

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD



Tesis para optar al título de:
Master en Salud Pública

***Caracterización de la mortalidad en la niñez ocurridas en el
nivel comunitario de Honduras, año 2010.***

AUTORES:

Dr. Francisco Medina Ramos

Dr. Julio Nolasco Bautista

TUTOR:

Dr. Juan Almendárez Peralta

Máster en Salud Pública

ASESOR:

Dr. Bredy Lara Cerna

León, Nicaragua, Enero 2015

Dedicatoria

A Dios, por ser mi fortaleza.

A mi esposa: Betty Echenique, por haberme sabido esperar y comprender

A mis Hijos: Carlos Francisco, Luis Arturo y Josué Alejandro Medina Echenique, que son mi fuente de inspiración.

A mis Padres: Margarito Medina M (Q.D.D.G.) y Elisa Garay de Medina (Q.D.D.G.), a ellos que toda su vida depositaron su esperanza en mí.

A mis compañeros y amigos de la Maestría: Juan Maria Rosado, Héctor O. López, Yermy Chávez, y Carlos Marcia, por los buenos y malos momentos que juntos supimos sortear

A todos ellos mi agradecimiento desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

Dr. Francisco Medina Ramos

Dedicatoria

A Dios, quien inspiro mi espíritu para la conclusión de esta tesis

A mi esposa: Gianina Ferrari quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis Hijos: Alexan, José Daniel y Gianna Ester Nolasco ferrari por ser mi fuente de inspiración

A mis Padres: Suita Bautista y Julio Nolasco Peñalba quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos.

A mis Compañeros y amigos de Maestría: Santos Ernesto Calix y a Lenin Bladimir Banegas, quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo que duro la maestría.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional

Dr. Julio Nolasco Bautista

Agradecimiento

A nuestro Tutor y Asesor: Dr. Juan Almendarez Peralta, Dr. Bredy Lara Cerna, quienes durante nuestra formación estuvieron siempre presente con sus enseñanzas y consejos.

A la UNAN-LEON- que a través del Postgrado en Epidemiología y Salud nos brindaron las facilidades para nuestra formación como Máster en Salud Pública.

A nuestros maestros y compañeros de la UNAN-León.

A todos y cada uno de ustedes, gracias por siempre.

RESUMEN

En las últimas décadas, Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de la niñez, dichos esfuerzos se han visto limitados por una amplia gama de factores que condicionan el enfermar o morir en estos grupos de edad. Para conocer y entender mejor el problema, hemos desarrollado un estudio descriptivo serie de casos para determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad en la niñez en la comunidad, clasificar según CIE-10 las principales causas básicas de muerte e identificar las circunstancias y condiciones que pudieran estar relacionadas.

Para ello se visitaron los 298 municipios, aldeas y caseríos, según procedencia de casos notificados, así como los líderes comunitarios que manejan mucha información sobre lo que pasa en sus respectivas comunidades, se revisaron datos de diferentes fuentes incluyendo el subsistema de información de la Secretaría de salud, además se entrevistaron las familias que reportaron casos de muerte, encontrándose que, 845 niños murieron a ese nivel, lo cual constituyó el universo del estudio.

La principal causa básica de muerte se debió a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con un 16.2%(137), el 54.2% de los casos estudiados fueron varones, y el grupo etario más afectado fueron los menores de un año. Es importante mencionar que el 55.7% de las madres tenían entre 20 y 34 años de edad, un 39.7% eran multíparas y el 9.1% adolecían de algún estado patológico. Los hallazgos también indican que la mayoría de las muertes ocurrieron en el mes de septiembre (82), y los departamentos más afectados fueron Gracias a Dios y la Paz, Copan y Lempira.

La mortalidad comunitaria en la niñez, está determinada por los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, donde el grupo de edad más afectado fue el menor de un año, sobresaliendo dentro de este la mortalidad postneonatal y la neonatal temprana, lo cual se relaciona con factores de riesgo ligados a la reproducción. Es importante mencionar que los departamentos más afectados, son aquellos caracterizados por tener como principal factor, un bajo desarrollo social y económico, alto grado de postergación geográfica y población en su mayoría indígena.

La mortalidad de la niñez constituye uno de los principales indicadores de calidad de la atención en salud. Su vigilancia continúa siendo una prioridad y es una herramienta útil para evaluar resultados, intervenir oportunamente, corregir desviaciones indeseadas, establecer prioridades y adecuar técnicas y procedimientos sobre todo aquellas relacionadas con los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, permitiendo así reorientar las intervenciones encaminadas a incrementar el acceso a los servicios de salud, y por ende el control prenatal, atención del parto con calidad y mejoramiento del sistema de información en salud.

Palabras claves: Mortalidad de la niñez, nivel comunitario.

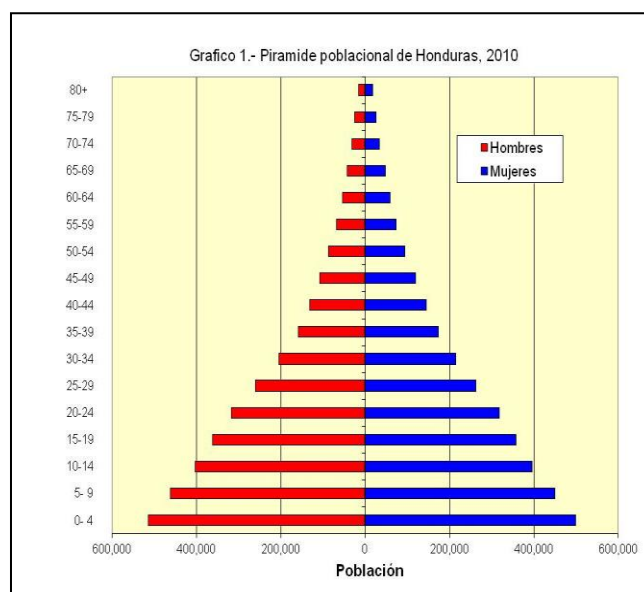
INDICE

	Páginas
I. Introducción	1
II. Planteamiento de Problema	4
III. Justificación	5
IV. Objetivos	6
V. Marco teórico	7
VI. Metodología	14
VII. Resultados	20
VIII. Discusión	35
IX. Conclusiones	40
X. Recomendaciones	42
XI. Referencias bibliográficas	43
XII. Anexos	45

I. INTRODUCCIÓN

La pirámide poblacional de Honduras ⁽¹⁾, se caracteriza por tener una base ancha, la cual va disminuyendo conforme avanza la edad, constituyendo una pirámide típica de los países en vías de desarrollo. Dicha estructura es predominantemente Joven, donde la proporción de población en edades de la niñez y juventud es grande, expresándose demográficamente en una población de alta reproducción.

Actualmente estamos en una incipiente transición demográfica que explica la variación del crecimiento natural de la población a través de la mortalidad y la natalidad. Paralelamente se produce el fenómeno de la urbanización y el envejecimiento de la población hacia la cual avanzamos con un 6.1 % de personas de 60 años o más y una esperanza de vida al nacer estimada de 73.6 años.



En las últimas décadas, Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de la niñez, igualmente importantes han sido los logros en la vacunación contra el sarampión en estos grupos de edad. Entre los quinquenios de 1991-1996 y 2001-2006, la mortalidad de la niñez se redujo en 18 puntos porcentuales (pp) a un promedio anual de 1.2 pp por año (INE, 2001 y 2006). Según los registros oficializados por el INE, la mortalidad de la niñez pasó de 48 por cada mil nacidos vivos en 1991-1996 a 30 por cada mil nacidos vivos en 2001-2006. Lo propio ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil, que experimentó durante el mismo período una reducción de 12 pp a un promedio anual de 0.8 pp por año. En el quinquenio 2001-2006, la tasa de mortalidad infantil fue de 23 por mil nacidos vivos ⁽²⁾.

Según el tercer informe de los Objetivos del Milenio ⁽³⁾, no solamente ha disminuido la mortalidad infantil, las causas de muerte de la población menor de un año también han cambiado. De hecho, durante el año 2000, estas fueron ocasionadas principalmente por enfermedades perinatales: 39% (CIE-X, códigos P00-P96), malformaciones y cromosomopatías: 34% (CIE-X, códigos Q00-Q99) y otras: 16%, que incluyen a las causas mal definidas (CIE-X, códigos R00-R99) y los traumatismos y envenenamientos (CIE-X, códigos S00-T98).

Conforme a esta realidad y a las exigencias internacionales, el marco normativo hondureño ha ido cambiando, a fin de favorecer a los grupos más vulnerables, como ser el adulto mayor, las mujeres en edad fértil, adolescencia y al grupo menor de cinco años. El marco normativo vigente contempla políticas y estrategias bien definidas, orientadas y focalizadas hacia aquellas comunidades priorizadas, un ejemplo de esto es el Plan Subsectorial ⁽⁴⁾ focalizado en el departamento de Copan, Lempira, Intibucá, y La Paz. A nivel Nacional se están implementando políticas tales como: La Estrategia de Reducción de la Pobreza al 2015 ⁽⁵⁾, La Política Nacional Materno Infantil ⁽⁶⁾, La Política Nacional de Salud 2006-2010⁽⁷⁾, Plan de Nación 2010-2030⁽⁸⁾, y la Reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez (RAMNI) 2008-2015⁽⁹⁾. En ese sentido no se puede desconocer los esfuerzos que Honduras está haciendo con apoyo de la cooperación internacional y de los avances que se han tenido en la reducción de la mortalidad de la niñez, tal y como muestran los datos oficiales registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas, que es el ente oficial de la Republica de Honduras.

Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados, dichos esfuerzos se han visto limitados por una amplia gama de factores que de una u otra manera condicionan el accionar del Estado y de la población en la búsqueda de mejores condiciones de vida, tales como la pobreza de los hogares, el bajo nivel educativo de las madres, la desnutrición, el área de residencia (urbana o rural), la deficiente cobertura institucional y la calidad de los servicios de atención primaria y hospitalaria en donde las enfermedades infecciosas, respiratorias e intestinales siguen arrebatando la vida de la población menor de cinco años.

La Secretaría de Salud de Honduras, ha definido como prioritario, la implementación y funcionamiento del Subsistema Nacional de Vigilancia de la mortalidad del menor de cinco años, el cual permitirá disponer de información confiable, oportuna, relacionada en términos de su magnitud y caracterización, así como identificar las circunstancias que la condicionan tanto en áreas rurales como urbanas de los distintos departamentos y municipios del país, corrigiendo de esta manera las debilidades del sistema de información en Salud. En vista que este subsistema está en implementación, aún no permite realizar los cálculos de las tasas específicas por edad, notificación de las muertes y la identificación de las cifras reales (Subregistros), caracterización y las circunstancias o condiciones que influyen en la mortalidad, por lo que se hace necesario requerir de investigaciones que nos permitan conocer mejor el problema de la mortalidad del menor de cinco años en la comunidad, a fin de reorientar las políticas y rediseñar las estrategias implementadas por el Estado, en ese sentido se deben monitorear y evaluar las intervenciones, a fin de darles la dirección correcta hacia aquellos espacios población más pobres, excluidos y postergados que más lo necesitan.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos hemos planteado medir y caracterizar la mortalidad comunitaria de los menores de 5 años, que nos permita hacer un análisis real de la mortalidad por grupos específicos de edad, por departamento, por causas básicas de muerte e identificar las circunstancias o condiciones relacionadas a la muerte, que permitan desarrollar estrategias dentro de sector salud para generar cambios en las tasas de mortalidad.

