

Revista Cubana de Medicina General Integral

versión On-line ISSN 1561-3038

Rev Cubana Med Gen Integr v.11 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1995

Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil, en un área de salud

Marlene Campa Cruz,¹ José Manuel Martínez Camejo,² Alonso V. Russell González³ y Zadys M. Acosta Vidal⁴

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas "Zoilo Marinello" de Las Tunas.
2. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Zoilo Marinello" de Las Tunas.
3. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Zoilo Marinello" de Las Tunas.
4. Instructor de Bioestadística y Computación. Facultad de Ciencias Médicas "Zoilo Marinello" de Las Tunas.

RESUMEN

Se realiza un estudio del tipo de caso-control sobre la mortalidad infantil del área de salud del policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía" del municipio Las Tunas, donde los casos fueron las defunciones en menores de 1 año del área, ocurridas en 1991 y 1992, y los controles fueron una muestra de los nacidos vivos de 1990, 1991 y 1992. Se aplicó una encuesta que incluía distintas variables consideradas como diferenciales y factores de riesgo en la mortalidad infantil. Se expresan como resultados y conclusiones que el grupo de menores de 7 días de nacidos resultó ser el más afectado, pues estuvo muy relacionado con las causas de muerte perinatales. Se encontró una sobremortalidad en el sexo masculino que resultó 1,6 veces superior a la mortalidad en el sexo femenino; los factores biológicos de riesgo como: madre joven, bajo peso al nacer y gestación pretérmino, estuvieron asociados con gran intensidad a la mortalidad infantil; otros factores de riesgo de consideración fueron la no lactancia materna, menor número de asistencia a las consultas, dificultades en las visitas de terreno prenatales, intervalo intergenésico corto, y antecedentes de muertes infantiles y fetales.

Palabras clave: MORTALIDAD INFANTIL; FACTORES DE RIESGO; EDAD MATERNA; RECIEN NACIDO DE BAJO PESO.

INTRODUCCION

En el mundo, en sentido general, se ha observado en los últimos 30 años una notable disminución de la mortalidad infantil,¹ reducción mucho más marcada en los países desarrollados. Desde la década pasada, un grupo de esos países presenta tasas inferiores a 10 por 1 000 nacidos vivos,² y en 1993 se reportan tasas muy bajas como las de Irlanda y Japón con cifras de 5 y 4 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente.³ Cuba alcanzó en el pasado año 1994 una tasa de mortalidad infantil de 9,4 por 1 000 nacidos vivos, cifra sólo comparable con las de los países desarrollados que tienen mejores resultados en este indicador.

En América Latina, esta situación en general es idéntica a la de los países subdesarrollados,⁴ y se reportan en 1993 tasas muy elevadas como las de Haití y Bolivia, con 87 y 80 defunciones de menores de 1 año por 1 000 nacidos vivos, respectivamente.³

Las cifras de esta tasa alcanzadas por Cuba, muestran que la salud pública identifica y prioriza al grupo poblacional de la mujer y el niño con el más alto grado de atención. El Programa de Atención Materno-infantil es un ejemplo de las posibilidades que brinda el aunar todos los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública con el apoyo extrasectorial y la priorización por las autoridades políticas y del Gobierno, para conseguir el objetivo que permitió la reducción de este indicador.⁵

Esto ha conllevado a que el análisis de la evolución histórica de la tasa de mortalidad infantil de Cuba, muestre una tendencia marcadamente descendente.⁶ Este descenso también puede observarse en la tasa de mortalidad infantil de la provincia Las Tunas, aunque éste estuvo matizado por algunas interrupciones hasta 1987,⁷ en que comienza a experimentar reducciones anuales estables, y logra en 1993 una cifra de 9,6 por 1 000 nacidos vivos, la más baja de su historia.

