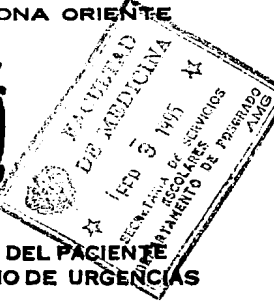


17237 176  
2ej.  
FACULTAD DE MEDICINA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION MEDICA ZONA ORIENTE**



**" ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
PEDIATRIA "**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA  
P R E S E N T A :  
DR. JUAN MANUEL VALDERRAMA JIMENEZ**

**ASESOR DE TESIS  
DRA. MARIA DEL CARMEN NERI MORENO  
TITULAR DEL GRUPO  
DRA. MARIA DEL CARMEN NERI MORENO**

**MEXICO, D. F.  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1964



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Indled*

DRA. MA. DEL CARMEN MERI MORENO  
ASESOR DE TESTIS

*Indled*

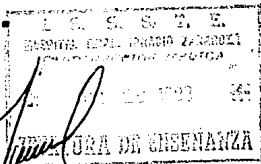
DRA. MA. DEL CARMEN MERI MORENO  
TITULAR DEL CURSO

*Juan Manuel Barrera*

DR. JUAN MANUEL BARRERA BARRERA  
JEFE DE INVESTIGACION  
HOSP. REG. "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

*Jorge Negrete Corona*

DR. JORGE NEGRETE CORONA  
COORD. DE CAP., INV. Y DESARROLLO  
HOSP. REG. "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"



**Dedico esta tesis con todo mi amor:**

- **A Dios por ser mi padre omnipotente, dador de vida, en quien confío lleve mis pasos hacia la superación por el camino del bien y guíe mis manos para brindar salud y bienestar a mis semejantes.**
- **A la memoria de Mi Madre.**
- **A Don Manuel, Manuel Abraham, Michelle Stephanie y Neri, que a cada instante me dan esa dosis de estímulo para enfrentar un nuevo día.**
- **A todas aquellas personas que han creído en mí y me han brindado su apoyo y comprensión.**

**Mi agradecimiento a la Dra. Ma. del Carmen Neri M., por su esfuerzo y dedicación en la formación de nuevas generaciones de pediatras.**

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
HIPOTESIS.....	12
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
METODOLOGIA.....	15
RESULTADOS.....	16
FE DE ABREVIATURAS.....	19
CUADROS, GRAFICAS Y TABLAS .....	20
COMENTARIO.....	40
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

## INTRODUCCION

Todo el mundo sabe que el niño es incapaz de sobrevivir por si mismo, tanto menos cuanto más pequeño es y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionen sus padres o quienes lo sustituyan en esta tarea trascendente de la formación del hombre por el hombre, tarea que también incumbe a los profesionales encargados de vigilar su salud y su educación, como son principalmente los médicos y los educadores.

En la historia natural del hombre pueden distinguirse tres etapas fundamentales: 1) La del crecimiento y desarrollo somatopsíquico y social, que ocupa los primeros 18 años de su vida; 2) La madurez, que comprende la edad adulta y 3) La declinación o senectud. La primera se caracteriza por el predominio del anabolismo, la progresiva adquisición de conocimientos, destrezas y capacidades, la obvia dependencia a sus familiares para satisfacer sus necesidades básicas de vida y la mayor incidencia de condiciones patológicas, derivadas, las más de las veces, precisamente de su inmadurez biológica, mental y social.

El niño de hoy fue el recién nacido de ayer, pronto será un adolescente y luego un adulto; cada individuo es una continuidad, una unidad a través del tiempo; su estado de salud actual depende del que tuvo antes y a la vez influirá en el que tendrá después; así por ejemplo, la patología fetal se revela en el neonato, la desnutrición en el preescolar repercutirá en las características somáticas del joven adulto ( 13 )

Las acciones de medicina preventiva, que son inherentes al manejo de cada caso en particular, implican en pediatría todas las medidas que ha de iniciar el médico para prevenir en el niño sano o enfermo, posteriores alteraciones en su salud. Los programas y actividades de prevención colectiva competen a las autoridades y organismos encargados de la salud pública.

El concepto de salud pública que se define como el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y procurar el bienestar físico, mental y social del individuo a través de los esfuerzos organizados de la comunidad, abarca en la población infantil todas las actividades que se realizan en bien de los niños.

## MARCO TEORICO

Con el fin de llevar a cabo una mejor organización de los recursos a disposición en beneficio de la comunidad, se han planeado estrategias basadas en el análisis de indicadores epidemiológicos (5). De tal forma que un estudio epidemiológico no debe de limitarse a determinación de tasas, es necesario explicar su significado, sugiriéndose para tal fin analizar por separado el numerador y denominador de dichas tasas (9).

Los indicadores pueden clasificarse según indiquen si una persona está sana o no (p.ej. , midiendo la resistencia física o las respuestas a los factores estresantes) (1). Por otro lado puede ser de interés disponer de indicadores que proporcionen información en términos de supervivencia de la especie. En ese caso pueden interesar particularmente indicadores demográficos como la tasa de natalidad o de reproducción. La morbilidad, mortalidad, letalidad y supervivencia por poediagnóstico, muestran sobre todo aspectos negativos de salud .

A continuación presento una clasificación de indicadores de salud basada en estimaciones directas e indirectas:

1.- Indicadores directos (observados en los individuos) representan el primer grupo pudiendo provenir de varias fuentes.

- De la demografía (natalidad o esperanza de vida).
- De la clínica (morbilidad, mortalidad, etc.).
- De las estrategias paramédicas (absentismo).



-De una medida directa de la calidad de las funciones fisiológicas (resistencia física, capacidad de adaptación).

-De una síntesis de las observaciones referentes a varias patologías (incapacidad, bienestar físico o mental, etc.).

