

11237

208



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

LOS ADOLESCENTES: UN ANALISIS DE MORBILIDAD
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ ", REVISION DE UN AÑO.



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
PEDIATRIA MEDICA
PRESENTA:

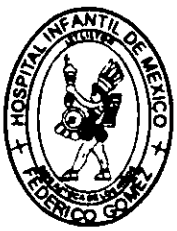
DR. FRANCISCO JOSE ZIMBRON MORALES

SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

2000

TUTOR: DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO

ASESOR: DRA. RUTH HERNANDEZ MOTE



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000

276642



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

LOS ADOLESCENTES: UN ANALISIS DE MORBILIDAD
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ ", REVISION DE UN AÑO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
PEDIATRIA MEDICA
PRESENTA:



DR. FRANCISCO ZIMBRON MORALES

SUBDIRECCION DE
ENSEÑANZA

DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO.
MEDICO ADSCRITO AL DEPTO.
DE PSIQUIATRIA Y MEDICINA DEL
ADOLESCENTE.

2009

DRA. RUTH HERNANDEZ MOTE
MEDICO ADSCRITO AL DEPTO.
DE PATOLOGIA CLINICA Y EXPERI-
MENTAL.

INDICE



ANTECEDENTES.....1

JUSTIFICACION.....13

OBJETIVOS.....13

MATERIAL Y METODOS.....14

HIPOTESIS.....15

ETICA15

ANALISIS ESTADISTICO15

RESULTADOS.....16

DISCUSION.....18

CONCLUSIONES.....20

BIBLIOGRAFIA22

ANEXOS.....24

GRAFICAS Y CUADROS25

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

2000

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por demostrarme día a día, con duras lecciones que la vida es una oportunidad para ofrecer un gran esfuerzo a favor de nuestros niños.

A FERMIN Y ROCIO

Mis Padres, Semillas de Amor, fê, paciencia , rectitud y que gracias a su ejemplo, forjaron fuertes raíces en mi formación, mi educación y mi caminar por la vida en búsqueda de la verdad, la justicia y el amor a Dios.

A MIS TÍAS

Santita, Conchita y Lupita, llenas de cariño y recuerdo pueril. de pasiones desbordadas y protección en mi vida pediátrica.

A

MI SANGRE

Orgullosa, altanera, y siempre en búsqueda de lo mejor que esta vida pudo ofrecerle.

A MARIA LUISA

Cariñosamente mi MADRINITA, mujer maravillosa, guardiana celosa de mis sueños, mi porvenir y de mis amores.

A MI ABUELITA TETE

Dulce viejecita paciente, prudente tolerante, mujer humilde. pero llena de enseñanzas y sabiduría, donde te encuentres gracias ABUELITA.

A MI ABUELITA AURORA, MIS TIOS JESÚS Y TOMÁS ZIMBRÓN

Seres que han servido de ejemplo de una vida de rectitud orden. trabajo y responsabilidad cívica, moral y amor a Dios a la patria y al hogar.

A CHABELITA, SANTITA, LA BEBA

Y a la memoria de ... Carlos Raúl, mis queridos primos.

A KARLA, TETE, CARLITOS, OSCARITO, Y JOSE

Enanos inspiradores para mi cariño a la pediatría.

-

A CHUCHO GARCIA MORALES, MI PRIMO

Por entender demasiado tarde lo que es un niño especial.

A EDGAR, HUGO Y OSCAR BERMÚDEZ

Mis amigos y hermanos Scouts de toda la vida. fuerte apoyo en los momentos de Bohémia, de alegría interminable pero también en los momentos de duelo, amargura y de pobreza, en la cercanía, y en la distancia y llave a través del tiempo.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA

Durante tres largos años Beto, Juan Carlos, Isauro, Paco G. Gelasio y Ricardo; amigos Pediatras de residencia en México DF.

AL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

A sus maestros de la pediatría, sus enfermeras, y muy en especial a todos los niños que en este lugar son atendidos, ya que es el único medio posible para encontrar la curación que el mayoría sería fatal de no existir este bendito lugar, A nuestro hospital gracias por formarme.

AL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y MEDICINA DEL
ADOLESCENTE

En especial a las Doctoras. Ruth Hernández y Elizabeth Velarde por su paciencia, orientación y enseñanza en el presente trabajo.

Y a la persona que me brindo paciencia, amor incondicional, fidelidad, lealtad e influencia para la superación personal.

Un ser lleno de deseos de superación, orgullosa por naturaleza, noble por herencia y por todo lo que hemos planeado hacer juntos
Por comprender con frenesí mi idea cervantina de conocer la vida y
emprender juntos la aventura del amor

GRACIAS JULIETA. mi July.

ANTECEDENTES

¿Quién es un adolescente?

Es un individuo que se encuentra en el periodo de la segunda década de la vida (comprendido entre 10 y 19 años) en el que existen los mayores cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Se inicia con la pubertad y termina cuando el cuerpo ha alcanzado la madurez física y la capacidad reproductora. Se trata de un periodo donde han aparecido los caracteres sexuales secundarios, que termina con la cesación del crecimiento en talla y donde se adquieren las tareas de independencia, integración de grupos y estilo de vida, aceptación de su imagen corporal y de identidad (1). Estableciendo la propia y separándose de la familia, preparándose para una carrera ó vocación (2).

Historia de la Medicina del adolescente.

Desde los principios de la historia, los entendidos en evolución humana han distinguido en la vida diversas etapas, como infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y senectud. Las fronteras del periodo de la adolescencia se fijan en forma simple y convencional entre el inicio y la terminación del cambio físico acelerado (2).

La adolescencia es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí. Durante la adolescencia, a diferencia de cualquier otro periodo de vida, es preciso que sociedad e individuo coincidan en un entendimiento. Todo adolescente ha de aprender a participar de forma efectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe adquirir, principalmente a través de las relaciones interpersonales, para poder evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción inevitable con sus padres maestros, patrones y camaradas quienes los exhortan, evalúan, premian y castigan. Estas personas que intervienen en su vida dirigen y prescriben parcialmente su conducta y su censura o aprobación ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable. Así la personalidad propia de cada adolescente depende de la trascendencia que tiene para él las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento

tiene para él las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento que se le presentan en sus modelos y de las maneras de cómo asimila las nuevas expectativas y las experiencias anteriores. Mediante congruencias, tensiones y contradicciones fundamentales que ocurren en el desenvolvimiento de la yoidad de los adolescentes se llega a entender la transición por la que ha de pasar cada uno de ellos hasta llegar a la vida adulta (3).

