

Mortalidad evitable en pediatría. Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños

*Dres. Ivonne Rubio**, *Anabella Santoro†*, *Marta Alberti‡*,
Elina Pizorno§, *Alicia Fernández¶*, *Carmen Gutiérrez††*, *Alicia Montano‡‡*,
Ana María Ferrari§§, *Beatriz Silva¶¶*, *Cecilia Hackembruch†††*

Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Ministerio de Salud Pública, Uruguay

Resumen

Introducción: *se entiende por muertes evitables aquellas defunciones causadas por una enfermedad o evento que podría no haber sucedido con la intervención médica oportuna y apropiada, o con medidas de salud pública. La clasificación de las muertes basada en criterios de reductibilidad constituye una poderosa herramienta para orientar los programas de salud.*

Objetivo: *establecer la evitabilidad de las muertes ocurridas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) en los años 2004, 2005 y 2006, con la finalidad de orientar las acciones a desarrollar por los programas de atención a la población usuaria del sector público.*

Material y método: *durante los años 2004, 2005 y 2006 el Comité de Auditoría de Fallecidos del HP-CHPR analizó todas las muertes ocurridas en el mismo, categorizándolas de acuerdo a los criterios de reductibilidad elaborados por Erika Taucher, adecuados a las pautas de atención a la salud de Uruguay. Las muertes se clasificaron en evitables, no evitables y desconocidas.*

Resultados: *en el período analizado fallecieron en el HP-CHPR, 279 niños. Las muertes evitables representaron 56% del total (n=158). Fallecieron por causas no evitables 96 niños y por causa desconocida, 25. La mayoría de las muertes evitables correspondieron a causas reductibles por diagnóstico y tratamiento precoz (n=78) y por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria (n=67).*

* Prof. Titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

† Prof. Adj. Pediatría. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

‡ Prof. Titular de la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

§ Departamento de Emergencia. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

¶ Prof. Adj. de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

†† Jefa de Servicio de Anatomía Patológica. CHPR. Prof. Agda. Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Universidad de la Re-

pública, Uruguay.

‡‡ Prof. Titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

§§ Prof. de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

¶¶ Directora Hospital Pediátrico. CHPR, Uruguay.

††† Directora Adjunta. Hospital Pediátrico. CHPR, Uruguay.

Correspondencia: Dra. Anabella Santoro
Adolfo Berro 1203. Montevideo, Uruguay.
Correo electrónico: anasantoro@gmail.com

Recibido: 26/4/07.

Aceptado: 16/7/07.

Discusión: estas cifras señalan el fracaso en la aplicación de las medidas de prevención y la necesidad de reforzar los distintos programas de atención a los niños con que cuenta nuestro sistema de salud. Los resultados obtenidos podrán contribuir a la planificación de acciones en dicho sentido.

Palabras clave: SALUD INFANTIL.
MORTALIDAD INFANTIL.
SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD.
CAUSA DE MUERTE.
EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS (ATENCIÓN DE SALUD).

Introducción

Se entiende por muerte evitable aquellas defunciones causadas por una enfermedad o un evento que podría no haber sucedido con la intervención médica oportuna y apropiada o con medidas de salud pública⁽¹⁾.

El análisis de la mortalidad en la edad pediátrica muestra que muchas muertes podrían evitarse con medidas sencillas tales como vacunación, control en salud, consulta precoz, diagnóstico oportuno, disponibilidad de agua potable, etcétera⁽²⁻⁴⁾.

Con la finalidad de aportar a la planificación de la atención sanitaria en pediatría, desde el año 1999 en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) se realiza en forma sistemática el análisis de las muertes ocurridas y los resultados se publican anualmente⁽⁵⁻⁷⁾. Esta actividad es responsabilidad del Comité de Auditoría de Fallecidos del hospital.