-De las diferentes especialidades médicas (prematuridad, mortalidad materna, etc.).

2.- Estimaciones Indirectas. Representadas principalmente por el grado de exposición de la colectividad a los factores nocivos o reconocidos como causales de patologías importantes, cuya dimensión real es en ocasiones difícil de percibir (importancia del alcoholismo, tabaquismo, etc.)

-Tasa bruta de natalidad.

-Tasa global de fecundidad.

-Tasa bruta de reproducción.

-Esperanza de vida al nacer (vida media).

-Pirámide de edad (árbol de vida).

-Razón de dependencia.

-Etc..

## INDICADORES CLINICOS

Este tipo de estadísticas se basa en las observaciones de casos de enfermedad referidas en los archivos médicos. Algunos indicadores son cuantitativos (morbilidad, mortalidad, letalidad, mientras que otros expresan, más bien, los aspectos cualitativos de los fenómenos mórbidos (duración de la enfermedad, severidad, supervivencia, etc.).

**Mortalidad, morbilidad y letalidad.**- La mortalidad relaciona el número de muestras con el conjunto de la población a la que pertenece. La morbilidad es la relación entre el número de enfermos y el efectivo total de la población. La letalidad relaciona el número de muertes con el conjunto de enfermos.

Si una enfermedad sigue un curso relativamente estereotipado, conduciendo a una proporción constante de curaciones, cronicidades, minusvalías y muertes, la mortalidad será función de la incidencia y la letalidad:

$$M = I \times L \quad (\text{Luego } L = M / I)$$

**M = Mortalidad**

**I = Incidencia**

**L = Letalidad**

Aunque la mortalidad sea el índice de salud negativo más frecuentemente utilizado, sólo es capaz de informar sobre las enfermedades mortales. No aporta información directa sobre el número de individuos enfermos ni sobre la propagación o la importancia de las enfermedades no mortales. Es preciso, por lo tanto conocer la morbilidad (generalmente en forma de tasa de prevalencia o de incidencia).

Los estudios poblacionales de morbilidad se justifican por las siguientes razones:

- 1.- El control de las enfermedades.
- 2.- La planificación y ejecución de medidas preventivas.
- 3.- La planificación de la atención terapéutica.
- 4.- El análisis de factores sociales, relacionados con la salud de la población.
- 5.- La estimación de la importancia económica de una enfermedad.
- 6.- La investigación etiológica y clínica de una enfermedad.
- 7.- Las investigaciones sobre la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.
- 8.- Las comparaciones nacionales e internacionales de la propagación de las enfermedades.

Las fuentes más importantes de datos de morbilidad son dos:

1.- La documentación formal relativa a algunas enfermedades. Desgraciadamente estos documentos no siempre están disponibles, obteniéndose una información carente de precisión.

2.- Las encuestas de morbilidad aplicadas sobre todo al número de personas enfermas y a la duración de la enfermedad de dichas personas.

Los índices utilizados para medir el impacto de la morbilidad son:

1.- El número de jornadas de actividad reducida (trabajo, actividades diarias corrientes, etc.).

2.- El número de días de encamamiento.

3.- El número de días de absentismo laboral.

4.- El número de días de absentismo escolar.

La duración del encamamiento, de la hospitalización o del absentismo, expresa indirectamente la severidad de la enfermedad.

Los indicadores directos miden el grado de afectación de las diferentes regiones corporales o de los diferentes sistemas anatómofisiológicos teniendo en cuenta el tipo de lesión, a continuación, se asigna una puntuación al estado general del individuo, utilizando cualesquiera de las escalas convencionales (Cumulative Illness Rating Scale o Abbreviated Injuri Scale, etc.).

El enfoque precedente a concernido sobre todo la severidad como un fenómeno diagnósticable.

La severidad de la enfermedad puede ser así mismo evaluada en un plano subjetivo o en ambos simultáneamente. De esta forma, teniendo en cuenta el pronóstico, la duración de la enfermedad, su letalidad, la incapacidad de los afectados y el grado de indisposición (dolor, incomodidad, etc.) se ha podido establecer una escala de gravedad de la enfermedad. Dicha escala manifiesta una buena concordancia entre la percepción médica y la del enfermo.

Como se refiere líneas atrás, la mortalidad es uno de los indicadores epidemiológicos más usados ya que el reporte de los casos se realiza con mayor veracidad que el de otros indicadores (al igual que el reporte de natalidad), por lo que dicha información es más accesible que la de otros indicadores. Incluyéndose reportes de morbilidad, de los cuales sólo los reportes de casos notificados de enfermedades transmisibles, proporcionados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática de la Secretaría de Salud, son localizables con cierta regularidad.

De acuerdo a lo anterior encontramos que las principales causas de morbi-mortalidad encontradas (11 y 14) corresponden a infecciones respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarreicas, encontrándose con variaciones en orden de frecuencia, sin embargo incluidas siempre dentro de las diez principales causas (cuadros 1 y 2) (11 y 14).

Las tasas de mortalidad o grupos de causas de acuerdo a los grupos de edad reportan que los extremos de la vida son los más afectados encontrándose que las edades pediátricas, principalmente los menores de un año presentan como principales causas a las enfermedades infecciosas y parasitarias (cuadros 3 y 4) en donde se aprecia que no ha habido cambios importantes entre los años 1960 y 1975) (10).