La adolescencia fascinó siempre a los filósofos que han buscado mejor futuro para la humanidad en la socialización de la juventud, para lograr una sociedad transformada. La mezcla de idealismo, realidad, política e investigación científica de los diferentes periodos de la historia han rendido puntos de vista específicos respecto al desarrollo adolescente. Por ejemplo, Platón y Aristóteles contribuyeron notablemente al entendimiento de la adolescencia, al reconocer ambos la existencia de una jerarquía de acontecimientos evolutivos y otorgaron especial importancia al progreso de la capacidad de raciocinio durante la adolescencia y enunciaron cual era la manera de llegar a la madurez (3).

En la edad media, el niño pasaba a la sociedad de los adultos no bien podía sustraerse a la solicitud de la madre, así los niños andaban mezclados con los adultos (especialmente en las clases inferiores) participando en su trabajo, siendo compañeros y no se distinguían de estos en su indumentaria, y pronto se vestía como hombre ó mujer.

A medida que la iglesia medieval fue ganando influencia, se suscitó la compasión que por fin llevó a una reacción contra el trato que se daba a los niños como objeto de juego. Durante el siglo XVII, la educación de los niños cobró redoblada importancia, se reavivó la creencia Platónica-aristotelica respecto a una avivación temprana para la socialización, se juzgó que debía resguardarse a los niños de la sexualidad libertina que los adultos toleraban y que debía proceder a vigorizar su inocencia educándoles en el carácter y la razón, no se debía dejar solo al niño entregado a sus antojos, llevándose acabo en internados donde el niño era sometido a una disciplina severa. Los clérigos afirmaban que el niño era una frágil criatura de Dios que debía ser protegida y reformada: había que tratarlo con cariño y cuidado y se le debía animar a que se disciplinara y adquiriera buenos modales, señalando la Iglesia el papel central del niño en la familia dando pie a que se fomentara la higiene y la salud física (3).

A medida que los hombres de autoridad empezaron a apreciar la naturaleza única de la niñez, se dio importancia social y moral a los niños en instituciones especiales; con esto se distinguió entre niñez y adolescencia. Por ejemplo Jean-Jacques Rousseau expone en "Emile" (1762) un análisis convincente de la evolución biológica y social de los niños, considerando la primera etapa de la niñez (hasta los cinco años) como animalista y prehumana, La autoconciencia hacia la mitad de la infancia. Hacia los 12 años despiertan las facultades racionales, y en la pubertad, con la madurez de las capacidades sexuales, los sentimientos sociales pueden llegar a ser lo suficientemente fuertes, para controlar las emociones (3).

A mediados del siglo XIX se introdujo el concepto moderno de adolescencia, definida como un fenómeno biológico concentrándose en la gente joven de clase media. En 1877 Bowditch publicó un estudio clásico sobre el crecimiento del adolescente. Los servicios de salud para adolescentes fueron organizados, en principio para varones de los internados y en 1884, un grupo de médicos que los asistía estableció el Medical Officers of School Association. En 1885, este grupo publicó su primer grupo de normas con el propósito de prevenir el brote y la diseminación de las enfermedades.

En 1904, se publicó el clásico tratado de G. Stanley hall " adolescencia: su sicología y su relación con la fisiología, la antropología, la sociología y la educación". En 1905 Jastrow publicó un artículo titulado " la evolución natural de la adolescencia " (3).

La primera descripción de un servicio especial para adolescentes figuró desde 1918 de Amelia Gates titulado " el trabajo del servicio de adolescencia de la facultad de medicina de la universidad de Stanford" este departamento observó que la atención del adolescente exigía considerar al individuo como un todo y no meramente como una enfermedad, tratando los males que provienen de las malas adaptaciones de nuestra vida moderna. Gates enumeró los principios básicos que rigen los servicios de adolescencia modernos.

Hacia 1927, se disponía de 11 artículos médicos y seis comunicaciones, incrementándose hacia 1930 hasta cerca de 45 artículos médicos y 14 sobre temas de sicología de la adolescencia. A principios de la década de 1940, el tema de la adolescencia atrajo por primera vez la atención de la Academia Americana de Pediatría, incluso publicándose en el *Journal of Pediatrics* un

total de 10 presentaciones. Durante la década de 1950 en el Centro Médico de Boston, Massachussets se crea la unidad para adolescentes, su foco principal era la singularidad, la individualidad y las diferencias de los adolescentes respecto a los niños más pequeños, constituyendo el primer centro en cuanto al entrenamiento clínico formal en un centro médico académico (3).

En 1965 se publicó el primer número de Society for Adolescent Medicine Newsletter, sintiéndose la necesidad de seminarios de educación especiales para los líderes de la medicina del adolescente.

En la reunión de 1968 en Washington se aprobó el plan para estatutos para la medicina del adolescente cuyos objetivos fueron los siguientes:

Mejorar la calidad de atención del adolescente, con el fin de alentar la investigación del crecimiento y el desarrollo normales durante la adolescencia y la de las enfermedades que la afectan.

Estimular la creación de los servicios de salud para adolescentes

Aumentar la comunicación entre los profesionales de la salud que atienden a los adolescentes.

Alentar y mejorar la calidad del entrenamiento de las personas que tienen a su cargo la asistencia de los adolescentes (3).

En 1969 la sociedad de Medicina del Adolescente desarrolló un programa, donde más adelante en 1976 serviría de base para la creación de un curriculum básico en Pediatría y que incluiría a la medicina del adolescente.

En 1980, el *Journal of Adolescent Health Care* se convirtió en publicación oficial de la sociedad de medicina para el adolescente. Y para el año de 1986 la fundación, financió un programa con el objetivo de establecer servicios clínicos para adolescentes con asiento en las escuelas que generaron considerable controversia por la preocupación de los líderes de la comunidad y de los padres acerca de la distribución de la información y dispositivos de anticoncepción en las escuelas y los médicos de atención primaria. Esto constituyó un gran debate nacional sobre los problemas de los adolescentes para servicios relacionados con la sexualidad, incluido el aborto, financiación de la atención sanitaria del adolescente y acceso a servicios de salud, lográndose en 1988 la creación del departamento de salud del adolescente (3).

Hacia 1990 se aprueba la certificación por el consejo Americano de pediatría la creación de subespecialidad en medicina del adolescente, existiendo en la

actualidad un compromiso del gobierno federal de los Estados Unidos de América la atención del adolescente en numerosos niveles e interés por parte de los médicos generales el atender a estos, atestiguando la maduración de un movimiento que en la actualidad es parte de la agenda médica y societaria a nivel nacional de ese país (3).

Perfil Demográfico en los Estados Unidos.

El tamaño, edad y étnica de la población adolescente sufrirá cambios importantes durante la década de 1990 ya que de 33.8 millones de adolescentes, alcanzará un pico de 38.3 millones en el año 2000 (U.S. Bureau of the census, 1986).

