio Histopatológico de los pacientes seleccionados.
- Laboratorio del Departamento de Anatomía Patológica.
- Departamento de Patología.
- Archivo del Hospital General San Juan de Dios.
- Departamento de Pediatría.
- Departamento de registro estadístico del HGSJD.
- Biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Bibliotecas de INE, HGSJD, y Ministerio de Salud.
- Equipo de computación.
- Útiles de escritorio y oficina.
- Boleta de recolección de datos.

Recursos Humanos:

- Personal Institucional del Hospital General San Juan de Dios de ambos departamentos (Patología y Pediatría).
- Médico revisor.
- Médico asesor.
- Investigador.

Recursos Económicos:

- A cargo del investigador.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

CAUSAS DE MORTALIDAD PEDIÁTRICA DIAGNOSTICOS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS ENERO AGOSTO 2003

No.	Edad	Sexo	Procedencia	Diagnóstico clínico	Hallazgos de Necropsia
1	1 día	F	Sacatepéquez	1. Choque Séptico 2. Asfisia Perinatal	1. Choque Séptico 2. Neumonía 3. Prematurez 4. Edema Cerebral
2	2 días	F	Capital	1. Recién nacido de 36 semanas por Ballard 2. Embarazo de Bajo peso al nacer 3. Choque séptico	1. Choque séptico 2. Neumonía por aspiración 3. Prematurez
3	1 hora	M	Fraijanes	1. Prematurez 2. Neumotorax bilateral	1. Prematurez 2. Neumotorax bilateral 3. Membrana hialina
4	18 horas	M	Capital	1. Post paro cardiorrespiratorio 2. Asfisia perinatal	1. Neumonía 2. Choque séptico
5	5 meses	M	Chimaltenango	1. Choque séptico 2. Neumonía espirativa	1. Hemorragia intraparenquimatosa 2. Neumonía 3. Hígado congestivo
6	4 días	F	Capital	1. Choque séptico refractario 2. Neumonía neonatal 3. Hijo de madre diabética 4. Microcefalia	1. Choque séptico 2. Neumonía 3. Hemorragia subaracnóidea 4. Suprarrenales hemorrágicas
7	10 días	M	Escuintla	1. Falla multiorgánica 2. Choque séptico refractario 3. Enterocolitis necrotizante 4. Neumonía	1. Falla multiorgánica 2. Choque séptico refractario 3. NEC III 4. Neumonía
8	4 días	F	Capital	1. Asfisia perinatal 2. Cardiopatía congénita 3. Neumonía neonatal	1. Derrame pleural bilateral 2. Hemotórax bilateral

					3. Anemia 4. Neumotorax bilateral	3. Perforación pulmonar derecha 4. Neumonía 5. Hepatomegalia
9	3 días	M	Capital		1. Choque séptico refractario 2. Neumonía 3. Síndrome aspiración de meconio	1. Choque séptico refractario 2. Neumonía 3. Síndrome de aspiración de meconio
10	10 meses	F	ND		ND	1. Choque séptico 2. Neumonía 3. Síndrome de Down 4. Desnutrición severa
11	1 mes	F	Salamá		1. Asfixia perinatal 2. Síndrome convulsivo 3. Neumonía nosocomial 4. Hiperreactividad bronquial 5. Hemorragia intraventricular	1. Neumonía bibasal bilateral 2. Broncoaspiración 3. Hemorragia intraventricular 4. Hemorragia subdural occipital 5. Hepatomegalia
12	3 días	M	Capital		1. Prematurez 2. Choque séptico	1. Insuficiencia respiratoria aguda 2. Prematurez
13	9,30 horas	M	ND		ND	1. Insuficiencia respiratoria aguda 2. Hipoplasia pulmonar
14	4 días	M	ND		ND	1. Choque séptico 2. Neumonía 3. Atelectasia 4. Broncoaspiración 5. Hepatoesplenomegalia 6. Suprarrenales hemorrágicas
15	3 días	F	ND		ND	1. Hemorragia Pulmonar 2. Neumonía
16	3 meses	F	ND		ND	1. Neumonía 2. Hepatomegalia 3. Suprarrenales hemorrágicas 4. Riñones hemorrágicos
17	6 días	M	Escuintla		1. Neumonía neonatal 2. Neumotorax bilateral 3. Encefalopatía hipoxica isquémica III 4. Asfixia perinatal 5. Insuficiencia renal secundaria a Asfixia 6. Hemorragia intraventricular secundaria a a asfixia.	1. Edema cerebral 2. Hemorragia intraventricular 3. Neumonía 4. Hepatoesplenomegalia 5. Suprarrenales hemorrágicas 6. Cistitis hemorrágica