**PANORAMICA ACTUAL.-** Los estudios en materia de salud pública en México, se encuentran dirigidos principalmente a diagnósticos de salud de poblaciones abiertas, teniéndose poca información en el área pediátrica específicamente, encontrándose algunos reportes de "los primeros benefactores del niño" en el siglo XVI, como fueron Bernardino Alvarez, F. Pedro de Gante, el Doctor Pedro López y principalmente Vasco de Quiroga quien en 1530 funda los Hospitales de Santa Fe en la Nueva España, posteriormente en 1764 Fernando Ortiz Cortés funda la primera casa de cuna. El criterio de calidad se convierte en el de beneficencia, obligatoria para el estado con las Leyes de Reforma en 1872, posteriormente en 1914 Venustiano Carranza promulga la Ley de Relaciones Familiares que protege al niño. Posteriormente en 1943 se establece el régimen de seguridad social al crearse el I.M.S.S., que ampara cada año mayor número de beneficiarios, que son los trabajadores, sus esposas, hijos menores de 16 años y sus padres. En ese mismo año se funda el Hospital Infantil de México y pocos años después los Hospitales Infantiles del D.D.F. y el D.I.F.; existiendo actualmente una red de asistencia médica en la que se incluye el I.S.S.S.T.E. e instituciones privadas (13).

A pesar del número cada vez mayor de servicios de salud, en este caso pediátricos, no contamos con información adecuada para una buena distribución y aprovechamiento de los recursos disponibles, haciéndose necesaria la consulta de información indirecta, ya que cada área geográfica requiere estudios específicos a ella debido a que sus condiciones ambientales, sociales, culturales y económicas son específicas, del mismo modo que son específicas las necesidades inherentes a cada área en la estructura intrahospitalaria, despertando el interés de investigación en dichas áreas en centros de reconocimiento internacional como el Boston City Hospital y The Johns Hopkins Medical Institutions (6 y 12).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza ", como su nombre lo indica es un centro de atención médica de concentración en donde se maneja una gran cantidad de pacientes de todas las edades, correspondiendo a las pediátricas un lugar muy importante, siendo el servicio de urgencias pediatría "la trinchera" (utilizando el sentido figurado), ya que es aquí en donde se realizan la mayor parte de las valoraciones y se inicia el manejo de los pacientes que por la característica de su padecimiento o la severidad de éste requieren hospitalización por lo que se hace imperativo que se tengan estadísticas y se lleve un censo del número de dichos pacientes, así como de los padecimientos que se presentan con más frecuencia, para así programar y organizar los recursos disponibles. Así mismo al contar con dichos datos, el pediatra y principalmente el residente de pediatría sabrá a que eventualidades o contingencias se enfrentará con mayor frecuencia, del mismo modo que se tendrá la pauta para realización de estudios posteriores, además que un estudio de las características del presente sería parte integral de un canal endémico.



## **HIPOTESIS**

**La morbi-mortalidad del servicio de urgencias pediatría del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza " es similar a la reportada en las estadísticas del sistema nacional de salud.**

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Conocer las principales causas de morbi-mortalidad en el servicio de urgencias pediatría, como parte integral de un diagnóstico de salud, nos permite hacer un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles (7), sin embargo, no contamos con estudios veraces previos, teniendo el conocimiento de trabajos hechos por el personal adscrito al servicio, sin embargo el siniestro de 1985 interrumpió los trabajos iniciados no realizándose un seguimiento posterior.

Actualmente nuestro servicio se encuentra con una sobredemanda ya que además de atender sus funciones correspondientes al tercer nivel realice las de primer y segundo niveles, esto influenciado por la idiosincrasia de la población y la zona geográfica beneficiadas, encontrándose en la zona oriente de la ciudad, cubriendo las delegaciones políticas de Iztacalco, Iztapalapa, Venustiano Carranza, y algunos municipios del Estado de México en esta área, así como aunque en forma minoritaria algunos Estados de la región sureste de la República Mexicana como Veracruz y Chiapas (3).

Actualmente existen reportes al nivel nacional sobre epidemiología y estadística (2) y a pesar de reportes internacionales sobre el aprovechamiento de las salas de urgencias pediátricas y estudios sobre morbilidad pediátricas (4, 6 y 14), en México y específicamente en nuestra institución no contamos con estudios de este tipo haciéndose imperativa la necesidad de iniciar este tipo de estudios y continuarlos posteriormente con estudios subsecuentes.

## **OBJETIVOS**

El presente estudio consta de un objetivo general, que consiste en conocer las principales causas de hospitalización del servicio de urgencias pediatría del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza ", durante septiembre 1992 y agosto 1993; además de dos objetivos específicos que son:

- 1.- Conocer la incidencia de hospitalización en el servicio de urgencias pediatría.
- 2.- Determinar la morbi-mortalidad del servicio de urgencias pediatría.

## METODOLOGIA

La realización de un diagnóstico de salud en el área de urgencias pediatría del Hospital Regional " " General Ignacio Zaragoza " " es una labor que implicaría todo un equipo , sin embargo en el presente trabajo se pretende realizar sólo un análisis de la incidencia, morbilidad y mortalidad de nuestro servicio y tener en base a los resultados, el punto de partida y la motivación para estudios posteriores, para lo cual utilizaré como hoja de recolección de datos la misma libreta de registro de ingresos y egresos del servicio, ya que con esto se evitará la capacitación del personal para el llenado de una forma especial y se realizará el registro como hasta ahora, sin cambios para no interferir en las actividades del personal.

El periodo de tiempo a estudiar será de un año y se iniciará a partir del 1° de Septiembre de 1992, debiendo concluir el 31 de agosto de 1993, incluyéndose para el estudio todos los pacientes que ameriten ingreso a las salas de observación y estabilización de urgencias pediatría, en las edades comprendidas entre recién nacidos y 14 años 6 meses, determinándose el sexo y diagnóstico de ingreso así como el destino posterior al manejo en dichas salas, posteriormente se procederá a el análisis de la información y reporte de resultados, todo lo anterior correspondiendo a un estudio lineal, prospectivo de información básica (B).

## RESULTADOS

Los datos obtenidos presentaron desviaciones por subregistro detectado, ya que nunca fueron registrados por la misma persona y esta función generalmente la realiza la enfermera no obstante el hallazgo final reportó los siguientes datos:

Pacientes valorados: 30,624, estos representan el total de pacientes vistos en la consulta de urgencias pediatría desde el inicio del estudio 01/SEP/92 hasta el final del mismo el 31/AGO/93.