III. JUSTIFICACIÓN

Con los datos generados en este estudio pretendemos mostrar evidencias de lo que está sucediendo en la comunidad con respecto a la mortalidad del menor de cinco años, la cual podrá ser utilizada como base en la aplicación de cada una de las distintas estrategias y políticas. Idealmente, nos interesaría saber que tan bien enfocadas están las intervenciones realizadas por el estado, en los grupos antes mencionados, en las comunidades pobres, postergadas y excluidas y en los departamentos con alta concentración de población indígena.

IV. OBJETIVOS

General:

Determinar el comportamiento epidemiológico de las muertes comunitarias en los menores de cinco años, ocurridas en Honduras en el periodo de Enero a Diciembre del año 2010.

Específicos:

1. Establecer, de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), la causa básica de las muertes comunitarias en los menores de cinco años ocurridas en Honduras, durante el año 2010.
2. Describir el perfil epidemiológico de las muertes comunitarias de la niñez, ocurridas en Honduras durante el año 2010.
3. Identificar circunstancias y condiciones de vida que pudieron estar relacionados con la mortalidad comunitaria de la niñez.

V. MARCO TEÓRICO

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su informe número 8 de los compromisos del milenio dice: “No escatimaremos esfuerzos para liberar a nuestros semejantes, hombres, mujeres y niños de las condiciones abyectas y deshumanizadoras de la pobreza extrema”. En este momento ya hemos recorrido más de la mitad del camino hacia la fecha límite del 2015, año en el cual deberían lograrse los objetivos de desarrollo del Milenio. En 2006 fue la primera vez, desde que se llevan registros, que las muertes anuales de niños menores de 5 años, descendió por debajo de los 10 millones. Aun así, resulta inaceptable que anualmente mueran millones de niños por causas evitables. Las probabilidades de que un niño nacido en un país en desarrollo muera durante sus primeros 5 años de vida son 13 veces superiores a las de un niño nacido en un país industrializado ⁽¹¹⁾.

La mortalidad de la niñez constituye un importante indicador que permite establecer el nivel general de salud de una población y su magnitud está asociada a una gran diversidad de factores relacionados con la pobreza, la salud materno-infantil, calidad y acceso a los servicios de salud, lo cual es limitada en los países en vías de desarrollo y donde la mortalidad es alta por las razones antes mencionadas. A fin de contribuir a disminuir estos indicadores, la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) ha propuesto varias iniciativas, con el único propósito de que los países miembros se comprometan a hacer los esfuerzos necesarios que favorezcan la salud materno-infantil y la del menor de cinco años.

Honduras, es uno de los 189 países miembros de las Naciones Unidas, que firmaron los compromisos de la cumbre del Milenio, celebrada en la ciudad de Nueva York en el año 2000, comprometiéndose para el año 2015, en reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años, establecida en su cuarto objetivo de desarrollo.

La mortalidad en la niñez en el país sigue siendo un reto significativo, a pesar de las distintas estrategias y políticas públicas implementadas, ésta sigue siendo alta en comparación con el resto de países del área Centroamericana y aun a lo interno de honduras, las diferencias son notorias entre el área urbana y rural, siendo estas más evidentes entre aquellos departamentos más pobres y postergados, caracterizados por poseer poblaciones dispersas y de predominio indígena.

Entre los principales factores determinantes de la mortalidad en la niñez, destacan las afecciones originadas en el periodo perinatal, las enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas, todas ellas relacionadas con deficiencias ambientales, de vivienda, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios de salud de calidad⁽¹²⁾. Y aún más, estos factores se ven potencializados por la variabilidad climática, donde los eventos climáticos extremos afectan directamente a la población que habita en departamentos pobres y postergados geográficamente, magnificando el auge de problemas estructurales como la pobreza y el acceso a los escasos servicios de agua apta para el consumo humano, de educación y salud brindados por el estado; Así mismo el acceso a la alimentación básica de los hondureños, lo cual conlleva a estados graves de desnutrición y por ende al aumento de morbilidad y mortalidad de los grupos más expuestos.

Los indicadores nacionales reflejan esta triste realidad de exclusión y desigualdad en que han estado sometidos estos territorios con sus pobladores, teniendo como puntos referenciales aquellos grupos más vulnerables como son los menores de cinco años, las mujeres y los adultos mayores. La muerte de un niño es una pérdida trágica. Sin embargo, según el informe de objetivos de desarrollo del milenio de 2008, todos los años mueren alrededor de 10 millones de niños antes de cumplir 5 años de edad. La mayoría de estos niños viven en países en desarrollo y mueren como resultado de una enfermedad o una combinación de enfermedades que se pueden evitar con métodos ya existentes y de bajo costo⁽¹³⁾.

En el mundo todos los días fallecen aproximadamente 29,000 niños menores de cinco años, el 40% de estas muertes ocurre en menores de 28 días de vida. Un recién nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno que nace en un país industrializado ⁽¹⁴⁾.

La mortalidad neonatal, por ejemplo, representa alrededor de la mitad de las muertes infantiles, siendo las causas más importantes trauma/asfixia, prematurez e infecciones propias del periodo perinatal. Estas causas están influenciadas por la calidad de la atención del parto, ya sea porque no fueron institucionales o porque en su atención en hospitales y clínica materno-infantiles no siempre se aplicaron correctamente las normas técnicas establecidas. Así mismo, existen limitaciones para atender adecuadamente las complicaciones respiratorias ocasionadas por la inmadurez pulmonar, ya que los hospitales y clínica materno-infantiles no disponen de la tecnología requerida, y tampoco se ofrecen medicamentos para acelerar la madurez pulmonar.

Adicionalmente la mortalidad post-neonatal y de niños entre 1 y 4 años de edad, está condicionada por las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas agudas, situación que se mantiene inalterable en los últimos 20 años. La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años puede utilizarse para reflejar tanto las tasas de mortalidad infantil como de la niñez, sin embargo a veces es mejor diferenciarlas, ya que solo el uso de la tasa de mortalidad infantil puede distraer la atención de una alta tasa de mortalidad de niños entre uno y cuatro años. Los problemas de malnutrición por ejemplo, pueden perder la atención debida como factor causal, especialmente en aquellos países en vías de desarrollo como Honduras, donde el niño es más vulnerable a la malnutrición por distintos factores relacionados con la pobreza y la cultura.

Conceptos básicos

Causa básica de muerte: La causa básica de defunción ha sido definida como: (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron

directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

Características de la persona: Hace referencia a las características de persona como sexo, edad, peso, talla, estado civil.

Características de lugar: Hace referencia al lugar de residencia, por departamento, municipios, aldeas y caseríos al momento del fallecimiento.

Características de tiempo: Incluye el año, mes, día y semana en que ocurrió el evento.

Defunción fetal: Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, la muerte se señala por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Gestación: Se denomina gestación, embarazo o gravidez, al periodo que transcurre entre la fecundación, y el momento antes del inicio del parto.

Gran multípara: Mujer que ha parido 6 veces o más.

Muerte comunitaria: Muerte de un menor de 5 años que ocurre en el hogar, y en el camino del hogar a un establecimiento o unidad de salud pública o privada. Esta definición incluye a todo aquel paciente referido por líderes comunitarios y que cuya muerte ocurrió en una unidad de transporte.

Muertes del menor de cinco años: Desaparición total y permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento hasta los 4 años once meses y veintinueve días de edad.

Muertes en niños de 1 – 4 años: Defunciones que ocurren una vez cumplidos el primer año de vida hasta los 4 años once meses y veintinueve días, (12 – 59 meses).

Muerte Infantil: Se define como la muerte de un niño (a) en la edad comprendida entre los 0 y 11 meses 29 días.

Muerte Institucional: Muerte de un menor de 5 años que ocurre en una unidad de salud (públicos y privados) como ser: Hospital, Clínica Materno Infantil. Incluye las muertes en cualquier sala de un hospital, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y su muerte.

La muerte de un menor referido desde un establecimiento hacia una unidad de mayor complejidad y que ocurre dentro de una unidad de transporte es considerada una defunción Institucional. En estos casos la muerte es asignada a la unidad de salud que la refiere y es notificada e investigada por ésta.

Muerte Neonatal: Muerte entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida.

Muerte Neonatal tardía: Defunciones que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

Muerte Neonatal temprana: Defunciones entre los nacidos vivos que ocurren en los primeros siete días de vida.

Muerte Postneonatal: Defunciones después de los 28 días hasta los once meses veintinueve días de vida.

Múltipara: Es la mujer que ha completado dos o más embarazos viables.

Nacido Vivo: Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un nacido vivo.

Orden de Nacimiento: Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registra-do, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.

Paridad: Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (Vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación.

Parto: Es la expulsión o extracción del producto de la concepción después de la 20 semanas de gestación, con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 25 centímetros, independientemente de la sección del cordón o expulsión de la placenta.

Periodo Neonatal: Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Esta se divide en periodo neonatal temprano y neonatal tardía.

Periodo Perinatal: Comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Primípara: Es la mujer que ha dado a luz solo una vez un feto o fetos viables. En consecuencia, todo embarazo completo, más allá del estadio de aborto implica paridad para la madre.

Problema comunitario: Estos pueden ser definidos como aquellos factores que modifican el normal desenvolvimiento social y ecológico de los habitantes de un espacio geográfico. Dichos cambios se generan en forma natural o generalmente por acción del ser humano.

Tiempo de gestación: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas.

- Pretérmino: Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días).
- A término: de 37 a menos de 41 semanas completas (259 a 293 días).
- Postérmino: 42 semanas completas o más (294 días o más).

Tiempo de sobrevida: Corresponde al tiempo que demora en ocurrir un particular evento de interés, este evento puede ser la aparición de los primeros signos y síntomas de una determinada enfermedad, la respuesta a la administración de un tratamiento, la recaída de una enfermedad o simplemente la muerte de un individuo.

VI. METODOLOGIA

Tipo de estudio:

Descriptivo de serie de casos ⁽¹⁶⁾.

Área de estudio:

Honduras se encuentra ubicada justo al medio de Centro América, limita al nororiente con la República de Guatemala y Belice, al suroeste con El Salvador y al sudeste con Nicaragua. Se divide política y administrativamente en 18 departamentos, 298 municipios, 3,731 aldeas y en 27,969 caseríos, con una extensión territorial de 112,492 Kms², y una población para el 2010 de 8,045,990 millones de habitantes y una densidad poblacional de 71.5 personas por Kms².

Población en estudio:

Corresponde a todas las muertes comunitarias de niños(as) menores de cinco años de edad, residentes en Honduras, y que murieron en el período comprendido entre el primero de Enero al 31 de Diciembre del año 2010.

Periodo de estudio:

Del primero de Enero al 31 de Diciembre del año 2010.

Fuente de información:

Mediante la búsqueda activa a nivel nacional se logró registrar a 845 niños menores de cinco años fallecidos en el año 2010, y a través del instrumento de recolección de información se alimentó la base de datos disponible para tal fin, lo que facilitó la organización y análisis de los datos.