Las muertes evitables han sido tema de particular interés para el comité. A partir del año 2004 se incluyó en el análisis de los fallecidos la categorización de la evitabilidad de la causa de muerte de acuerdo con un protocolo de clasificación. La clasificación de las muertes basada en criterios de reductibilidad constituye una poderosa herramienta para orientar los programas de salud.

Objetivo

Establecer la evitabilidad de las muertes ocurridas en el HP-CHPR en los años 2004, 2005 y 2006 con la finalidad de orientar las acciones a desarrollar por los programas de atención a la población usuaria del sector público.

Material y método

El Centro Hospitalario Pereira Rossell es un centro materno-infantil, docente-asistencial, público, de referencia nacional, integrado por dos hospitales: el Hospital de la Mujer, que incluye los servicios de Obstetricia, Neonatología y Ginecología, y el Hospital Pediátrico, que brinda atención de segundo y tercer nivel a niños hasta los 14 años.

Durante los años 2004, 2005 y 2006 el Comité de Auditoría de Fallecidos del HP-CHPR analizó semanalmente las muertes ocurridas en el hospital utilizando la historia clínica y el resultado de la autopsia en caso de existir. Las causas de muerte se clasificaron de acuerdo a CIE 10*. No se analizaron las muertes neonatales ocurridas en el Departamento de Neonatología (Hospital de la Mujer).

Para la clasificación de evitabilidad se utilizó como base la consultoría elaborada por la Dra. Erika Taucher en el año 1985⁽²⁾ a la que se le introdujeron modificaciones de acuerdo con las pautas de atención a la salud que se aplican actualmente en nuestro país (cuadro 1).

Las muertes se clasificaron en tres grandes grupos: evitables, no evitables y desconocidas. Según los criterios de clasificación utilizados se consideraron muertes evitables las reductibles y las parcialmente reductibles. Se consideran reductibles las muertes que podrían reducirse por medidas sencillas y en general de bajo costo; parcialmente reductibles las que podrían reducirse por determinadas acciones de salud, pero no existen evidencias categóricas de que sea así. Se consideran muertes no evitables aquellas muy difíciles o imposible de reducir con medidas sencillas⁽²⁾.

Se clasificaron por separado las muertes de niños de 0 a 28 días y las de los mayores de esa edad, teniendo en cuenta que las causas de muerte y, por tanto, las medidas de prevención, son diferentes en estos grupos de edad.

Resultados

En los tres años analizados fallecieron 279 niños en el HP-CHPR, 101 en el año 2004, 102 en 2005 y 76 en 2006. La edad de los niños fallecidos se muestra en la tabla 1. En los años 2004 y 2005 no falleció en el Hospital Pediátrico ningún menor de 29 días; en 2006 fallecieron tres niños de ese grupo etario. En el total predominaron los menores de

*Clasificación estadística internacional de enfermedades. Problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Cuadro 1 (primera parte)

1. Defunciones neonatales (0 a 28 días)

1.1 Reducibles por buen control del embarazo

- Sífilis congénita
- Enfermedades de la madre
- Enfermedad hemolítica del recién nacido
- Tétanos
- Otras

1.2 Reducibles por buena atención del parto

- Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, cordón umbilical o membranas
- Feto o recién nacido afectado por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto
- Trastornos relacionados con la duración prolongada de la gestación y con peso elevado al nacer
- Traumatismo del nacimiento
- Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer
- Infecciones propias del período perinatal

1.3 Reducibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

- Sepsis
- Enfermedades del aparato digestivo
- Afecciones respiratorias del feto y recién nacido
- Hemorragia fetal y neonatal
- Otras formas de ictericia perinatal
- Trastornos perinatales del aparato digestivo
- Otras reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz

1.4 Otras reducibles

- Enfermedades infecciosas intestinales
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Causas externas de traumatismos

1.5 Parcialmente reducibles

- Deficiencias de la nutrición
- Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal
- Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer
- Síndrome de dificultad respiratoria

1.6 Defunciones reducibles por aplicación de medidas combinadas (medidas comprendidas en más de un grupo)

1.7 No evitables

- Tumores
- Enfermedades del aparato cardiovascular
- Anomalías congénitas (excepto las prevenibles)

1.8 Desconocidas

- Otras afecciones mal definidas
- Causa desconocida
- Muerte súbita

1.9 Otras causas no comprendidas en ítems anteriores

5 años.