En un análisis preliminar se procedió a determinar el número de pacientes ingresados a observación y estabilización de urgencias pediatría, encontrándose un total de 3,842, sin embargo el análisis de las variables en estudio sólo se realizó a 3,258 pacientes, ya que muchos datos no se recabaron en la libreta de registro, encontrándose un subregistro del 15.2%. Esta cifra se comparó con el reporte mensual de productividad del servicio de pediatría.

Una vez determinado el número de pacientes ingresados se tomó la cifra de 3,258 como 100% de pacientes ingresados a observación y estabilización de urgencias pediatría de los cuales 1,939 pasaron a las áreas de hospitalización para continuar su manejo, representando el 60.13%, 68 pacientes fueron trasladados a otra unidad (2.09%) siendo la principal causa no ser derechohabientes o que ameritaron cuidados intensivos, 1196 se dieron de alta a su domicilio (36.70%) y se registraron 35 de funciones representando el 1.07% (de esta sólo 30 fueron registradas en forma adecuada).

El Promedio de Hospitalización mensual en base a los datos anteriores fue de 280 pacientes (8.33%) y el promedio diario fue de 9 pacientes (0.27%).

Una vez determinado el motivo de ingreso se procedió a agrupar padecimientos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades, encontrándose según la tabla III que a las enfermedades infecciosas y parasitarias correspondió el 1.78% con 58 pacientes; los tumores representaron el 0.24% con 8 pacientes; las enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo con 0.31% (10 pacientes); enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos fueron el 1.5% con 49 pacientes; las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos presentaron un 7.83% con 255 pacientes; enfermedades del aparato circulatorio fueron sólo tres o sea el 0.09% sin embargo, las enfermedades del aparato respiratorio fueron el 27.96% o sea, 911 pacientes; hubo 471 pacientes con enfermedades del aparato digestivo (14.46%); las enfermedades del aparato genitourinario se presentaron en 30 pacientes (0.92%); las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo correspondieron al 0.89% con 29 pacientes; con enfermedades del tejido osteomuscular y de tejido conjuntivo se encontraron 24 pacientes (0.74%); con anomalías congénitas hubo 44 pacientes siendo el 1.35%; en la clasificación de ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales encontramos 56 pacientes equivalentes a 1.72%; accidentes, envenenamientos y violencias se presentaron en 702 pacientes (21.55%); no especificados hubo 608 pacientes (18.66%).

De acuerdo a la clasificación por edades encontramos: Neonatos 92 del sexo masculino y 92 del femenino; lactantes menores hubo 427 masculinos y 309 femeninos; lactantes mayores hubo 226 masculinos y 142 femeninos; preescolares hubo 490 masculinos y 328 femeninos; escolares se encontraron 508 masculinos y 335 femeninos y en edad adolescente hubo 185 del

sexo masculino y 124 del femenino, lo que representó en forma respectiva 5.65%, 22.59%, 11.30%, 25.11%, 25.87% y 9.48% ( Fig. 3 y Tabla IV ).

De las defunciones estudiadas, encontramos por padecimientos (de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades) las siguientes causas: Enfermedades infecciosas y parasitarias 6 (2 masculinos y 4 femeninos); enfermedades del aparato respiratorio 4 (3 masculinos y 1 femenino); enfermedades del aparato digestivo 3 (3 masculinos y 0 femeninos); anomalías congénitas 1 (0 masculinos y 1 femenino); ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatales 1 (0 masculinos y 1 femenino); accidentes, envenenamientos y violencias 4 (2 masculinos y 2 femeninos); no especificados 11 (8 masculinos y 3 femeninos).

Las defunciones por edad se encontraron de la siguiente forma:

Recien nacidos 7 pacientes; lactante menor 15 pacientes; lactante mayor 4 pacientes; preescolar 3 pacientes; escolares 0 pacientes y adolescentes 1 paciente.

## FE DE ABREVIATURAS

- EAR (ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO)  
AEV (ACCIDENTES. ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS)  
CNE (CAPITULO NO ESPECIFICADO)  
EAD (ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO)  
ESNOS (ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS)  
EIP (ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS)  
CCMP (CIERTAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD PERINATALES)  
ESOH (ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS)  
AC (ANOMALIAS CONGENITAS)  
EAGU (ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO)  
EPTS (ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO)  
ESOTS (ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSEO MUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO)  
EGE (ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS)  
T (TUMORES)  
EAC (ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO)  
RN (RECIENTE NACIDO)  
Lm (LACTANTE MENOR)  
LM (LACTANTE MAYOR)  
PRESC (PREESCOLAR)  
ESC (ESCOLAR)



A continuación presento las principales enfermedades (Por No. de Casos) que integraron los diferentes grupos.

EAR	N - PAC.	%
CRISIS ASMATICA	366	40.18
NEUMONIAS Y BNM	340	37.32
BRONQUIOLITIS	83	9.11
FARINGITIS Y ADENOID.	40	4.39
LARINGOTRAQUEITIS	39	4.28
OTRAS	43	4.72
TOTAL	911	100 %

AEV	N - PAC.	%
TCE	235	33.47
Tx EN Ms Ss	167	23.79
Tx EN Ms ls	53	7.55
POLICONTUNDIDOS Y POLITRAUMATIZADOS	93	13.25
INGESTA DE MEDICAMENTOS Y OTRAS SUBST.	77	10.97
OTRAS	77	10.97
TOTAL	702	100 %

<b>CNE</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>DOLOR ABD. Y APENDICITIS</b>	<b>325</b>	<b>53.45</b>
<b>DESHIDRATACION</b>	<b>156</b>	<b>25.66</b>
<b>Sx. FEBRIL EN EST.</b>	<b>30</b>	<b>4.93</b>
<b>OTRAS</b>	<b>97</b>	<b>15.96</b>
<b>TOTAL</b>	<b>608</b>	<b>100 %</b>