La composición racial y étnica de la población Adolescente está cambiando, se espera que hacia el año 2000, el 31.2% de dicha población esté integrada, creciendo a mayor velocidad estos grupos que en 1985 se consideraban como grupos de minoría, la población negra constituiría el 16%, Hispana 11.9%, blanca 68.8%, otras 3.3%.

Es muy probable que las necesidades sanitarias de los adolescentes incrementen, ya que las estadísticas de 1980 indican un alto índice de separación y divorcio, con ingresos bajos por parte de un solo padre, y desigualdades salariales en la falta de un padre.

Se estima que para el año 2000 habrá mas de 20 millones de niños (de 18 años ó menos), viviendo en condiciones de pobreza.

Existe una firme relación entre pobreza y estado de salud, ya que existen encuestas de salud en 1984, los adolescentes que viven en familias con ingresos por debajo del nivel de pobreza tienen tres veces más probabilidad su salud es regular ó pobre y una probabilidad del 47% mayor de padecer enfermedades crónicas incapacitantes que los adolescentes provenientes de familias con ingresos que superan el nivel de pobreza. Un efecto social grave lo constituye el aumento de divorcios y separaciones, y la incidencia de niños nacidos de madres solteras ha determinado que un numero cada vez más grande de jóvenes sean creados en familias no tradicionales (una familia tradicional se define como: un padre que trabaja, una madre ama de casa y

dos o más hijos en edad escolar). y es seguro que esta tendencia se incrementará en los próximos años. Además en 1985 el 6% de los adolescentes vivían en condiciones alternativas. 3.2% de los jóvenes de 15 a 19 años se encontraban casados y vivían con su cónyuge 2.8% vivían con personas que no eran familiares y un 0.7% vivían solos. (U.S. Bureau of the census, 1989), además en un día dado casi 50,000 jóvenes son detenidos y alrededor de 500,000 jóvenes menores de 22 años con ubicados en institutos correccionales anualmente (4,5).

Datos de la National Center for Health Statistics (NCHS), Uniform Crime Report (UCR), National Young Survey (NYS) Y National Crime Survey, muestran una tendencia de homicidios incrementándose en 1994, con una cifra alarmante en los varones de 15 a 19 años y mayor proporción en masculinos afro americanos con armas de fuego (4).

En cuanto a la atención médica, los adolescentes tienen una salud física relativamente mejor que la de los adultos, el adolescente en su mayoría tiene internaciones más breves y menos días de evolución cuando guarda cama en su domicilio y más probabilidad de que su estado de salud sea evaluado como excelente. Entre los adolescentes las lesiones agudas no fatales son las responsables del mayor número de días de hospitalización para varones y mujeres excluido el embarazo. Por lo general las visitas en el consultorio son más frecuentes en niños menores de 11 años, y comienza a declinar después de los 11 años y aumenta la proporción femenina adolescente después de los 15 años, (por madurez del sistema reproductor).

Existe una firme relación entre la pobreza y el acceso a la consulta médica, siendo la máxima cantidad de consultas que correspondió a los niños y jóvenes que viven en nivel de pobreza en un 200 %. Y a que las familias con pobreza tienen menor probabilidad de acceso a servicios médicos de salud. Y es 2.5 veces más probable que los niños en condiciones de pobreza estén limitados en su actividad cotidiana, como ir a la escuela, debido a una enfermedad crónica (5).

Índices y causas de mortalidad.

Los adolescentes adoptan tres conductas con frecuencia: drogadicción, conducta sexual y uso de vehículos automotores o de recreación. Dentro del primer grupo figuran como primer lugar sustancias de abuso, tales como el consumo de alcohol, en segundo lugar el de cigarrillos y en tercer lugar el consumo de marihuana. El uso de heroína por adolescentes esta empezando ha mostrar un incremento entre los jóvenes adolescentes cursando el nivel escolar que equivale a medio superior, reportándose un incremento con respecto a 1990, es decir un 2.7% de la población adolescente

Este incremento es debido a la accesibilidad del producto a los adolescentes, (mas barato, y con mayor potencia, lo que les permite administración nasal), condicionando una dependencia psicológica, así como desarrollando un estilo de vida caótico para el adolescente y para su familia (6,7).

En el año de 1991, el departamento de medicina de Adolescentes de la universidad de Rochester (N.Y.), se realizó una encuesta de los centros de prevención y control de conductas juveniles de riesgo, participando escuelas publicas y privadas de los 50 estados americanos. con una participación de 12,272 estudiantes de educación equivalente a media superior, donde se trató de determinar la prevaecía de transporte de armas y peleas físicas entre adolescentes femeninos y masculinos adolescentes, encontrando un incremento significativo de posesión de armas y peleas que se asociaron a las formas ya conocidas de uso de sustancias ilícitas: consumo de alcohol 34%, marihuana 48% cocaína 71% y esteroides anabólicos 62% así mismo las conductas violentas se relacionaron con el consumo de sustancias ilícitas (8).

En cuanto a la conducta sexual, la incidencia de la actividad sexual ha aumentado hacia los 15 años el 24% de adolescentes femeninos de color, el 69% de varones de color, y el 26% de los adolescentes blancos ha mantenido por lo menos una relación sexual y las adolescentes blancas informan sobre relaciones con mas de una pareja en distinción con las de color, cuyas consecuencias son altos índices de embarazo y de aborto (9).

En cuanto a la mortalidad en los Estados Unidos de Norte América, las principales causas de muerte han cambiado en los últimos 50 años, ya que de causas naturales evolucionaron a lesiones por violencia (definiéndose como

amenaza o uso de fuerza física contra personas o grupos en repetidas ocasiones y que tienen como resultado daño ó muerte) incrementándose hasta un 400% de los accidentes automovilísticos, y 85% de los accidentes no motorizados y de más del 500% de los índices de homicidio y suicidio, siendo las primera y segunda causa de muerte en adolescentes respectivamente. Siendo como causa de muerte en cuarto lugar tumores malignos, posteriormente enfermedad cardiovascular y por ultimo anomalías congénitas (10). Perfil internacional Al igual que en los Estados Unidos se encuentra como principales causas de atención al adolescente el uso de sustancias tales como tabaco alcohol y sustancias de abuso firmemente influidos por factores culturales y por la accesibilidad, en cuanto a la conducta sexual existen buenas razones para creer que gran cantidad de jóvenes inicia prematuramente la actividad sexual, si bien en Estados Unidos de Norteamérica alrededor de un 70% de los jóvenes han tenido un debut sexual antes de los 18 años, en Suecia alrededor del 90% y del 50% en Francia, Gran Bretaña y los países bajos. Sin embargo en Japón menos del 17% de las jóvenes menores de 20 años habían comunicado haber tenido relaciones sexuales, de modo similar en países de Centroamérica están por debajo del 20% (2,7,8,9).

