

Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo. Montevideo, 2006

Dres. Hugo Rodríguez Almada*, Calíope Ciriacos[†],
Lucía Arzuaga[‡], Ana María Ferrari[§]

Departamento de Medicina Legal
Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: estudios anteriores evidenciaron la importancia de la mortalidad posneonatal en domicilio. Es necesario profundizar en el conocimiento del problema.

Objetivos: describir las características de los fallecidos en el período posneonatal; comparar los fallecidos en domicilio con los fallecidos en un centro asistencial.

Material y método: estudio descriptivo y retrospectivo de todos los fallecidos en Montevideo en el período posneonatal en 2006. Fuentes de datos: certificados de defunción, de nacido vivo y estudios forenses.

Resultados: de las 81 muertes, 39 (FR=0,48) ocurrieron en domicilio; 66 (FR=0,81) correspondieron al sector público. La asociación entre lugar de muerte y sistema de atención fue estadísticamente significativa. Entre los fallecidos en domicilio predominaron las infecciones respiratorias como causa de muerte (FR=0,41). Las causas básicas de la mayoría de las muertes en un centro asistencial (FR=0,66) fueron malformaciones congénitas y prematuridad.

Discusión: se confirmó la magnitud de la mortalidad posneonatal en domicilio. El subregistro limitó el análisis de muchas variables. La muerte en domicilio afectó a la población más desfavorecida. Los medios tecnológicos permitieron a muchos prematuros superar el período neonatal, pasando a engrosar las cifras de mortalidad posneonatal. Las causas de muerte posneonatal en ambos grupos son mayoritariamente reducibles sin grandes costos.

* Profesor Agregado de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Magíster en Epidemiología. Profesora Adjunta de Epidemiología de la Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay

‡ Ex Médico Residente de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

§ Profesora de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez Almada
Gral. Flores 2125 CP 11.8000. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: hrodriguez@fmed.edu.uy

Recibido: 12/5/08.

Aceptado 15/9/08.

Conclusiones: 1. El subregistro limita el conocimiento de la mortalidad infantil. 2. El perfil de los fallecidos corresponde a varones, usuarios del sector público. Las muertes fueron de causa natural y en su mayoría reductibles con medidas sencillas. 3. Los fallecidos en domicilio corresponden a los niveles socioeconómicos más bajos, y su principal causa de muerte son las infecciones respiratorias. 4. La mayoría de las muertes en un centro asistencial se asocian a prematuridad y anomalías congénitas.

Palabras clave: MORTALIDAD POSNEONATAL.
URUGUAY - epidemiología.
POBLACIÓN URBANA.

Key words: INFANT MORTALITY.
URUGUAY - epidemiology.
URBAN POPULATION.

Introducción

Estudios anteriores evidenciaron la importancia de la mortalidad posneonatal en domicilio y permitieron conocer algunas características epidemiológicas y demográficas de ese fenómeno⁽¹⁻⁴⁾. En ellos se alertó sobre el alto porcentaje de lactantes que fallecían en domicilio, lo que daba cuenta de la mitad de las muertes posneonatales, que se concentraban fuertemente en zonas del departamento de Montevideo caracterizadas por las malas condiciones de vida^(1,2,4). En un trabajo que empleó el método de la autopsia verbal se demostró que la mortalidad posneonatal en domicilio en regiones carenciadas del departamento de Canelones también era muy elevada, pese a disponer de una buena accesibilidad geográfica a los servicios de salud⁽³⁾.

Sin perjuicio de ello, las investigaciones presentaron limitaciones debido a las carencias en el registro de la información en los certificados de defunción. En especial, se comprobó un importante subregistro de los datos maternos y perinatales, pese a tratarse de ítems expresamente consignados en el certificado de defunción para los fallecidos menores de 1 año.

La necesidad de avanzar en el conocimiento de la mortalidad posneonatal –lo que resultó una conclusión invariable de los estudios anteriores⁽¹⁻³⁾– hizo necesario ampliar las fuentes de información para superar el subregistro de algunas variables. Ello no se puede lograr mediante el Sistema Informático Perinatal porque presenta un elevado subregistro, aunque en el futuro podría lograrse a través de la información que surja de los informes de los comités de monitoreo y auditoría de las muertes de menores de 15 años (Decreto N° 340/06).

Para profundizar en el estudio de la mortalidad posneonatal en domicilio se hace necesario mejorar el conoci-

miento de todo el grupo de fallecidos en el período posneonatal, y comparar las características de los fallecidos en domicilio sin asistencia y los fallecidos en un centro asistencial. Para ello se recurrió a dos documentos de uso obligatorio: el certificado de nacido vivo y el certificado de defunción.

