

Muerte en domicilio en el período posneonatal Montevideo, 1996

Dres. Hugo Rodríguez¹, Domingo Mederos²,
José Luis Díaz Rossello³, Ana María Ferrari⁴

Resumen

Un estudio reciente jerarquizó el fenómeno de la muerte de lactantes en domicilio. La misma predominó en el período posneonatal, considerado crítico en las estrategias de abatimiento de la mortalidad infantil.

Objetivos: *conocer cuántos lactantes murieron en domicilio en 1996 en Montevideo. Describir algunas características de la población y el ambiente. Conocer a qué causa se atribuyó la muerte y los procedimientos diagnósticos usados.*

Material y método: *se revisaron certificados de defunción, partes policiales y protocolos de autopsia de los residentes en Montevideo de 29 días a un año de edad, fallecidos en domicilio en 1996.*

Resultados: *en 1996 hubo 91 muertes infantiles posneonatales en domicilio en Montevideo, representando 49,7% de las 183 muertes registradas en ese grupo etario en el Departamento en el período. Predominaron los varones (n=61); la edad media fue tres meses y 26 días. Se obtuvo el peso al nacer de 49 niños; 12 fueron bajos y tres muy bajos. Exceptuada la desnutrición, sólo ocho cursaban enfermedad conocida. Se pudo establecer la relación peso/edad en 70 niños, que en 23 casos resultó igual o inferior al percentil 3. Se obtuvo la edad materna en 69 casos, siendo en 14 igual o inferior a 18 años. La mitad de las muertes (n=46) ocurrió en la jurisdicción de cuatro de las 24 comisarías de Montevideo. Su distribución estacional fue de 30 en invierno, 23 en otoño, 21 en primavera y 17 en verano. Sólo dos muertes fueron violentas. De las 89 muertes naturales, 32 se atribuyeron a infección respiratoria, 27 a inhalación de alimento y 17 a síndrome de muerte súbita del lactante. La causa de muerte la determinó un médico forense en 86 casos. A 84 cadáveres se les realizó autopsia judicial macroscópica.*

Conclusiones: *en 1996 la mitad de las muertes posneonatales de Montevideo ocurrieron en domicilio y se concentraron en cuatro seccionales policiales de áreas caracterizadas por las malas condiciones de vida. El perfil de la población corresponde predominantemente a varones, sin antecedentes patológicos conocidos pero con alto porcentaje de bajo peso para la edad y el sexo y bajo peso al nacer. Casi todas las muertes fueron naturales y sus causas establecidas por autopsia judicial. Resulta imprescindible profundizar en el estudio de este problema para implementar políticas de salud que contribuyan a la disminución de la mortalidad infantil.*

Palabras clave: *Mortalidad infantil
Muerte súbita - lactante
Autopsia
Mortalidad posneonatal*

1. Médico legista. Asistente del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Médico Forense del Poder Judicial.

2. Médico legista, Asistente del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. Médico Autopsista de la Morgue Judicial.

3. Pediatra. Investigador del Centro Latinoamericano de Perinatología.

4. Profesora titular de Clínica Pediátrica.

Clínica Pediátrica "A". Facultad de Medicina. Universidad de la Re-

pública Oriental del Uruguay.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez. Palermo 5513. CP 11400. Montevideo-Uruguay.

E-mail: hrodrigu@chasque.apc.org

Recibido: 6/11/1997.

Aceptado: 23/1/1998.

Introducción

Los datos oficiales indican que en 1996 fallecieron en Uruguay 1.033 niños menores de un año (tasa de mortalidad infantil = 17,5/1.000 nacidos vivos). De ellos, 465 murieron en el período posneonatal (7,9/1000 nacidos vivos). 39,5% de las muertes posneonatales (n=183) correspondía a residentes en Montevideo.

Un trabajo nacional de los mismos autores que estudió los lactantes periciados en la Morgue Judicial durante 1996⁽¹⁾, llamó la atención sobre el fenómeno de la muerte de lactantes sin asistencia y mostró su predominio en el período posneonatal, considerado crítico en las estrategias de abatimiento de la mortalidad infantil (mortalidad "blanda")^(2,3).