En el año de 1991 se realizó un estudio en la ciudad de Buenos Aires. Argentina, en el cual se encuestaron a adolescentes de 15 a 18 años pertenecientes a escuelas de aquella ciudad y donde se consideraron iniciación sexual sin llegar a penetración, edad de inicio, características de la pareja, toma de decisiones, vivencias, prevención de embarazo y prevención HIV/SIDA. Los resultados de este estudio muestran que los varones iniciados 55% duplicaron a las mujeres 25.4%, la educación del padre no influyó sobre el inicio, pero si el tipo de escuela ya que las chicas de colegios privados afirman haberse iniciado con sus novios y en contraste con las de colegios públicos afirman haberlo hecho con alguien ocasional. Los varones que se iniciaron con trabajadoras sexuales fueron 52% en contraste con los que lo iniciaron con sus novias 46.9% las $\frac{3}{4}$ partes utilizaron preservativo pero $\frac{1}{5}$ recurrió al coitus interruptus lo que fue mas acentuado en hijos de padres con menor educación y el 30% no se protegió del SIDA, ni del riesgo del embarazo en la iniciación sexual (11).

Las estadísticas en el ámbito internacional en cuanto a la mortalidad del adolescente informan que entre el periodo de 1955 a 1975 los decesos por accidentes automovilísticos se incrementaron un 400% en México, 450% en Tailandia, 250% en Venezuela y 210% en Chile. Las muertes por accidentes automovilísticos son un motivo de preocupación en muchos países otra causa

son los ahogamientos, las caídas, quemaduras, intoxicaciones, accidentes de bicicleta (4).

El suicidio es la segunda causa de muerte en países desarrollados con mayor incidencia en Austria, Canadá, El Salvador, Finlandia, Hungría, Sri Lanka y Suiza. Siendo los de menor incidencia Bahamas, Belice, Egipto, Filipinas, Guatemala, Jordania y Siria (4,7,6,9).

Estas cifras fueron corroboradas con estudios realizados en la Universidad de Negev donde se analizaron cifras de jóvenes evidenciando incremento en el uso de drogas, siendo la principal causa de mortalidad los accidentes automovilísticos y altas tasas de suicidio, homicidio y muerte debidas a revueltas civiles (7,9).

Perfil en México.

En la pasada década la mortalidad de adolescentes en México la tendencia de la mortalidad en adolescentes fue ascendente, a expensas del grupo de mujeres de 10 a 14 años, teniendo mas riesgo a morir los hombres que las mujeres, así como los traumatismos y envenenamientos fueron el grupo de causas mas frecuentes de muerte entre adolescentes incrementándose también en las grandes ciudades, así como las entidades con más alta mortalidad fueron Querétaro, Guanajuato, Puebla y Tlaxcala (12).

En nuestro país el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (I.N.E.G.I.) aporta datos sobre las principales causas de mortalidad en adolescentes siendo las principales dentro del grupo de 5 a 15 años: en primer lugar por accidentes de tráfico en vehículos motorizados, en segundo lugar tumores malignos, en tercer lugar anomalías congénitas (por ejemplo del corazón y sistema circulatorio) posteriormente en cuarto lugar homicidio y lesiones infligidas por otras personas. Después de los 15 años hasta los 25 años las causas más frecuentes de mortalidad son accidentes de tráfico de vehículos motorizados, posteriormente homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, en tercer lugar suicidio y lesiones, en cuarto lugar tumores malignos. En quinto lugar corresponde al HIV/SIDA (13).

En cuanto a la prevalencia de abuso sexual en adolescentes no se cuenta con estudios específicos dirigidos a conocer la prevalencia e incidencia de este problema social.

En el año de 1991 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se realizó un estudio para determinar ambos aspectos en estudiantes de preparatoria y secundaria, hombres y mujeres de todo el país, así como su relación con el consumo de drogas. Fueron encuestados 61,779 alumnos (51.8% varones y 47.2 mujeres) con una media de 14.4 años encontrando una prevalencia de víctimas de 4.3 %y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, la prevalencia de agresores fue de 2.5% de los adolescentes varones, así mismo las víctimas como los agresores reportaron un consumo de droga significativamente mayor que con estudiantes sin estos antecedentes (14).

Dentro de las estadísticas del Distrito federal las causas más comunes de muerte son traumatismos y envenenamientos, tumores, y enfermedades de la nutrición así como enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos. Sin embargo no existe un reporte especial sobre la morbilidad de los adolescentes, en el ámbito nacional (13).

En el año de 1997 se realizó un estudio transversal en el Distrito Federal para identificar características de ideación suicida en mujeres adolescentes, estudiándose 1712 adolescentes de educación media y medio superior (muestra escolar representativa del distrito federal), comparándose con 30 Mujeres adolescentes internadas por intento suicida (muestra clínica), donde se encontró persistencia de ideación suicida elevada en la muestra clínica persistiendo hasta en 7 días, distinguiéndose características sociodemográficas tales como cursar secundaria, cursar con bajas calificaciones, percepción del desempeño escolar como malo, y haber interrumpido sus estudios, además de haber analizar las características que distinguieron a las jóvenes con intento suicida. las mas significativas fueron vivir solas con uno de sus padres y pensar que su muerte sería posible (15).

Se realizó un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se investigó las causas de enfermedad y defunción de todos los adolescentes (definidos como individuos de 10 a 19 años de edad) en un periodo de 10 años, (comprendido de 1980 a 1990) de todos los casos que ocurrieron en México, datos otorgados por el departamento de estadística e

Informática de la secretaría de salud del Gobierno Mexicano. Los resultados de esta investigación fueron los siguientes:

1. Se identificaron 221,977 muertes de adolescentes en este periodo, con una tasa de mortalidad de 108.43 por 100, 000 habitantes.
2. La tendencia de la mortalidad en adolescentes es ascendente en nuestro país a expensas de las mujeres de 10 a 14 años.
3. Los hombres tienen mayor riesgo a morir respecto a las mujeres.
4. los traumatismos y los envenenamientos son el grupo de causa mas frecuente entre los adolescentes
5. Existe un incremento de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias en el grupo de 10 a 14 años en 1990.
6. Es evidente el incremento del numero de muertes de adolescentes en las grandes ciudades.
7. Las entidades Mexicanas con mayor mortalidad Querétaro, Guanajuato, Puebla y Tlaxcala (16).