A partir de la información registrada en la base de datos se logró identificar las circunstancias y condiciones que pueden estar relacionados con la muerte, la edad en que murieron, la procedencia y clasificar la causa básica de muerte según CIE-10⁽¹⁵⁾.

Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento de vigilancia de la mortalidad (IVM-4), se obtuvo la historia de los niños nacidos vivos y que luego fallecieron antes de cumplir los cinco años de vida en el año 2010, cuyos datos fueron digitalizados en una base de datos en Access y Excel, registrando todos y cada una de las variables contempladas en dicho instrumento, entre estas la edad, sexo, lugar de ocurrencia, causa básica de la muerte, año, mes y semana de la defunción. Para el periodo del estudio se registraron 845 menores de cinco años fallecidos por distintas causas a nivel nacional y que cumplían con los criterios de inclusión determinados en el protocolo.

Procedimientos para la recolección de los datos:

Previo a la recolección de los datos se capacito a los encuestadores con el propósito del llenado correcto de los diferentes instrumentos para la recolección de los datos, así como en la utilización del manual del encuestador, utilizando personal institucional con grado universitario, con entrenamiento en salud pública y epidemiología, pasantes de la Maestría de epidemiología y Salud Pública de la UNAH, Diplomados en Epidemiología de campo y personal con cursos en epidemiología básica y otras formaciones relacionadas. Con todos ellos se discutió la importancia del registro de las causas básicas de defunción y analizo el protocolo y las Guías de Vigilancia de la Mortalidad del menor de cinco años incluyendo la ficha de vigilancia, a fin de recabar información oportuna y confiable.

La validación de los instrumentos de recolección de los datos no se realizó debido a que se usaron las mismas guías del subsistema de vigilancia que se están utilizando en Honduras a partir del año 2008.

El equipo de encuestadores ubicados por departamentos, se movilizó a los diferentes lugares e instituciones generadoras de datos, para realizar las investigaciones pertinentes, así como a la comunidad donde haya residido el menor de cinco años, para hacer la entrevista a familiares y el llenado del instrumento respectivo. Este equipo estuvo en contacto permanente con el equipo supervisor al que informaba sobre los

hallazgos e imprevistos suscitados durante la movilización. Los datos fueron digitados en una base de datos por personal entrenado en las Regiones Sanitarias Departamentales y depuradas por el equipo Regional y Nacional del cual formamos parte.

La fuente para la recolección de los datos fueron los distintos instrumentos implementados por instituciones públicas y privadas, ubicadas en las cabeceras departamentales y municipales, así como los líderes comunitarios, que manejan mucha información sobre lo que pasa en sus respectivas comunidades, entre estas instituciones visitamos las siguientes:

- Reporte Estadístico de Defunción (RNP-INE) disponible en las oficinas de registro civil municipal.
- Libro de registro de defunciones en las oficinas de registro civil municipal
- Oficialía Civil Departamental del Registro Nacional de las Personas
- Registros de la oficina municipal de cementerios
- ONG y Proveedores descentralizados
- Oficinas de Ministerio Público
- Libro de registro de levantamientos de la policía
- Consulta a informantes clave: alcaldes auxiliares, jueces de paz, parteras, colaboradores voluntarios, representantes de salud, monitoras de AIN-C, guardianes de salud y otros informantes que se pudieron identificar en la comunidad.

Operacionalización de variables:

Variables	Definición operacional	indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de ocurrencia de la muerte.	Referencia de los padres. Es una variable cuantitativa	• Muerte Neonatal temprana • Muerte Neonatal Tardía • Muerte Neonatal • Muerte post-neonatal • Muerte Infantil • Muerte de 1 a 4 años
Sexo	Rasgos físicos que distinguen el rol reproductivo	Referencias	• Varón • Mujer
Procedencia	Sitio donde habitualmente residió el niño con sus padres.	Referencias	• Departamento • Municipio • Aldea • Caserío • Urbano/Rural
Fecha de muerte	Es la fecha del calendario en que falleció el niño	Referencia Es una V. Cuantitativa	• Día • Semana • Mes • Año
Causas de la defunción	Son las diferentes enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjeron dichas lesiones	Referencia de los padres y registradas por los encuestadores V.Cualitativa politómica :	Morbilidad General según criterio del comité técnico
Clasificación del caso	Es el termino final de cómo se clasifica la muerte después del respectivo análisis, en base a CIE-10	Registradas y clasificadas por el comité técnico V. Cualitativa politómica	• 1.00 Enfermedades transmisibles • 2.00 Neoplasias • 3.00 Enfermedades del sistema circulatorio • 4.00 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal • 5.00 Causas externas • 6.00 Las demás enfermedades.

El Procesamiento de datos:

Una vez obtenidos los registros de las muertes del menor de cinco años, se procedió a revisar y depurar las fichas, evitando la duplicidad de los casos y codificación de aquellas que lo ameritaban. Posteriormente fueron procesados en una base de datos en Excel y analizadas en el Epi-info 3.5.4.

Para el registro de diagnósticos de la causa básica, se utilizó la codificación de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición, en base a la lista 6/67, que es una lista resumida que facilita la agrupación y análisis de la información, la cual se resume en seis grandes grupos: 1) Enfermedades transmisibles; 2) Neoplasias; 3) Enfermedades del sistema circulatorio; 4) Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; 5) Causas externas; y 6) las demás enfermedades.

Para la población de los departamentos y del país, se emplearon las proyecciones de población total, urbana, rural, por sexo y edad del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), del año 2010 (tabla 1 y 2), según el Censo de Población del año 2001.

Para el análisis:

- Se calcularon tasas de mortalidad comunitaria a nivel nacional y por departamentos, así como la tasa específica por edad, la cual se agrupó según las etapas del ciclo de vida como ser: Neonatal (0-28 días), Infantil (Menor de 1 año), de 1 a 4 años, y de 0-4 años.
- Se procesó la distribución de la mortalidad de la niñez según mes y semana epidemiológica de ocurrencia.
- Distribución de la mortalidad de la niñez por departamento.
- Distribución de la mortalidad de la niñez según sexo.
- Distribución de la mortalidad comunitaria del menor de cinco años por grupos de edad.
- Se procesó la causa básica de defunción según CIE-10.

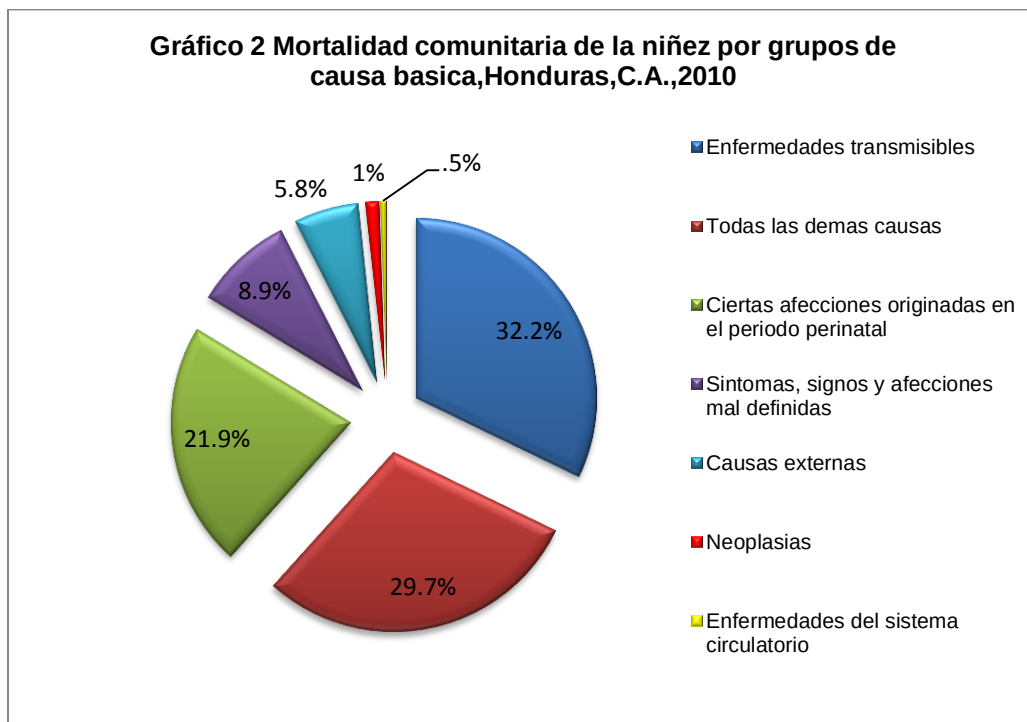
- Se procesaron las primeras 10 causas de defunción en el menor de cinco años
- Se procesó la distribución de nacimientos según edad de la madre
- Se procesó la distribución de la mortalidad de la niñez según paridad

VII. RESULTADOS

La población total de menores de cinco años para el año 2010 fue de 1 079 289 (13.4%) de los cuales 549 179 son hombres y 530 110 mujeres. De esta población, murieron en el país a nivel comunitario, 845 niños lo cual constituyó el universo del estudio.

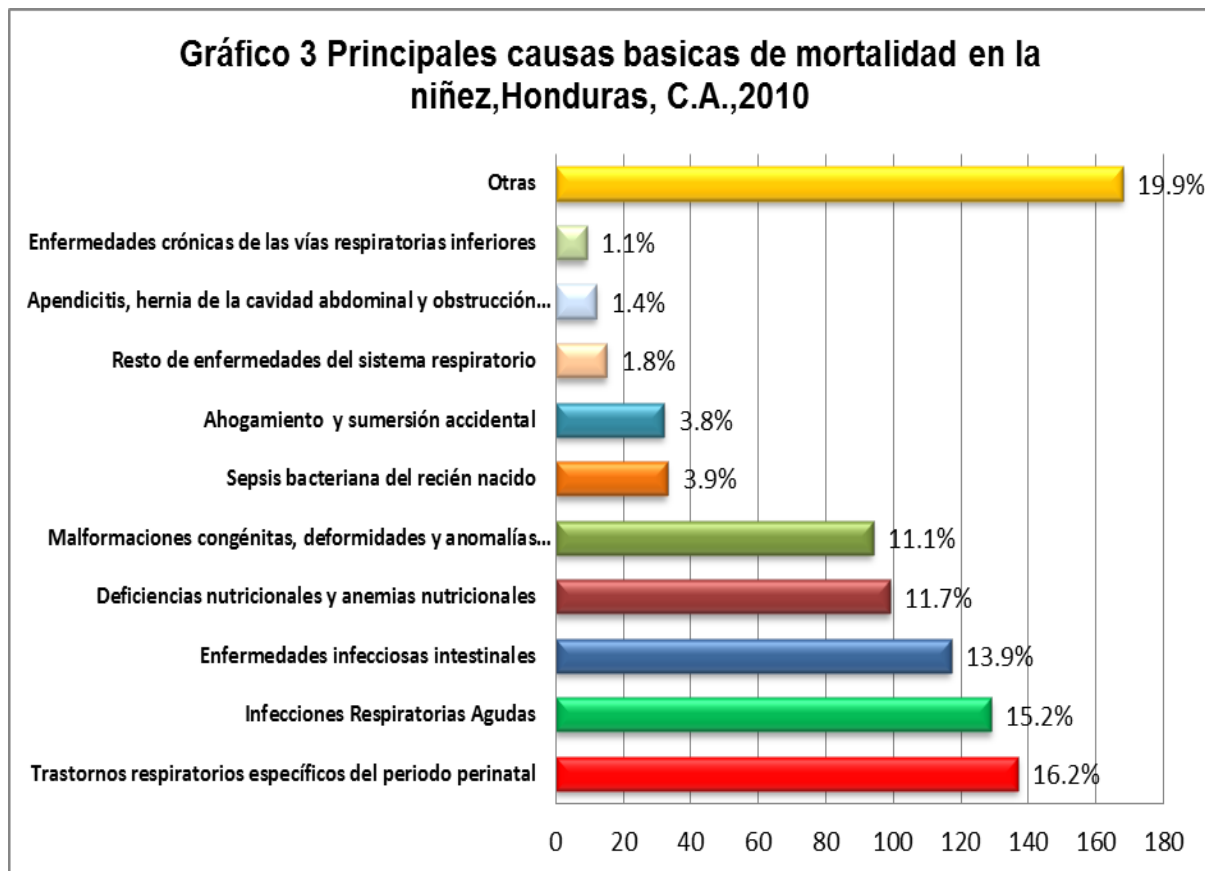
Causa básica de defunción en la niñez según lista 6/67-CIE-10 de la OMS

En el gráfico 2, se muestra que la mayoría de las muertes en la niñez es debida a Enfermedades transmisibles (Grupo 1) con un 32.2% (232), seguidas de todas las demás causas (Grupo 6) con un 29.7% (249) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal con un 21.9% (186).