Objetivos

Objetivo general: profundizar en el conocimiento de la mortalidad posneonatal para contribuir a la planificación de medidas de prevención y control de la mortalidad infantil.

Objetivos específicos:

- Describir las características de los niños residentes en Montevideo fallecidos en el período posneonatal en el año 2006.
- Comparar las características de los fallecidos en domicilio con las de los fallecidos en un centro asistencial.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo.

Se incluyeron todos los lactantes residentes en Montevideo fallecidos en el período posneonatal entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2006.

Las fuentes de datos fueron todos los certificados de defunción de los niños residentes en Montevideo fallecidos en el período posneonatal. Se analizaron además los certificados de nacido vivo de esta población. En los casos en que hubo intervención de los médicos forenses del Poder Judicial se dispuso también de los partes policiales del hecho, los informes de autopsia y los estudios anatómo-patológicos (en los casos en que fueron solicitados).

Variables y definiciones

- Lugar de la muerte: en domicilio (la muerte se constató en domicilio o en un centro asistencial donde el niño ingresó fallecido) o en un centro asistencial.
- Sexo.
- Edad (medida en días; se calculó mediana y percentiles).
- Grupos de edad: recién nacido (igual o menor de 28 días); lactante (mayor de 28 días y menor de 1 año).
- Sistema de asistencia: público o privado, según la institución donde ocurrió el nacimiento. En la categoría público se incluyó: Ministerio de Salud Pública, Hospital de Clínicas, Sanidad Policial, Sanidad Militar y Banco de Previsión Social.
- Seccional policial: la correspondiente al domicilio materno.
- Época del año: estación al momento de la muerte.
- Edad gestacional: término (37 a 40 semanas), pretérmino leve (35 y 36 semanas), pretérmino moderado (33 y 34 semanas), pretérmino severo (32 semanas o menos), posttérmino (41 semanas y más).
- Peso al nacer en gramos, agrupados en: > 2.500 gramos; < 2.500 y > 1.500 gramos; < 1.500 y > 1.000 gramos; < 1.000 gramos.
- Edad materna, agrupada en: 18 años y menos (adolescentes), entre 19-34 años y 35 años y más (añosas).
- Captación del embarazo, según las pautas nacionales vigentes: adecuada (antes de la 12ª semana), captación tardía (en la 12ª semana o después)⁽⁵⁾.
- Nivel de instrucción de la madre, según la codificación empleada en el certificado de nacimiento: sin instrucción o con primaria incompleta, primaria completa o secundaria incompleta, secundaria completa o terciaria incompleta y terciaria completa.
- Causa de muerte: se utilizaron las causas de muerte registradas en los certificados de defunción. En los casos en que se solicitó estudio anatomopatológico se ajustó el diagnóstico según los resultados obtenidos⁽⁴⁾. Por causa básica de muerte se consideró la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, y por causa directa el estado patológico que condujo directamente a la muerte, según los criterios de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades⁽⁶⁾. Muerte natural es toda muerte no violenta (no debida a causas externas, que se clasifican según su etiología médico-legal en: accidente, homicidio o suicido).

Análisis de los datos:

Se utilizó el programa SPSS versión 11.5. Se presentan los datos en tablas y gráficos, en frecuencias absolutas y

relativas. La variable sistema de asistencia se analizó con la prueba de χ^2 de Pearson. La variable edad se analizó con la prueba de hipótesis no paramétrica de Mann-Whitney por no presentar una distribución normal.

Resultados

Se analizaron los 81 certificados de defunción de los niños fallecidos en el período posneonatal en Montevideo en 2006. Se obtuvieron 56 de los certificados de nacido vivo correspondientes a esta población. Los certificados no disponibles corresponden a recién nacidos que no fueron inscriptos o en trámite de inscripción tardía. En ambos documentos existió subregistro de datos.

De las 81 muertes, 39 (FR=0,48) ocurrieron en domicilio y 42 (FR=0,52) en un centro asistencial.

Los fallecidos fueron 46 (FR=0,57) varones y 35 (FR=0,43) niñas; 66 (FR=0,81) correspondieron al sector público y 13 (FR=0,16) al privado; en dos no se obtuvo el dato.

En la tabla 1 se presenta la distribución por sexo, sistema de asistencia, edad gestacional, peso al nacer y estación de año, según lugar de la muerte (domicilio o centro asistencial). La asociación entre lugar de la muerte y sistema de asistencia mostró una asociación significativa con una confianza del 95% ($\chi^2 = 3,09$).

La mediana de la edad de los fallecidos en domicilio fue de 3 meses y 15 días (rango: 29-359 días) y la de los fallecidos en un centro asistencial de 2 meses y 10 días (rango: 29-352 días) En la figura 1 y tabla 2 se presenta la distribución de la edad en ambos grupos (mediana, rango y percentiles 10, 25, 75 y 90). La prueba de Mann-Whitney no mostró diferencias significativas.