La información estadística sobre las causas de muerte posneonatal se basa fuertemente en lo registrado por los médicos en los certificados de defunción. Cuando la muerte del lactante ocurre sin asistencia, en domicilio, el certificado de defunción es generalmente firmado por un médico forense, según lo establecen las normas nacionales vigentes⁽⁴⁾. La causa de muerte se establece en estos casos luego de una pericia dispuesta judicialmente, cuyo objetivo fundamental es determinar si la muerte fue natural o violenta y en este último caso, establecer la causa médico-legal (homicidio o accidente) de la violencia. Esta pericia puede consistir en un "reconocimiento externo" o una autopsia macroscópica, acompañada o no de estudios complementarios (histopatológicos o toxicológicos). De haberse realizado, los resultados de los estudios complementarios no se reflejan en los certificados de defunción y por ende en las estadísticas oficiales, ya que son informados con posterioridad. En los pocos casos de muerte de lactantes sin asistencia en que el pediatra tratante firma el certificado de defunción, tampoco se realizan estudios necrópsicos macroscópicos ni microscópicos.

El lugar donde ocurrió la muerte también se registra en el certificado de defunción. En realidad es frecuente que se establezca el lugar donde fue constatado el fallecimiento. Esta situación da lugar a un subregistro de los casos de muertes de lactantes en domicilio cuando éstos fueron ingresados sin signos vitales, y en ocasiones con fenómenos cadavéricos evolucionados, a centros asistenciales donde se constató el fallecimiento.

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron conocer cuántos lactantes murieron en domicilio en 1996 en Montevideo; describir algunas características de la población afectada y su ambiente; conocer a qué causas se atribuyeron las muertes y los procedimientos diagnósticos usados.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los lactantes procedentes de Montevideo muertos en domicilio en el período posneonatal durante 1996. Se seleccionaron los casos en los que la muerte fue constatada en domicilio o bien en un centro asistencial donde el niño ingresó fallecido.

Se diseñó un formulario de recolección de datos donde se registró: nombre, fecha de nacimiento, fecha de muerte, sexo, antecedentes patológicos, peso al momento de la autopsia, peso al nacer, edad materna, médico firmante del certificado de defunción, diagnóstico de causa de muerte, técnicas utilizadas para establecerlas y seccional policial correspondiente al lugar de residencia.

Las fuentes de datos utilizadas fueron los certificados de defunción de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública y, en los casos en que se realizó pericia judicial, los partes policiales, informes de autopsia e histopatológicos archivados en la Morgue Judicial del Instituto Técnico Forense.

Resultados

En 1996 hubo 91 muertes infantiles posneonatales en domicilio en Montevideo, que representaron 49,7% de todas las muertes registradas en ese grupo etario en el Departamento en el período (n=183).

Predominaron los varones (n=61) frente a las niñas (n=30).

El rango de edades fue entre 29 y 364 días, con un promedio de tres meses y 26 días y una mediana de tres meses y 15 días (figura 1).

Los datos disponibles permitieron conocer el peso al nacer de 49 niños: 34 fueron mayores de 2.500 gramos, 12 fueron bajos (entre 1.500 y 2.500 gramos) y en tres muy bajos (menos de 1.500 gramos).

Se pudo conocer la relación peso/edad para el sexo en 70 niños, de los cuales 23 resultaron iguales o inferiores al percentil 3 de su sexo y 32 iguales o inferiores al percentil 5. La mediana de los percentiles de la relación peso/edad para el sexo se ubicó en el percentil 10 (figura 2).

Exceptuada la desnutrición, sólo ocho niños cursaban una enfermedad conocida: enfermedad diarreica aguda (2 casos), infección respiratoria aguda alta (2 casos), apneas (1 caso), cardiopatía congénita (1 caso), síndrome de West (1 caso), convulsiones (1 caso).

Se obtuvo la edad materna en 69 casos. En 14 de ellos fue igual o inferior a 18 años (madre adolescente) y en nueve fue igual o mayor a 35 años (madre añosa).

La distribución estacional de las muertes fue de 30 en invierno, 23 en otoño, 21 en primavera y 17 en verano (figura 3).