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

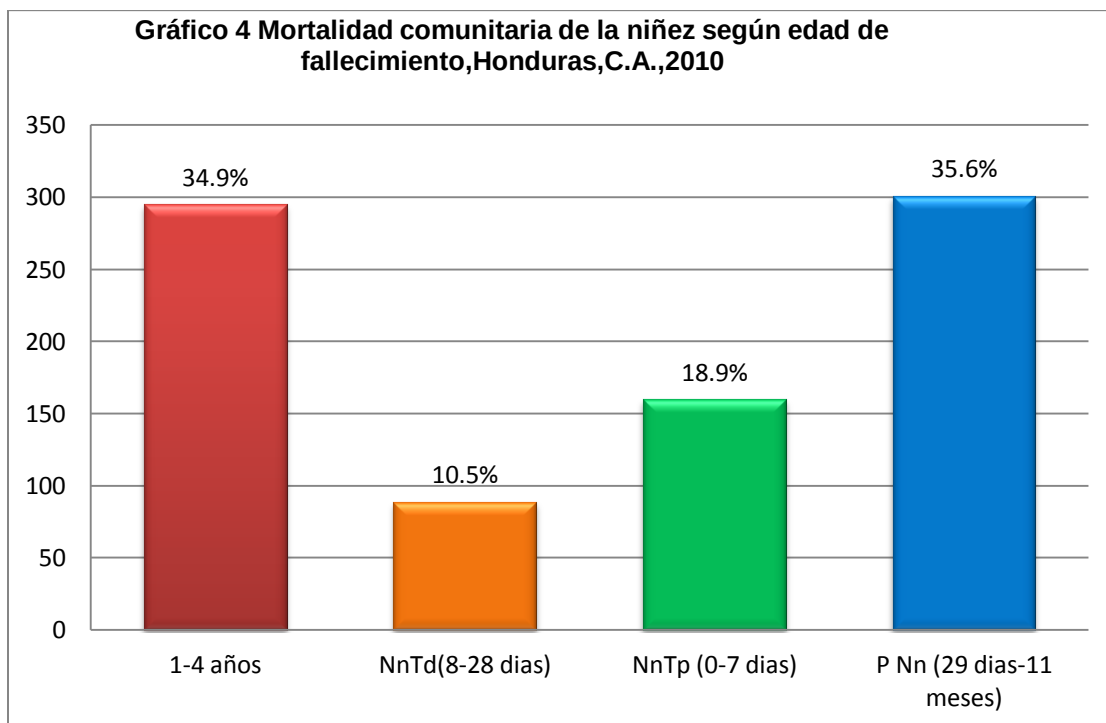
Con relación a las principales causas básicas de muerte, el gráfico 3, muestra que la mayor frecuencia de fallecimientos es debido a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con un 16.2% (137), seguida de Infecciones respiratorias agudas con 15.3% (129), y enfermedades infecciosas intestinales con un 13.9% (117).



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

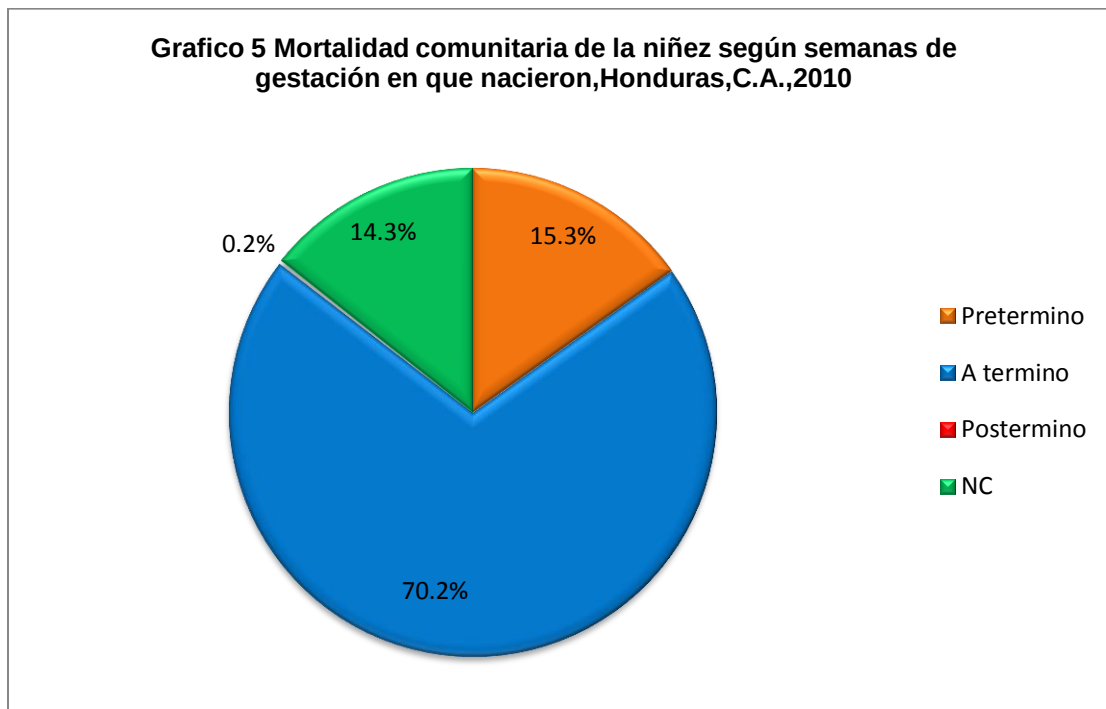
Perfil epidemiológico de la mortalidad infantil y en la niñez

De los niños estudiados el 54.2% (458/845) fueron hombres, es de hacer notar que de las muertes registradas el 35.62% (301/845) pertenecen al grupo Postneonatal, seguido del grupo Post-infantil con un 34.91% (295/845), y en tercer lugar el grupo Neonatal con 29.46% (249/845), como se aprecia en el gráfico 4.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

En relación a la madurez gestacional, el grafico 5 muestra que el 70.3% (594/845) de los niños del estudio nacieron a término, el 15.2% (128/845) fueron pre término, con una media de 38 Semanas (desviación típica de 3.1016).

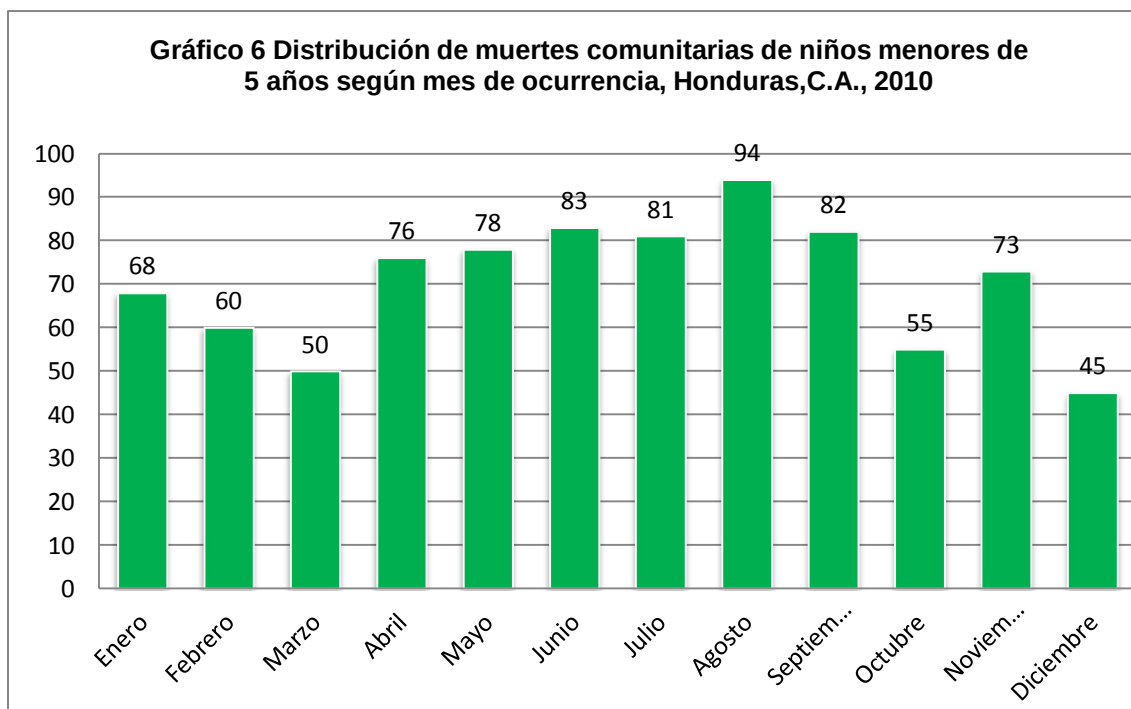


Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

La tabla 3, muestra que en el nivel comunitario nació el 56.3% (476) de los niños del estudio, el 94.2% (796) de los partos fue por vía vaginal, el producto fue único en un 96% (812) y en un 15.4% (130) de los niños se identificaron malformaciones congénitas.