Así mismo en un estudio sobre mortalidad y morbilidad en adolescentes en el hospital infantil de Sonora donde se evaluaron a 4595 pacientes, de estos 733 (16 %) correspondía a adolescentes, predominando el sexo masculino y el mayor numero de pacientes pertenecían a la clase socioeconómica media baja (62.5%) y los servicios de mayor afluencia fueron Urgencias, cirugía, y ortopedia, cuyas causas de admisión fueron traumatismos y fracturas, infecciones respiratorias y abdomen agudo. Corroborándose lo referido en la literatura en el ámbito internacional (17).

Existen hasta la fecha pocos programas de prevención de estas patologías mencionadas propias del adolescente así como una adecuada capacitación para el pediatra en cuanto a medicina del adolescente ya que la prevención de la conducta adictiva, iniciación sexual con información adecuada y dirigida por parte de educadores (pediatras, maestros y propios padres) condicionaria un reaccionar mas temprano por parte de la población etarea implicada.

Programas escolares donde se otorgue vigilancia sobre salud mental y corporal así como se indique salud reproductiva de los adolescentes seria una alternativa importante en los centros de educación media superior. por otro lado es importante el establecimiento de programas de terapia familiar en adolescentes con riesgo de suicidio y actividades donde intervenga el mismo

adolescente intercambiando ideas con otros sujetos del mismo grupo etéreo y desarrollando su propia personalidad y auto estima (18,19,20).

Hasta este momento hemos mencionado lo reportado en la literatura internacional y nacional con respecto a la patología más frecuente del adolescente: conductas sexuales, consumo de sustancias ilícitas, traumatismos, conductas violentas homicidios y suicidios relacionados. Un cuestionamiento importante es el conocer la patología predominante en una institución de tercer nivel en cuanto a este grupo etéreo ya que por las características del tipo de pacientes podría variar con respecto a lo reportado en el ámbito nacional.

Cuando un adolescente desarrolla una enfermedad crónica, este cambio adopta una nueva dimensión en su propia vida. Se reporta en la literatura que el 10% de los adolescentes en los estados unidos presentará una enfermedad crónica (definida como aquella condición en la aparecen secuelas y que interfiere con la vida diaria del paciente por más de tres meses en un año y hospitalización por mas de un mes en un año), las patologías más comunes son: asma, desordenes sensoriales, desordenes del sistema nervioso central, enfermedades transmitidas sexualmente tal como VIH, diabetes, lupus, fibrosis quística, anorexia nerviosa, espina bífida, púrpura trombocitopénica idiopática. Los cambios sociales, biológicos, psicológicos y cognitivos son importantes en este tipo de patologías y por lo tanto el médico tratante, los familiares el medio ambiente y el propio paciente deben de recibir amplio conocimiento ayuda y conciencia sobre la patología con la que él aprenderá a convivir. De no ser posible esto, condicionaría estrés para el niño y para su alrededor (21,22).

Lo anteriormente mencionado fue vivido en el año de 1994 en la universidad de California en la cual pacientes con enfermedad de Hodgkin, una paciente con cáncer ovárico y un paciente con trasplante hepático en los cuales rechazaron el tratamiento basándose en quimioterapia e inmunosupresor respectivamente, provocando controversias médico-legales y familiares (23).

Por todo lo anteriormente mencionado es importante conocer el tipo de población adolescente que acude a un tercer nivel de atención medica ya que se menciona muy poco acerca de estos pacientes en la literatura mundial además es conveniente establecer el conocimiento sobre la morbilidad hospitalaria adolescente de nuestra institución (24,25,26).

JUSTIFICACION:

En México son escasos los estudios sobre morbilidad hospitalaria en adolescentes y los reportes en el ámbito nacional les agrupan en intervalos de 5 a 14 años (preescolar - adolescencia temprana) y 15 a 25 años (adolescencia media-tardia y adulto joven), quedando mal definidas el tipo de patologías que a esta edad se presentan abarcando grupos vitales que no corresponden a la adolescencia.

Se desconoce la morbilidad hospitalaria de los adolescentes (10-19 años) dentro del Hospital Infantil de México " Dr. Federico Gómez."

Así mismo podríamos comparar entre la población Adolescente internacional y la representación en el ámbito nacional a través del Hospital Infantil de México.

El adolescente egresado del servicio que otorgó un tratamiento para la patología de base deberá de recibir un seguimiento por parte del servicio tratante y complementarlo con el servicio de Medicina del adolescente, esto para un manejo integral de este grupo etareo.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la morbilidad y la afluencia de adolescentes ingresados en el Hospital infantil de México durante el año de 1998.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Comparar los grupos de 10 - 14 y de 15 a 19 años de edad.
(Clasificación OMS)

JUSTIFICACION:

En México son escasos los estudios sobre morbilidad hospitalaria en adolescentes y los reportes en el ámbito nacional les agrupan en intervalos de 5 a 14 años (preescolar - adolescencia temprana) y 15 a 25 años (adolescencia media-tardía y adulto joven), quedando mal definidas el tipo de patologías que a esta edad se presentan abarcando grupos vitales que no corresponden a la adolescencia.

Se desconoce la morbilidad hospitalaria de los adolescentes (10-19 años) dentro del Hospital Infantil de México " Dr. Federico Gómez."

Así mismo podríamos comparar entre la población Adolescente internacional y la representación en el ámbito nacional a través del Hospital Infantil de México.

El adolescente egresado del servicio que otorgó un tratamiento para la patología de base deberá de recibir un seguimiento por parte del servicio tratante y complementarlo con el servicio de Medicina del adolescente, esto para un manejo integral de este grupo etareo.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la morbilidad y la afluencia de adolescentes ingresados en el Hospital infantil de México durante el año de 1998.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Comparar los grupos de 10 - 14 y de 15 a 19 años de edad.
(Clasificación OMS)

MATERIAL Y MÉTODO.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo

POBLACIÓN.- todos los adolescentes ingresados en el Hospital Infantil de México " Dr. Federico Gómez "Durante el periodo comprendido del 1o de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Todo adolescente (10 - 19 AÑOS) dividiéndolos en dos grupos, que de acuerdo a la OMS se dividen en 10-14 años y de 15 a 19 años y que requirió hospitalización, que cuente con expediente clínico completo de primera vez y subsecuentes.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluirán a los pacientes que se encuentren fuera del grupo etareo. Así como los que no tengan expediente clínico (folio de clasificación).

VARIABLES UNIVERSALES

- I. Procedencia
- II. Edad.- grupos etareos entre 10 y 14 años y de 15 a 19 años.
- III. Sexo
- IV. Medio socioeconómico.

