

Caracterización epidemiológica de los fallecidos menores de un año en 2014 en Uruguay

Grupo de trabajo

Andrea Sánchez - Evelyn Suárez - María de los Ángeles Valdez - Lourdes Valerio - Ana
Velázquez

Orientador

Asist. Dra. Alicia González
Departamento de Medicina Preventiva y Social

Contenido

Resumen.....	3
Palabras clave	3
Introducción.....	4
Objetivo.....	6
Metodología.....	7
Diseño	7
Obtención de datos.....	7
Análisis de datos	7
Aspectos éticos	7
Resultados	8
Discusión.....	11
Conclusiones	12
Referencias bibliográficas	13
Anexo 1: operacionalización de variables	16
Anexo 2: tabla grandes causas de muerte.....	17
Anexo 3: tabla causas puras de muerte	18

Resumen

Las muertes ocurridas en sujetos menores a un año de edad, ya sea en su etapa neonatal o en su etapa postneonatal, constituyen un importante indicador del estado de salud de una población y son influidas por una multiplicidad de factores no solo biológicos sino también socioculturales y económicos. Conocer la situación con respecto a este asunto es de fundamental interés para los países. **Objetivo:** describir las principales variables epidemiológicas de los fallecidos en Uruguay en el año 2014. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo de los fallecimientos ocurridos en 2014 en menores de un año utilizando la base de datos del Registro Nacional de Defunciones. **Resultados:** se registraron 376 fallecimientos en menores de un año, 47,6% de los cuales ocurrieron en la etapa neonatal precoz. Se observa mayor frecuencia de bajo peso al nacer y prematuridad en los fallecidos en etapas neonatales que en aquellos fallecidos en etapas postneonatales. Las causas de fallecimiento difieren según la etapa en la que este ocurre. **Conclusiones:** la metodología seleccionada no permite analizar asociación, pero resultaría interesante el aporte de un estudio de cohorte que permita relacionar las variables referidas en las conclusiones.

Palabras clave

Mortalidad infantil, causas de muerte.

Introducción

La mortalidad infantil (MI) incluye todas las defunciones en menores de un año que ocurren en la población de nacidos vivos (1). Para obtener la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), se divide el número de muertes de menores de un año ocurridas en un año determinado entre la población de nacidos vivos en ese año (2).

La TMI es uno de los principales indicadores de salud de la población (3), un indicador demográfico negativo que depende de numerosos factores relacionados no sólo con los servicios de atención a la salud sino con las condiciones sociales de la población (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las muertes en menores de 5 años se ha reducido de 12,6 millones en 1990 a 6,6 millones en 2012 (5). Actualmente cada año mueren aproximadamente 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana (6).

En América Latina y el Caribe la tasa media de mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2010, se redujo de 54 a 23 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Esto representó una disminución media anual de 4,3% de la mortalidad de menores de 5 años en la región (7). Cada año mueren cerca de 400.000 menores de cinco años en la región. De estos, 190.000 mueren en primeros 28 días, por lo tanto la mortalidad neonatal representa el 60% de la mortalidad infantil y el 40% de los menores de 5 años (8).

En la República Oriental del Uruguay (ROU), la TMI en el año 2014 alcanzo 7,78 muertes por mil nacidos vivos, que representan, junto a los de 2010, los mejores datos en la historia del Uruguay y de las Américas, siendo la mayor incidencia ocurrida durante la etapa neonatal (9). Desde 1960 ROU ha mostrado una tendencia decreciente de la TMI. Analizado el periodo 1960-2012 en forma global, en los últimos 50 años la TMI se redujo de cifras de más de 50 por mil nacidos vivos a valores próximos a 9 por mil nacidos vivos (4).

Entre 1990 y 2012, la tasa se redujo de 20.6 a 9.3 por mil bebés nacidos vivos. La tasa global de 2012 fue de 9.3 por mil nacidos vivos. Entre 2004 y 2012 se redujo de 13.2 a 9.3, por lo que el comportamiento es descendente, tanto para la tasa de mortalidad neonatal, que bajó en ese

mismo período de 7.7 a 5.6, como de la postneonatal que bajó de 5.5 en 2004 a 3.7 en 2012 (10).

