

Muerte posneonatal en domicilio y accesibilidad a los servicios de salud.

Las Piedras, La Paz, Progreso; 1º/7/96–30/6/98

Dres. Hugo Rodríguez¹, Domingo Mederos², Mario Echenique³,
A.S. Rosario Vilas⁴, Dra. Ana María Ferrari⁵

Resumen

Estudios limitados a Montevideo demuestran una elevada mortalidad domiciliaria en lactantes en el período posneonatal (50%), predominando en barrios caracterizados por las malas condiciones de vida.

Objetivos: Conocer la mortalidad posneonatal domiciliaria en un área con indicadores socioeconómicos más desfavorables que Montevideo. Describir algunas características de la población estudiada, de las circunstancias de la muerte y sus causas. Conocer la accesibilidad de esta población a los servicios de salud.

Material y método: Se estudiaron todos los fallecimientos en el período posneonatal de lactantes residentes en Las Piedras, La Paz y Progreso entre el 1º/7/96 y el 30/6/98. Los datos se obtuvieron de los certificados de defunción, carnés pediátricos, partes policiales, protocolos de autopsia, estudios anatomopatológicos y entrevista social domiciliaria. La causa de muerte registrada en el certificado de defunción se revisó en función de los informes de los estudios anatomopatológicos y los antecedentes pediátricos recabados.

Resultados: De las 37 muertes posneonatales registradas, 27 (FR=0,73) fueron domiciliarias. Estos lactantes (n=27) tenían una edad promedio de 4 meses, buen peso al nacer (n=22), eran eutróficos (n=20) y sin enfermedades conocidas (n=22). Casi todas las muertes fueron de causa natural (n=24): infección respiratoria aguda (n=16), compatible con síndrome de muerte súbita del lactante (n=6) y enfermedad diarreica aguda (n=2). En todos los casos existía un centro de salud geográficamente accesible. La mayoría (n=21) no consultó en la semana previa a la muerte.

Conclusiones: Se confirmó una elevada incidencia de mortalidad posneonatal domiciliaria y su relación con las malas condiciones de vida. La accesibilidad geográfica a los servicios de salud no parece vinculada con estas muertes sin asistencia. En las estrategias de abatimiento de la tasa de mortalidad infantil debe jerarquizarse la muerte domiciliaria. La educación de la población sobre los signos de peligro y la necesidad de la consulta inmediata ante su aparición deben integrar estas estrategias.

Palabras clave: Mortalidad infantil
Mortalidad posneonatal
Muerte súbita infantil
Causa de muerte
Accesibilidad a los servicios de salud

1. Médico legista, Médico forense del Poder Judicial. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

2. Médico legista. Médico autopsista de la Morgue Judicial de Montevideo. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

3. Médico anatomopatólogo del Instituto Técnico Forense del Poder Judicial. Profesor Adjunto del Departamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

4. Asistente social. Inspectora Asistente Social del Poder Judicial.

5. Profesora titular de Clínica Pediátrica "A" de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez. Palermo 5513 CP 11400 Montevideo—Uruguay. E-mail: hrodrigu@mednet.org.uy

Presentado: 3/9/99

Aceptado: 28/10/99

Tabla 1. Hogares particulares. Disponibilidad de alguna fuente de energía.

	Total	Ninguna fuente energía
Montevideo	425.280	71.006
	100%	16,69%
Las Piedras	18.947	4.527
	100%	23,89%
La Paz	5.731	1.229
	100%	21,44%
Progreso	4.055	917
	100%	22,61%
Total de la zona estudiada	28.733	6.673
	100%	23,22%

Fuente: VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas. 22 de mayo de 1996. Instituto Nacional de Estadística. República Oriental del Uruguay.

Introducción

Los primeros estudios nacionales sobre muerte de lactantes en domicilio se limitan al departamento de Montevideo y muestran una elevada incidencia en el período posneonatal ^(1,2). En el año 1996 estas muertes domiciliarias fueron 50% del total en el grupo etario y predominaron ampliamente en los barrios con malas condiciones de vida ⁽²⁾.

Un estudio realizado en 1993 y 1994 en un área de Buenos Aires (Argentina) con alto porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas mostró que

56,9% de las muertes de menores de 5 años ocurrió en domicilio y que 92,6% de esa población tenía acceso a algún servicio de salud ⁽³⁾.

La auditoría realizada entre 1989 y 1993 en el Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago de Chile mostró que 53,7% de las muertes por neumonía en menores de 1 año ocurrió en domicilio; señaló que existe sobrediagnóstico de “muerte accidental por aspiración” y subdiagnóstico de neumonía y síndrome de muerte súbita del lactante; indicó que los hallazgos histopatológicos son de difícil interpretación ya que los informes del estudio histopatológico de pulmón por parte de cuatro experientes anatomopatólogos mostró importantes discordancias ⁽⁴⁾.