<b>EAD</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>Sx. DIARREICO</b>	<b>327</b>	<b>69.43</b>
<b>INT. A LA V. O.</b>	<b>79</b>	<b>16.78</b>
<b>ILEO</b>	<b>21</b>	<b>4.46</b>
<b>OCCLUSION Y SUBOCCLUSION INTESTINAL</b>	<b>11</b>	<b>2.33</b>
<b>HIPERTROFIA DE PILORO</b>	<b>11</b>	<b>2.33</b>
<b>OTRAS</b>	<b>22</b>	<b>4.67</b>
<b>TOTAL</b>	<b>471</b>	<b>100 %</b>

<b>ESNOS</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>CRISIS CONVULSIVAS</b>	<b>207</b>	<b>81.18</b>
<b>HIDROCEFALIA</b>	<b>21</b>	<b>8.24</b>
<b>ATAXIA Y Sx. CEREBELOSO</b>	<b>6</b>	<b>2.35</b>
<b>PROBLEMAS OCULARES</b>	<b>6</b>	<b>2.35</b>
<b>OTRAS</b>	<b>15</b>	<b>5.88</b>
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>	<b>100 %</b>

<b>EIP</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>SEPSIS</b>	<b>14</b>	<b>24.13</b>
<b>CELULITIS Y ABSCEOS</b>	<b>11</b>	<b>18.96</b>
<b>MENINGOENCEFALITIS</b>	<b>9</b>	<b>15.51</b>
<b>VARICELA</b>	<b>8</b>	<b>13.80</b>
<b>OTRAS</b>	<b>16</b>	<b>27.60</b>
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100 %</b>

CCMMP	N - PAC.	%
PARTO FORTUITO	26	46.42
ASFIXIA NEONATAL	9	16.07
RNPT	8	14.29
ECN	6	10.71
OTRAS	7	12.50
TOTAL	56	100 %

ESOH	N - PAC.	%
PURPURAS	28	57.14
LEUCEMIAS	9	18.37
OTRAS	12	24.49
TOTAL	49	100 %

AC	N - PAC.	%
CARDIOPATIAS	44	100
TOTAL	44	100 %

EAGU	N - PAC.	%
IVU	20	66.66
FIMOSIS Y PARAFIMOSIS	6	20.00
OTRAS	4	13.34
TOTAL	30	100 %

<b>EPTS</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>ERITEMA POLIMORFO</b>	<b>29</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

<b>ESOTS</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>ARTRITIS SEPTICA</b>	<b>12</b>	<b>50</b>
<b>ARTRITIS JUVENIL Y REUMATOIDE</b>	<b>9</b>	<b>37.50</b>
<b>OTRAS</b>	<b>3</b>	<b>12.50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100 %</b>

<b>EGE</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>DIABETES</b>	<b>9</b>	<b>90</b>
<b>DESNUTRICION</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>

<b>T</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>M. INTRACRANEANA</b>	<b>5</b>	<b>62.50</b>
<b>LINFOMAS</b>	<b>2</b>	<b>25.00</b>
<b>OTRAS</b>	<b>1</b>	<b>12.50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>

<b>EAC</b>	<b>N - PAC.</b>	<b>%</b>
<b>INSUF. CARD.</b>	<b>2</b>	<b>66.66</b>
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	<b>1</b>	<b>33.33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100 %</b>

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**

**CUADRO # 1**

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
EN LA REPUBLICA MEXICANA, 1970**

Núm.	CAUSAS	Clas. O.M.E. (A)	Subgrupo TASA	Tasa (B)	Porcentaje (C)
1.	Influenza y neumonía	470-474			
		480-484	83 676	165.1	17.2
2.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	680-689	70 397	139.9	14.3
3.	Enfermedades del estomago	480-484			
		410-414			
		420-429	30 764	61.6	6.7
4.	Accidentes	8200-8700	25 789	50.9	5.3
5.	Ulcera común de la mortalidad y de la mortalidad perinatales				
		760-779	25 282	49.8	5.2
6.	Tumores malignos	160-209	18 415	36.3	3.8
7.	Neuritis, oftalmos y sordera	490-499	14 261	28.3	3.0
8.	Enfermedades cerebrovasculares	490-499	12 897	25.0	2.5
9.	Suicidios	063	11 891	23.5	2.4
10.	Tuberculosis del aparato respiratorio	010-012	8 689	17.0	1.8
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS		182 485	360.0	37.6
	TOTAL		685 656	9.6	100.0

Fuente: Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.

A): Clave O.M.E. (1965) de la C.I.E.

B): Tasa por 100,000 habitantes respecto al total que es por 1,000.

C): Porcentaje con relación al total.



E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA

CUADRO # 2

DIES PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
EN LA REPUBLICA MEXICANA, 1978

N <sup>o</sup> .	CAUSAS	Caso G.M.R. (4)	Diferencia Pasa	Tasa (5)	Porcentaje (3)
1.	Enfermedades del corazón	400-404 410-414 420-429	46 209	67.8	19.8
2.	Influenza y tos convulsiva	470-474 480-489	43 250	64.6	19.3
3.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	580-589	39 872	59.6	9.5
4.	Accidentes	E800-E949	36 417	59.1	6.3
5.	Tumores malignos	140-209	24 209	36.1	3.8
6.	Ciertas causas de la mortalidad y morbilidad perinatales	760-779	22 311	32.3	5.8
7.	Lesiones en que se ignora el factor traumático o intoxicación por hidrógeno	E980-E989	20 912	31.2	4.9
8.	Enfermedades cerebrovasculares	430-439	16 048	29.9	3.4
9.	Cirrosis hepática	571	12 906	19.2	3.1
10.	Diabetes mellitus	269	12 202	18.4	3.9
	TODAS LAS DEMAS CAUSAS		156 615	234.5	37.7
	TOTAL		618 201	6.2	100.0

Fuente: Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.  
 A): Caso G.M.R. (1980) de la C.I.E.  
 B): Tasa por 100,000 habitantes respecto al total que es por 1,000.  
 C): Porcentaje con relación al total.