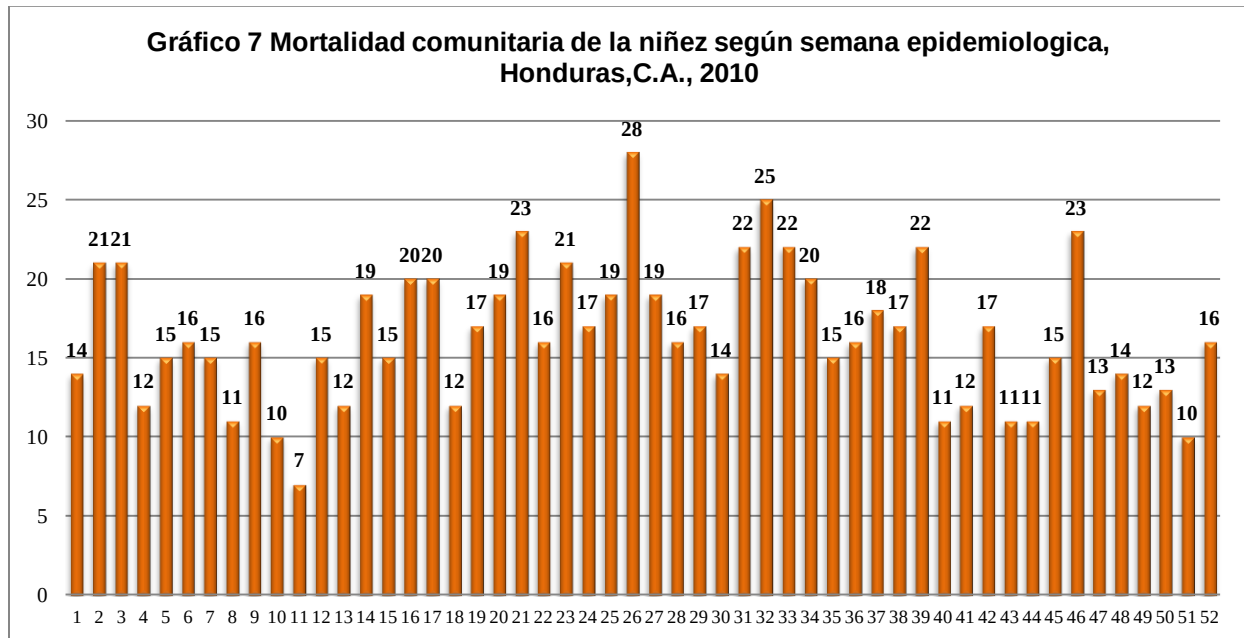
Tiempo de ocurrencia

En el gráfico 6, se puede ver el comportamiento mensual de las muertes registradas, donde la mortalidad en la niñez fue mayor en los meses de agosto (94), junio (83), y septiembre (82), el mes que menos muertes registro fue diciembre (45), para una media de 70 muertes por mes (rango de 45 a 94).



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

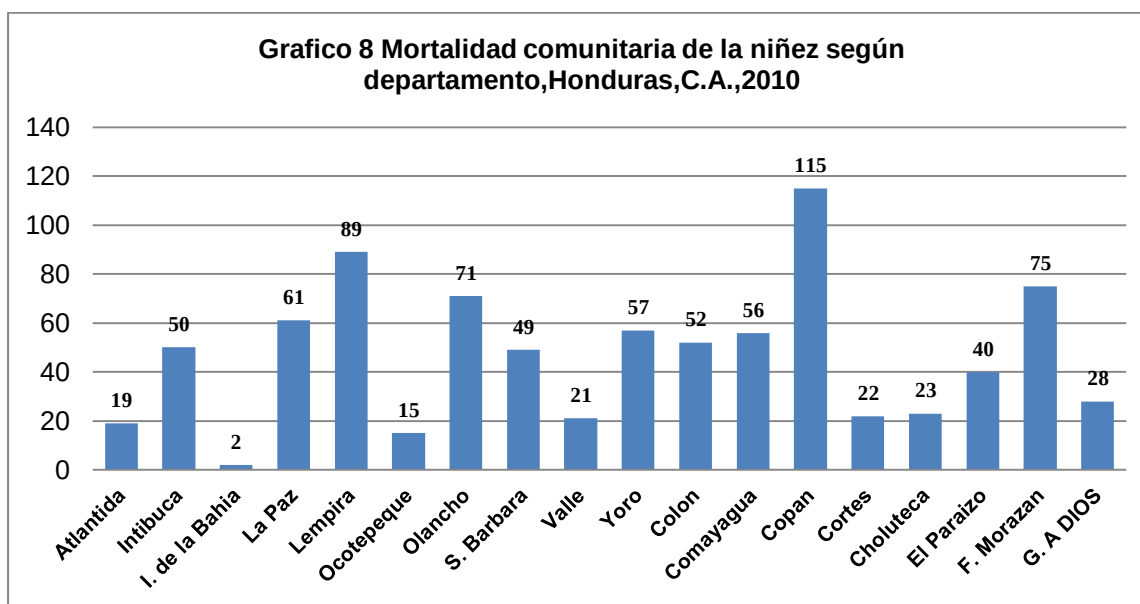
En cuanto a las muertes por semana epidemiológica, la semana veintiséis registró 28 casos, la semana treinta y dos (25), y la semana que menos muertes registró fue la once con 7 casos. La media de muertes registradas por semana epidemiológica fue de 16.4, (rango de 7 a 28), además las muertes tienen una distribución bimodal, siendo la frecuencia que más se repite el 15 y 16, como se ve en el gráfico 7.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Lugar de procedencia de los niños fallecidos

De acuerdo al lugar de procedencia el gráfico 8, registra que la mayoría de las muertes ocurrió en los departamentos de Copan: 13.6% (115), Lempira 10.5% (89), y el que menos registro fue Islas de la Bahía con 2 muertes, con una media a nivel nacional de 70.4 muertes por departamento (rango de 2 a 115).



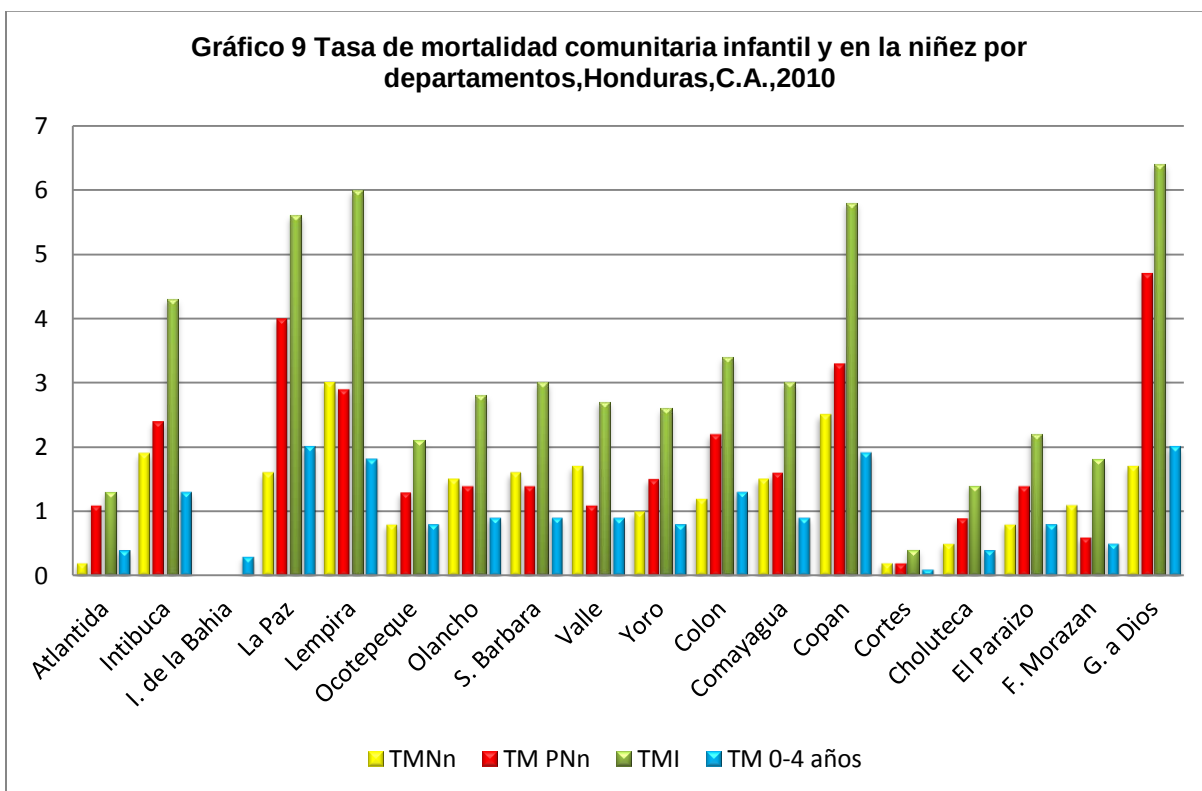
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Según grupos de edad y lugar de procedencia, los resultados de la tabla 4, muestran que la mayoría de los fallecidos de 1 a 4 años (295) proceden del departamento de Copan (50), el grupo Postneonatal (301) fue mayor en los departamentos de Copan (37), y Lempira (31). Además el departamento de Francisco Morazán registra la mayoría de las muertes neonatales con 36 eventos.

Las tasas de mortalidad estimadas por grupo de edad y procedencia (gráfico 9), muestran que: La tasa de mortalidad neonatal, es mayor en el departamento de Lempira con 3×1000 nv, seguido de Copan con 2.5×1000 nv. Así mismo el departamento de G. a Dios registra la tasa de mortalidad postneonatal mas alta con 4.7×1000 nv, este

mismo departamento también ostenta la tasa más alta de mortalidad infantil, con 6.4 muertes por mil nacidos vivos, seguido de Lempira con 6x1000nv. a nivel nacional se estimo una tasa de mortalidad infantil de 2.5x1000 nacidos vivos.

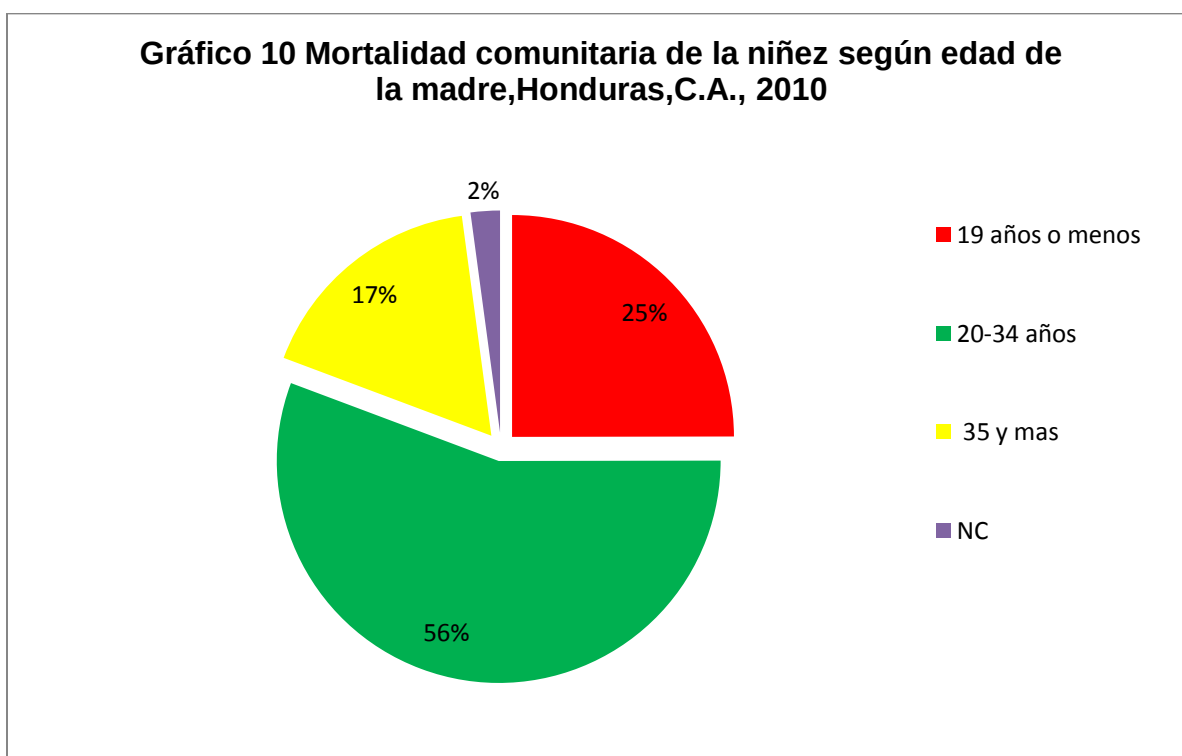
La tasa de mortalidad comunitaria en la niñez, es mayor en los departamento de La Paz y Gracias a Dios con 2x1000nv, en segundo lugar Copan (1.9x1000nv). A nivel nacional se estimó una tasa de 0.8x1000nv.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