Para las variables edad gestacional y peso al nacer no se pudo realizar comparaciones debido al alto subregistro.

La mayor parte de las muertes en domicilio fueron en invierno y las ocurridas en un centro asistencial en primavera.

La distribución de casos por seccional policial y causa de muerte, según lugar de la muerte, se presenta en la figura 2 y tabla 3.

La distribución por edad e instrucción materna, captación y control de embarazo se presenta en la tabla 4. El elevado subregistro no permitió establecer comparaciones.

La comparación de las causas de muerte en ambos grupos se muestra en la figura 3.

Entre los fallecidos en domicilio predominaron las infecciones respiratorias agudas bajas (n=16; FR=0,41). Las causas básicas de muerte de la mayoría de los fallecimientos en un centro asistencial (n=28; FR=0,66) fueron malformaciones congénitas y prematuridad.

Las tablas 5, 6, 7, 8 y 9 muestran algunas características de cada caso.

Tabla 1. Sexo, sistema de asistencia, edad gestacional, peso al nacer y estación de año, según lugar de la muerte

Características	Lugar de la muerte		
	Domicilio	Centro asistencial	Total
Sexo	Nº	Nº	Nº
Niñas	14	21	35
Varones	25	21	46
Total	39	42	81
Sistema de asistencia			
Público	35	31	66
Privado	2	11	13
s/d	2	0	2
Edad gestacional			
Pretérmino severo	5	12	17
Pretérmino moderado	3	2	5
Pretérmino leve	4	7	11
Término	18	16	34
s/d	9	5	14
Peso (en gr)			
< 1.000	2	6	8
>1.000 y < 1.500	2	7	9
> 1.500 y < 2.500	7	7	14
> 2.500	13	15	28
s/d	15	7	22
Estación			
Invierno	15	8	23
Otoño	6	9	15
Primavera	9	16	25
Verano	9	9	18

Tabla 2. Edad en percentiles y mediana según lugar de la muerte

Edad (en días)	Lugar de la muerte	
	Domicilio	Centro asistencial
Percentil 10	40	32
Percentil 25	55	39,75
Mediana	105	73
Percentil 75	168	169,25
Percentil 90	300	331

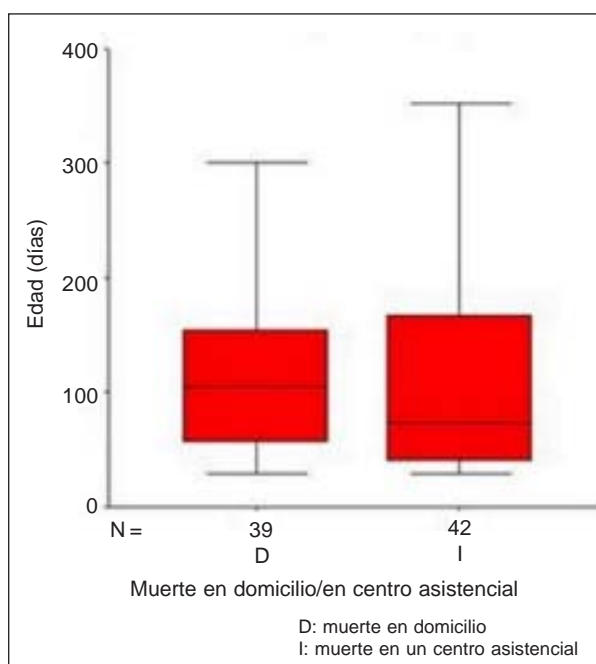


Figura 1. Distribución por edad según lugar de la muerte: mediana, percentiles 10, 25, 75 y 90