Un estudio cubano de muerte inesperada de lactantes entre 1989 y 1991 concluyó con la recomendación de no sobrevalorar los hallazgos anatomopatológicos en la codificación de las causas de muerte ⁽⁵⁾.

Se ha subrayado la importancia de la encuesta domiciliaria (“autopsia verbal”) como contribución al correcto diagnóstico de la causa de muerte ^(3,4,6).

Con el propósito de contribuir al conocimiento de la mortalidad infantil domiciliaria en el período posneonatal, el presente trabajo estudia el fenómeno en una zona del departamento de Canelones (La Paz, Las Piedras, Progreso y áreas de influencia). Se eligió el período posneonatal por concentrar la mayor parte de las muertes infantiles domiciliarias ^(1,2) y tener importancia crítica en las estrategias de abatimiento de la mortalidad infantil ^(1,2,7-9). Se seleccionó una zona con indicadores socioeconómicos más desfavorables que Montevideo, según el último Censo de Población, Hogares y Viviendas de 1996 (tablas 1, 2, 3 y 4), y donde la proximidad geográfica hiciera posible la recolección de datos.

Tabla 2. Hogares particulares. Disponibilidad de servicio higiénico y tipo de desagüe.

	Red	Pozo negro	Otro	Sin servicio
Montevideo (425.280)	319.151	91.766	1.792	12.571
	75,04%	21,57%	0,42%	2,95%
Las Piedras (18.947)	3.324	14.535	120	968
	5,70%	76,71%	0,63%	5,10%
La Paz (5.731)	1.835	3.684	33	179
	32,01%	64,28%	0,57%	3,12%
Progreso (4.055)	3.075	449	368	26
	1,84	91,36%	0,86%	5,91%
Total de la zona estudiada (28.733)	5.234	21.924	188	1387
	18,21%	76,30%	0,65%	4,82%

Fuente: VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas. 22 de mayo de 1996. Instituto Nacional de Estadística. República Oriental del Uruguay.

Tabla 3. Viviendas particulares ocupadas con moradores presentes. Sistema de abastecimiento del agua

	<i>Interior vivienda</i>	<i>Exterior vivienda</i>	<i>No tiene cañería</i>	<i>Sin datos</i>
Montevideo	377.799	23.073	5.369	3.269
(408.510)	92,48%	5,64%	1,31%	0,80%
Las Piedras	15.909	2.001	991	118
(18.200)	82,91%	10,99%	5,44%	0,64%
La Paz	4.919	482	155	20
(5.576)	82,21%	8,64%	2,77%	0,35%
Progreso	3.075	449	368	26
(3.918)	78,48%	11,45%	9,39%	0,66%
Total de la zona estudiada	23.084	2.932	1.514	164
(27.694)	83,35%	10,58%	5,46%	0,59%

Fuente: VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas. 22 de mayo de 1996. Instituto Nacional de Estadística. República Oriental del Uruguay.

Objetivos

1. Conocer la mortalidad posneonatal domiciliaria en un área con indicadores socioeconómicos más desfavorables que los que presenta el departamento de Montevideo.
2. Describir algunas características de la población estudiada, de las circunstancias de la muerte y sus causas.
3. Conocer la accesibilidad de la población estudiada a los servicios de salud.

Material y método

Se revisaron los certificados de defunción de lactantes residentes en Las Piedras, La Paz y Progreso que falle-

cieron en el período posneonatal (mayores de 28 días y menores de 1 año) entre el 1º/7/96 y 30/6/98, según los registros de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública.

Se seleccionaron los casos de muerte domiciliaria (cuando un médico constató la muerte en el domicilio o cuando el lactante fue llevado a un servicio de salud) de acuerdo con el certificado médico transcrito en el parte policial de la defunción.

La información correspondiente a edad, sexo, peso al nacimiento, estado nutricional, antecedentes patológicos y causa a que se atribuyó la muerte se obtuvo de la revisión de certificados de defunción, carnés de control pe-

Tabla 4. Viviendas particulares ocupadas con moradores presentes. Origen del agua utilizada para beber y cocinar

	<i>Red general</i>	<i>Pozo</i>	<i>Aljibe</i>	<i>Otro</i>	<i>S/esp</i>
Montevideo	400.035	3.983	836	1.387	2.269
(408.510)	97,92%	0,97%	0,20%	0,33%	0,55%
Las Piedras	17.326	389	87	280	118
(18.200)	95,17%	2,13%	0,47%	1,53%	0,64%
La Paz	5.432	61	14	49	20
(5.576)	97,41%	1,09%	0,25%	0,87%	0,35%
Progreso	3.557	208	37	90	26
(3.918)	90,78%	5,3%	0,94%	2,29%	0,66%
Total de la zona estudiada	26.315	658	138	419	164
(27.694)	96,33%	2,37%	0,49%	1,51%	0,59%

Fuente: VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas. 22 de mayo de 1996. Instituto Nacional de Estadística. República Oriental del Uruguay.
S/esp: sin especificar.

diátricos, protocolos de autopsia médico-forense y estudios anatomopatológicos del Instituto Técnico Forense del Poder Judicial.