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**

**CUADRO # 3**

**MEXICO: TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS  
SEGUN GRUPOS DE EDADES, 1980**  
(Por 100,000 habitantes)

Grupo de edad	EEPAZ	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
Estados Unidos Mexicanos	1 117	473	35	105	73	431
Niños de 1 año de 1 a 4	8 100	4 266	2	1	64	3 673
5 a 9	1 280	923	2	6	36	312
10 a 14	262	133	2	10	26	81
15 a 19	190	64	3	12	23	66
20 a 24	218	64	4	21	30	70
25 a 29	399	94	6	32	60	100
30 a 34	114	114	8	42	111	105
35 a 39	442	121	17	69	114	161
40 a 44	661	165	31	83	111	230
45 a 49	671	173	43	97	105	249
50 a 54	830	245	63	133	127	351
55 a 59	1 172	392	114	228	106	452
60 a 64	1 572	391	154	345	105	377
65 a 69	2 341	632	227	500	128	475
70 a 74	3 116	706	279	771	113	1 175
75 a 79	5 106	1 154	397	1 273	137	2 144
80 a 84	7 892	1 746	548	2 046	179	2 354
85 y más	10 497	2 390	544	2 361	199	3 333
	16 924	3 870	513	3 163	214	9 634

Fuente: J. Pérez Astorga, et. al., op. cit.

E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA

CUADRO # 4

MEXICO: TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS  
SEGUN GRUPOS DE EDADES, 1978  
(Por 100,000 habitantes)

Grupo de edad	TOTAL	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
Estados Unidos Mexicanos	713	239	36	114	87	237
Menores de 1 año	5 812	2 968	5	121	153	1 769
de 1 a 4	428	253	4	16	42	113
5 a 9	198	39	4	7	23	39
10 a 14	80	21	4	7	30	21
15 a 19	151	24	5	13	73	34
20 a 24	239	37	6	21	113	53
25 a 29	304	66	8	39	124	77
30 a 34	313	53	12	36	112	109
35 a 39	406	42	27	67	146	199
40 a 44	545	76	42	129	179	194
45 a 49	760	129	71	136	143	279
50 a 54	989	168	114	213	127	343
55 a 59	1 348	221	166	289	169	477
60 a 64	2 197	262	269	369	185	743
65 a 69	2 865	511	327	565	199	962
70 a 74	4 082	887	499	1 415	322	1 459
75 a 79	6 298	1 274	539	2 099	399	2 075
80 a 84	9 691	1 966	663	3 399	356	3 392
85 y más	29 299	6 139	264	7 689	627	5 681

Fuente: J. Pérez Astorga, et. al., op. cit.

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA  
DISTRIBUCION POR SEXO**

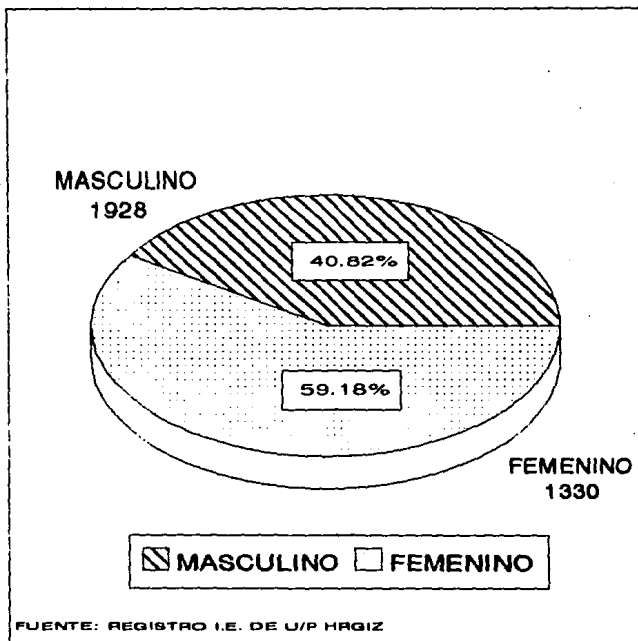


FIGURA: # 1

En esta gráfica se esquematiza la distribución por sexo en donde cada porción representa el porcentaje

# E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA

## INGRESOS A SALAS DE OBSERVACION Y ESTABILIZACION

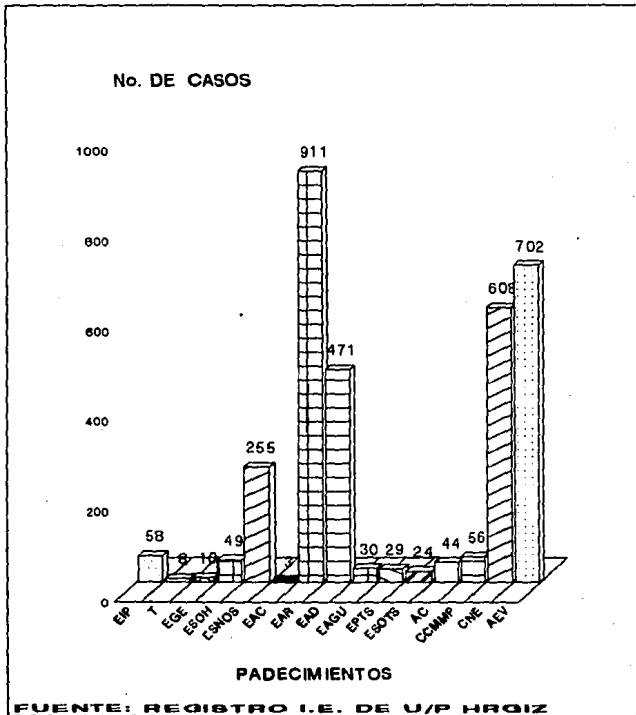
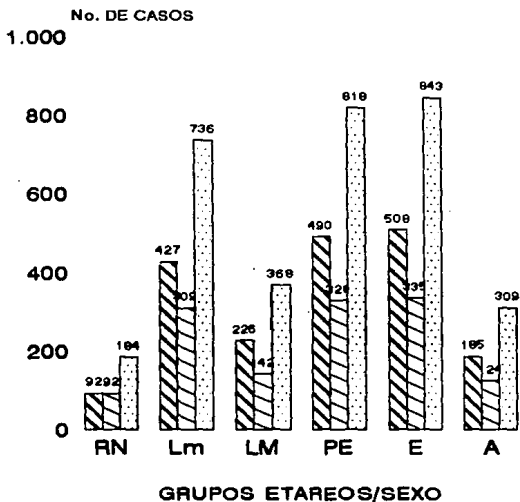