En la tabla 2 se muestran las causas de muerte por grupos de edad, en el período analizado. En los menores de 1 año predominaron las causas infecciosas (n=59) y las anomalías congénitas (n=27). En los niños de 1 a 4 años el primer lugar correspondió a las causas infecciosas (n=38), el segundo a las neoplasias (n=13) y el tercero a las anomalías congénitas (n=11). En los otros dos grupos predominaron los accidentes (n=24) y las neoplasias (n=21).

En la tabla 3 se muestra la distribución de las muertes

de acuerdo con los criterios de evitabilidad. En los tres años analizados predominaron las muertes por causas evitables, que representaron en total 56% (n=158). Fallecieron por causas no evitables 96 niños y por causa desconocida 25

En la tabla 4 se muestran las causas de las muertes reducibles por prevención. Fallecieron dos niños por enfermedades prevenibles por vacunas obligatorias, tres por enfermedad prevenible por vacuna no obligatoria y cuatro por enfermedad prevenible por tratamiento.

Cuadro 1 (segunda parte)

2. Defunciones de niños mayores de 28 días

2.1 Reducibles por prevención (vacunación o tratamiento preventivo)

Prevenible por vacunas obligatorias

- Tétanos
- Difteria
- Pertusis
- Sarampión
- Rubéola
- Parotiditis
- Poliomielitis
- Infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b
- Hepatitis B
- Varicela
- Meningitis tuberculosa

Prevenible por vacunas no obligatorias

- Hepatitis A
- Meningitis por meningococo B

Prevenible por tratamiento oportuno durante el embarazo o al recién nacido

- Lues connatal
- Sida

2.2 Reducibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

- Infección respiratoria aguda
- Sepsis
- Meningitis (otras)
- Enfermedades del aparato digestivo
- Enfermedades del aparato urinario
- Otras reducidas por diagnóstico y tratamiento precoz
- Trastornos electrolíticos (especificar enfermedad que determinó el/los trastornos)
- Defectos hereditarios de la coagulación

2.3 Otras reducidas

- Maltrato
- Suicidio
- Homicidio

2.4 Parcialmente reducidas

- Desnutrición
- Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal
- Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer

2.5 Reducibles por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria

- Enfermedades infecciosas intestinales
- Intoxicaciones debidas a contaminación ambiental (agua, aire, y suelo)
- Accidentes
- Infección intrahospitalaria

2.6 Defunciones reducidas por aplicación de medidas combinadas (medidas comprendidas en más de un grupo)

2.7 No evitables

- Enfermedades malignas
- Anomalías congénitas (excepto algunas prevenibles)
- Errores innatos del metabolismo (excepto las evitables por diagnóstico y tratamiento oportuno)
- Enfermedades del aparato circulatorio
- Otras no evitables

2.8 Desconocidas

- Otras afecciones y deficiencias de causa desconocida
- Síntomas y signos mal definidos
- Muerte súbita

2.9 Otras causas

- No incluidas en los códigos anteriores

Tabla 1. Edad de los niños fallecidos. N = 279

Edad (años)	Año		
	2004	2005	2006
<1	46	46	24
1-4	27	35	20
5-9	13	8	16
10-14	15	13	16
Total	101	102	76

Tabla 3. Distribución de las muertes según evitabilidad. n = 279

Clasificación	Año		
	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 n (%)
Evitable	59 (58,4)	58 (56,8)	41 (54,0)
No evitable	33 (32,6)	38 (37,2)	25 (32,8)
Desconocida	9 (9,0)	6 (6,0)	10 (13,2)
Total	101 (100,0)	102 (100,0)	76 (100,0)