Se realizó una encuesta social domiciliaria para investigar la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, la existencia de consulta y la presencia de signos de enfermedad en los siete días previos a la muerte, según la percepción materna.

La causa de muerte establecida en el certificado de defunción se revisó a partir de la información aportada por el informe anatomopatológico y el relevo de los antecedentes obtenidos por el estudio del carné de control pediátrico y encuesta social domiciliaria.

Resultados

De las 37 muertes posneonatales registradas en el área y lapso estudiados, 27 (FR=0,73) ocurrieron en el domicilio.

Hubo un predominio de niñas (n=15; FR=0,55) sobre varones (n=12; FR=0,44).

La edad promedio fue de 4 meses (rango: de 3 meses y 10 días a 10 meses y 15 días) (figura 1).

La distribución estacional fue la siguiente: otoño (n=9), verano (n=7), primavera (n=6), invierno (n=5) (figura 2).

Se obtuvo el peso al nacer de 26 niños: en 22 (FR=0,81) fue igual o mayor de 2.500 gramos, en 3 (FR=0,11) menor de 2.500 gramos y mayor de 1.500, y en 1 (FR=0,04) de 1.500 gramos o menos (figura 3).

Se logró establecer el estado nutricional al momento

de la muerte en 26 niños: 20 (FR=0,74) eran eutróficos y 6 (FR=0,23) presentaban historia y aspecto de desnutrición.

En 22 casos (FR=0,81) no se encontraron antecedentes patológicos conocidos (se exceptúan la desnutrición y la enfermedad perinatal resuelta). Las afecciones conocidas fueron: apneas, historia de episodios de cianosis de causa no aclarada, lues connatal, mielomeningocele con hidrocefalia y síndrome de Pierre-Robin con palatosquisis (tabla 5). El estudio anatomopatológico permitió el diagnóstico post mortem de una cardiopatía congénita (comunicación interventricular y comunicación interauricular).

Casi todas las muertes fueron de causa natural (n=24; FR=0,88). Los diagnósticos primarios registrados en los certificados de defunción atribuyeron las muertes a las siguientes causas: infección respiratoria aguda (n=11), compatible con síndrome de muerte súbita del lactante (n=9), enfermedad diarreica aguda (n=2), aspiración de alimento (n=1), indeterminada n= (1) (figura 4).

Los resultados de los estudios anatomopatológicos indicados por el médico forense y los antecedentes registrados en los carnés de control pediátrico y los aportados por las madres en las entrevistas domiciliarias, obtenidos a posteriori de la certificación del médico forense, permitieron corregir los diagnósticos de causa de muerte de la siguiente manera: infección respiratoria aguda (n=16), compatible con síndrome de muerte súbita del lactante (n=6), enfermedad diarreica aguda (n=2) (figura 3). Los fundamentos del cambio de diagnóstico se resumen en la tabla 6.