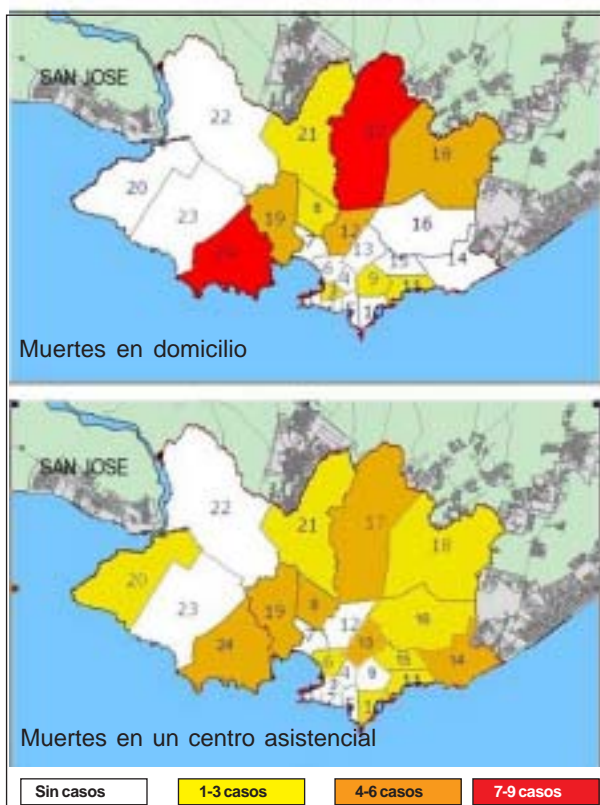


Figura 2. Distribución según lugar de la muerte y seccional policial (los números corresponden a las seccionales policiales)

Tabla 3. Distribución según seccional policial y lugar de la muerte

Seccional policial	Domicilio	Centro asistencial	Total
3 ^a	1	0	1
6 ^a	0	3	3
8 ^a	1	5	6
9 ^a	1	0	1
10 ^a	0	1	1
11 ^a	1	2	3
12 ^a	4	0	4
13 ^a	0	5	5
14 ^a	0	4	4
15 ^a	0	1	1
16 ^a	6	1	7
17 ^a	9	2	11
18 ^a	4	3	7
19 ^a	4	5	9
20 ^a	0	1	1
21 ^a	1	1	2
24 ^a	7	5	12
s/d	0	3	3

Tabla 4. Características de la madre y el embarazo, según lugar de la muerte

Características	Lugar de la muerte		
	Domicilio	Centro asistencial	Total
Edad en años	Nº	Nº	Nº
Menor a 18	6	7	13
Entre 18 y 34	26	25	51
Mayor de 34	4	5	9
s/d	3	5	8
Instrucción			
Sin instrucción o primaria incompleta	3	1	4
Primaria completa o secundaria incompleta	18	24	42
Secundaria completa o terciaria incompleta	2	2	4
Terciaria completa	1	3	4
s/d	15	12	27
Captación			
Adecuada	3	9	12
Tardía	13	22	35
Sin control	5	0	5
s/d	18	11	29
Control			
Adecuado	2	8	10
Mal controlado	14	18	32
No controlado	6	5	11
s/d	17	11	28