Sin embargo, este descenso no ha sido estable en el último quinquenio, en el área de salud del Policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía", área que, por el tamaño de su población y por tener completa su cobertura de atención a la población con médicos de la familia, tiene mucha importancia en la mortalidad infantil del municipio y de la provincia, por lo que para obtener un mejor conocimiento de esta situación, se procedió a identificar qué factores biológicos, socioambientales, y de atención médica, están desempeñando una función determinante en el comportamiento de la mortalidad infantil en esta área de salud, y así poder actuar con eficiencia sobre esta problemática. Con este fin y con el de contribuir a consolidar los niveles de salud de la madre y del niño, contemplado dentro de los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000,⁵ se realiza este estudio.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio del tipo de caso-control, en el área de salud del Policlínico "Dr. Gustavo Aldereguía", del municipio Las Tunas, con el fin de determinar la influencia de algunos factores biológicos, socioambientales, y de atención médica, sobre la mortalidad infantil del área en 1991 y 1992.

El universo lo constituyeron todas las defunciones ocurridas en menores de 1 año en 1991 y 1992 (grupo de estudio), y los nacidos vivos de 1990, 1991 y 1992 de esa área, de los que se seleccionó una muestra para que integraran el grupo control.

Para la muestra del grupo control, se calculó un tamaño que fuera 1,5 veces mayor al del grupo de estudio, el que resultó de 33 casos por los 22 del grupo de estudio. Para la selección de las unidades de análisis que integraron la muestra, éstas fueron identificadas a partir del registro de nacidos vivos del Departamento de Estadísticas del Policlínico, y se utilizó como método de muestreo el "sistemático". Los casos que integraron ambos grupos fueron identificados en una lista, que se confeccionó con el nombre, la dirección de la madre y el consultorio del médico de la familia a que pertenecía. Con posterioridad, estas madres fueron visitadas por el médico de la familia, para completar el cuestionario mediante una entrevista.

Para determinar la asociación entre 2 variables, se utilizó la prueba de chi-cuadrado, y se utilizó una confiabilidad del 95 %. Para medir el grado de asociación de los distintos factores de riesgo de la mortalidad infantil, se utilizó el estimador del riesgo relativo Odds Ratio (razón de disparidad), calculado por la serie *Análisis del Sistema EPIINFO*.

RESULTADOS

En la tabla 1 se representa la distribución de los casos del grupo de estudio (total de defunciones en menores de 1 año del área de salud en 1991 y 1992) y del grupo control (muestra de los nacidos vivos en 1990, 1991 y 1992), donde se destaca 1991 como el año en que más casos se reportaron para el estudio. Se incluyeron 6 casos en el grupo control, nacidos en 1990; y se buscó comparar ambos grupos, pues algunos de los fallecidos en 1991 pudieron haber nacido durante ese año.

Al analizar la mortalidad ocurrida en el bienio 1991-1992, según sus componentes (tabla 2), se encontró que los menores de 7 días de nacidos presentaron una alta tasa (12,1 defunciones por 1 000 nacidos vivos) y fue el grupo que tuvo casi todo el peso de la mortalidad infantil del área, pues representó el 86,5 %.

Por causas de muerte, las tasas más altas correspondieron a las principales afecciones perinatales con una cifra de 5,1 por 1 000 nacidos vivos, otras afecciones perinatales con 3,2 por 1 000 nacidos vivos y las anomalías congénitas con 2,5 por 1 000 nacidos vivos; estas 3 causas unidas presentaron una tasa de 10,8 por 1 000 nacidos vivos, el 89,3 % de la mortalidad neonatal precoz y el 77,1 % de la mortalidad infantil.

En la distribución de los casos por sexo, se encontró que en ambos grupos predominó el masculino (tabla 3), la tasa de mortalidad infantil para el bienio 1991-1992 de este sexo fue mucho más alta que la del sexo femenino, 17,3 por 10,5, respectivamente, cifra 1,6 veces superior en el sexo masculino. En la composición del grupo control, también predominó el sexo masculino, lo que hace homogénea a la distribución por sexos en ambos grupos, y evita que ésta sea una variable de confusión, lo que se demuestra con la no significación de la prueba chi-cuadrado.

Por grupos de edades maternas, se encontró predominio del grupo de estudio sobre el control en los grupos de edades extremas. En el grupo de los fallecidos, 5 madres (22,7

%) tenían menos de 18 años, contra ninguna en el grupo control; 10 tenían menos de 20 años en el de estudio (45,4 %), por solamente 1 en el control (3,0 %). Además, se encontró en el grupo de estudio una madre con 35 años o más, y ninguna en el grupo control. En cuanto a los no fallecidos, 29 madres (87,9 %), se encontraban entre las edades de 20 y 29 años. Las diferencias significativas encontradas en la prueba estadística aplicada, indican que existió relación de asociación en estas variables (tabla 4).