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ODM4) es la reducción de la mortalidad en los menores de 5 años en dos tercios para el año 2015 con respecto a las cifras de 1990, esto sería de 12,6 millones a 4,2 a nivel mundial (5).

La consecución de la meta en el país exige registrar una tasa global de 7,8 por cada mil nacidos vivos en 2015 (11).

La MI se divide en 2 componentes: el neonatal (0 a 27 días), y el postneonatal (28 a 365 días). A su vez el periodo neonatal presenta 2 componentes, el neonatal precoz (0 a 6 días) y el neonatal tardío (7 a 27 días) (2).

Estos componentes presentan diferentes causas de fallecimiento; siendo las causas principales de fallecimientos de neonatos en el mundo: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto; estas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad (12). En cuanto a las causas del componente postneonatal, se asocian a patologías de origen exógeno, como enfermedades infecciosas y afecciones respiratorias (1).

En la ROU en 2012, al igual que lo observado en años anteriores, es posible evidenciar que las afecciones vinculadas con la prematurez y las malformaciones congénitas constituyen las principales causas de defunción en niños menores de un año, aunque en 2012 se observa un incremento en las defunciones relacionadas con las mismas causas. La tasa de mortalidad por causas infecciosas también se incrementó (4).

El estudio de la MI, sus variables y determinantes ha sido tradicionalmente dividido en dos grandes áreas. Investigadores de las ciencias sociales se han centrado en el nivel socioeconómico de los padres, la familia y la comunidad y sus efectos sobre la MI, mientras que los investigadores médicos han concentrado en el aspecto biológico como procesos, dotaciones, y condiciones que afectan los resultados de salud infantil. Para los investigadores de las ciencias sociales, los factores socioeconómicos a nivel individual, del hogar, y la comunidad se cree que afectará a las preferencias del individuo y los recursos disponibles para la demanda y el consumo de insumos para la salud, como la atención prenatal, tratamiento médico, y otros. Por otro lado, los investigadores médicos se concentran en condiciones biológicas y dotaciones de

salud de las madres y sus niños, y cómo puede afectar directamente a la probabilidad de supervivencia infantil (13).

Un estudio realizado en Uruguay con datos del principio del 2000 analizó la influencia que tiene la situación socioeconómica con la MI. Se encontró que esta se correlaciona negativamente, lo que sugiere que las políticas que mejoran la situación socioeconómica de la madre pueden llevar a notables mejoras en la salud infantil (13).

De acuerdo con la literatura, los principales factores de riesgo socioeconómicos determinantes de la MI son bajo nivel socioeconómico (13) , bajo nivel educativo de la madre (13) (14) (15) (16), menor o ausencia de los controles prenatales (17) (18) (19), captación tardía de la atención prenatal (18), ausencia de lactancia materna (20) (15) (19) , antecedentes de muertes infantiles (18) (17) (19), nacidos en hospitales públicos (13) (16), intervalo intergenésico corto (17) (19).

Los principales factores de riesgo biológicos determinantes de la mortalidad infantil son sexo masculino del neonato (13) (14), edad materna menor a 18 años (14) (18) (19), bajo peso al nacer (18) (15) (21) (17) (16) (19), puntaje de Apgar <7 (18) (21) (22) y gestación pretérmino (13) (21) (16) (19).

Para poder actuar de manera efectiva sobre la mortalidad infantil abordando de forma integral sus determinantes, es necesario primero conocer las características epidemiológicas de los fallecidos menores de un año, para luego identificar los factores más importantes que afectan la mortalidad. Este trabajo pretende describir las variables epidemiológicas más importantes relacionadas principalmente con el período perinatal de los fallecidos en el Uruguay en el año próximo pasado, así como conocer las causas de estos fallecimientos.

Objetivo

Caracterizar desde el punto de vista epidemiológico a los fallecidos menores de un año en 2014 en la ROU.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo de todos los fallecidos menores de un año en el territorio nacional en el año 2014.

Obtención de datos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Certificado Nacional de Defunción, proporcionada sin nominalizar por el Ministerio de Salud Pública.

En Uruguay el Registro Civil es el responsable de registrar la identidad y filiación del recién nacido, así también como las defunciones, y el MSP se encarga de la emisión del certificado del nacido vivo, y recibe también el Certificado Médico de Defunción, ingresando toda la información en sus bases de datos (23). Se estima que el registro de defunciones es completo dado que en el territorio nacional no se puede realizar inhumación de restos humanos sin la existencia de Certificado de Defunción.