Tabla 5. Causas de muertes reductibles por diagnóstico precoz y tratamiento

Causa de muerte	2004	2005	2006
Infección respiratoria aguda baja	13	13	11
Sepsis	7	03	02
Meningitis aguda supurada (no prevenible por vacunación)	3	09	00
Otras	4*	7 [†]	4 [‡]

* Celulitis 1, complicación diálisis 1, coma hipoglucémico 1, glomerulonefritis difusa aguda 1.
[†] Shock causa desconocida 2, disonía 2, estenosis subglótica 1, apendicitis aguda 1, Kawasaki 1.
[‡] Encefalitis viral 1; glomerulonefritis 1; complicación de la atención médica y quirúrgica 2.

Tabla 2. Causas de muerte por edad. Años 2004-2006. n = 279

Causas	Edad			
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14
IRAB*	23	21	4	2
Diarrea infecciosa	8	1	0	0
Otras infecciones	28	16	6	1
Anomalías congénitas	27	11	2	7
Accidentes	1	8	11	13
Neoplasias	0	13	10	11
Otras	13	7	3	7
Desconocida	16	5	1	3
Total	116	82	37	44

* Infección respiratoria aguda baja

Tabla 4. Causas de muerte reductibles por prevención. n = 9

Causa de muerte	2004	2005	2006
Neumonía por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b*	1	-	-
Meningitis tuberculosa*	-	1	-
Enfermedad invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> B [†]	-	1	2
Sida [‡]	1	1	2

* Reducible por vacunación obligatoria
[†] Reducible por vacunación no obligatoria
[‡] Reducible por tratamiento preventivo

Tabla 6. Causas de muerte reductibles por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria. n = 67

Causa de muerte	2004	2005	2006
Accidentes	9	11	13
Infección intrahospitalaria	15*	6 [†]	3 [‡]
Enfermedades infecciosas intestinales	3	05	01
Aspergilosis	1	00	00

* IRAB nosocomial 6, sepsis nosocomial 9
[†] IRAB nosocomial 5, sepsis nosocomial 1.
[‡] IRAB nosocomial 1, sepsis nosocomial 2.
 IRAB: Infección respiratoria aguda baja.

Tabla 7. Causas de muerte no evitables. n = 96

Causa de muerte	2004	2005	2006
Malformaciones.			
Enfermedades congénitas	13	22	12
Tumores	14	12	08
Otras causas no evitables	6*	4†	5‡

* Enfermedad respiratoria crónica 1, encefalopatía crónica 3, lupus 1, púrpura fulminante 1.
 † Encefalopatía crónica 3, púrpura fulminante 1.
 ‡ Púrpura fulminante 1, artritis reumatoidea juvenil 1, enfermedad respiratoria crónica 1, encefalopatía crónica 1, encefalopatía degenerativa 1.

En la tabla 5 se muestra la distribución de las muertes reductibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. En los tres años predominaron las enfermedades infecciosas: respiratorias (n=37), sepsis (n=12), meningitis aguda supurada no prevenible por vacunación⁽¹²⁾.

En la categoría “Otras muertes reductibles” hubo dos muertes por maltrato en el año 2004 y una en 2006. En el año 2006 falleció un niño por homicidio y otro por suicidio.

En la categoría “Muertes parcialmente reductibles” hubo una muerte por “duración corta de la gestación y bajo peso al nacer” en el año 2005.

En la tabla 6 se describen las muertes reductibles por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria. Predominan los accidentes (n=33) seguidos por las infecciones intrahospitalarias (n=24), y la diarrea aguda infantil (n=9). Hubo una muerte por aspergilosis.

En la tabla 7 se muestran las muertes por causas no evitables. Fallecieron 47 niños por enfermedades congénitas, 34 por enfermedades neoplásicas y 15 como consecuencia de otras enfermedades no evitables.