Con respecto al peso del niño al nacer, se encontraron marcadas diferencias entre ambos grupos, el de estudio presentó 17 casos con peso inferior a los 2 500 g (77,3 %), y en el control no se encontró ningún caso con bajo peso al nacer. Las diferencias entre estas variables, resultaron estadísticamente significativas.

Según el tiempo de gestación en semanas, en el grupo de estudio predominaron las gestaciones pretérmino (de menos de 37 semanas), con 13 casos para el 59,1 %, y no se observó ningún caso con estas características en el grupo control. Las diferencias entre ambos grupos con relación a la edad gestacional, resultaron significativas.

La tabla 5 resume los resultados de algunos de los factores de riesgo ya presentados y de otros de conocida influencia en la mortalidad infantil, y los clasifica en biológicos, socioambientales y de atención médica. Dentro de los biológicos se destacaron como los de mayor riesgo: la madre joven (menos de 18 años), con un riesgo relativo estimado de 9,2, el bajo peso al nacer, con 7,6 y la gestación pretérmino con un riesgo de 4,7 veces mayor. Dentro de los factores considerados como socioambientales, el de mayor grado de asociación lo tuvo la no lactancia materna, 7,6 veces más riesgoso. Otros factores de importancia resultaron: el menor número de consultas prenatales y de visitas de terreno realizadas con un riesgo de 5,9 y 4,3 veces superior respectivamente. El intervalo intergenésico corto, los antecedentes de muertes infantiles, de muertes fetales y la multiparidad, también resultaron factores con un riesgo superior a 2; o sea, que resultó superior al doble, el riesgo de fallecer cuando estaba presente el factor, que cuando estaba ausente.

DISCUSION

El componente mortalidad neonatal temprana, conocido como el de más difícil reducción, representó el 86,5 % de la mortalidad del área, proporción muy superior al 45,1 % que representó en el país en 1992.⁸ Este componente está muy relacionado con las condiciones de vida, y con la atención de la embarazada y del parto, así como con distintos factores de riesgo como la edad materna, el peso al nacer, la duración de las gestaciones y otros factores socioeconómicos que afectan tanto a la madre como al feto, los que hacen que la magnitud de la mortalidad en la primera semana de vida del niño sea determinante dentro de la mortalidad infantil, sobre todo en regiones con bajos niveles de ésta.^{9,10}

La situación presentada con la mortalidad neonatal temprana en esta área, estuvo muy relacionada con las causas de muerte, pues las principales afecciones perinatales, las otras afecciones perinatales y las anomalías congénitas presentaron las tasas más altas, por lo que para la reducción de la alta cifra de este indicador, se hace necesario en el área, extremar los cuidados prenatales, controlar la nutrición de la embarazada, incrementar la educación de la salud y modificar los factores de riesgo prenatales.¹¹

Con respecto a la distribución de la mortalidad por sexo, los resultados coinciden con los de otros autores que plantean la existencia de sobremortalidad del sexo masculino en la mortalidad infantil y fundamentalmente en el componente mortalidad neonatal temprana.¹² Otros estudios han reportado que la mortalidad en el sexo masculino ha sido de hasta 1,5 veces superior que la del sexo femenino, lo que explican, entre otras razones, por el aumento en el último trimestre de embarazo de los niveles de testosterona, lo que hace a éstos más vulnerables a la asfixia y a la membrana hialina.¹³

La distribución de la edad materna no fue homogénea en ambos grupos, las edades que predominaron en el grupo de estudio fueron las menos favorables y las de mayor riesgo para la salud del niño y de la madre, pero no resultó así en el grupo control, en que predominaron las edades de 20 a 29 años, las más recomendadas para la maternidad según muchos autores.^{14,15}