Respecto a las muertes violentas (n=3; FR=0,11), co-

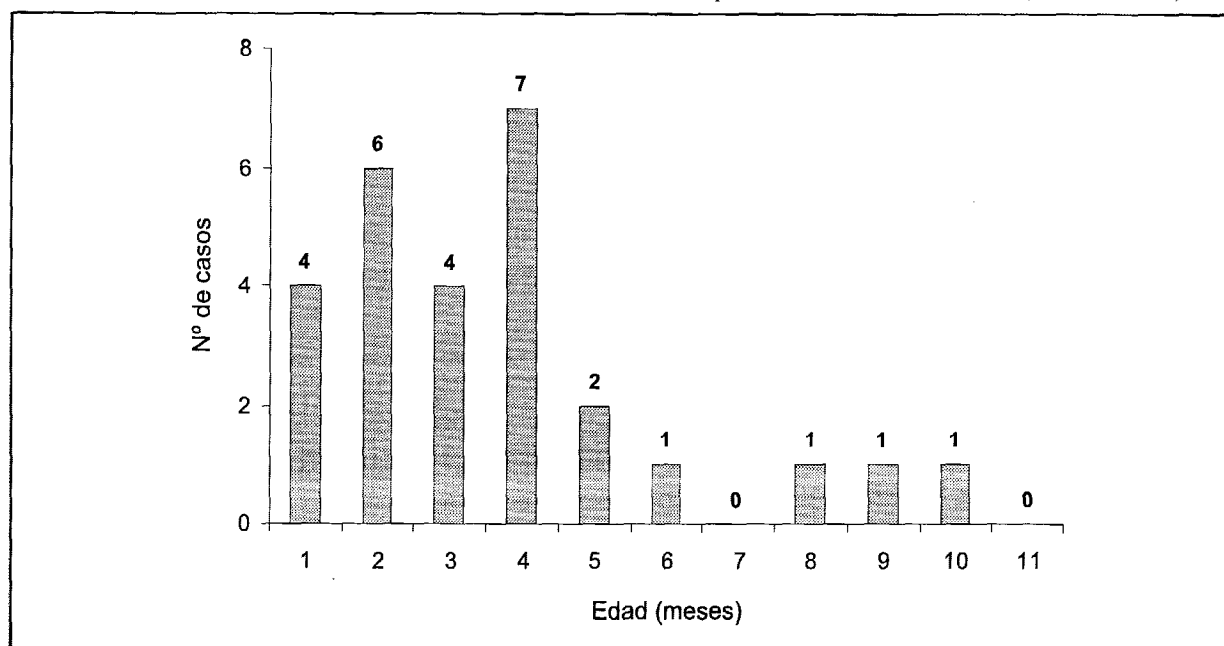


Figura 1. Distribución según edad (n=27). Media: 4 meses

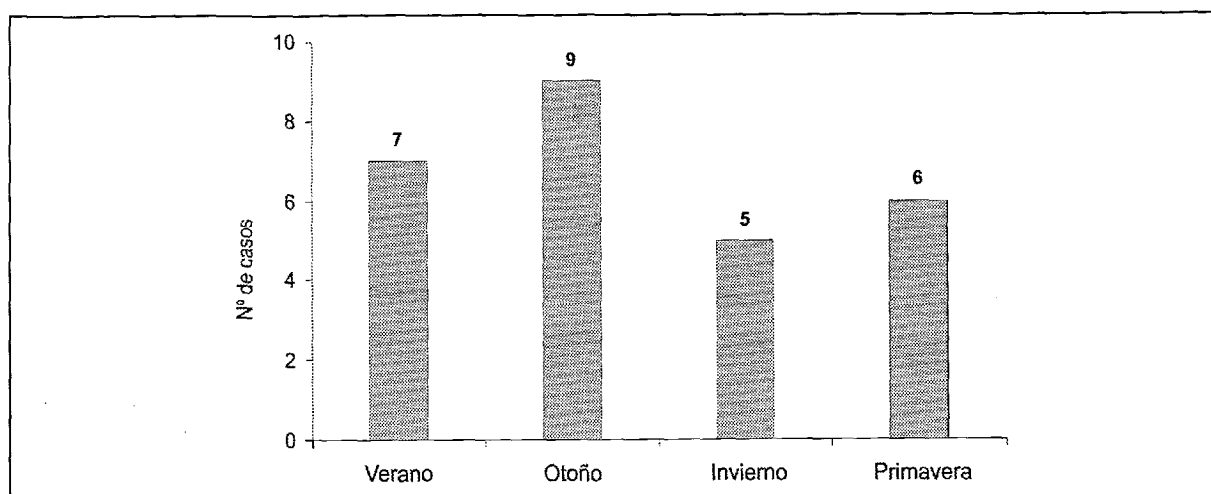


Figura 2. Distribución por estación (n=27)

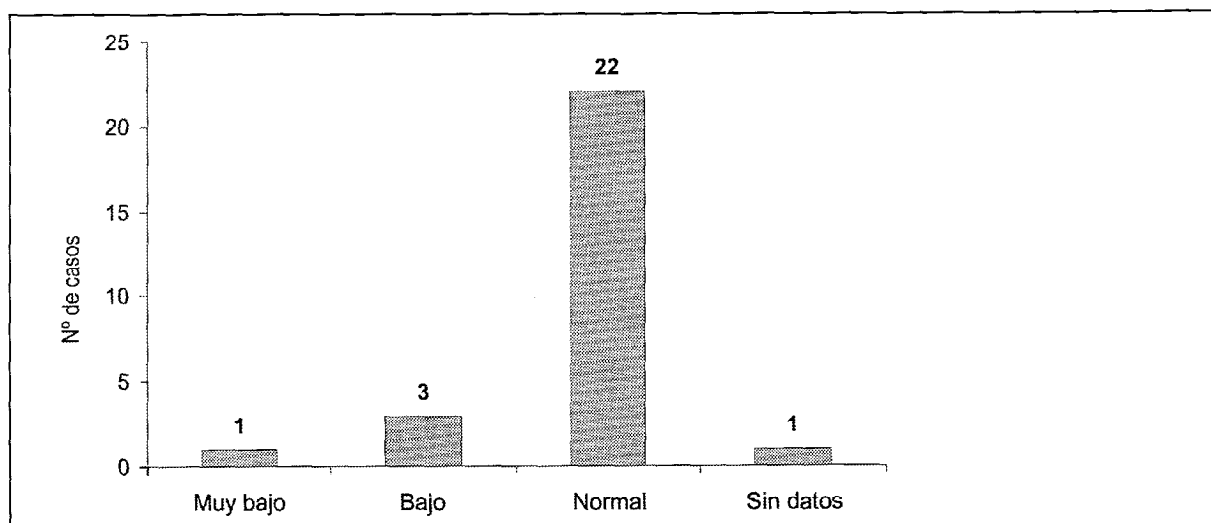


Figura 3. Peso al nacer

respondieron a carbonización en un incendio accidental, traumatismo craneoencefálico y rotura traumática de hígado. En los dos últimos casos la violencia fue un hallazgo autopsico inesperado y no pudo ser aclarado si fue de causa intencional o accidental.