Análisis de datos

Se describieron las variables sexo del fallecido, edad gestacional al nacimiento, peso al nacer del fallecido y causa de muerte (según CIE 10), así como la edad en la que ocurrió la misma.

Para la operacionalización de las variables del estudio referirse al Anexo 1.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la población en estudio, calculando frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas, y medidas de resumen como media y desvío estándar para aquellas cuantitativas continuas.

Los datos se presentan en tablas y gráficos.

Para el análisis se utilizaron los programas EPI Info™ 7 y Apache OpenOffice Calc 4.1.1.

Aspectos éticos

Se llevó a cabo el procedimiento de presentar al Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina para su aprobación garantizando aspectos éticos. La base de

datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública no contiene ningún dato identificadorio.

Resultados

En el año 2014 ocurrieron un total de 376 fallecimientos en menores de un año de edad. Aproximadamente el 60% de ellos ocurrieron en sujetos de sexo masculino y el 40 % de sexo femenino (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por sexo de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

Sexo	FA	Porcentaje
Femenino	150	39,9
Indeterminado	1	,3
Masculino	224	59,6
No Indicado	1	,3
Total	376	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

FA: Frecuencia absoluta.

Un 48% de las defunciones ocurrieron en la etapa neonatal precoz, un 36% en la etapa post neonatal y un 16% en la neonatal tardía (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por tipo de mortalidad infantil de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

Tipo de MI	FA	Porcentaje
Neo precoz	179	47,6
Neo tardía	61	16,2
Post neo	136	36,2
Total	376	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

FA: Frecuencia absoluta. MI: mortalidad infantil. Post neo: postneonatal.

Un porcentaje elevado (43%) de los fallecimientos ocurrieron en sujetos que habían presentado muy bajo peso al nacer. El peso mínimo de los fallecidos fue de 400 gr y el máximo de 4940 gr. La media de peso fue de 1990 gr.

Se observó que de los fallecidos en las etapas neonatales, precoz y tardía, un elevado porcentaje había presentado al nacimiento un muy bajo peso. De los fallecidos en la etapa post neonatal, el mayor porcentaje había presentado al nacer un peso normal (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por tipo de mortalidad y peso al nacer de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

Categoría de PN	Mortalidad Infantil			Total
	Neo precoz	Neo tardía	Post neo	
Muy bajo	114	29	19	162
Bajo	24	8	27	59
Normal	38	23	79	140
Macrosómico	3	1	11	15
Total	179	61	136	376

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

FA: Frecuencia absoluta. PN: Peso al nacer. Neo: neonatal.

En la tabla 4 se muestra la relación del sexo con la etapa en la que se produce la muerte, evidenciando que en el período neonatal precoz el sexo masculino duplica en frecuencia al femenino, en la neonatal tardía, ambos sexos están igualados, y en la etapa post neonatal también prevalece el sexo masculino frente al femenino.

Tabla 4. Distribución por tipo de mortalidad y sexo de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

Sexo	Mortalidad Infantil (FA)			Total
	Neo precoz	Neo tardía	Post neo	
Femenino	65	30	55	150
Indeterminado	1	0	0	1
Masculino	112	31	81	224
No Indicado	1	0	0	1
Total	179	61	136	376

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

FA: Frecuencia absoluta. Neo: Neonatal.

El mayor número de muertes ocurrió en sujetos que nacieron como pretérmino severo, constituyendo un 46% del total de fallecidos menores de un año. Un 36% de los fallecidos habían presentado nacimientos de término (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución por edad gestacional al nacer de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

EG al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Postérmino	23	6,1
Pret leve	29	7,7
Pret moderado	16	4,3
Pret severo	173	46,0
Término	135	35,9
Total	376	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

EG: edad gestacional. FA: Frecuencia absoluta. Pret: pretérmino.

De las muertes producidas en el periodo neonatal precoz, el 67% habían sido nacimientos de pretérmino severo mientras que de los fallecimientos ocurridos durante la etapa neonatal tardía un 62 % habían sido nacimientos de término (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución por edad gestacional al nacer y tipo de mortalidad infantil de los fallecidos menores de un año en Uruguay en 2014.