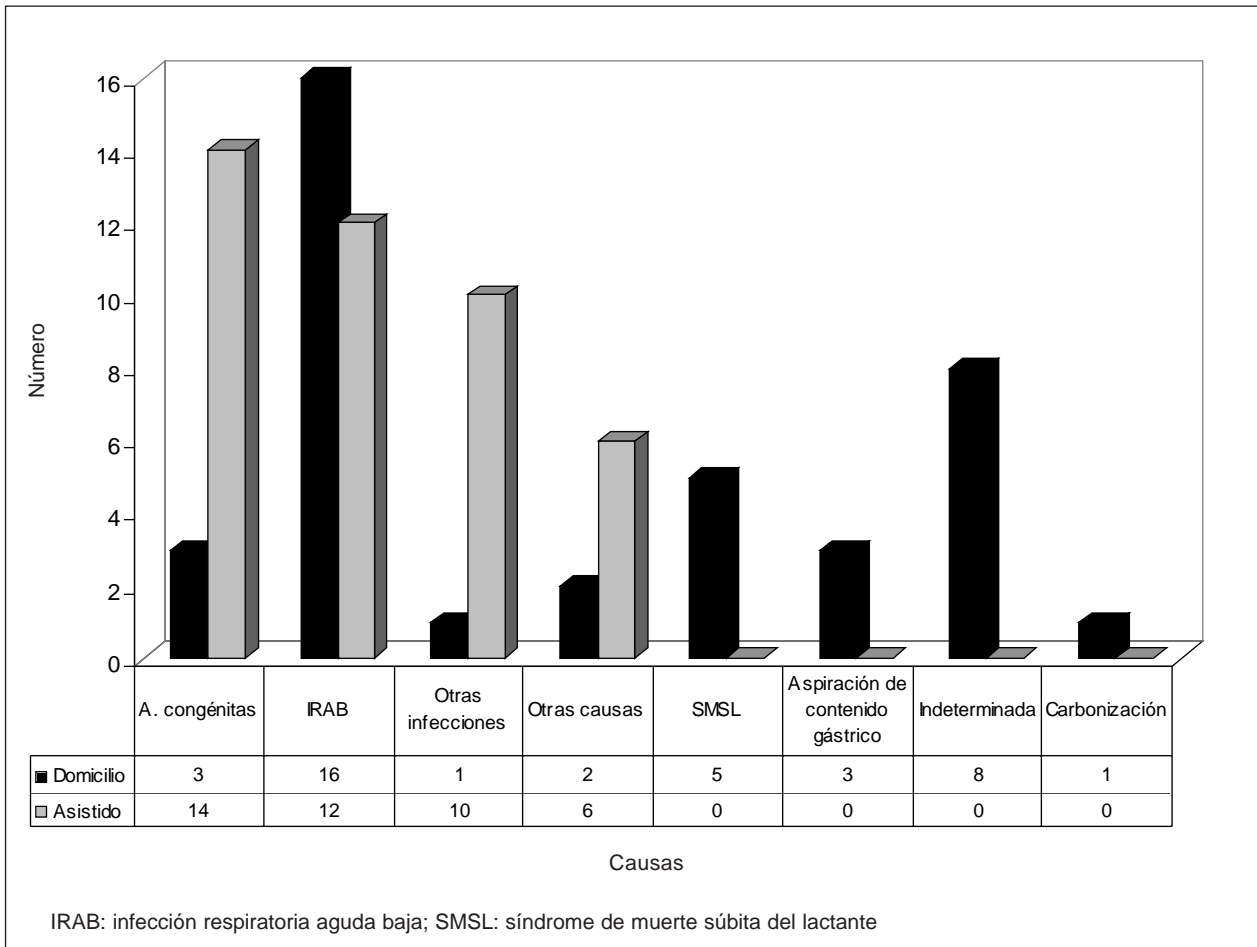


Figura 3. Distribución de causas según lugar de muerte

Tabla 5. Causa de muerte según lugar de la muerte (N = 81)				
<i>Causa</i>	<i>Domicilio (FA y FR)</i>		<i>Centro asistencial (FA y FR)</i>	
Anomalías congénitas	3	0,08	14	0,33
IRAB	16	0,41	12	0,28
Otras infecciones	1	0,03	10	0,24
Otras causas	2	0,05	6	0,14
SMSL	5	0,13	-	-
Aspiración contenido gástrico	3	0,08	-	-
Muerte violenta (carbonización)	1	0,03	-	-
Indeterminada	8	0,20	-	-
Total	39		42	

IRAB: infección respiratoria aguda baja; SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante

Tabla 6. Mortalidad posneonatal vinculada a anomalías congénitas y enfermedades hereditarias en niños fallecidos en centros asistenciales (n=14)

<i>Edad al fallecer</i>	<i>Anomalía</i>	<i>Causa directa de muerte*</i>
29 días	Cardiopatía congénita	-
	Síndrome de Down	
29 días	Cardiopatía congénita	-
	Trisomía 18	
1 mes 5 días	Cardiopatía congénita	-
	Atresia de esófago	
1 mes 13 días	Gastrosquisis	Sepsis a <i>Klebsiella</i>
	Atresia intestinal	
1 mes 28 días	Cardiopatía congénita	Neumonía
	Polimalformado	
1 mes 29 días	Hidrocefalia	Peritonitis médica
2 meses 1 día	Atresia vía biliar	Falla orgánica múltiple
3 meses 25 días	Fibrosis quística	Insuficiencia respiratoria
4 meses	Cardiopatía congénita	Neumonía
4 meses 10 días	Atresia intestinal	Neumonía. Shock séptico.
5 meses 16 días	Cardiopatía congénita	Falla orgánica múltiple
5 meses 29 días	Atresia vía biliar	Colangitis
11 meses	Cardiopatía congénita	-
	Síndrome de Down	
11 meses	Cardiopatía congénita	Neumonía a VRS†

* Estado patológico que produjo directamente la muerte; † virus respiratorio sincicial

Tabla 7. Mortalidad posneonatal vinculada a prematuridad en niños fallecidos en centros asistenciales (n=14)

<i>Grado de prematuridad</i>	<i>Peso al nacer</i>	<i>Edad al fallecer</i>	<i>Causa directa de muerte</i>
Leve	PEG*	1 mes 9 días	Neumonía
	-	1 mes 14 días	Neumonía a VRS†
Moderado	1.270 gr	5 meses	Neumonía a VRS
	1.865 gr	1 mes 7 días	Shock séptico
	-	3 meses 24 días	Neumonía bilateral
Severo	635 gr	1 mes 2 días	ECN‡ infección nosocomial
	-	1 mes 8 días	Infección nosocomial
	1.055 gr	1 mes 9 días	Sepsis a <i>E. coli</i>
	640 gr	1 mes 10 días	Falla orgánica múltiple
	956 gr	1 mes 11 días	Colestasis neonatal. Infec.urinaria
	745 gr	1 mes 16 días	Neumonía
	1.020 gr	2 meses 9 días	Osteoartritis codo. Shock séptico
	420 gr	2 meses 15 días	Displasia broncopulmonar
	-	5 meses	Endocarditis estafilocócica

*Pequeño para la edad gestacional; † virus respiratorio sincicial; ‡ enterocolitis necrotizante

Discusión

La información veraz y en tiempo real es vital para la toma de decisiones en salud pública, ya que es la base para la formulación de políticas y programas adecuados y oportunos. En el año 2006 un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que: “Uno de los impedimentos para alcanzar las metas del milenio son las deficiencias en los sistemas de información de los diferentes países”⁽⁷⁾.