En la mayoría de los casos (n=21; FR=0,78) no se consultó médico en los siete días previos a la muerte. En la tabla 7 se resumen las seis consultas realizadas (FR=0,22), detallando el momento, el motivo y el resultado, según lo expresado por las madres en las entrevistas.

En todos los casos existían servicios de salud (públicos y privados, de policlínica y de urgencia y emergencia) geográficamente próximos y accesibles. En los 21 casos en que no se produjo consulta en los siete días previos a la muerte había al menos un servicio de salud accesible a una distancia menor de diez cuadras.

Discusión

Se confirmó una alta proporción de muertes domiciliarias en el total de las muertes infantiles de niños mayores de 28 días y menores de 1 año (FR=0,73). La cifra supera la encontrada en otros estudios latinoamericanos ^(3,4). Esto podría explicarse porque se estudiaron distintas franjas de edad (el trabajo argentino consideró la población de menores de 5 años y el trabajo chileno incluyó las muertes neonatales), siendo la mortalidad domiciliaria predominante en el período posneonatal ⁽¹⁾. Las diferencias con los resultados encontrados en Montevideo (FR=0,50) ⁽²⁾, apoyan la hipótesis de una relación entre mortalidad domiciliaria en el período posneonatal y malas condiciones de vida ^(2,4), ya que los datos censales muestran que la zona elegida presenta indicadores socioeconómicos más desfavorables.

La leve supremacía de las niñas contrasta con lo halla-

Tabla 5. Niños con enfermedades conocidas (se excluye desnutrición y enfermedad perinatal resuelta)

Nº caso	Sexo	Edad	Patología	Estado Nutricional	Causa de muerte
07	M	1m15d	Historia de cianosis	Eu	IRA baja
12	M	1m17d	Historia de apneas	Eu	TEC
17	M	4m10d	Lúes connatal	DC	IRA baja
18	F	10m15d	Mielomeningocele-hidrocefalia	Eu	IRA baja
26	F	4m19d	Palatosquisis. Pierre-Robin	DC	IRA baja

Eu: eutrófico; DC: desnutrición crónica; M: masculino; F: femenino; m: meses; d: días; TEC: Traumatismo encéfalo craneano; IRA: infección respiratoria aguda.

Tabla 6. Causa de muerte. Discordancias en los diagnósticos inicial y final

Nº caso	Sexo	Edad	Diagnóstico inicial	Antecedentes	Histopatología	Diagnóstico final
04	F	1m10d	SMSL	Radigrafía de tórax seis días antes	NI severa	IRA
07	M	1m15d	Indeterminada	Historia de cianosis	NI	IRA
13	F	3m21d	Asp. alimento	Desnutrición	BN	IRA
24	M	2m10d	SMSL	Cursaba IRA alta	BN severa	IRA
33	F	3m19d	SMSL	sin antecedentes a destacar	NI severa	IRA

Diagnóstico inicial de muerte establecida por el médico forense en el certificado de defunción; Diagnóstico (G (con el relevamiento de los antecedentes y el estudio anatomopatológico; ST emuersticial; BN: bronconeumonía; IRA: infección respiratoria aguda; SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante; F: femenino; M: masculino; m: meses; d: días; Asp: aspiración de.

do en estudios anteriores de muerte domiciliar e inespe-
rada, así como con el perfil de sexo que presenta la mor-
bilidad y mortalidad general de los lactantes en Uruguay,
en Latinoamérica y aun en países desarrollados, donde
hay un invariable predominio masculino ^(1,2,4,6,10-15).

El promedio de edad encontrado (4 meses) está dentro
de lo esperado según los estudios anteriores ⁽¹⁻⁶⁾.

En contraste con estudios anteriores ^(2,4,10,12,16) no se
encontraron variaciones estacionales ni un importante
componente de bajo peso al nacimiento y bajo peso para
la edad ^(2,6).

La falta de antecedentes patológicos en la mayoría de
los niños coincide con lo descrito en la literatura ^(2,3) y
contrasta con descripciones nacionales de muertes ocu-
rridas en niños hospitalizados en las que predominan los
pacientes desnutridos o con enfermedades crónicas ^(17,18).

Se ha señalado que el diagnóstico de causa de muerte
realizado por un médico forense en lactantes fallecidos
por muerte natural no presenta gran confiabilidad siendo
sumamente dependiente del técnico actuante ^(2,6,19) y que
la actuación aislada de un anatómo-patólogo también
puede dar lugar a variaciones importantes en estos diag-

nósticos ^(4,20). Sin perjuicio de ello, estos resultados con-
firman que el estudio morfológico post mortem puede re-
velar la existencia de afecciones que no fueron detectadas
clínicamente; y también que la autopsia médico legal pre-
senta adecuada sensibilidad para detectar violencias que
habían pasado desapercibidas al examen externo ^(2,21). El
análisis global de los hallazgos morfológicos macroscó-
picos y microscópicos, junto con los antecedentes de
cada caso obtenidos por autopsia verbal y revisión de re-
gistros médicos, puede contribuir a disminuir el margen
de error en la asignación de las causas de muerte.