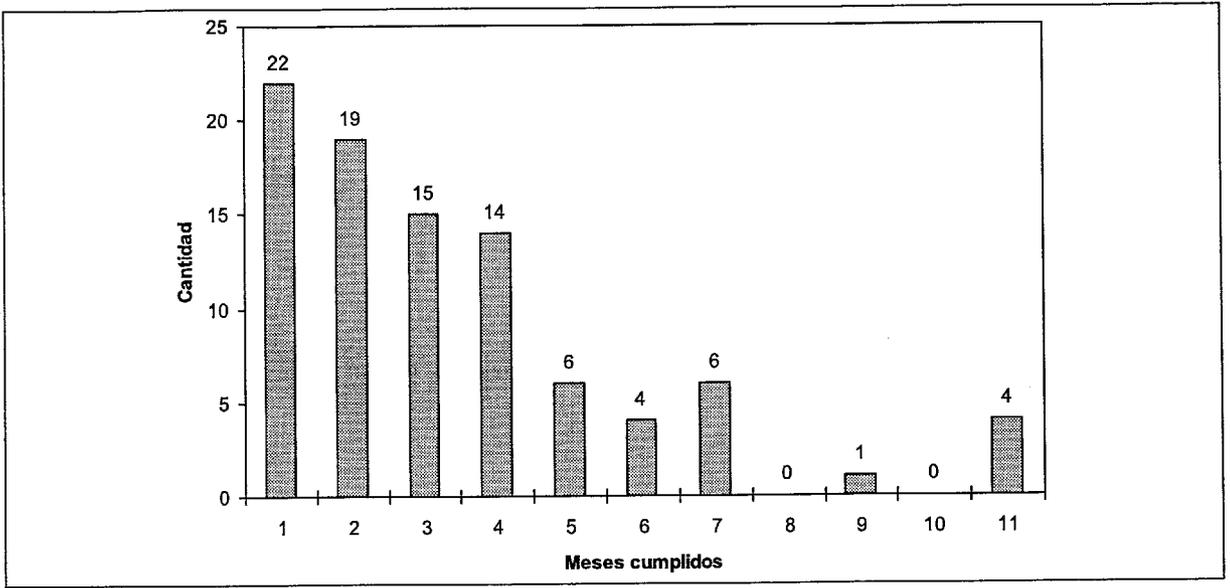


Figura 1. Distribución según la edad. Media: 3 meses y 15 días; mediana: 3 meses y 24 días. n=91