Fallecieron 25 niños por causa desconocida. Once de ellos fallecieron sin asistencia: tres en 2004, cinco en 2005 y tres en 2006.

Discusión

Los eventos de mortalidad evitable bajo vigilancia se constituyen en trazadores de la calidad de los servicios de salud, del acceso de las personas a ellos y de la evaluación de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁽⁸⁾.

Aumentar el acceso y la calidad de las actividades de promoción y prevención, contar con personal de salud debidamente capacitado y un tratamiento adecuado de complicaciones cuando estas se presentan, son intervenciones de salud que, acompañadas de una correcta ges-

ción en el marco de la salud pública, permiten reducir la incidencia y gravedad de las causas de muerte consideradas como evitables⁽⁸⁾.

De acuerdo con los criterios de “reductibilidad” definidos (cuadro 1), se consideraron evitables las muertes que podrían reducirse por medidas sencillas adoptadas por el personal de salud, por los padres o cuidadores de los niños, o por el sistema de salud.

Utilizando estos criterios, las muertes evitables representaron 56% del total en los tres años analizados. Esta cifra está señalando el fracaso en la aplicación de las medidas de prevención y la necesidad de reforzar los distintos programas de atención a los niños con que cuenta nuestro sistema de salud. Estas conclusiones son similares a las alcanzadas por algunos estudios en países de la región y en el mundo, que concluyen que en la “reductibilidad” de la mortalidad posneonatal se identifican factores relacionados a deficiencias en el diagnóstico y el tratamiento del paciente⁽⁹⁾ y en la perinatal y neonatal aparecen carencias relacionadas a la atención del embarazo y parto⁽¹⁰⁾, que podrían corregirse con medidas sencillas y de bajo costo ejecutadas oportunamente.

El elevado número de muertes por enfermedades de causa infecciosa obliga a considerar la necesidad de introducir en el esquema obligatorio de vacunación otras vacunas, algunas de las cuales están disponibles en nuestro medio. La existencia de una muerte por meningitis tuberculosa y otra por neumonía causada por *H. influenzae* tipo b, constituye un llamado de atención a los organismos responsables del control del cumplimiento del programa de vacunaciones. De la misma manera el programa de lucha contra el sida debería hacer los máximos esfuerzos para que se cumplan las medidas de prevención dirigidas a madres y recién nacidos.

El grupo de causas reductibles por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno evidencia la necesidad de insistir en acciones dirigidas a la familia, al personal de salud y al sistema de atención médica. La educación de la población en relación con los signos de peligro y la necesidad de consulta precoz, así como los programas de formación del personal de salud, incluyendo la educación permanente con énfasis en el reconocimiento de los signos y síntomas precoces y de gravedad de las enfermedades más frecuentes, podrían contribuir a disminuir muchas muertes. La implementación de la estrategia de atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) constituye una herramienta efectiva para abordar la atención del niño en los servicios de salud del primer nivel, en la familia y en la comunidad⁽⁹⁾.

La accesibilidad a servicios de atención médica que además dispongan de los recursos adecuados para diagnosticar y tratar estas enfermedades es condición imprescindible para asegurar los resultados de la consulta y el

diagnóstico clínico precoces.

Las muertes por infección intrahospitalaria evidencian fallas en los programas de control, que habrá que corregir; la alta contagiosidad que representan algunas infecciones de transmisibilidad aérea, entre ellas la de niños hospitalizados con infecciones del aparato respiratorio de causa viral, determina la necesidad de contar con condiciones adecuadas para el aislamiento de estos pacientes.

Tampoco los programas para el control de accidentes han tenido hasta el momento un real impacto y esto se evidencia en las cifras de fallecidos por esta causa⁽¹¹⁾.