Las fuentes de datos utilizadas en esta investigación podrían ser calificadas como registros de mortalidad y de nacimiento, pero en realidad su diseño y las variables que recogen superan los fines de un simple registro. Considerando este hecho, podrían identificarse con la definición de Sistemas de Información Sanitaria (SIS) de la OMS, la cual los considera un mecanismo de recolección, procesamiento, análisis y tratamiento de la información, necesaria para la organización y la actividad de los servicios sanitarios, la investigación y la docencia^(8,9). Para cumplir estos objetivos, la recolección de datos debe ser sistemática y tender a no tener subregistro.

En una investigación anterior la cifra de niños fallecidos en domicilio en el período posneonatal en Montevideo en 2006 fue de 84 casos, lo que se correspondía a los datos preliminares oficiales conocidos al momento de su publicación⁽⁴⁾. En el presente trabajo, que incluye todos los certificados de niños fallecidos en el período posneonatal en Montevideo en 2006, la cifra es de 81 (datos definitivos). El número de muertes posneonatales en domicilio no se modificó (39 casos).

Los resultados obtenidos confirman la magnitud del problema de la mortalidad posneonatal en Montevideo, del orden de 50%, tal como había surgido de anteriores investigaciones^(2,4).

A pesar de haberse utilizado un mínimo de dos fuentes de datos para cada niño, el subregistro fue tan importante que no permitió el análisis de muchas variables más allá de su descripción. Esto evidencia que, pese a que el certificado de defunción y el certificado de nacido vivo son documentos médico-legales de uso obligatorio por el médico⁽¹⁰⁾, o el médico y la obstetra partera, respectivamente, existen falencias en el cumplimiento de esta obligación. Estos defectos de registro tienen consecuencias sanitarias muy negativas para la salud pública, en tanto limita el conocimiento de un indicador muy sensible de salud pública, como lo es la mortalidad infantil.

Los resultados más destacables se refieren al sistema de asistencia, el lugar de residencia de la madre, la edad de los niños fallecidos y las causas de muerte.

Los dos primeros resultados señalan claramente que el fenómeno de la muerte en domicilio afecta, como se había señalado en los estudios anteriores⁽²⁻⁴⁾, a las poblaciones más desfavorecidas (90% de las muertes en domicilio correspondió a usuarios del sistema público y 50% se concentró en tres jurisdicciones policiales correspondientes a zonas con malos indicadores socioeconómicos. Pero además se evidencia que la mayoría del conjunto de las muertes posneonatales suceden en el sector de la población con malas condiciones de vida (figura 2).

La comparación de la edad al fallecer no arrojó diferencias significativas en ambos grupos. Pero si se observa la figura 1, llama la atención la concentración de casos (40%) entre los 28 y 70 días en los fallecidos en un centro asis-

Tabla 8. Mortalidad posneonatal vinculada a infecciones en niños fallecidos en centros asistenciales (n=10)*

Tipo de infección	Edad al fallecer
Neumonía	1 mes
Neumonía	2 meses
Neumonía a adenovirus	2 meses 17 días
Neumonía a adenovirus	9 meses 8 días
Neumonía	11 meses
Neumonía	11 meses 22 días
Sida. Neumonía	9 meses 16 días
Meningitis a meningococo B	5 meses
Púrpura fulminans	2 meses 10 días
Púrpura fulminans	10 meses

* Se excluyen los casos en que la causa básica de muerte fue la prematuridad extrema

Tabla 9. Mortalidad posneonatal vinculada a otras causas en niños fallecidos en centros asistenciales (n=4)*

Edad al fallecer	Enfermedad previa	Causa directa de muerte
1 mes	Síndrome hipóxico-isquémico	s/d
2 meses 20 días	Encefalopatía crónica	Deshidratación
3 meses	s/d	Estado de mal convulsivo
8 meses	Síndrome nefrótico	Falla renal

* Se excluyen los casos de prematuridad extrema

tencial. El análisis de la causa básica de muerte evidencia el peso de la prematuridad y de las anomalías congénitas en esta concentración de muertes en edades tempranas en los fallecidos en un centro asistencial. En este grupo hubo 13 niños con menos de 1.500 gramos al nacer, de los cuales, en seis, el peso fue menor de 1.000 gramos y en uno inferior a 500 gramos. Aunque está comprobado que la morbimortalidad es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso al nacer⁽¹¹⁾, y pese a las escasas posibilidades de supervivencia futura de varios de estos niños, los medios tecnológicos empleados permitieron que superaran el período neonatal y engrosaran las cifras de la mortalidad posneonatal, generalmente sin haber podido abandonar las salas de cuidados especiales.