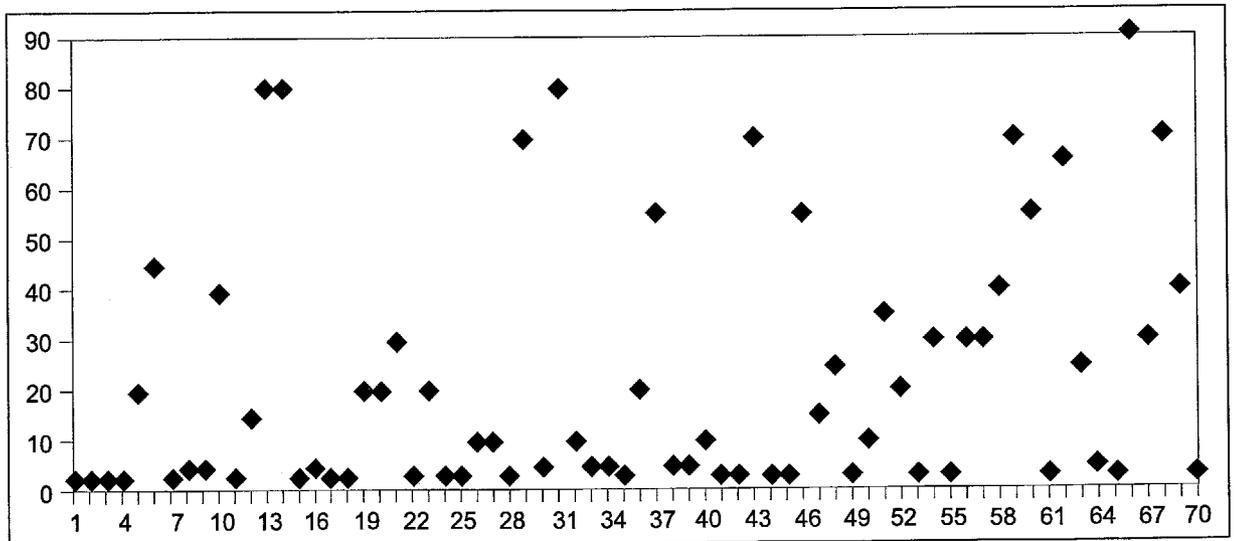


Figura 2. Percentil de peso para edad y sexo. Mediana: 10; n=70

Sólo dos muertes fueron de causa violenta (asfixia por monóxido de carbono y grandes quemaduras, ambos en incendio). De las 89 muertes naturales, 32 se atribuyeron a infección respiratoria baja, 27 a inhalación de contenido gástrico y 15 a síndrome de muerte súbita del lactante. Las otras causas de muerte asignadas fueron: desnutrición (3 casos), afecciones perinatales (1 caso) y anomalías congénitas (1 caso). En 12 casos, en el certificado de defunción no se determina la causa de muerte (“reconocimiento” o “en estudio histopatológico”) (figura 4).

Algo más de la mitad de las muertes (n=46) ocurrieron en la jurisdicción de cuatro de las 24 seccionales policia-

les de Montevideo (12^a, 17^a, 18^a y 19^a). Esta área corresponde a los barrios Cerrito, Mendoza, Piedras Blancas, Manga, Villa García, Punta de Rieles, Sayago Oeste, Nuevo París y La Teja. Las Seccionales 15^a, 16^a, 21^a, 23^a y 24^a (Malvín Norte, Unión, Maroñas, Colón Norte, Paso de la Arena, Pajas Blancas, Rincón y Villa del Cerro) concentraron más casos que el promedio (figuras 5 y 6).

La causa de muerte la determinó un médico forense en 86 casos, y en los cinco casos restantes lo hizo el pediatra tratante. Se le realizó autopsia judicial a 84 cadáveres. En sólo 33 casos se solicitó algún estudio histopatológico, y 26 de ellos fueron efectivamente informados. Todos se