Las muertes de causa desconocida muestran la necesidad de educar a la población general y al personal de salud en particular sobre los beneficios de la autopsia clínica. Un mayor número de autopsias podría mejorar el conocimiento de las causas de muerte en aquellos casos en que se desconoce y detectar errores de diagnóstico, que de haberse conocido antes de la muerte, podrían haber cambiado las posibilidades de sobrevida del enfermo⁽¹²⁾.

Las muertes sin asistencia requieren reimplementar el programa muerte inesperada del lactante (MIL)⁽¹³⁾. Con este programa se comprobó que 61% de los niños fallecidos tenían una causa explicable que justificaba la muerte, y que muchos habían cursado un proceso mórbido probablemente no percibido por sus padres o personal de salud donde habían sido asistidos los días previos. Se han dado los pasos necesarios para que este programa vuelva a funcionar a la brevedad.

La clasificación que se presenta y que ha sido utilizada para este análisis tiene aspectos discutibles y sin duda puede y debe mejorarse. Sin embargo, a criterio de los autores ha permitido visualizar las muertes ocurridas en el hospital pediátrico desde una óptica diferente, poniendo énfasis en la necesidad de mejorar los programas de protección de los niños de nuestro país así como planificar y monitorear todos los aspectos referidos a los pacientes hospitalizados y al proceso de atención durante la hospitalización.

Summary

Introduction: we understand preventable deaths are those caused by diseases or events that could have been prevented by timely and appropriate medical interventions or by public health measures. The classification of deaths using preventable death criteria becomes a powerful tool to guide health programs.

Objective: to determine preventable deaths which occurred at the Pereira Rossell Hospital in 2004, 2005 and 2006, to serve as a guide for the creation of measures to be taken within the health cares plans for public sector users.

Methods: during 2004, 2005 and 2006 the Death Audit Committee at the Pereira Rossell Public Hospital studied

all deaths and classified them according to the preventable death criteria prepared by Erika Taucher, which were adapted to the health care guidelines in Uruguay. Deaths were classified into preventable, non-preventable and unknown.

Results: 279 children died at the Pereira Rossell Public Hospital during the period studied. 56% (n=158) were found to be preventable deaths. 96 children died of non-preventable deaths and 25 children died of unknown causes. Most of the preventable deaths resulted from causes that could have been avoided by diagnosis and early treatment (n=78) and better hygiene, drainage and health education (n=67).

Discussion: these figures evidence the failure in applying preventive measures and the need to reinforce the different health care programs. The results obtained shall contribute to planning future actions in the field.

Résumé

Introduction: on comprend par morts évitables les décès causés par une maladie ou un événement qui aurait pu être évité par une intervention médicale juste et opportune ou par des mesures de santé publique.

Objectif: établir l'évitabilité des décès à l'Hôpital Pédiatrique du Centre Hospitalier Pereira Rossell (HP-CHPR) en 2004, 2005 et 2006, afin d'orienter les actions à développer par les programmes d'assistance de la population usagère des services publics.

Matériel et méthode: au cours des années 2004, 2005 et 2006, le Comité d'Auditorat des Décédés du HP-CHPR a analysé tous les décès qui y ont eu lieu, tout en établissant des catégories selon les critères de réductibilité élaborés par Erika Taucher, adaptés aux paramètres de l'assistance médicale en Uruguay. Les décès ont été classés en évitables, pas évitables et inconnus.

Résultats: au cours de cette période, 279 enfants sont morts au HP-CHPR, dont 56% de morts évitables (n=158). 96 enfants ont décédé pour des causes pas évitables et 25 pour des causes inconnues. La plupart des décès évitables correspondaient à des causes réductibles par diagnostic et par traitement précoce (n=78) et par des mesures hygiéniques, l'éducation sanitaire et l'assainissement environnant (n=67).

Discussion: ces chiffres signalent l'échec à l'heure d'appliquer les mesures de prévention et le besoin de renforcer les divers programmes d'assistance aux enfants de notre système de santé. Les résultats pourront contribuer à programmer les actions dans cette voie.