Por su parte, en los niños fallecidos en domicilio predominan las infecciones respiratorias agudas bajas.

Las causas de muerte posneonatal en ambos grupos de niños son mayoritariamente de tipo reductible⁽¹²⁾ a través de políticas de prevención que no requieren grandes inversiones tecnológicas sino acciones de promoción de salud, control de la embarazada y del niño en el primer año de vida, con especial atención a quienes padecen peores condiciones de vida. Esto resulta especialmente acentuado en la muerte posneonatal en domicilio.

Conclusiones

1. El subregistro que se observa en la información recabada en los certificados de nacido vivo y de defunción es una limitación crítica en el conocimiento de la mortalidad infantil en Uruguay.
2. El perfil de los fallecidos en el período posneonatal en Montevideo en el 2006 corresponde predominantemente a varones y usuarios del sector público. Las muertes en domicilio y en un centro asistencial tienen la misma magnitud. Casi todas las muertes son de causas naturales y en su mayoría reductibles con medidas de promoción de salud y diagnóstico precoz durante el embarazo y en el primer año de vida.
3. Los fallecidos en domicilio corresponden a los niveles socioeconómicos más bajos, y su principal causa de muerte son las infecciones respiratorias bajas.
4. La mayoría de las muertes en un centro asistencial se explica por la prematuridad y las anomalías congénitas. Este grupo presenta una mediana para la edad inferior a la de los fallecidos en domicilio, a causa de que muchos niños con muy bajo peso al nacer lograron sobrevivir más de 28 días a través del empleo de tecnologías sofisticadas.

Summary

Introduction: previous studies showed the importance of household post-neonatal mortality. It is necessary to in-

crease our knowledge on this issue.

Objectives: to describe the characteristics of infants who died in the post-neonatal period; to compare infants who died in their household with those who died in a health care center.

Method: we conducted a descriptive and retrospective study of all infants who died in Montevideo in their post-neonatal period, in 2006. Data sources: death certificates, live-born infant certificates and forensic studies.

Results: of 81 deaths, 39 (FR=0.48) occurred in the household; 66 (FR=0.81) corresponded to the public sector users. The association of place of death and health care system was statistically significant. Among those deceased in the household, respiratory tract infection was the main cause of death (FR=0.41). The primary causes of most of the deaths in the health care service (FR=0.66) were congenital malformation and preterm birth.

Discussion: the study confirmed the figures corresponding to household post-neonatal mortality. Underregistration limited the analysis of several variables. Household death affected the population in the most vulnerable living conditions. Technological progress helped many preterm infants overcome the neonatal period, which in turn increased post-neonatal rates. Causes of post-neonatal death are mainly reducible at relatively low costs for both groups.

Conclusions: 1. Underregistration limits knowledge about infant mortality. 2. The deceased's profile corresponds to boys, users of the public sector. Causes of death were natural cause and they were mainly reducible with simple measures. 3. Infants who died in the household correspond to the lowest socio-economic levels, and the main cause of death was respiratory tract infections. 4. Most deaths in the health care center are associated with preterm birth and congenital malformations.

Résumé

Introduction: des études préalables ont signalé le taux significatif de mortalité post-néonatale à domicile. Il s'avère indispensable d'approfondir sur ce problème.

Objectifs: décrire les caractéristiques des décédés pendant la période post-néonatale; les comparer aux décédés à l'hôpital.

Matériel et méthode: étude descriptive et rétrospective de tous les morts à Montevideo pendant la période post-néonatale en 2006. Banque de données: acte de décès, de naissance et études légistes.

Résultats: 81 décès dont 39 (FR=0,48) à domicile; 66 (FR=0,81) du secteur publique. L'association entre mort et système d'assistance fut statistiquement significative. Parmi les décédés à domicile, ont prédominé les infections respiratoires en tant que cause de mort (FR=0,41). Parmi les causes de base pour la plupart des morts à l'hôpital

(FR=0,66) on trouve les malformations congénitales et la prématurité.

Discussion: le degré de mortalité post-néonatale à domicile fut confirmé. Le registre restreint a limité l'analyse des variables. La mort à domicile a touché la population la plus démunie. Les outils technologiques ont permis à de nombreux prématurés de surmonter la période néonatale, après quoi ils ont fait relever les chiffres de mortalité post-néonatale. Les causes de décès post-néonatal aux deux groupes seraient facilement diminuées sans trop augmenter les coûts.