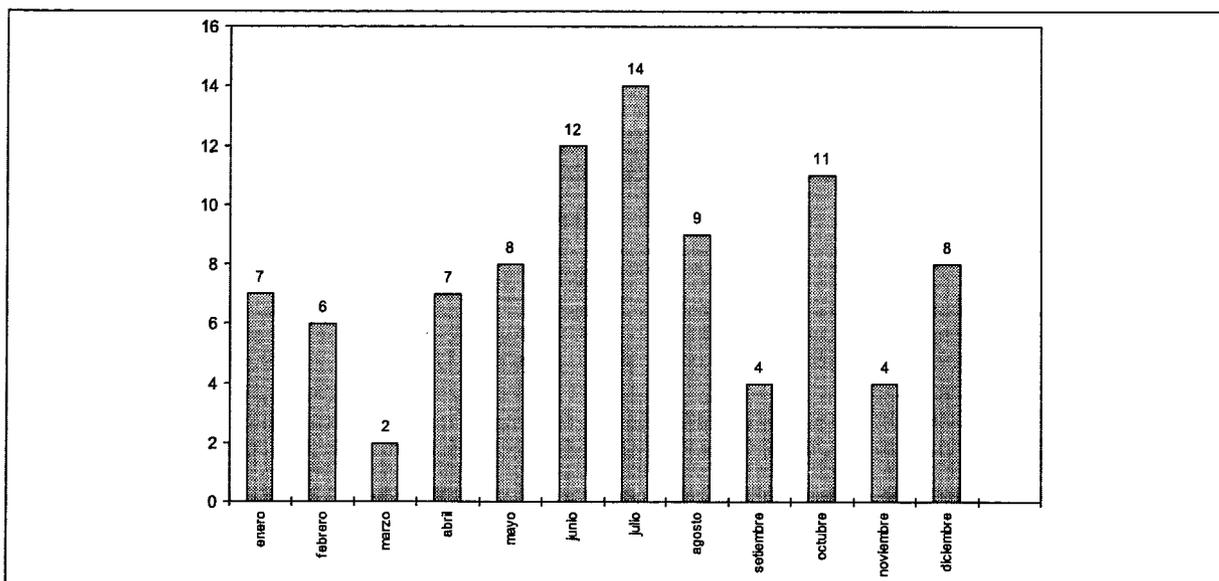


Figura 3. Distribución según los meses. n=91

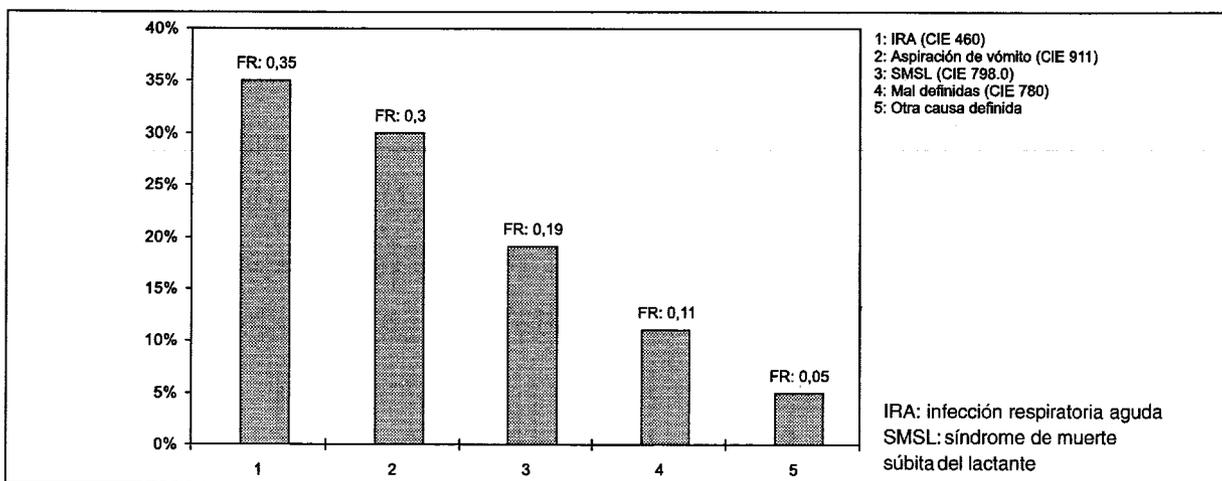


Figura 4. Causa atribuida a la muerte. n=91

Tabla 1. Solicitud de estudio histopatológico según diagnóstico

	IRA baja	Aspiración	SMSL
Total	32	27	15
c/AP	7	6	4
s/AP	25	21	11

IRA: infección respiratoria aguda
 AP: antecedentes personales
 SMSL: síndrome de muerte súbita del lactante

realizaron con tinciones convencionales. Los resultados de cinco de los 26 informes histopatológicos fueron in-

compatibles con el diagnóstico establecido por el médico forense en el certificado de defunción.

De los 27 casos en que se estableció como causa de muerte la inhalación de contenido gástrico, en sólo seis se solicitó informe histopatológico; en cuatro de los 15 casos de diagnóstico de síndrome de muerte súbita del lactante se solicitó algún estudio histopatológico (tabla 1).

No se solicitó ningún estudio toxicológico.

En ninguno de los casos constó que el médico que determinó la causa de muerte hubiera realizado el relevamiento del lugar del hecho. La frecuencia relativa de los principales diagnósticos de causas de muerte y el médico forense actuante en cada caso se relacionan y se determinan en la tabla 2.