VARIABLES A ESTUDIAR

- I. Diagnostico de egreso
- II. Condiciones del egreso: remisión, remisión parcial, sin mejoría y defunción.
- III. Tipo de egreso(causa)
- IV. Servicio tratante
- V. Tipo de familia
- VI. Escolaridad

HIPOTESIS.

Dado a que es un estudio retrospectivo no se requirió.

ÉTICA

En este estudio no se requiere carta de consentimiento del familiar ya que solo se revisó una serie de casos clínicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos, se recolectó los datos de la hoja correspondiente (anexo 1) y se analizaron en forma electrónica y los resultados se reportaron en gráficas y tablas.

HIPOTESIS.

Dado a que es un estudio retrospectivo no se requirió.

ÉTICA

En este estudio no se requiere carta de consentimiento del familiar ya que solo se revisó una serie de casos clínicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos, se recolectó los datos de la hoja correspondiente (anexo 1) y se analizaron en forma electrónica y los resultados se reportaron en gráficas y tablas.

HIPOTESIS.

Dado a que es un estudio retrospectivo no se requirió.

ÉTICA

En este estudio no se requiere carta de consentimiento del familiar ya que solo se revisó una serie de casos clínicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos, se recolectó los datos de la hoja correspondiente (anexo 1) y se analizaron en forma electrónica y los resultados se reportaron en gráficas y tablas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio que comprende del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1998, se hospitalizaron un total de 1223 pacientes. De los cuales 687 (56%) correspondieron al sexo masculino y 536 (44%) al sexo femenino (gráfica 1).

En este estudio de incluyeron a todos los adolescentes comprendidos en la edad de 10 a 19 años según lo establece la OMS. Dividiéndose en dos grupos: de 10 a 14 (adolescencia temprana) correspondiendo al sexo femenino 387 (31.6%) y sexo masculino 484 (39.6%), y de 15 a 19 años (adolescencia tardía) que correspondió a 149 (12.2%) y 203 (16.6%) respectivamente (Cuadros 1- 4).

En cuanto a la distribución etárea, la principal atención se centró en el grupo de 10 a 14 años, en ambos sexos y secundariamente fue disminuyendo en el grupo de 15 a 19 años (gráfica 2 y Cuadros 1-4).

En cuanto a la procedencia de los pacientes, la principal afluencia federativa la ocuparon el Estado de México con 496 (40.5%) y el Distrito Federal con 337 (27.5%) siguiendo en orden de afluencia: Guerrero, Guanajuato y Veracruz, las entidades de menor afluencia fueron Durango, Quintana Roo, y Baja California (gráfica 3).

Dentro de la asistencia hospitalaria, los servicios con mayor demanda fueron los servicios de Otorrinolaringología, Cirugía general, Ortopedia Cirugía plástica, Nefrología, Oncología, y Urología y los de menor demanda Hematología, Cirugía de Tórax y Neumología.

El departamento de Urgencias por ser un servicio de transición ocupó una demanda baja ya que en este se estabiliza al paciente y se canaliza posteriormente al servicio tratante; Y en caso de no requerir hospitalización se egresa a su domicilio.

En cuanto al tipo de referencia (servicio que indica la hospitalización del paciente y se hace responsable de su atención) se encontró que 232 (19%) de los ingresos proviene de los diferentes servicios de la Consulta externa, 305 (25%) de, el servicio de Consulta externa de urgencias y 1% de otros servicios no especificados. El resto corresponde a reingresos de los servicios tratantes (gráfica 4).

Para el propósito del estudio se agruparon los padecimientos en entidades nosológicas, dentro de las cuales la principal causa de hospitalización fueron las malformaciones congénitas de resolución quirúrgica 10.2%, seguido de tumores sólidos (por orden de frecuencia: óseo, abdominal y cerebral) 9.8%, y en tercer lugar los traumatismos 8.9% (cuadro 5).

Además se estableció la frecuencia por sexo, edad y patología encontrándose que la principales afecciones en los pacientes del grupo de adolescencia temprana femenino y masculino predominaron los padecimientos crónico degenerativos (cuadro 6, 8).

Para el grupo de adolescencia tardía femenino y masculino los más frecuentes fueron los padecimientos infecciosos y traumatismos (cuadro 7 y 9).

La especialidad de mayor afluencia la ocupó el servicio de Oncología seguido de las especialidades Quirúrgicas (Cirugía General, Plástica, Otorrinolaringología, Oftalmología), y todas aquellas que participan en la corrección de defectos congénitos (gráfica 5).

Y en cuanto al servicio tratante el de mayor afluencia correspondió a Otorrinolaringología, y áreas quirúrgicas.

En cuanto a las condiciones de egreso se observó que 866 (70%) de los casos mostraron mejoría, 220 (18%) no reportaron evolución satisfactoria y 110 (9%) presentó remisión total del padecimiento. Se reportaron 24 (2%) fallecimientos.

DISCUSION

De los datos presentados observamos que predomina ligeramente el sexo masculino del femenino.

Los grupos etáreos son representativos de la adolescencia, en etapas de adolescencia temprana (71.2%), y conforme se va llegando a la edad adolescente tardía (28.8 %), disminuye la atención a este tipo de estos pacientes, lo cual no corresponde con lo reportado en la literatura nacional (10).

Este fenómeno podríamos explicarle de acuerdo a que por definición la edad pediátrica abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Por otro lado encontramos que nuestro hospital tiene gran demanda de atención especializada de tercer nivel (padecimientos congénitos, quirúrgicos y crónico degenerativos) que ameritan manejo multi e interdisciplinario Pediátrico.

De acuerdo a la afluencia de los pacientes observamos que existe una gran demanda de pacientes adolescentes originarios del Estado de México y del Distrito Federal, seguido de Hidalgo, Guerrero, Veracruz y Guanajuato. La mayor afluencia de estos deberá ser por la cercanía de estas entidades al la zona metropolitana y al Hospital Infantil de México.

De acuerdo a la referencia de los pacientes se encontró que el 45% proviene de la consulta externa y del servicio de urgencias y el resto de los pacientes es considerado como reingreso, muy posiblemente por el tipo de patología presentada en esta institución.

De acuerdo al servicio tratante el de mayor demanda fue Otorrinolaringología seguido de las áreas Quirúrgicas, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Plástica,

y posteriormente el servicio de Nefrología y Oncología y un a menor demanda los servicios de Neumología y Cirugía de Tórax.

Dos explicaciones daremos a estos hallazgos:

La primera es el numero de camas sensables que abarcan las áreas quirúrgicas y la segunda se debería a la magnitud de pacientes observados dentro de la consulta externa, así mismo por el tipo de patología propia de tercer nivel (Crónico degenerativa y malformaciones congénitas).