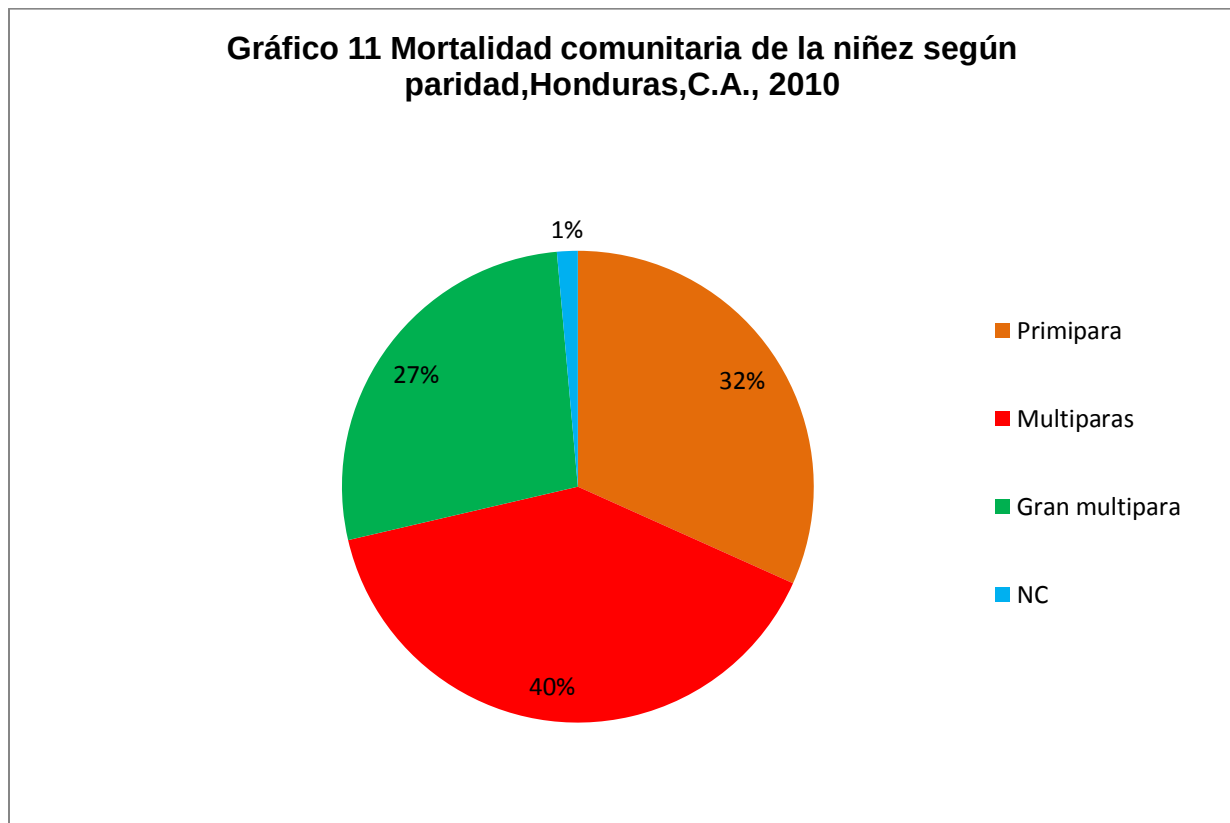
Circunstancias y condiciones de vida identificadas en las madres

Del total de mujeres que demandaron atención al parto (Gráfico 10), un 25% (211/845) de ellas son menores de 19 años, el 55.7% (471/845) oscilan entre los 20 y 34 años de edad, y un 17.2% (145/845) son mujeres mayores de 35 años. La media de edad fue de 25.8 años, (Desviación típica de 7.8812), rango de 11-60 años, una moda de 20, y donde el 75% de las madres son menores de 31 años de edad.



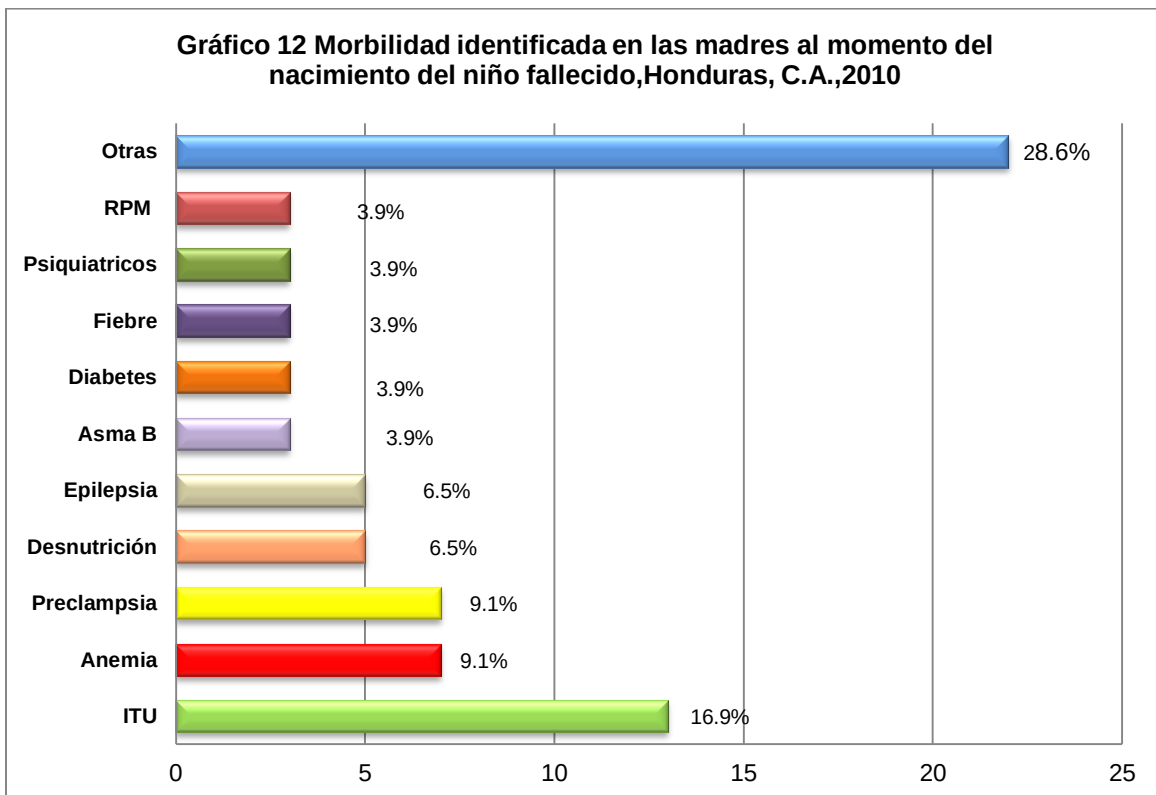
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Además los resultados del estudio muestran que el 82.5% (697) de las madres residen en el área rural, un 39.7% (335/845) son multíparas, un 31.7% (268/845) de ellas son primíparas (Gráfico 11), la media de embarazos fue de 3.6 por mujer (desviación típica de 2.9679), una moda de 1, con un rango de 1 - 17 embarazos. Así mismo el 81.4% asistió a control prenatal.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

En cuanto el estado de salud de la madres al momento del nacimiento del niño fallecido, se identificó que el 9.1%(77/845) de ellas adolecían de algún estado patológico, entre estas las Infecciones del tracto urinario ocupan el 16.9%(13/77), anemias y preclampsia el 9.1%(7/77), seguido de epilepsia y desnutrición con un 6.5%(5/77) cada una (grafico 12).



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de dato

Tabla 1: Distribución de la población de Honduras urbana-rural por edad y sexo, Honduras, C.A., 2010

Edad	P. total	Hombres	Mujeres	Rural	Urbana
0 - 4	1079,289	549,179	530,110	581,589	497,700
5 - 9	1035,077	525,938	509,139	565,448	469,629
10 -14	973,613	492,090	481,523	526,932	446,681
15-19	866,193	434,856	431,337	428,070	438,123
20-24	747,514	371,818	375,696	335,768	411,746
25-29	663,903	326,377	337,526	280,588	383,315
30-34	577,561	282,042	295,519	249,359	328,202
35-39	474,884	230,506	244,378	208,277	266,607
40-44	381,715	181,554	200,161	164,848	216,867
45-49	301,565	140,031	161,534	133,051	168,514
50-54	251,618	116,240	135,378	113,707	137,911
55-59	203,187	93,205	109,982	96,234	106,953
60-64	157,317	72,071	85,246	75,256	82,061
65-69	117,790	53,835	63,955	58,632	59,158
70-74	90,125	40,470	49,655	43,673	46,452
75-79	62,138	27,381	34,757	28,910	33,228
80+	62,501	27,837	34,664	26,996	35,505
	8,045,990	3,965,430	4,080,560	3,917,338	4,128,652

Grupos especiales de edad

0 años	218,349	111,203	107,146	116,903	101,446
1 - 4	860,940	437,976	422,964	464,686	396254
0 - 4	1079,289	549,179	530,110	581,589	497,700

Fuente: Elaboración Propia a partir de proyección INE 2010

Tabla 2: Distribución de la población menor de cinco años por lugar de procedencia, Honduras, C.A., 2010

Departamento	P. Total	<1 año	1 a 4	0 a 4
Atlántida	407,551	10,332	40,838	51,170
Intibucá	232,509	7,996	30,399	38,395
I. de la Bahía	49,158	1,261	5,030	6,291
La Paz	196,322	6,224	23,948	30,172
Lempira	315,565	10,564	40,199	50,763
Ocotepeque	132,453	3,741	14,425	18,166
Olancho	509,564	15,483	59,898	75,381
S. Bárbara	402,367	11,346	43,925	55,271
Valle	171,613	4,740	18,257	22,997
Yoro	552,100	15,259	59,638	74,897
Colon	293,540	8,468	32,514	40,982
Comayagua	442,251	12,836	49,492	62,328
Copan	362,226	11,299	47,860	59,159
Cortes	1570,291	38,423	154,484	192,907
Choluteca	459,124	12,577	49,091	61,668
El Paraíso	427,232	12,050	46,874	58,924
F. Morazán	1433,810	32,768	132,745	165,513
G. A DIOS	88,314	2,982	11,323	14,305
Total	8045,990	218,349	860,940	1079,289