28

18	Recien nacido	M	Antigua Guatemala	1. 36 semanas por Ballard 2. Parto eutócico gemelar 3. Acidosis metabólica severa 4. Hipoglicemia 5. Hemorragia intraventricular	7.
----	---------------	---	-------------------	--	----

ND = No Datos

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo de Estadística del Hospital General "San Juan de Dios"

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La mortalidad infantil (probabilidad de morir antes de los cinco años de vida) es uno de los problemas prioritarios de salud, en donde la enfermedad y la muerte se presentan como fenómenos biológicos en un contexto social. Además, es un indicador del sector salud de cualquier país, especialmente los países en vías de desarrollo, como el nuestro, porque está asociado a una gran variedad de factores tales como la salud materna, la calidad y el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las prácticas de salud de la población, por lo que el perfil de la mortalidad infantil refleja los diversos y complejos procesos que influyen en las condiciones de vida de cada país (2,14).

La medición de la tasa de Mortalidad Infantil (TMI) incluye todas la defunciones en menores de un año que ocurre en la población de nacidos vivos en un año, y es uno de los indicadores comúnmente empleados para el análisis de situación de salud que identifica 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 de la población como lo son los menores de 5 años.

Con este estudio, se pretendía realizar una correlación clínica patológica que permitiera estudiar y analizar los hallazgos clínicos comparándolos con los hallazgos histopatológicos, con el propósito de establecer un diagnóstico definitivo de muerte, para definir las principales causas de mortalidad en niños.

Se presenta, en el cuadro 1, a manera de ilustración 18 casos de mortalidad infantil ocurridas en el Hospital General San Juan de Dios en el primer semestre de 2,003. Se observa que la mayoría de fallecidos 14 casos, no sobrepasaban los siete días de vida y 10 casos eran del sexo masculino. La procedencia de los fallecidos era en su mayoría del interior de la república.

A pesar de que se menciona que la tasa de mortalidad infantil ha venido disminuyendo (4,10) en los últimos tiempos, las causas por las cuales mueren los niños, continúan siendo las mismas, las de los países en vías en desarrollo, ya que como se observa en

los diagnósticos clínicos, la mayoría de muertes son prevenibles, o podían haberse prevenido con Servicios de Salud eficientes y de calidad, con amplia cobertura y equidad en la prestación de los mismos. Esto refleja insatisfacción de necesidades de la población, ya que como se menciona, los diagnósticos clínicos de muerte pudieron haberse evitado con servicios de calidad, recursos disponibles, amplia cobertura de los programas de Promoción y Prevención tales como vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles, atención prenatal y del parto, control de las enfermedades diarreicas y promoción del uso de las sales de rehidratación oral, además que dichas causas de mortalidad se asocian con las condiciones de vida socioeconómica y culturales de la población.

Se presenta el cuadro 1 como ilustración ya que no fue posible contar con toda la información para realizar la correlación clínica patológica. Es de hacer notar que es necesario que las instituciones de salud registren información con el menor sesgo posible y que no solo se registre, sino que se analice para estudiar los comportamientos de la casuística de la patología prevalente, para que sirva de base para crear programas de Atención Primaria en Salud.