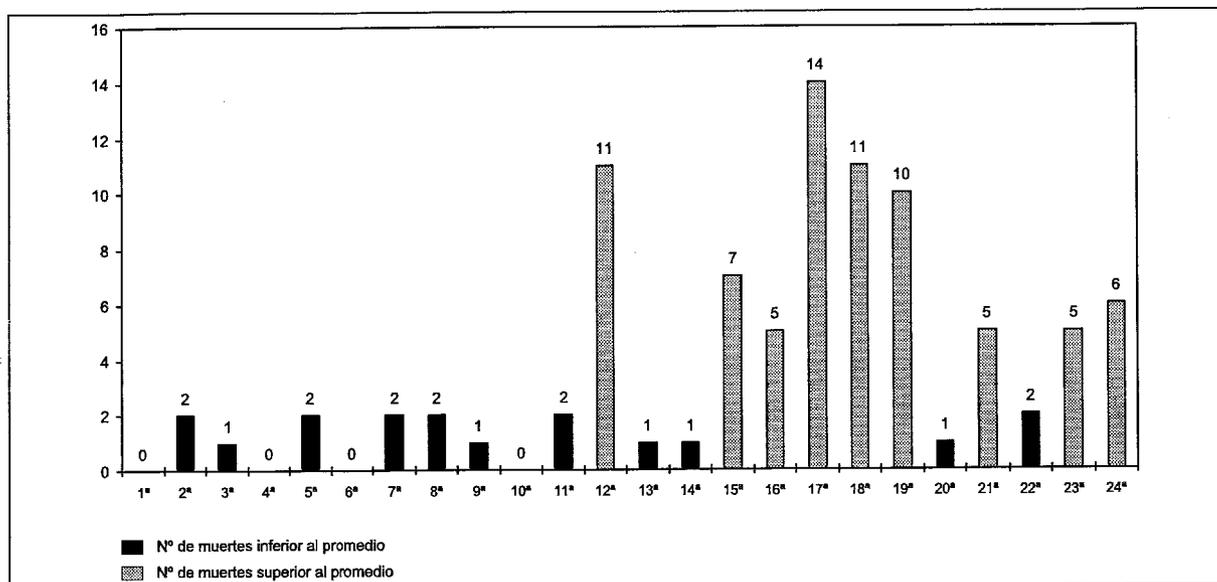


Figura 5. Distribución según jurisdicción policial

Tabla 2. Diagnósticos según médico forense actuante

Forense	IRA baja	Aspiración	SMSL	Otro	Total
A	1	11	3	3	18
B	10	4	0	0	14
C	1	0	6	1	8
D	0	4	2	0	6
E	1	2	0	5	8
F	2	2	1	3	8
G	5	3	1	1	10
H	12	0	0	2	14

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

Discusión

La muerte posneonatal en domicilio constituye un problema de salud pública, como lo muestra su incidencia en la mortalidad infantil del Departamento.

El conocimiento de los factores dependientes del huésped o el ambiente, están limitados por el alto porcentaje de certificados de defunción escritos en forma incompleta.

El perfil de la población estudiada muestra el franco predominio del sexo masculino y de la franja etaria de los menores de cuatro meses. El peso para la edad y el sexo resulta claramente inferior al de la población general, como lo demuestra que la mediana se ubique en el percentil 10 y el porcentaje de niños ubicado en el percentil 3 e inferior a él. Se detectaron pocos niños con antecedentes de enfermedades.

Sin bien la información de la edad materna y el peso al

nacer resulta relativizada por la escasez de datos obtenidos, se destaca el alto número de fallecidos con antecedente de bajo o muy bajo peso al nacimiento.

Resulta muy significativo que los barrios donde se produjeron los fallecimientos se caracterizan por tener un alto índice de necesidades básicas insatisfechas.

En cuanto a las causas de muerte asignadas, prácticamente se reducen a tres: infección respiratoria baja, inhalación de contenido gástrico y síndrome de muerte súbita del lactante.

La infección respiratoria baja no llamaría la atención, si se toma en cuenta la situación epidemiológica del país (2,3) y, en particular, las características de los barrios donde se produjeron estas muertes.

La aspiración de contenido gástrico en los lactantes fue descrita por la escuela medicolegal francesa (Parrot, Brouardel, Julien Marie (5)). Publicaciones más recientes

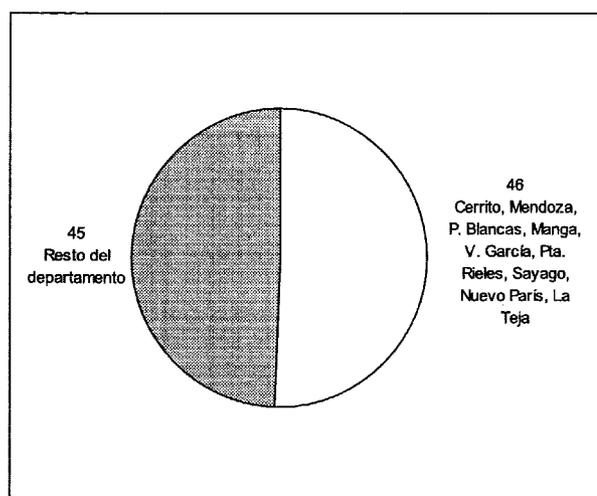


Figura 6. Distribución según barrio. n=91

cuestionan que el fenómeno ocurra en niños previamente sanos e interpretan el hallazgo como fenómeno agónico o posmortem^(6,7). Grandes series autópsicas (macro y microscópicas) la recogen como causa de muerte excepcional^(8,9). La información manejada por los programas para el control de enfermedades prevalentes en la infancia en las Américas no hacen referencia a esta causa de muerte⁽¹⁰⁾. Sin embargo, desde 1988 las estadísticas nacionales muestran el incremento de la aspiración de contenido gástrico como causa de muerte infantil, situándola a partir de 1992 como tercera causa de muerte posneonatal, a expensas de muertes de lactantes en domicilio certificadas por médicos forenses⁽³⁾.