La disminución del grupo de síndrome de muerte súbi-
ta del lactante a favor del grupo de infección respiratoria
aguda, cuando se suman elementos de juicio, es un resul-
tado natural ya que el primero es un diagnóstico de exclu-
sión ^(2,22,23).

La preponderancia de las muertes por infección respira-
toria aguda resulta esperada para la situación epidemiológi-
ca de Uruguay y otros países latinoamericanos ^(2-4,6-8,13,19).

Llama la atención la existencia de dos casos de muerte
domiciliar por enfermedad diarreica aguda.

Debe destacarse la presencia de tres muertes violentas

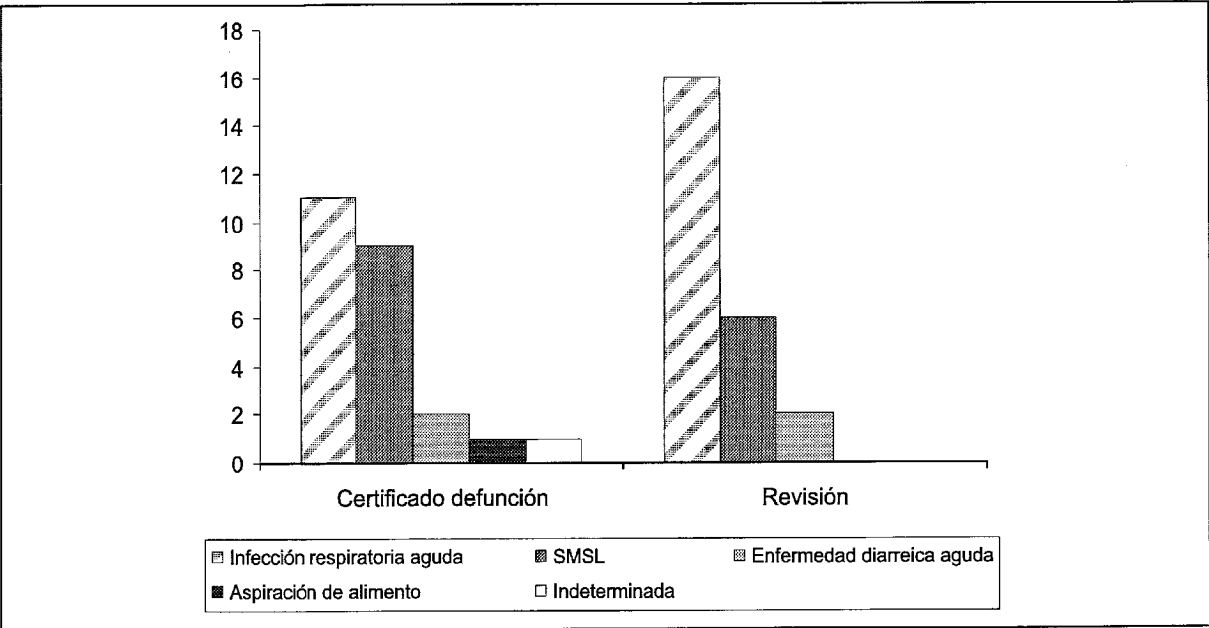


Figura 4. Causas de muerte (exceptuadas las muertes violentas). N=24
SML: síndrome de muerte súbita del lactante

Tabla 7. Niños que consultaron en los siete días previos a la muerte. Motivos y resultados según las madres

Nº caso	Sexo	Edad	Motivo de consulta	Resultado	Causa de muerte
04	F	1m10d	Control (6 días antes de la muerte)	Radiografía de tórax (se desconoce el motivo)	IRA baja
12	M	1m17d	Apneas	Internación (alta dos días antes de la muerte)	TEC
17	M	4m10d	Fatiga y rechazo del alimento (el día de la muerte)	Derivado a hospital, trat. ingalt. y alta a los 30 min.	IRA baja
26	M	4m19d	Fiebre y vómitos (el día previo a la muerte)	Consulta con ORL	Neumonía bilateral
30	F	4m	Fiebre y vómitos (el día previo a la muerte)	Se interpretó como erupción dentaria	SMSL

y que en dos de ellas, el examen externo no lo hacía sospechar. Como ya fue señalado, la autopsia médico legal tiene una razonable sensibilidad para descartar muertes violentas, si bien es insuficiente para establecer con certeza las causas de muerte natural (1,2,19,21).

Teniendo en cuenta que la principal causa de muerte fue la infección respiratoria aguda, llama la atención que tan pocos niños (n=6; FR=0,22) concurrieran a consultar médico en los días previos a la muerte, a diferencia de lo descrito por otros autores (3,4).