9. CONCLUSIONES

- 9.1 Por la calidad de registro no fue posible realizar la correlación clínica patológica.
- 9.2 La mayoría de fallecidos correspondían a menores de 7 días de vida, es decir a la etapa perinatal.
- 9.3 No existe diferencia significativa entre el sexo de los fallecidos.
- 9.4 La calidad del diagnóstico está basado en evidencias clínicas, pero no se realiza el diagnóstico con base a las causas (Causa directa, básica y asociada) lo que orientaría sobre las causas de las muertes.
- 9.5 Por los diagnósticos de muerte, se infiere que dichas muertes pueden evitarse con una mejor calidad y eficiencia de los Servicios de Salud y satisfaciendo las necesidades socioeconómicas de la población y aceptando y comprendiendo su culturalidad.

10. RECOMENDACIONES

- 10.1 Promocionar que en todas las instituciones de Salud (Publicos y Privados) registren con el menor sesgo posible, haciendo de la información confiable y válida para utilizaria en el análisis de posibles alternativas de solución a los problemas de salud, como en este caso, la mortalidad infantil.
- 10.2 Implementar en los diagnósticos clínicos de muerte, el uso de las Causas directas, básicas y asociadas de muerte para su mayor comprensión de la causalidad de las mismas.
- 10.3 Capacitar al recurso humano en Salud para que registre datos en forma veraz, confiable, válida y científica para que dichos datos se conviertan en información útil para la formulación de acciones tendientes a satisfacer las necesidades de la población guatemalteca.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- SIGSA.
Producción de Servicios Hospitalarios.
Republica de Guatemala 1998.
- ENSMI.
Mortalidad Infantil y en la niñez 98/99.
Mortalidad Infantil y en la Niñez por Quinquenios 95/2002.
- Director 1996/Washington, DC.; OPS, 1997.
(4) PAHO, Health in the Americas, 1998 edition.
Washington, DC. PAHO, 1998-2V (PAHO Scientific Publication; 569).
- www.Eurosur.org/FLACSO/Guatemala/Salud/3fm.com
Mortalidad y sus Causas 1990.
- Cruz Gonzales, M.S.
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Factores Asociados
A Mortalidad Infantil. Agosto del 2002.
- Galicia Urias C.G.
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
Caracterización de la Mortalidad en Menores de 5 Años. Septiembre 2001.
- ENSMI-95
Mortalidad Infantil y en la Niñez para Varios Quinquenios.
- Archila Orellana, C.A.
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
Caracterización de la Mortalidad en Menores de 5 Años. Agosto 1998.
- Herrera Ovalle, R.M.
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
Evaluación de calidad de diagnóstico de las causas de muerte en neonatos. Octubre 2002
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
Mortalidad Infantil 2002.
- Ministerio de Salud Publica. Epidemiología. OPS.
Indicadores Básicos de Salud en Guatemala, 2001.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (USAID)
Mortalidad Infantil, 2002.

- Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional.
Mortalidad Infantil, 2002.

-Serie PALTEX No. 35 1994.
Metodología de la Investigación.

15 UNICEF, FNUAP, PNUD.
Proyecto Foley II, Mortalidad Infantil 2002.

16 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).
Indicadores básicos noviembre 2002.

17 Sistema Integral de Atención en Salud.
Depto. de Epidemiología.
Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2003 (MSPAS).

18 Gudiel Morales, J.S.
Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
Caracterización de la mortalidad infantil. Octubre, 1998.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS

Estudio Descriptivo de la Principales Causas de la Mortalidad
Pediátrica en el Hospital General San Juan de Dios.
Periodo comprendido del 01 de enero al 31 de marzo del 2005.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

DATOS GENERALES

No. de boleta: _____ Edad: _____ Sexo: _____

No. de Historia Clínica: _____

Procedencia: _____

Perfil
social: _____

Diagnostico
clinico: _____

Ayudas
diagnosticas: _____
Resultados: _____

Diagnostico
Histopatologico: _____

Hallazgos de
necropcia: _____

Resultado: _____