FIGURA # 2

### E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA RELACION DE GRUPOS ETAREOS POR SEXO



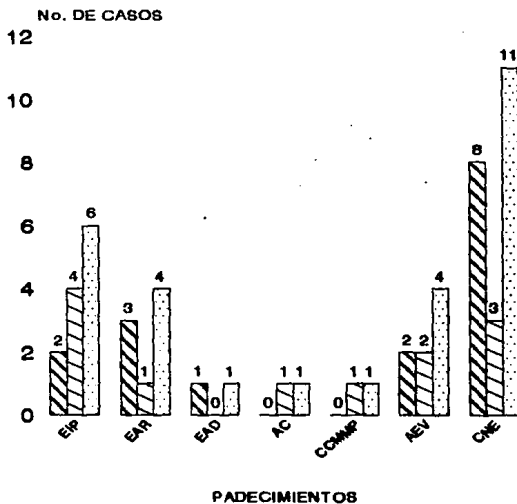
FUENTE: REGISTRO I.E. DE U/P HRGIZ

■ M ■ F ■ TOTAL

FIGURA: # 3

En esta gráfica se esquematiza la distribución por edades divididas en sexos, representando cada barra el No. de casos

### E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA DEFUNCIONES POR CAUSA DE ACUERDO AL SEXO

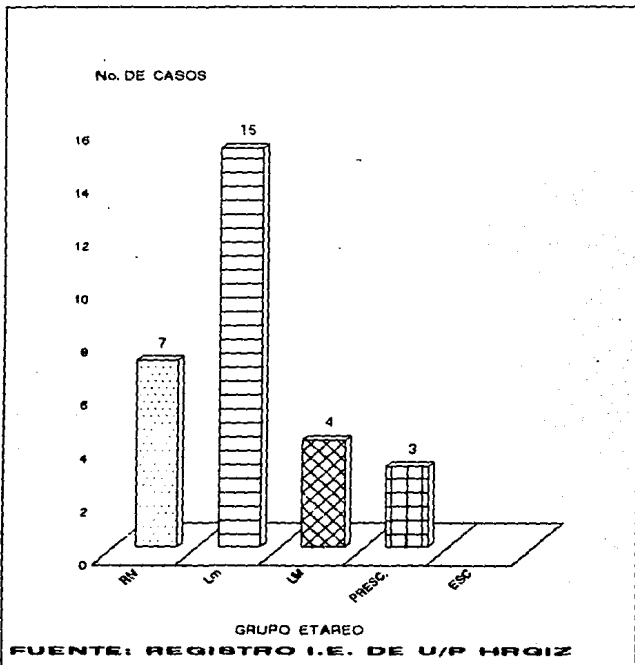


FUENTE: REGISTRO I.E. DE U/P HROIZ

FIGURA: # 4

■ M ■ F ■ TOTAL

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**  
*DEFUNCIONES POR GRUPOS ETAREOS*



**FIGURA: 15**



**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**  
TABLA I  
**RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO**

DESCRIPCION	No. DE PACIENTES	%
<b>PACIENTES VALORADOS</b>	<b>30,624</b>	
INGRESO A OBS. Y ESTABILIZACION U/P	3,258	100%
PACIENTES QUE INGRESARON A LAS AREAS DE HOSP.	1,959	60.13%
TRASLADO A OTRA UNIDAD	68	2.08%
DEFUNCIONES	35	1.07%
ALTA A SU DOMICILIO	1,196	36.70%

DESCRIPCION	No. DE PACIENTES
PROMEDIO MENS. DE ING. A SALAS DE OBS. Y ESTAB.	280
PROMEDIO DIARIO DE ING. A SALAS DE OBS. Y ESTAB.	9

FUENTE: REGISTRO I.E. DE U/P H.R.G.I.Z.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**

TABLA II

REPORTE CUANTITATIVO

DESCRIPCION	RESULTADO
TASA DE MORTALIDAD	0.1%
TASA DE MORBILIDAD	10.63%
TASA DE LETALIDAD	1.07%
TASA DE INCIDENCIA	0.10
DENSIDAD DE INCIDENCIA	0.10

**TASAS X 100**

La razón de sobremortalidad según sexo fue de 1.6 (tasa de mortalidad masculinos/tasa de mortalidad femeninos)

FUENTE: REGISTRO I.E. DE U/P H.R.G.I.Z.