Resulta igualmente llamativo que la consulta médica, en los pocos casos en que se produjo, no haya sido eficaz para evitar la muerte (3).

La comprobación de que existía buena accesibilidad geográfica a servicios de salud públicos y privados, de

policlínica y de urgencia, coincide con lo hallado por otros estudios latinoamericanos, jerarquiza el concepto de “accesibilidad cultural” y plantea la necesidad de detectar la existencia de otro tipo de obstáculo a la consulta médica (3,19,24).

Conclusiones

Se confirmó una elevada incidencia de mortalidad posneonatal domiciliaria en la zona estudiada, su relación con las malas condiciones de vida de la población y la infección respiratoria aguda baja como principal causa de estos fallecimientos.

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud no parece vinculada con estas muertes.

Se debería jerarquizar la muerte domiciliaria en las estrategias de abatimiento de la tasa de mortalidad infantil.

La educación de la población sobre los signos de peligro y la necesidad de la consulta inmediata ante su aparición, y el desarrollo de programas de prevención y diagnóstico oportuno deben integrar esas estrategias.

Agradecimiento

Al señor Orual Andino (director general del Instituto Nacional de Estadística) y a la señora Iris Maresca (directora de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública) por habernos posibilitado el acceso a las fuentes de datos.

Summary

Background. Studies limited to Montevideo (Uruguay) have shown high rates of mortality at home among infants during postneonatal life (50%) particularly in neighborhood of poor life conditions.

Objectives. To determine postneonatal mortality at home in areas with socioeconomic indices worse than those recorded in Montevideo. To describe the population in question, and circumstances and causes of deaths. To establish health services access among this population.

Material and methods. All infant deaths occurred between 1/7/96 and 30/6/98 in Las Piedras, La Paz and Progreso were studied. Data were available from death certificates, pediatric files, police records, autopsy reports, anatomopathological studies, and domiciliary interviews. Causes of deaths recorded on death certificates were reviewed considering anatomopathological reports as well as pediatric clinical histories found.

Results. We registered 37 postneonatal deaths of whose 27 were at home (FR = 0.73). Infants aged four months (average) at death, with appropriate weight at birth (n = 22), eutrophic (n = 20), and disease-free (n = 22). Almost all deaths were due to natural causes (n = 24): acute respiratory infection (n = 16), compatible with sudden infant death syndrome (n = 6), and acute diarrhea disease (n = 2). Although there were health centers available within surrounding areas in all cases, most patients (n = 21) were not seen by practitioners the previous week.

Conclusions. High incidence of postneonatal mortality at home was associated with bad life conditions. Health centers locations did not appear to be related to deaths. Strategies to lowering infant mortality rates should emphasize role of deaths at home, and should include training on signs of hazards to population and highlight the importance of reporting them as soon as they appear.

Résumé

Des études restreintes à Montevideo, révèlent une haute

mortalité de nourrissons à domicile, pendant la période post-néonatale (50%), surtout dans des quartiers marginaux.

Objectifs. Connaître la mortalité postnéonatale à domicile dans une aire à indicateurs socioéconomiques plus défavorables qu'à Montevideo. Décrire certaines caractéristiques de la population étudiée, des circonstances de la mort et de ses causes. Connaître l'accès de cette population aux services de santé.

Moyens et Méthode. On a étudié tous les décès pendant la période postnéonatale de nouveau-nés de Las Piedras, La Paz et Progreso du 1er/7/96 au 30/6/98. Les renseignements ont été tirés des certificats de décès, des carnets pédiatriques, dépositions de police, protocoles d'autopsie, études anatomopathologiques et des entrevues sociales à domicile. La cause de mort marquée au certificat de décès a été révisée en fonction des données des études anatomopathologiques et des antécédents pédiatriques relevés.

Résultats. Des 37 morts postnéonatales relevées, 27 (FR=0.73) ont eu lieu au domicile. Ces nourrissons (n=27) avaient un âge moyen de 4 mois, un bon poids à la naissance (n=22), ils étaient eutrophiques (n=20) et sans maladies connues (n=22). Presque tous les décès ont eu des causes naturelles (n=24): infection respiratoire aiguë (n=16), compatible avec le syndrome de mort subite du nouveau-né (n=6) et diarrhée aiguë (n=2). Dans tous les cas, il y avait un centre de santé accessible. La plupart (n=21) n'a pas consulté la semaine avant la mort.

Conclusions. On a confirmé un taux élevé de mortalité postnéonatale à domicile et sa relation avec un moyen de vie défavorisé. L'accessibilité géographique des services de santé ne semble pas avoir une relation avec ces morts sans assistance. Parmi les stratégies pour abattre le taux de mortalité infantile, on doit hiérarchiser la mort à domicile. L'éducation de la population sur les signes de danger et la nécessité de consultation immédiate face à leur apparition doivent être parmi ces stratégies.