Desde la 2ª Conferencia de Seattle (1969) el diagnóstico de síndrome de muerte súbita del lactante supone la realización de "autopsia completa"⁽¹¹⁾. Las publicaciones actuales incluyen en la definición el examen de la escena y la revisión de la historia clínica^(12,13). Los métodos empleados para el diagnóstico de esta causa de muerte no satisfacen los requisitos referidos.

Los procedimientos utilizados para estudiar estas muertes resultan ser adecuadamente sensibles para detectar la presencia de violencias externas, lo que constituye el objetivo central de la pericia judicial. Sin embargo, los resultados de este estudio recuerdan la advertencia de Elliot (1961): el diagnóstico forense en los casos de muerte inesperada en los niños "no es tanto una función de lo que son los hallazgos patológicos como del patólogo que los encuentra"⁽⁶⁾.

Conclusiones

En 1996 la mitad de las muertes posneonatales de Montevideo ocurrieron en domicilio y se concentraron en cua-

tro seccionales policiales de áreas caracterizadas por las malas condiciones de vida.

El perfil de la población corresponde predominantemente a varones, sin antecedentes patológicos conocidos pero con alto porcentaje de bajo peso para la edad y bajo peso al nacer.

Casi todas las muertes habrían sido naturales y sus causas fueron establecidas por autopsia judicial.

Las técnicas diagnósticas empleadas y la sugestiva relación entre el diagnóstico de causa de muerte y el médico forense actuante indica que para la población estudiada la verdadera causa de muerte no tiene por qué corresponderse con la establecida en el certificado de defunción.

Resulta imprescindible profundizar en el estudio de este problema para implementar políticas de salud que contribuyan a la disminución de la mortalidad infantil.

Agradecimientos

A la Sra. Mabel Abella de Mutarelli (Directora de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública) y al Dr. Lorenzo Schiappapietra (Director de la Morgue Judicial) por habernos posibilitado el acceso a las fuentes de datos.

Summary

A recent study highlights the issue of household infant death. Such an event was found to prevail in the postneonatal period, which is regarded as critical in the strategies of curtailment of infant mortality.

Objectives: Acquaintance with the number of infants dead at household in 1996 in Montevideo. Description of some population and environmental characteristics. Acquaintance with the presumed cause of death and the diagnostic procedures used.

Material and method: A revision is carried out of death certificates, police reports and autopsy protocols of Montevideo residents aged 29 days to one year, household dead in 1996.

Results: In 1996 91 postnatal infant deaths in Montevideo were recorded, representing 49,7% of the 183 deaths described for this age group in the period dealt with. There was a prevalence of males (n = 61); the mean age was three months and 26 days. 49 infants were weighed at birth; 12 readings were low and five very low. Excepting malnutrition, only eight coursed a detected disease. It was possible to establish the weight/age relationship in 70 infants, which, in 23 cases proved equal to or lower than percentile 3. The maternal age was recorded in 69 cases, in 14 being equal to or lower than 18 years. Half of the deaths (n = 46) took place within the 4 of the 24 Montevideo police precincts. Their seasonal distribution

was 30 in winter, 23 in autumn, 21 in spring and 17 in summer. Only 2 deaths were violent. Of the 89 natural deaths, 32 were ascribed to respiratory infection, 27 to inhalation of food and 17 to the syndrome of cot death. The cause of death was determined by a forensic physician in 86 cases. 84 cadavers were submitted to macroscopic Judicial autopsy.

Conclusions: In 1996 half the postneonatal deaths in Montevideo were of the household kind and concentrated in 4 police precincts at areas characterized by poor living standards. The profile of the population dealt with corresponded predominantly to males, without known pathologic antecedents but with high rates of low weight corresponding to age, coupled with sex and low weight at birth. Nearly all deaths were natural, their causes being established by judicial autopsy. It is mandatory to delve into the study of this problem in order to implement health policies designed to contribute to the decrease of infant mortality.