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**

TABLA III  
HOSPITALIZACION POR PADECIMIENTOS

PADECIMIENTOS	Nº	%	FRECUENCIA DE PREVALENCIA	FRECUENCIA DE INCIDENCIA
EAR	911	27.96%	280	56
AEV	702	21.55%	215	43
CNE	608	18.66%	187	37
EAD	471	14.46%	145	29
ESNOS	255	07.83%	78	16
EIP	58	1.78%	18	4
CCMMP	56	1.72%	17	3
ESOH	49	1.50%	15	3
AC	44	1.35%	13	3
EAGU	30	0.92%	9	2
EPTS	29	0.89%	9	2
ESOTS	24	0.74%	7	1
EGE	10	0.31%	3	1
T	8	0.24%	2	1
EAC	3	0.09%	1	1
TOTAL	3,258	100%	FREC. PREVAL. X 1000	FREC. INC. X 100

FUENTE: REGISTRO I.E. DE U/P H.R.G.I.Z.

\* SE REALIZO AGRUPACION DE ACUERDO A LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRESENTANDO Nº. DE CASOS Y EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE RELACIONANDO LOS CON LAS FRECUENCIAS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA

**E.E.P.H. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA**  
TABLA IV  
Nº DE CASOS POR GRUPO ETAREO Y SEXO

PADECIMIENTOS	MASC.	FEM.	%	TOTAL
NEONATOS	92	92	5,65	184
LACTANTE MENOR	472	309	22,59	736
LACTANTE MAYOR	228	142	11,30	368
PREESCOLAR	490	328	25,11	818
ESCOLAR	508	335	25,87	843
ADOLESCENTE	185	124	9,48	309
	1928	1330	100%	3258
	(59,18%)	(40,82%)		

FUENTE: REGISTRO I.E. DE U / P H. R. G. I. Z.

## COMENTARIO

Llama la atención la incidencia tan elevada de pacientes con padecimientos de vías respiratorias, enterales y traumatismos reuniendo entre los tres a 2084 pacientes representando el 63.96% del total de ingresos a salas de observación y estabilización de urgencias pediatría, encontrándose que la edad que más se vio afectada fue la escolar representando el 25.87% del total con 843 pacientes, encontrándose una disminución importante en la edad neonatal en donde sólo encontramos 184 pacientes con 5,65% del total cifras que coinciden con cifras similares en otras instituciones.

Las defunciones se encontraron en 35 pacientes siendo las edades neonatal y lactante menor las más afectadas con 22 pacientes entre ambas (62.8%), observándose además que las infecciones son la causa más frecuente de muerte con 6 pacientes, siguiendo el orden las enfermedades respiratorias con 4 pacientes, enfermedades del aparato digestivo 3 y los accidentes 4 pacientes por lo que prácticamente las causas de ingreso correspondieron a causas de defunción.

Por otra parte no fue posible una comparación con algún estudio similar ya que todos hablan de población en general y en los reportes oficiales sólo se encontraron datos de mortalidad por lo que no se hizo análisis estadístico para buscar significancia; sólo se determinaron las frecuencias de prevalencia e incidencia con lo que determinamos el riesgo y los casos nuevos por determinado padecimiento por cada 100 ingresos a salas de observación y estabilización de urgencias pediatría.

## CONCLUSIONES

1.- El registro obtenido de incidencia presenta una disparidad con los reportes nacionales, sin embargo no es posible una relación adecuada debido a que los reportes son globales (de población general).

2.- Las edades más afectadas coinciden con los reportes nacionales siendo los menores de un año el grupo de más alto riesgo de mortalidad y los escolares de incidencia.

3.- Las enfermedades del aparato respiratorio, los traumatismos, accidentes y las enfermedades del aparato digestivo representan los padecimientos que afectan más a nuestra población y de acuerdo al organigrama institucional estos deben atenderse en su gran mayoría en 1° y 2° niveles.

4.- Las defunciones encontradas presentan una tasa de mortalidad global baja en relación al volumen de pacientes ingresados a salas de observación y estabilización de urgencias pediatría.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Armstrong B A simple estimator of minimum detectable relative risk, sample size or power in cohort studies. *Am J Epidemiol* 1987 aug; 126 (2): 356-58
- 2.- COPLAMAR Necesidades esenciales en México: Situación Actual y perspectivas para el año 2000 (Número 4, salud) México, Siglo XXI editores, 1982
- 3.- Departamento de edición Estadísticas de Población derechohabiente. ISSSTE 1989 Dic.
- 4.- Dueñas Gómez E Algunas consideraciones sobre la mortalidad infantil en Cuba. "Nada hay más importante que un niño". *Bol Med Hosp Infant Mex* 1987 mar; 44 (3) : 177-79
- 5.- El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. México, Trillas, 1984
- 6.- Glotzer Debora, Sagar a, Socolar D, Weitzman M Prior approval in the pediatric emergency room. *Pediatrics* 1991 oct; 88 (4): 674-80
- 7.- Gregg M B Epidemiology as a liberal art (letter). *N England J Med* 1987 aug; 317 (6): 387
- 8.- L' Gamiz Manik A Biostatística: La estadística con aplicación al área de la salud. Méndez Cervantes Ed. 1982
- 9.- Raju Danuta Indicadores de salud. México, Departamento de Medicina social , Medicina preventiva y Salud Pública/Facultad de Medicina, U.N.A.M. 1975
- 10.- Reunión Nacional sobre mortalidad y políticas de salud. Consejo Nacional de Población, Mérida, Yucatán mayo 16 de 1984

11.- Secretaría de Servicio Social Manual para la práctica médico social del pasante en medicina en el primer nivel de atención. U.N.A.M.1986: 175-94

12.- Starfield Barbara, MD, MPH Childhood morbidity: Comparisons, Clusters, and trends. Pediatrics 1991 sept; 88 (3) 519-26

13.- Valenzuela R H Manual de pediatría. 10ª ed. México. D.F. Interamericana 1980

14.- Victoria Cesar G., Vaughan Patric B C, Victoria C, Barros F Estacionalidad de defunciones infantiles por enfermedades diarreicas en el sur de Brasil,1974 - 1978 Bol. Of Sanit Panam 1985 Agosto 99 (2): 99 - 112.