Bibliografía

1. Mederos D, Rodríguez H, Díaz JL, Ferrari A. Peritajes judiciales en menores de un año. Rev Med Uruguay 1998; 14 (1):28-33.
2. Rodríguez H, Mederos D, Díaz JL, Ferrari A. Muerte en domicilio en el período posneonatal. Montevideo, 1996. Rev Med Uruguay 1998; 14 (2):147-53.
3. Barbato A, Porta G, Falcone R, Cuello B, Ávalos C, Logarzo D. Muertes en domicilio por infección respiratoria aguda en el partido de La Matanza, Buenos Aires, Argentina. In: Benguigui Y, Valenzuela C: Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe, OPS-OMS-AIEPI, 1998:231-9.
4. Silva L, Girardi G, Lezama V, Abara S, Benveniste S,

- Croxatto H, et al.** Mortalidad infantil inesperada en domicilio. Revisión de antecedentes clínicos y anatómo-patológicos en Santiago de Chile. In: Benguigui Y, Valenzuela C (Ed.): Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (ira) en niños en América Latina y el Caribe, Buenos Aires: OPS-OMS-AIEPI, 1998:241-61.
5. **Rodes S.** Muerte inesperada del lactante. Congreso Uruguayo de Pediatría, 21, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Montevideo: 1997.
6. **Vejar L, Navarrete P, Lecerf P.** Prevenir muertes por neumonía en los domicilios. Educación a las madres. Qué signos enseñar. In: Benguigui Y, Valenzuela C (Ed.): Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe. Buenos Aires: OPS-OMS-AIEPI, 1998: 273-6.
7. **Veronelli JC, Nowinski A, Haretche A, Roitman B.** La salud de los uruguayos. Montevideo: OPS, 1994: 152.
8. **Abella M.** Causas de la mortalidad infantil del Uruguay. Atención Primaria de la Salud, MSP-UNICEF-GTZ, 1993; (19): 29.
9. **Ramón Guerra AU.** Mortalidad infantil. Migraciones internas. Patología comparada. Arch Pediatr Uruguay 1985; 56 (4): 167-72.
10. **Nelson EA.** Sudden Infant Death Syndrome and Child Care Practices. Department of Paediatrics Hong Kong. The Chinese University of Hong Kong, 1996: 274.
11. **Golding J.** What else do SIDS risk prediction scores predict? Early Human Develop 1985; 12: 247-60.
12. **Abramson H.** Accidental mechanical suffocation in infants. J Pediatr 1944; 25:369-85.
13. **Ferrari A, Picon T, Magnifico G, Mascaro M.** Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica "A", 1991-1995. Rev Med Uruguay 1997; 13; (2): 77-92.
14. **Kozak LJ, Norton C, McManus M, McCarthy.** Hospital use patterns for children in the United States, 1983 and 1984. Pediatrics 1987; 80: 481-90.
15. **Kaempffer AM, Medina E.** Morbilidad y atención médica infantil en el Gran Santiago. Rev Chil Pediatr 1980; 51: 355-69.
16. **Kraus AS, Steele R, Langwoeth JT.** Death in Infancy. Part II: Findings regarding season, clustering of deaths on specific days, and weather. Can J Public Health 1967, 58: 364-71.
17. **Guevara R, López O, Mohr B, Nin M, Gentile I, Martínez G, et al.** Características de la población internada en una Clínica pediátrica. Hospital Pereira Rossell. Primer semestre de 1986. Arch Pediatr Uruguay 1988; 60 (2): 113-8.
18. **Tourreilles A, Rodríguez E.** Hospitalización pediátrica: análisis de las muertes ocurridas en un año. Inédito. Presentado al Congreso Uruguayo de Pediatría, 22, Montevideo: Sociedad Uruguaya de Pediatría, 1999.
19. **De Leonardis D, Sehabiague G, Imbriaco H.** Causa de muerte en niños ingresados sin vida al Hospital Pediátrico. Arch Pediatr Uruguay 1995; 66 (1): 5-10.
20. **Reiman W, Prokop O.** Vademecum de Medicina Legal. La Habana: Científico Técnica, 1987: 82-94.
21. **Rodríguez H, Echenique M, Charles L.** ¿Muerte súbita del lactante o muerte violenta?: a propósito de dos casos. Rev Esp Med Leg 1998; 22 (84-85): 31-5.
22. **Beckwith JB.** Discussion of terminology and definition of the sudden infant death syndrome. In: Sudden Infant Death Syndrome: Proceedings of the Second International Conference on Causes of Sudden Death in Infants. Seattle: University of Washington, 1970.
23. **Willinger M, James LS, Catz C.** Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. Pediatr Pathol 1991; 11: 677-84.
24. **Toro J, Astroza L.** Conocimientos, creencias y prácticas sobre infecciones respiratorias agudas de las madres de un área del Occidente de Santiago de Chile. In: Benguigui Y, Valenzuela C (Ed.): Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe, Buenos Aires: OPS-OMS-AIEPI, 1998: 273-6.