Resumo

Introdução: mortes evitáveis são aquelas que foram cau-

sadas por uma doença ou um evento que poderia haver sido evitado se houvesse recebido atenção médica oportuna e apropriada, ou com medidas de saúde pública. Uma classificação das mortes baseada em critérios de redutibilidade é uma ferramenta poderosa para orientar programas de saúde.

Objetivo: estabelecer a evitabilidade das mortes ocorridas no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Pereira Rossell (HP-CHPR) nos anos 2004, 2005 e 2006, para orientar as ações que devem ser realizadas pelos programas de atenção à saúde da população que utiliza o setor público.

Material e método: durante os anos 2004, 2005 e 2006 o Comitê de Auditoria de Óbitos do HP-CHPR analisou todas as mortes acontecidas no hospital, classificando-as segundo os critérios de redutibilidade elaborados por Erika Taucher, adequados às pautas de atenção de saúde do Uruguai. As mortes foram classificadas em evitáveis, não evitáveis e desconhecidas.

Resultados: faleceram 279 crianças no HP-CHPR no período analisado. Cento e cinquenta e oito mortes, 56% do total, eram mortes evitáveis. Por causas não evitáveis faleceram 96 crianças e por causa desconhecida 25. A maioria das mortes evitáveis estava relacionada com causas redutíveis por diagnóstico e tratamento precoce (n=78) e por medidas higiênicas, saneamento ambiental e educação sanitária (n=67).

Discussão: estes valores mostram o fracasso na aplicação de medidas de prevenção e a necessidade de reforçar os programas de atenção de saúde infantil do sistema de saúde. Os resultados obtidos poderão contribuir para o planejamento de ações de saúde com este objetivo.

Bibliografía

1. **Holland W, Fitzsimons B.** La mortalidad evitable: su uso en los países en desarrollo. *Bol Invest Serv Salud* 1990; (5).
2. **Royer ME, Arbitman JP.** Mortalidad infantil evitable. Estudio de su ocurrencia en la ciudad de Buenos Aires y en los hospitales públicos. Año 1994. *Rev Med Infant* 1997; 4(2): 82-7.
3. Desigualdades en la mortalidad infantil en la región de las Américas: elementos básicos para el análisis. *Bol Epidemiol OPS* 2001; 22(2): 4-7.
4. **Kaempffer AM, Medina E.** Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes. Chile 1998. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(5): 405-12.
5. **Ferrari AM, Ferreira A, De Leonardis D, Fernández A, Imbricco J.** Mortalidad hospitalaria en un hospital pediátrico de referencia nacional: Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Méd Urug* 2002; 18: 59-65.
6. **Santoro A, Hackembruch C, Gutiérrez C, Repetto M, De Leonardis D, Rubio I, et al.** Evolución de la mortalidad en el hospital pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período 1999-2002. Informe de Comité de Auditoría de Fallecidos. *Arch Pediatr Urug* 2003; 74(3): 212-8.
7. **Santoro A, Fernández A, Martínez G, Gutiérrez C, Alberti M, Ferrari AM, et al.** Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos. Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Actualización 2004. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76(2): 145-50.
8. Mortalidad evitable por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en Puerto Rico (Risaralda). *Bol Epidemiol Sem* 2003; (19 ene-25 feb.)
9. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Niños sanos: la meta de 2002. Washington: OPS/OMS, 2000.
10. **Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group.** How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
11. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Estadística.** Tasas de mortalidad de 1 a 4, 5 a 9 y 10 a 14 años, 2006.
12. **Fernández A, Rodríguez A, Palenzuela S, González N, Gutiérrez MC, Alberti M.** El valor de la necropsia en una unidad de cuidado intensivo pediátrico. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72(3): 211-6.
13. **Gutiérrez MC, Rodríguez A, Palenzuela S, Balbela B, Rubio I, Lemes A, et al.** Muerte inesperada del lactante. Diagnóstico de situación en la ciudad de Montevideo. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72(3): 185-97.