Fuente: Elaboración propia a partir de proyecciones del INE

Tabla 3: Parto y condiciones identificadas en el producto al momento del nacimiento, Honduras, C.A., 2010

Características	Casos	
	No.	%
Sitio del parto		
Comunitario	476	56.3
Institucional	360	42.6
NC	9	1.1
Forma de obtención del producto		
Cesarea	39	4.6
Vaginal	796	94.2
NC	10	1.2
Tipo de nacimiento		
Único	812	96.0
Múltiple	30	3.6
NC	3	0.4
Malformaciones congénitas		
Si	130	15.4
No	714	84.5
NC	1	0.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Tabla 4: Distribución de la mortalidad comunitaria de la niñez por edad y lugar de procedencia, Honduras, C.A, 2010

Depto.	Casos													
	NN Tn	%	NN Td	%	NN	%	PNN	%	Inft	%	MPI 1 a 4	%	M 0 a 4	%
Atlántida	1	5.2	1	5.2	2	10.5	11	57.9	13	68.4	6	31.6	19	2.2
Intibucá	9	18.0	6	12.0	15	30.0	19	38.0	34	68.0	16	32.0	50	5.9
I. de la Bahía	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100	2	0.2
La Paz	3	4.9	7	11.5	10	16.4	25	41.0	35	57.4	26	42.6	61	7.2
Lempira	19	21.3	13	14.6	32	35.9	31	34.8	63	70.8	26	29.2	89	10.5
Ocotepeque	3	20.0	0	0.0	3	20.0	5	33.3	8	53.3	7	46.7	15	1.8
Olancho	15	21.1	8	11.3	23	32.4	21	29.6	44	62.0	27	38.0	71	8.4
S. Barbara	16	32.7	2	4.1	18	36.8	16	32.6	34	69.4	15	30.6	49	5.8
Valle	5	23.8	3	14.3	8	38.1	5	23.8	13	61.9	8	38.1	21	2.5
Yoro	11	19.3	5	8.8	16	28.1	23	40.4	39	68.5	18	31.5	57	6.7
Colon	6	11.5	4	7.7	10	19.2	19	36.5	29	55.8	23	44.2	52	6.2
Comayagua	13	23.2	6	10.7	19	33.9	20	35.7	39	69.6	17	30.4	56	6.6
Copan	14	12.2	14	12.2	28	24.4	37	32.2	65	56.6	50	43.4	115	13.6
Cortes	9	40.9	0	0.0	9	40.9	8	36.4	17	77.3	5	22.7	22	2.6
Choluteca	4	17.4	2	8.7	6	26.1	11	47.8	17	73.9	6	26.1	23	2.7
El Paraiso	7	17.5	2	5.0	9	22.5	17	42.5	26	65.0	14	35.0	40	4.7
F. Morazán	22	29.3	14	18.7	36	48.0	19	25.3	55	73.3	20	26.7	75	8.9
G. A Dios	3	10.7	2	7.1	5	17.9	14	50.0	19	67.9	9	32.1	28	3.3
Total	160	18.93	89	10.53	249	29.47	301	35.62	550	65.09	295	34.91	845	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

VIII. DISCUSIÓN

En el período señalado se encontraron 845 casos de muertes en niños menores de cinco años, procedentes de áreas rurales y urbanas marginales. Siendo los grupos más afectados los menores de un año (65%/550), lo cual está más relacionado con factores ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener una idea de lo que está pasando con la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive (ENDESA 2005-2006). De las muertes infantiles registradas, el 35.62% (301/845) pertenece al grupo Postneonatal. Así mismo se destaca el hecho que de las muertes neonatales registradas (29.46% (249/845), la mortalidad neonatal temprana ocupa el primer lugar (160/295).

Las diferenciales por grupos de edad y causa básica de muerte nos indica que los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y sepsis bacteriana del recién nacido, ocasionaron la mayoría de las muertes en el período neonatal temprano y neonatal tardío, lo cual está relacionado con la prematuridad y el bajo peso al nacer; Así como con la salud de la madre al momento del nacimiento. Otro aspecto importante a considerar son las condiciones medioambientales, en que crecieron y se desarrollaron los niños, ya que son presa fácil de enfermedades relacionadas con éste, tal y como se evidencio en el estudio, donde en el grupo postnatal y de 1 a 4 años, la mortalidad en la mayoría de los casos fue ocasionada por las infecciones respiratorias agudas y las deficiencias y anemias nutricionales; Así como por las enfermedades infecciosas intestinales, las cuales están íntimamente relacionadas con el entorno.

Al momento del nacimiento se identificaron malformaciones congénitas en el 15% de los niños fallecidos, dentro de las cuales se destacan las malformaciones congénitas del corazón no especificadas con un 23%, seguidas de Hidrocéfalo congénito no especificado y Síndrome de Down, con un 11 y 6.3% respectivamente, lo cual condiciona la sobrevivencia del neonato como un factor de riesgo biológico y

medioambiental. Las anomalías congénitas representan aproximadamente una de cada diez causas de muerte infantil, siendo las más frecuentes las cardiopatías y defectos del tubo neural, cuya atención es sumamente costosa dada la tecnología requerida ⁽⁹⁾.

Otra condición encontrada y que podría estar relacionada, es la madurez gestacional, los resultados indican que un 15.2% de los niños fallecidos fueron prematuros (≤ 36 semanas de gestación), lo cual está relacionado con desnutrición de la madre, espacios intergenésicos cortos, lo que conduce a bajo peso al nacer, quienes a su vez tienen más probabilidades de necesitar atención neonatal adicional y padecer enfermedades relacionadas con este periodo.

Además hemos encontrado que: el 96.4% de los casos, el nacimiento fue único y el 3.6% fue producto múltiple. La mujer es unípara por excelencia, por lo que todo embarazo múltiple debe ser considerado como patológico, Si bien los nacimientos múltiples representan sólo un pequeño porcentaje de todos los nacimientos (1 a 3%), este se convierte en un problema de salud pública, considerado de alto riesgo por el aumento de la Morbilidad materna y la morbilidad perinatal que determinan ⁽¹⁷⁾.

Los cambios demográficos, ambientales y sociales que ocurren en Honduras, sumados a una disminución de la efectividad de ciertas medidas de control, crean condiciones para un constante resurgimiento de nuevas formas de expresión de las enfermedades que condicionan la mortalidad general y sobre todo la mortalidad en los extremos de la vida. En el caso que nos interesa y al agrupar las causas de mortalidad comunitaria en la niñez, esta se caracterizó por el predominio del grupo enfermedades transmisibles con un 32.2 %, y la causa principal de muerte se debió a enfermedades caracterizadas por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (16.2%), Infecciones respiratorias agudas (15.3%), y enfermedades infecciosas intestinales (13.8%).

El comportamiento mensual de las muertes registradas, cuya incidencia comienza a ascender en el mes de junio (83) logrando su máximo pico en el mes de agosto (94), el promedio fue de 70 muertes por mes, 16.3 niños por semana y 2.3 niños cada 24 horas.

Es de hacer notar que este periodo concuerda con la temporada lluviosa, lo cual podría tener relación con la falta de acceso a los servicios de salud y el repunte de enfermedades infecciosas, convirtiéndose en un riesgo medioambiental, como consecuencia de los efectos adversos del cambio climático en la salud (sequías, falta de alimentos, desnutrición, parasitismo intestinal, proliferación de vectores).

Las desigualdades en el interior del país tienen como principal factor el distinto desarrollo social y económico, con bajos niveles de escolaridad y desarrollo humano, altos índices de pobreza, cuyo principal resultado es que existen departamentos menos favorecidos que otros, lo que implica que sean los más rezagados en el proceso de descenso de la mortalidad en el menor de cinco años. En consecuencia, los cambios de la mortalidad en el interior han sido sumamente heterogéneos, pues mientras algunos departamentos, sobre todo en la zona central, han alcanzado bajos niveles de mortalidad, en otros todavía persisten niveles altos o medios, con condiciones de salud y mortalidad desfavorables.

En consecuencia, las tasas más altas de mortalidad en el menor de cinco años, se registran en departamentos altamente postergados, caracterizados por poseer una población eminentemente rural, de bajos ingreso y sobre todo indígena. En nuestro estudio los departamentos más afectados y que concentran las tasas más altas de mortalidad en la niñez son los departamentos de Gracias a Dios, La Paz, Copan y Lempira.

Estos departamentos según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2006, están considerados, como unos de los departamentos más pobres de Honduras, donde un 42% de los hogares vive en una situación de pobreza extrema. Y la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) 2001, menciona que para 1999, el 57% de los hogares urbanos (310,000) se encontraban bajo la línea de pobreza, mientras que en las áreas rurales este porcentaje era de casi un 75% (442,000). Asimismo, la condición de extrema pobreza (indigencia) afectaba a cerca de un 37% de los hogares urbanos y a un 61% de los hogares rurales. En este caso consideramos la pobreza como un

fenómeno multicausal y multidimensional, que caracterizaron el modo de vivir de la madre y/el niño exponiéndose a distintas determinantes que condicionan el enfermar o morir de los niños y niñas menores de cinco años en esta zona de Honduras.

La mortalidad en la niñez se incrementa, en una medida importante, con los nacimientos entre madres muy jóvenes o de edad muy avanzada. Hay varios estudios, que relacionan la edad materna con diversos aspectos del embarazo y el desarrollo infantil, concluyendo que la edad materna es una variable central que influye en el resultado del embarazo (Nortman, 1974; Petridou et al., 1996; Reynolds, Wong y Tucker, 2006).

En el estudio encontramos que el 25% de las madres de los niños fallecidos son menores de 20 años, lo cual constituye un factor de riesgo importante, tanto para la salud de la madre como para el niño, en este último caso, en parte porque los cuerpos de las madres adolescentes están en pleno desarrollo, y al embarazarse lo más seguro es que competirá por nutrientes con el feto, generándose consecuencias negativas para ambos, también es necesario enfatizar que las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de proveer un cuidado adecuado para sus lactantes y niños, ya que a menudo carecen de la madurez, educación y los recursos para hacerlo.

Los niños fallecidos, nacidos de madres mayores de 35 años, constituyo el 17.2% de los casos, lo cual se traduce en otro riesgo a ser considerado, puesto que las mujeres de mayor edad enfrentan riesgos biológicos derivados de los resultados de nacimiento deficientes, tales como una mayor probabilidad de condiciones de salud como la hipertensión y la diabetes, lo mismo que una duración más corta del embarazo (Petridou et al., 1996; Reichman y Pagnini, 1997).

El promedio de edad de las madres de los niños fallecidos fue de 25.8 años, así como una edad mínima y máxima de 11 y 60 años respectivamente, lo cual demuestra las edades tempranas y tardías en que la mujer hondureña aun está teniendo sus hijos y por ende la falta de educación y los factores condicionantes de su entorno hacen mella en estas poblaciones ya sea urbanas o rurales.