En los padecimientos relacionados con accidentes por traumatismo y violencia, embarazo, adicciones y suicidio no se reportan dentro de la morbilidad hospitalaria ya que se trata de un hospital pediátrico de alta especialidad, este tipo de pacientes se refieren a un segundo y tercer nivel de atención con capacidad para este tipo de padecimientos por tal motivo los traumatismos no son comparables con lo reportado en el ámbito nacional e internacional, sin embargo, tal como lo reporta el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, las principales causas de morbilidad. son los traumatismo nasales, los tumores malignos y las anomalías congénitas. y que efectivamente el Hospital Infantil de México es un reflejo palpable de la patología adolescente Mexicana (8,10).

En el estudio se reporta al egreso que 9% de los pacientes presentaron curación, 70% mejoraron y 19% no mostraron mejoría. y la mortalidad hospitalaria fue del 2%.

CONCLUSIONES

1. En el Hospital Infantil de México observamos que en la morbilidad hospitalaria predominaron los padecimientos Crónico degenerativos propios de un tercer nivel de atención en los pacientes adolescentes.
2. La afluencia de pacientes atendidos dentro de nuestra institución es principalmente del Distrito Federal y del Estado de México.
3. En nuestro estudio predominó la atención al grupo del sexo masculino de 10 a 14 años.
4. Los principales padecimientos en las adolescentes del grupo de 10 a 14 fueron: Leucemia, Traumatismos, Insuficiencia Renal Terminal. En el grupo de 15 a 19: Otitis media crónica, traumatismos.
5. En los adolescentes de 10 a 14 años fueron: Leucemia, Insuficiencia Renal, Diabetes Mellitus. En el de 15 a 19: Otitis Media Crónica, Traumatismos Y Peritonitis.
6. Los servicios con mayor demanda fueron los de especialidad quirúrgica.
7. En más del 70% de la población estudiada mostró mejoría clínica y curación, y baja mortalidad .

BIBLIOGRAFIA

1. Grinder, R. E. Adolescencia. . México Limusa. 1993;1:17-40.
2. Brindis CD, Irwin CH, Millstein SG, en: Mcanarney ER, Kreipe RE, Orr DP, Comerci GD. Medicina del adolescente. Buenos Aires. Panamericana. 1995;2:46-61.
3. Rubio RS. Manual de procedimientos Médico-Quirúrgicos. Hospital de Pediatría. México. Méndez editores, 1994;4:12-15.
4. Hay W. Current Pediatric Diagnosis and treatment. (adolescencia) 1997; Estados Unidos, Apleton & Lange, 13ª edición .1997;5:111 - 120.
5. Goldsmith JR, Cwikel JM. Mortalidad de los Jóvenes adultos: comparaciones internacionales. Salud Pública Méx. 1993;35 :132-147.
6. Ramos-LL, Saldivar HG. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Salud Pública Méx. 1998;40:221-233.
7. López JL. Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en el servicio de urgencias. Salud Pública Méx. 1998;40:487-493.
8. INEGI. Información estadística del sector salud y seguridad social. Cuaderno 15. México: 1999;109.
9. Reyes FS, Guiscafre GH. Mortalidad en adolescentes en México. 1980-1990. Bol Méd Hosp Inf Méx. 1994;51: 633-642.
10. Vázquez PE, Sotelo CN. Morbilidad y mortalidad en adolescentes. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. 1994;11: 27-29.
11. Hennes, HC, A. Review of violence statistics among children and adolescents in the United States. Ped Clin North Am 1998; 45: 269-280.

12. Melzer-lange, M. Violence and associate high-risk health behaviors in adolescents: Substance abuse, sexually transmitted diseases, and pregnancy of adolescents . *Ped. Clin. North. Am.* 1998; 45: 307-318.
13. Fiscella K, Kitzman H, Cole R. Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics.* 1998 ; 101: 620-624.
14. Méndez JM; Necchi S, Schufer, M. Conductas sexuales en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría.* 1996;94: 314-322.
15. Royse, D. Scouting and girl scout curriculum and as intervention: Effects on adolescents self-esteem. *Adolecence,* 1998;129:159-168.
16. Forteza C. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex.* 1998;40:430-437.
17. Rivara FP, Aitken M. Prevention of injuries to children and adolescents. *Advances in pediatric.* 1998;45:37-71.
18. Alderman EM, Stanford B. Behavioral problems of affluent youth. *Pediatric anal.* 1995;24:4 185-188.
19. Gold M, Stanford B. Conversion reactions in adolescents *Pediatric annals* 1995;24:6:296-306.
20. Schwartz R. Adolescent heroine use: a Review. *Pediatrics* 1998;102 :1461-1465.
21. Dukarm CP. Byrd, R. Ilicit substance abuse, gender and the risk of violent behavior among adolescents. *Archives Pediatrics and adolescent medicine* . 1996;150: 797-801.
22. Blum RW. Adolescents substance use and abuse. *Archives Pediatrics and adolescent medicine* . 1997;151:805-808.
23. Ziv A, Boulet J. Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics* . 1998;101:987-994.

24. Polaino L, Alamo A. Terapia familiar en adolescentes con riesgo de suicidio. *Acta Pediátrica Española* 1999;57:193-200.
25. Schuster M, Asch S. Development of a quality of care measurement system for children and adolescents. *Archives Pediatrics and adolescent medicine*, 1997;151:1085-1092.
26. Kaplan D. School- based health centers: Primary care in High School. *pediatric annals*.1995;24:192-200.
27. traugott I, Alpers A. Adolescents refusals of medical treatment. *Archives Pediatrics and adolescent medicine*. 1997;151:922- 927.

ANEXOS

- I. NUMERO DE EXPEDIENTE _____
- II. SEXO MASCULINO _____ FEMENINO _____
- III. EDAD _____
- IV. LUGAR DE PROCEDENCIA :
DF Y ESTADO DE MEXICO _____ PROVINCIA _____
- V. NIVEL SOCIECONOMICO: _____
- VI. SERVICIO DE INGRESO _____
- VII. FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL _____
- VIII. FECHA DE INGRESO AL SERVICIO _____
- IX. FECHA DE EGRESO DEL HOSPITAL _____
- X. DIAGNOSTICO _____
- XI. DIAS DE ESTANCIA _____
- XII. CONDICIONES AL EGRESO :
REMISION TOTAL _____ PARCIAL _____ SIN MEJORIA _____
- XIII. ESCOLARIDAD _____
- XIV. OCUPACION _____
- XV. AMBITO FAMILIAR _____

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TEMPRANA
(10 A 14 AÑOS)
SEXO FEMENINO**

EDAD	FRECUENCIA
10	84
11	87
12	86
13	63
14	67
TOTAL	387
% POB. TOTAL	31.6%

cuadro1

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TARDIA
(15 A 19 AÑOS)
SEXO FEMENINO**