Conclusions: 1. Le registre restreint limite la connaissance de la mortalité infantine. 2. Le profil des décédés correspond à des garçons, assistés au secteur publique. Les morts ont eu des causes naturelles facilement contrôlables avec des mesures simples. 3. Les morts à domicile proviennent des milieux sociaux défavorisés, et les principales causes de mort sont les infections respiratoires. 4. La plupart des décès dans un centre d'assistance sont associés à la prématurité et aux anomalies congénitales.

Resumo

Introdução: estudos anteriores mostraram a importância da mortalidade pós-neonatal "em domicílio". É necessário aprofundar o conhecimento sobre esse tema.

Objetivos: descrever as características dos óbitos no período pós-neonatal; comparar características das crianças que faleceram no domicílio com as que faleceram em ambiente hospitalar.

Material e método: estudo descritivo e retrospectivo de todos os óbitos no período pós-neonatal em 2006 em Montevideu. Fontes de dados: atestados de óbito, declaração de nascido vivo e exames médico-legais.

Resultados: das 81 mortes registradas, 39 (FR=0,48) ocorreram no domicílio; 66 (FR=0,81) corresponderam a mortes em instituições do setor público. A associação entre lugar de morte e sistema de atenção foi estatisticamente significativa. As infecções respiratórias (FR=0,41) foram a causa de morte mais importante dos óbitos em domicílio. As causas da maioria dos óbitos ocorridos em ambiente hospitalar (FR=0,66) foram as malformações congênitas e a prematuridade.

Discussão: Os resultados obtidos confirmaram a magnitude da mortalidade pós-neonatal no domicílio. A análise de muitas variáveis foi limitada pelo subregistro de óbitos. A morte no domicílio foi mais frequente na população economicamente menos favorecida. A tecnologia permitiu que muitos prematuros sobrevivessem durante o período neonatal aumentando as cifras de

mortalidade pós-neonatal. A maioria das mortes no período pós-neonatal em ambos os grupos eram preveníveis sem grandes gastos.

Conclusões: 1. O subregistro limita a informação sobre a mortalidade infantil. 2. O perfil dos falecidos corresponde a crianças do sexo masculino atendidas no setor público. As mortes foram por causas naturais e a maioria delas poderia ser prevenida pela adoção de medidas simples. 3. As crianças que faleceram no domicílio pertenciam aos grupos socioeconômicos mais baixos e a principal causa de morte foram as infecções respiratórias. 4. A maioria dos óbitos registrados em ambiente hospitalar estava associada a prematuridade e anomalias congênitas.

Bibliografía

1. Mederos D, Rodríguez H, Díaz Roselló JI, Ferrari AM. Peritajes judiciales en menores de un año. Rev Med Urug 1998; 14(1): 28-33.
2. Rodríguez H, Mederos D, Díaz Roselló JI, Ferrari AM. Muerte en domicilio en el período posneonatal. Montevideo, 1996. Rev Med Urug 1998; 14(2): 147-53.
3. Rodríguez H, Mederos D, Echenique M, Vilas R, Ferrari AM. Muerte posneonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de salud. Las Piedras, La Paz, Progreso; 1º/7/96-30/6/98. Rev Med Urug 1999; 15(3): 221-9.
4. Rodríguez H, Ferrari AM, Arzuaga L, Echenique M, Mederos D. La muerte posneonatal en domicilio diez años después: Montevideo, 2006. Rev Méd Urug 2007; 23(4): 242-50.
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa de Salud Prioritario de Salud de la Mujer y Género. Normas de atención de la mujer embarazada. In: Guías de salud sexual y reproductiva. Montevideo: MSP, 2007: 6-27.
6. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. rev. Washington, DC: OPS, 1995.
7. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de información sanitaria en apoyo de los objetivos de desarrollo del milenio. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2005.
8. World Health Organization. Health Information Systems. Report on a conference. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1973.
9. Bergonzoli G. Sistemas de información sanitaria (SIS). In: Martínez Navarro F. Vigilancia epidemiológica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2004: 37-56.
10. Berro G, Borges F, Pintos I, Mesa G. Certificado de defunción. In: Universidad de la República. Departamento de Medicina Legal. Medicina Legal. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1991: 121-9. t.1
11. Costas M, Domínguez S, Giamb Bruno G, Martell M. Morbimortalidad y crecimiento de los niños con muy bajo peso al nacer hospitalizados. Arch Pediatr Urug 2005; 76(4): 289-304.
12. Rubio I, Santoro A, Alberti M, Pizorno E, Fernández A, Gutiérrez C, et al. Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños. Rev Med Urug 2007; 23(3): 145-52.