EG al nacer	Mortalidad Infantil (FA)			Total
	Neo precoz	Neo tardía	Post neo	
Postérmino	12	2	9	23
Pret leve	10	3	16	29
Pret moderado	8	4	4	16
Pret severo	120	30	23	173
Término	29	22	84	135
Total	179	61	136	376

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

EG: edad gestacional. FA: Frecuencia absoluta. Pret: pretérmino.

La primera causa de mortalidad es el capítulo de la CIE 10 Ciertas afecciones originadas en el período neonatal, causando casi un 45% del total de fallecimientos y el 75% de los fallecimientos ocurridos en la etapa neonatal precoz. Dentro de este capítulo, la causa pura más frecuente globalmente es la inmadurez extrema, aunque esta pierde importancia en los fallecimientos ocurridos en la etapa neonatal tardía y más aún en la post neonatal, en la que causa menos del 1% de los fallecimientos. El síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido es otra causa importante en la etapa neonatal precoz, causando más del 10% de las defunciones. . En la etapa post neonatal cobra importancia la muerte súbita del lactante como causa de muerte y existe un gran porcentaje de causas mal definidas que no son útiles para el análisis de causa de muerte, así como un importante porcentaje de muertes no explicadas. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas como causa de muerte se mantienen uniformes en las diferentes etapas de la vida (Anexos 2 y 3).

Discusión

La limitante principal de este trabajo constituye la falta de datos sobre el embarazo y la madre del fallecido, que proporcionan muy valiosa información sobre factores socioculturales que podrían estar influyendo en la ocurrencia de la defunción. Se cuenta únicamente con datos acerca del niño y su situación perinatal, así como de la causa de muerte, permitiendo un análisis limitado y enfocado casi exclusivamente a variables biológicas vinculadas con el proceso.

La metodología del trabajo, por ser descriptiva, no permite realizar análisis sobre asociación de factores, pero la información obtenida sobre el mayor porcentaje de pretérminos severos y de muy bajo peso al nacer en los niños fallecidos en la etapa neonatal precoz sugiere la concordancia con estudios analíticos realizados previamente que arrojaron que factores biológicos como la edad gestacional al nacer y el peso al nacer influyen principalmente en aquella mortalidad ocurrida en los primeros días de vida.

Otro dato que apoya la idea de que los factores biológicos influyen en la mortalidad infantil, son las causas de muerte siendo en un mayor porcentaje las causas perinatales, encontrándose estas causas en un mayor porcentaje en las muertes ocurridas en el periodo neonatal precoz.

Al estudiar las diez causas puras más frecuentes de cada etapa, encontramos como causas principales de muerte en el periodo neonatal (precoz y tardío) a las relacionadas con patologías perinatales, mientras que en la etapa postnatal estas pierden valor. Dentro de las perinatales las

más frecuentes son las denominadas según la CIE 10 como “otros trastornos endócrinos neonatales transitorios” para el periodo neonatal. También adquiere valor en esta etapa la sepsis bacteriana del recién nacido, ocupando un segundo lugar en frecuencia. En la etapa postneonatal, cobran valor otros factores, encontrándose que la gran mayoría de los nacimientos fueron de término, y presentaban un normo peso al nacer. Dentro de las causas de muerte vemos que prevalecen los hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

Estos resultados resultan concordantes con lo observado en años anteriores en la ROU donde se conoce que las afecciones vinculadas con la prematurez y las malformaciones congénitas constituyen las principales causas de muerte en menores de un año, prevaleciendo más en el período neonatal lo vinculado a causas biológicas y en el período post neonatal lo vinculado a otro tipo de determinantes.

Conclusiones

Las características de los fallecidos antes del año de vida varían según la etapa en la que haya ocurrido el fallecimientos. En las defunciones ocurridas en las etapas neonatales, predominan los sujetos con bajo peso al nacer, nacidos de pretérmino y las causas más importantes tienen que ver con factores perinatales, especialmente con la propia prematuridad. En las defunciones ocurridas en la etapa postneonatal, predominan los sujetos que nacieron a término y con normopeso y las causas no están relacionadas con factores perinatales en su gran mayoría, aunque existe un gran número de causas mal definidas que impiden el adecuado análisis.