Résumé

Une étude récente souligne le phénomène de la mort de nourrissons à domicile. Elle prédomine pendant la période post-néo-natale, qui est classée comme période critique pour les stratégies d'abattement de la mortalité infantile.

Buts: Savoir combien de nourrissons sont morts à domicile en 1996 à Montevideo. Décrire certaines caractéristiques de la population et de l'entourage. Connaître les causes attribuables à la mort et les procédés diagnostiques employés.

Matériel et méthode: On vérifie les certificats de décès, les rapports policiers et des autopsies des résidents de Montevideo âgés d'entre 29 jours et 1 an, morts à domicile en 1996.

Résultats: En 1996, on constate 91 décès infantiles post-néo-natals à domicile à Montevideo, ce qui représente 49,7% des 183 décès constatés dans ce groupe d'âge au département pendant cette période. Il y a une majorité de garçons (n=61); la moyenne d'âge est de 3 mois et 26 jours. On obtient le poids à la naissance de 49 enfants, dont 12 sont bas et 3 très bas. L'exception de la sous-nutrition, seulement 8 présentent une maladie reconnue. On a pu établir la relation poids/âge chez 70 enfants, dont 23 étaient égales ou inférieures au percentile 3. On a su l'âge maternel de 69 cas, dont 14 étaient égales ou inférieures à 18 ans. La moitié des morts (n=46) ont eu lieu aux juridictions de 4 des 24 commissariats de Montevideo. Leur distribution saisonnière a été de 30 en hiver, 23 en automne, 21 au printemps et 17 en été. Seules 2 morts sont violentes. Des 89 morts naturelles, 32 sont attribuées à des infections respiratoires, 27 à inhalation d'aliments et 17

au syndrome de mort subite du nourrisson. La cause de la mort a été établie par le médecin légiste à 86 cas. On fait l'autopsie judiciaire macroscopique de 84 cadavres.

Conclusion: En 1996, la moitié des morts post-néo-natales de Montevideo sont arrivées à domicile et elles se concentrent sur 4 commissariats de police de zones qui se caractérisent par les mauvaises conditions de vie. Le profil de la population est par majorité masculin, sans antécédents pathologiques connus mais ayant un pourcentage élevé de poids bas pour l'âge et le sexe et poids bas à la naissance. Presque toutes les morts ont été naturelles, dont les causes ont été établies par autopsie judiciaire. Il s'avère indispensable d'approfondir l'analyse de ce problème afin d'instaurer des politiques de santé qui contribuent à diminuer la mortalité infantile.

Bibliografía

1. Mederos D, Rodríguez H, Díaz Rossello JL, Ferrari A. Peritajes judiciales en menores de un año. Rev Méd Uruguay 1998; 14: 28-33.
2. Veronelli JC, Nowinski A, Haretche A, Roitman B. La salud de los uruguayos. Montevideo: OPS, 1994: 152.
3. Abella M. Causas de la mortalidad infantil del Uruguay. Aten Primaria Salud (Montevideo) 1993; (19): 29.
4. Ricciardi N, Berro G, Borges F, Pintos I. Documentos medicolegales. In: Departamento de Medicina Legal: Medicina Legal. 2ª ed. Montevideo: Oficina del Libro 1995: 261-7.
5. Derobert L. Médecine Légale. Paris: Flammarion, 1974: 358-9.
6. Reiman W, Prokop O. Vademecum de Medicina Legal. La Habana: Científico Técnica, 1987: 82-94.
7. Knight B. Medicina Forense de Simpson. México: El Manual Moderno, 1994:157
8. Nelson EA. Sudden Infant Death Syndrome and Child Care Practices Department of Paediatrics. Hong Kong: The Chinese University of Hong Kong, 1996: 274.
9. Nelson EA, Williams SM, Taylor BJ, Morris B, Ford RP. Posneonatal mortality in south New Zealand: necropsy data review. Paediatr Perinat Epidemiol 1989; 3: 375-85.
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Atención integrada a las enfermedades de la infancia. Bol AIEPI, 1996; 1: 24.
11. 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 Press, 1970.
12. Haas J. Sudden Infant Death Syndrome. VII Conferencia Latinoamericana de Patología Pediátrica, 7. Montevideo, 1996.
13. Bass M, Kravath RE, Glass L. Death-scene investigations in sudden infant death. N Engl J Med 1986; 315 (2): 100-5.