El bajo peso al nacer, que sólo estuvo presente en el grupo de fallecidos, es considerado como uno de los problemas de salud materno-infantil más importante de los países desarrollados y en desarrollo, y se ha señalado como uno de los mejores indicadores para realizar intervenciones neonatales apropiadas.¹⁶ El alto riesgo de fallecer al tener un bajo peso, nos indica que es necesario redoblar los esfuerzos en la identificación temprana de las embarazadas con alto riesgo de tener un recién nacido con bajo peso, así como intervenir también con medidas preventivas sobre la primiparidad temprana, el intervalo intergenésico no adecuado, los antecedentes de recién nacidos con bajo peso y de nacidos muertos, la deficiente nutrición materna (talla, peso habitual y ganancia de peso durante el embarazo) y el hábito de fumar, aspectos que fueron planteados en las conclusiones de la investigación de riesgo materno-infantil.¹⁷

En el mundo, la incidencia de bajo peso al nacer varía desde cifras tan bajas como el 3,6 % en Suecia, hasta el máximo del 40 %, reportado en algunas regiones de la India y Guatemala.¹⁸ Según los objetivos, propósitos y directrices de nuestro Ministerio, el propósito es alcanzar en el año 1995 un índice del 7 % y de 6 % en el 2000.⁵

Al analizar los valores del estimador del riesgo relativo (*Odds Ratio*) de los distintos factores, se destacan los altos valores obtenidos en los factores biológicos; la madre joven, el bajo peso al nacer y la gestación pretérmino, presentaron cifras entre 4,6 y 9,2 veces más riesgo de fallecer cuando estaba presente el factor que cuando estaba ausente. Esta estimación se realizó aisladamente para cada factor, por lo que la combinación de ellos debe haber tenido un gran peso en la mortalidad infantil del área.

Dentro de los factores considerados como socioambientales, el de mayor grado de asociación lo tuvo la no lactancia materna, 7,6 veces más riesgoso. Este factor está considerado por distintos autores como de riesgo, con repercusión en la mortalidad infantil,¹⁹ aunque en este estudio pudiera estar sobreestimado su valor, pues en el grupo de estudio muchos de estos niños fallecieron en sus primeras horas de vida, en salas de cuidados neonatales, donde no tuvieron la posibilidad de lactar.

Otros factores de importancia resultaron los relacionados con la atención médica, como lo fueron: el menor número de consultas prenatales y de visitas de terreno que recibieron los del grupo de los fallecidos, situación que resulta paradójica, pues en este grupo predominaron en sentido general las embarazadas con mayor riesgo obstétrico, que son las que mayor atención deben recibir.

El intervalo intergenésico corto, antecedentes de muertes infantiles, de muertes fetales y de abortos, también resultaron factores de interés, así como la multiparidad, lo que coincide con lo reportado por otros autores.^{9,20,21}.

Se destaca que todos estos factores no pueden verse aisladamente, pues ellos se encuentran relacionados entre sí e influyen en conjunto sobre la problemática de la mortalidad infantil.^{21,22}

CONCLUSIONES

1. El componente mortalidad neonatal temprana tuvo una alta tasa en el bienio, y representó casi toda la mortalidad infantil del área. Estuvo muy relacionado con las afecciones perinatales y las anomalías congénitas, que resultaron las principales causas de muerte.
2. En el bienio estudiado ocurrió una alta sobremortalidad en el sexo masculino, fundamentalmente en el componente mortalidad neonatal temprana; la tasa para el sexo masculino resultó 1,6 veces superior a la del sexo femenino.
3. La combinación de los factores biológicos de riesgo como: madre joven, bajo peso al nacer y gestación pretérmino, pudo haber desempeñado una función determinante en la mortalidad infantil del área, por los altos valores de riesgo encontrados en ellos aisladamente.
4. Dentro de los factores socioambientales de riesgo, la no lactancia materna tuvo el mayor valor de riesgo, situación donde influyeron las defunciones neonatales tempranas, por su imposibilidad de lactar.
5. Factores relacionados con la atención médica como: la menor cantidad de consultas y de visitas de terreno prenatales, tuvieron influencia en los casos fallecidos. Igual situación presentaron el intervalo intergenésico corto y los antecedentes de muertes infantiles y fetales.

© 2013 1999, *Editorial* *Ciencias* *Médicas*
Calle 23 # 654 entre D y E, Vedado
Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba

ecimed@infomed.sld.cu