Referencias bibliográficas

1. Mortalidad Infantil en Uruguay 2011 Análisis preliminar para. 2012;
2. Demográficos a, Población a. Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. 2013;(October):1–35.
3. Kim D, Saada A. The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: A cross-country systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(6):2296–335.
4. Msp. Mortalidad Infantil Uruguay 2012. 2013;1–31.
5. OMS | Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). World Health Organization; [cited 2015 May 22]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>
6. OMS | Reducción de la mortalidad en la niñez. World Health Organization; [cited 2015 Jun 7]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
7. La mortalidad infantil se redujo a más de la mitad en veinte años, pero persisten las disparidades entre países de las Américas. 2012 Nov 22 [cited 2015 May 22]; Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7493%3AAla-mortalidad-infantil-redujo-mas-mitad-veinte-anos-persisten-disparidades-entre-paises-americas&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=2&lang=es
8. The Partnership for Maternal N& CHO. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción: síntesis de situación y enfoque estratégico. Partnersh Matern Newborn Child Heal [Internet]. 2010;1–19. Available from: http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
9. Uruguay registró en 2014 los indicadores de mortalidad infantil más bajos de su historia | Ministerio de Salud Publica - Republica Oriental del Uruguay [Internet]. [cited 2015 Jun 7]. Available from: <http://www.msp.gub.uy/noticia/uruguay-registr%C3%B3-en-2014-los-indicadores-de-mortalidad-infantil-m%C3%A1s-bajos-de-su-historia>
10. MSP - Salud Pública alcanzó un descenso de la tasa de mortalidad infantil en el último trienio [Internet]. [cited 2015 Jun 7]. Available from: http://www2.msp.gub.uy/uc_7896_1.html
11. ODM 4 | El PNUD en Uruguay [Internet]. [cited 2015 Jun 7]. Available from: <http://www.uy.undp.org/content/uruguay/es/home/mdgoverview/overview/mdg4/>
12. OMS | Reducción de la mortalidad de recién nacidos. World Health Organization; [cited 2015 Jun 7]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

13. Jewell RT. INFANT MORTALITY IN URUGUAY : THE EFFECT OF SOCIOECONOMIC STATUS ON SURVIVAL. 2014;48(2).
14. Mekonnen Y, Tensou B, Telake DS, Degefie T, Bekele A. Neonatal mortality in Ethiopia: trends and determinants. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2013;13(1):483. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3659057&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Teresinha L, Geib C, Fréu CM. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo , Rio Grande do Sul Social and biological determinants of infant mortality in population cohort in the city of Passo Fundo , Rio Grande do Sul State. :363–70.
16. Article A. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis Risk factors for neonatal and post-neonatal mortality in the Central-West region of Brazil : lin. Cad Saúde Pública. 2000;16(2):477–85.
17. Dube L, Taha M, Asefa H. Determinants of infant mortality in community of Gilgel Gibe Field Research Center, Southwest Ethiopia: a matched case control study. BMC Public Health [Internet]. 2013;13:401. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3644261&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Ribeiro FD, Aparecida R, Ferrari P, Lopes F, Anna S, Dalmas JC, et al. Revista paulista de pediatria. 2014;32(4):381–8.
19. Campa Cruz M, Martínez Camejo JM, Russell González A V, Acosta Vidal ZM. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil, en un área de salud. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 1999, Editorial Ciencias Médicas; [cited 2015 May 20];11(2):121–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Mustafa HE. Socioeconomic determinants of infant mortality in Kenya. 2007;2(May):1–16. Available from: <http://hdl.handle.net/10539/5805> <http://wiredspace.wits.ac.za/handle/10539/5805>

21. Claros M, Gerais M, Martins EF, Velásquez-meléndez G. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos , Montes Claros , Minas Gerais , 1997-1999 Determinants of neonatal mortality in a cohort of born alive infants ,. 2004;4(4):405–12.
22. Iliodromiti S, Mackay DF, Smith GCS, Pell JP, Nelson SM. Apgar score and the risk of cause-specific infant mortality: a population-based cohort study. Lancet [Internet]. 2014 Nov 15 [cited 2015 May 22];384(9956):1749–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25236409>
23. Naciones Unidas Uruguay. El sistema de estadísticas vitales en Uruguay: elementos para su diagnóstico y propuestas para su mejoramiento. [Internet]. [cited 2015 Jun 7]. Available from: http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/295_pdf.pdf