Es de hacer notar el hecho que el 82.5% de las madres residen en el área rural, y por ende sus hijos también, lo cual se traduce en una desventaja con respecto a los que viven en áreas urbanas; Ya que en el país todavía existe una gran brecha en el acceso a los servicios de salud y principalmente a los cuidados prenatales, a pesar de los esfuerzos que el país está haciendo con la implementación de distintas estrategias encaminadas a asistir a las mujeres y al niño, la diferencia en las facilidades sanitarias y hospitalarias entre ambas áreas de residencia, es considerable, principalmente en la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

Otro aspecto importante a considerar es la paridad de la mujer, los resultados nos muestran que la mayoría de las madres del estudio (66.9%), tuvieron más de 4 hijos, con una media de 3.6 hijos por mujer, rango de 1 a 17. La multiparidad en mujeres de cualquier edad, es un factor de riesgo que condiciona la salud del recién nacido, los espacios intergenésicos cortos conllevan a las madres a tener partos prematuros e hijos con bajo peso al nacer, con la consecuente elevación del riesgo de morir, principalmente en el primer mes de vida. Según datos de la Endesa 2005-2006, el intervalo intergenésico más frecuente con el que han ocurrido los nacimientos en los últimos cinco años es de 24 a 35 meses (30%), en el caso de madres menores a 20 años y nacimientos precedidos por niño fallecido, la frecuencia mayor corresponde a intervalos intergenésicos de 7 a 17 meses. De ahí la importancia de fortalecer los servicios de planificación familiar y educación sobre los derechos reproductivos, los cuales son también derechos humanos.

En cuanto al estado de salud de la madre, se encontró que un 9.1% de ellas adolecía de algún estado patológico, entre estas las infecciones del tracto urinario(16.9%), anemias y preeclampsia 9.1%, lo cual tiene consecuencias negativas para ambos, por lo menos un 20% de las enfermedades que sufren los niños y niñas menores de cinco años están relacionadas con la salud y nutrición deficiente de sus madres, así como con la calidad de la atención durante el embarazo y los primeros días de vida del recién nacido.

IX. CONCLUSIONES

- La investigación se realizó a nivel nacional, teniendo una excelente participación y colaboración de parte de los familiares, en brindar la información requerida para el llenado del instrumento aplicado. Los resultados obtenidos muestran que la mortalidad en estos grupos de edad sigue siendo un problema considerable, principalmente en las áreas rurales y urbanas marginales, asociado a una serie de factores y condiciones que predisponen a los niños a morir antes de cumplir los cinco años de vida.
- La mayoría de los nacimientos fueron a nivel comunitario, atendidos por partera o por un familiar, lo que demuestra la falta de oportunidad que tienen las mujeres de dar a luz en condiciones adecuadas, y los neonatos de recibir servicios de calidad y ser atendidos por personal con las competencias técnicas necesarias para intervenir en el nacimiento.
- Los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, las deficiencias nutricionales, y las malformaciones congénitas son las principales causas de mortalidad en la niñez, las cuales están íntimamente relacionadas con la salud de la madre, prematuridad, bajo peso al nacer y condiciones del entorno.
- El grupo de edad más afectado, fue el menor de un año, lo cual se relaciona con factores de riesgo ligados a la reproducción, permitiéndonos hacer una valoración de lo que está pasando con la atención prenatal, parto y postparto, tanto en la calidad del servicio materno infantil como de la salud de la madre y del entorno. En un menor porcentaje está el grupo postinfantil, que está más relacionado con las condiciones socioeconómicas y ambientales en las cuales conviven.

- La mortalidad infantil y en la niñez, tiene una alta incidencia en aquellos departamentos caracterizados por tener como principal factor, un bajo desarrollo social y económico, bajos niveles de escolaridad y desarrollo humano, índices de pobreza elevados, alto grado de postergación geográfica y población en su mayoría indígena, sobresaliendo en este caso los departamentos de Gracias a Dios, La Paz, Copan y Lempira.

X. RECOMENDACIONES

- La Secretaria de Salud debe evaluar y actualizar el marco normativo vigente, sobre todo aquellas políticas y estrategias encaminadas a profundizar acciones relacionadas con los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, orientadas a disminuir la mortalidad infantil y en la niñez.
- Extender los servicios de atención de la salud reproductiva y atención del menor de cinco años, con énfasis en la infantil, tanto en el área rural como en el área urbano marginal, que permita incrementar el acceso a los servicios de salud y por ende el control prenatal y atención del parto, teniendo como base el desarrollo y fortalecimiento de actitudes y prácticas en educación sexual y reproductiva, así como la atención integral al niño en la comunidad.
- Fortalecer y sensibilizar el subsistema de vigilancia de la mortalidad de la niñez a nivel nacional y departamental, haciendo énfasis en la búsqueda activa, que nos permita hacer intervenciones oportunas, eficaces y eficientes en el uso de recursos físicos, financieros y humanos disponibles, así como en la conducción y gestión del mismo.
- Focalización de la cooperación externa y fondos nacionales encaminados al fortalecimiento de la salud reproductiva y atención del parto, en aquellos departamento más deprimidos, con población dispersa y de mayoría indígena, tales como: Gracias a Dios, L a Paz, Copan, Lempira, Santa Bárbara e Intibucá, donde los indicadores oficiales señalan que prevalecen los índices mas altos de pobreza y altas tasas de mortalidad con respecto al nivel nacional, tal y como se manifiesta en nuestro estudio.
- Implementación de programas sociales encaminados a mejorar los índices de pobreza y educación en los hogares, a fin de garantizar mejores condiciones de salud y bienestar personal y del entorno.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Secretaria de Salud. Anuario Estadístico 2010.Honduras; Secretaria de Salud;2010.
- 2) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud-ENDESA 2005-2006. Honduras: INE; 2005.
- 3) Sistema de las Naciones Unidas. Tercer Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Honduras: ONU; Septiembre, 2010.
- 4) Secretaria de Salud. Plan sub sectorial para la reducción de la mortalidad materna y en menores de 5 años en honduras. Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Salud; agosto, 2007.
- 5) Republica de Honduras. Estrategia de Reducción de la Pobreza. Honduras: República de Honduras; 2001.
- 6) Secretaría de Salud. Política Nacional Materno Infantil. Honduras: Secretaría de Salud; 2005.
- 7) Secretaría de Salud. Política Nacional de Salud 2006-2010.Secretaria de Salud; 2006.
- 8) República de Honduras. Plan de Nación 2010-2030. Honduras: República de Honduras; 2010.
- 9) Secretaria de Salud. Reducción acelerada de la mortalidad materna y de la niñez. Honduras: Secretaria de Salud; abril, 2008.
- 10) Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del Honduras: INE; 1998.
- 11) Sistema de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio, Informe 2008; Nueva York: Sistema de las naciones Unidas; 2008.
- 12) Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). La transición demográfica en Honduras. Tegucigalpa, Honduras: UNFPA; 2006.
- 13) UNICEF-CEPAL-CELADE. Mortalidad en la Niñez, Una base de datos de América Latina desde 1960.Santiago de Chile: CEPAL; mayo 2011.

- 14) Sistema de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Washington, D.C.: OMS; 2007
- 15) OMS/OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.10a. Revisión. Washington, D.C.: OPS, © 1995.
- 16) Bonita R., Beaglehole R., y Kjellström T., Epidemiología básica Segunda edición, Washington, D.C: OPS, © 2008.
- 17) Elizalde Cremonte A. Embarazo gemelar y multiple. UNNE-Argentina: Facultad de ciencias médicas; 2011.
- 18) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia, Supervivencia Infantil. Nueva York: 2008. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/report/report.php>.
- 19) Programa de las Naciones Unidas. Índice de Desarrollo Humano 2009.Honduras; Programa de las Naciones Unidas; 2009
- 20)Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Principios de Epidemiologia, 2nd ed. Atlanta, Georgia, 30333:CDC;1992
- 21) González Guitián C. Referencias bibliográficas estilo de Vancouver 2000.La Coruña, España: Biblioteca Juan Canalejo. Mayo, 2000.

ANEXOS

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

Número de Ficha: _____

Nombre y cargo de quien llena la ficha: _____

I. Datos de la unidad que notifica el caso

1. Unidad notificadora: _____ Código: _____
2. Región departamental: _____ Código: _____
3. Fecha de notificación: ____/____/____ 4. Semana epidemiológica de notificación: _____
5. N° de expediente _____

II. Datos Generales del Niño(a)

1. Nombre completo del niño: _____
2. Identidad: Edad: _____ 4. Peso al nacer: _____ gramos
5. Género: H ☐ M ☐ No determinado ☐ No consignado ☐ 6. Fecha de nacimiento: ____/____/____
7. Nombre de la Madre: _____
8. Nombre del Padre: _____
9. Dirección: Departamento _____ Municipio _____
Aldea/Caserío _____ Barrio/Colonia _____ N° de tel: _____
10. Establecimiento donde nació el niño: Hospital público ☐ Hospital Privado ☐ Clínica Materno Infantil ☐
Hogar ☐ Otro ☐ especifique _____ 11. Fecha de la defunción: ____/____/____

III. Establecimiento donde ocurrió la muerte

1. Establecimiento donde ocurrió la muerte: Hospital público ☐ Hospital Privado ☐ Clínica Materno Infantil ☐ CESAMO ☐
CESAR ☐ Hogar ☐ Otro ☐ Especifique _____
2. Nombre del lugar donde ocurrió la muerte: _____
3. La muerte fue: Institucional ☐ Comunitaria ☐ 4. Semana epidemiológica en que ocurrió la muerte: N°

IV. Clasifique la muerte según la edad

Neonatal Temprana (0-7 días) ☐ Neonatal Tardía (8-28 días) ☐ Pos neonatal (29 días-11 meses) ☐ 1- 4 años ☐

V. Malformación congénita

1. Se identificó alguna malformación congénita: Si ☐ No ☐
2. Especifique el tipo de malformación: _____ Código CIE-10
3. Antecedentes familiares de malformación congénita: Si ☐ No ☐
4. Especifique el tipo de malformación: _____ Código: CIE-10
5. Especifique el parentesco: Padres: ☐ Hermanos: ☐ Tíos: ☐ Primos: ☐ No consignado: ☐

VI. Antecedentes maternos y del nacimiento del niño fallecido

1. Edad de la madre 2. N° embarazos 3. Partos: Vaginal ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐
4. Nacimientos: nacidos vivos ☐ nacidos muertos ☐ causa de la muerte: _____
5. Atención Prenatal del niño fallecido Si ☐ No ☐ no consignado en el expediente ☐
6. Nombre del sitio donde recibió atención prenatal _____
7. Edad gestacional al nacer en semanas 8. Sitio del parto: Institucional ☐ Comunitario ☐
9. Parto: Vaginal ☐ Cesárea ☐
10. Nacimiento: Único ☐ Múltiple ☐ N° de orden _____
11. Al nacer el niño, existían estados patológicos en la madre: Si ☐ No ☐
Cuáles: _____

VII. Causas de la muerte: Según códigos CIE 10

1. Causa de la muerte: _____ Código
- a) _____ Código
- b) _____ Código
- c) _____ Código
- d) _____ Código
2. Otros estados patológicos: _____