Anexo 1: operacionalización de variables

Nombre	Definición conceptual	Operacionalización	Tipo y escala	Conjuntos de Valores
Causa de Muerte CIE 10	Causa de muerte según Clasificación Internacional de Enfermedades		Nominal	A001...
Sexo	Sexo del recién nacido		Nominal	Masculino/ Femenino/Indeterminado
Edad Gestacional al nacer	Semana de embarazo al momento del parto	<32 semanas pretérmino severo, 33 - 34 s es pretérmino moderado, 35 - 36 s pretérmino leve, 37 - 41 s término, ≥ 42 postérmino	Categoría	Pretermino severo, pretermino moderado, pretermino leve, termino.
Peso	Peso en gramos del recién nacido al momento del parto	Valores menor a 1499 muy bajo peso, entre 1500 y 2499 es bajo peso, valores entre 2500 y 3999 es normopeso, valores mayores o igual a 4000 es macrosómico	Categórica	Muy bajo peso, bajo peso, normopeso, macrosomico
Peso al nacer	Peso en gramos del recién nacido al momento del parto	Valores menor a 1499 muy bajo peso, entre 1500 y 2499 es bajo peso, valores entre 2500 y 3999 es normopeso, valores mayores o igual a 4000 es macrosómico	Categórica	Muy bajo peso, bajo peso, normopeso, macrosomico

Anexo 2: tabla grandes causas de muerte

Tabla 7. Distribución de fallecimientos por grandes capítulos de causas de CIE – 10 y tipo de mortalidad infantil. Uruguay, 2014.

Capítulo CIE - 10	Neo precoz FA		Neo tardía FA		Post neo FA		Total general	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias			2	3,25	7	5,15	9	2,39
Enf de la sangre y de los órg hematopoyéticos y otros trastornos que afectan la inmunidad					1	0,74	1	0,27
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas					2	1,47	2	0,53
Enfermedades del sistema nervioso			1	1,64	5	3,68	6	1,60
Enfermedades del sistema circulatorio			1	1,64	5	3,68	6	1,60
Enfermedades del sistema respiratorio					9	6,62	10	2,66
Enfermedades del aparato digestivo	1	0,56			2	1,47	2	0,53
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo					1	0,74	1	0,27
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	135	75,42	24	39,34	9	6,62	168	44,68
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	43	24,02	24	39,34	30	22,06	97	25,80
Sínt, signos y hallazgos anormales clínicos y de lab, no clasificados en otra parte			9	14,75	57	41,91	66	17,55
Causas externas de morbilidad y de mortalidad					8	5,88	8	2,13
Total general	179	100	61	100	136	100	376	100

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

EG: edad gestacional. FA: Neo: neonatal. Frecuencia absoluta. Enf: enfermedades. Órg: órganos. Sínt: síntomas. Lab: laboratorio.

Anexo 3: tabla causas puras de muerte

Tabla 8. Distribución de fallecimientos por causas puras de muerte de CIE – 10 y tipo de mortalidad infantil. Uruguay, 2014.

Causas puras CIE - 10	Neo precoz		Neo tardía		Post neo		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Inmaduridad extrema	33	18,44	3	4,92	1	0,74	37	9,84
Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad			5	8,20	31	22,79	36	9,57
Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	20	11,17	6	9,84			26	6,91
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	21	11,73	1	1,64			22	5,85
Síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación	8	4,47	5	8,20	7	5,15	20	5,32
Síndrome de la muerte súbita infantil			3	4,92	12	8,82	15	3,99
Depresión cerebral neonatal	13	7,26			1	0,74	14	3,72
Muerte que ocurre en menos de 24 h del inicio de los síntomas, no explicada de otra forma			1	1,64	13	9,56	14	3,72
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	5	2,79	6	9,84	2	1,47	13	3,46
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	7	3,91	2	3,28	3	2,21	12	3,19
Total	107	59,78	32	52,46	70	51,47	209	55,59

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos del Registro Nacional de Defunciones.

EG: edad gestacional. FA: Neo: neonatal. Frecuencia absoluta.