EDAD	FRECUENCIA
15	58
16	35
17	30
18	21
19	5
TOTAL	149
% POB. TOTAL	12.2%

cuadro 2

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TEMPRANA
(10 A 14 AÑOS)
SEXO MASCULINO**

EDAD	FRECUENCIA
10	114
11	97
12	103
13	90
14	80
TOTAL	484
% POB. TOTAL	39.6%

cuadro3

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TARDIA
(15 A 19 AÑOS)
SEXO MASCULINO**

EDAD	FRECUENCIA
15	75
16	59
17	41
18	19
19	9
TOTAL	203
% POB. TOTAL	16.6%

cuadro 4

MORBILIDAD HOSPITALARIA

ENTIDADES NOSOLOGICAS DE LA POBLACION ADOLESCENTE

ENTIDAD	FRECUENCIA	
MALF. CONGÉNITAS	125	10.2%
TUMORES SOLIDOS	120	9.8%
TRAUMATISMOS	109	8.9%
OTITIS MEDIA CRONICA	79	6.5%
LEUCEMIAS Y LINFOMAS	85	8.3%
INSUF. RENAL	60	4.9%
CARDIOPATIAS	41	3.4%
DIABETES MELLITUS	23	1.9%
APENDICITIS AGUDA	20	1.6%
LES	20	1.6%
Sx. NEFRÍTICO AGUDO	16	1.3%
ESTRABISMO	15	1.2%

cuadro 5

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
 ADOLESCENCIA TEMPRANA
 (10 A 14 AÑOS)
 SEXO FEMENINO**

EDAD	PATOLOGIA	FRECUENCIA
10	TRAUMATISMO NASAL	18
10	TUMOR OSEO MALIGNO	8
10	ANOMALÍAS MAXILARES	5
11	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	26
11	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	13
11	APENDICITIS AGUDA	6
11	CICATRIZ QUELOIDE	5
12	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	29
12	LINFANGIOMA	6
12	TUMOR DE NASOFARINGE	5
13	DIABETES MELLITUS	6
13	MICROTIA	6
14	MICROTIA	8
14	CONDUCTO ARTERIOSO	6
14	COMUNIC. INTERAURICULAR	5

cuadro 6

MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TARDIA
(15 A 19 AÑOS)
SEXO FEMENINO

EDAD	PATOLOGIA	FRECUENCIA
15	OTITIS MEDIA CRÓNICA	14
15	LABIO Y PALADAR HENDIDO	8
15	ESTRABISMO	6
15	LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA	5
16	OTITIS MEDIA CRÓNICA	10
17	TRAUMATISMO ABDOMINAL	2
18	PERITONITIS SECUNDARIA	5
19	TRAUMATISMO NASAL	2

cuadro 7

MORBILIDAD HOSPITALARIA
ADOLESCENCIA TEMPRANA
(10 A 14 AÑOS)
SEXO MASCULINO

EDAD	PATOLOGIA	FRECUENCIA
10	TRAUMATISMO NASAL	30
10	TUMOR MALIGNO DEL ENCÉFALO	8
10	TUMOR OSEO MALIGNO	7
10	AMIGDALITIS	5
11	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	39
11	APENDICITIS AGUDA	8
11	LINFOMA NO HODGKIN	6
12	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	31
12	HEMANGIOMA	8
12	TUMOR DE NASOFARINGE	7
12	SÍNDROME NEFRÍTICO	6
12	TRAUMATISMO NASAL	6
13	DIABETES MELLITUS	17
13	MICROTIA	10
13	ESTRECHEZ URETRAL	7
13	TORSIÓN TESTICULAR	12
14	MICROTIA	14
14	ESTENOSIS AÓRTICA	5

cuadro 8

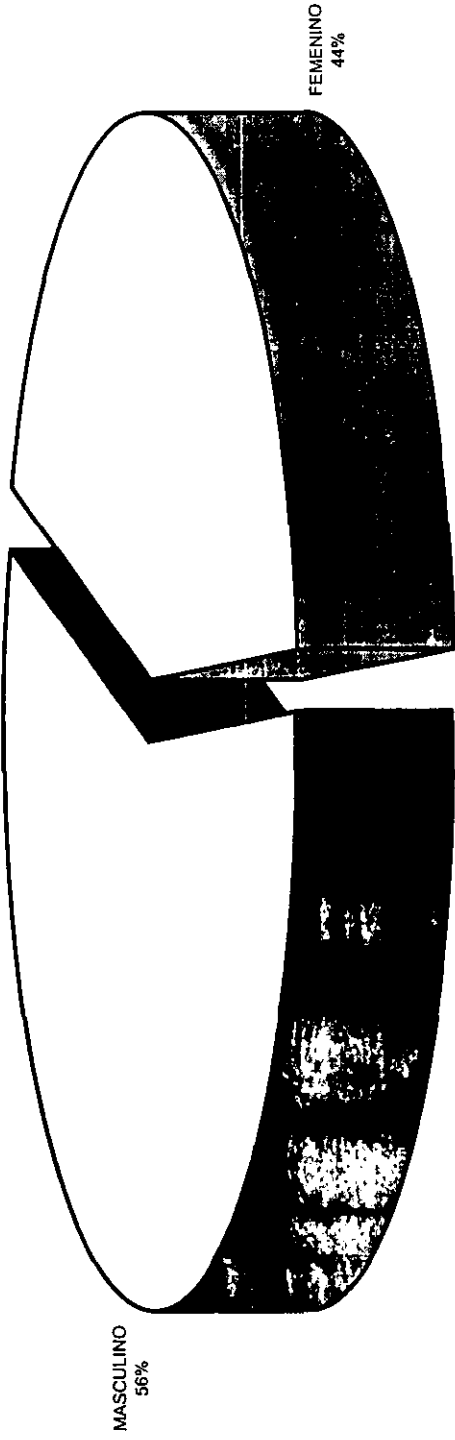
**MORBILIDAD HOSPITALARIA
 ADOLESCENCIA TARDIA
 (15 A 19 AÑOS)
 SEXO MASCULINO**

EDAD	PATOLOGIA	FRECUENCIA
15	OTITIS MEDIA CRÓNICA	20
15	LABIO Y PALADAR HENDIDO	13
15	CRIPTORQUIDIA	9
15	HIPOSPADIAS	6
15	ESTRABISMO	5
16	OTITIS MEDIA CRÓNICA	18
16	OTITIS MEDIA PERFORADA	5
17	FRACTURAS	8
18	TRAUMATISMO NASAL	5
19	TRAUMATISMO NASAL	4

cuadro 9

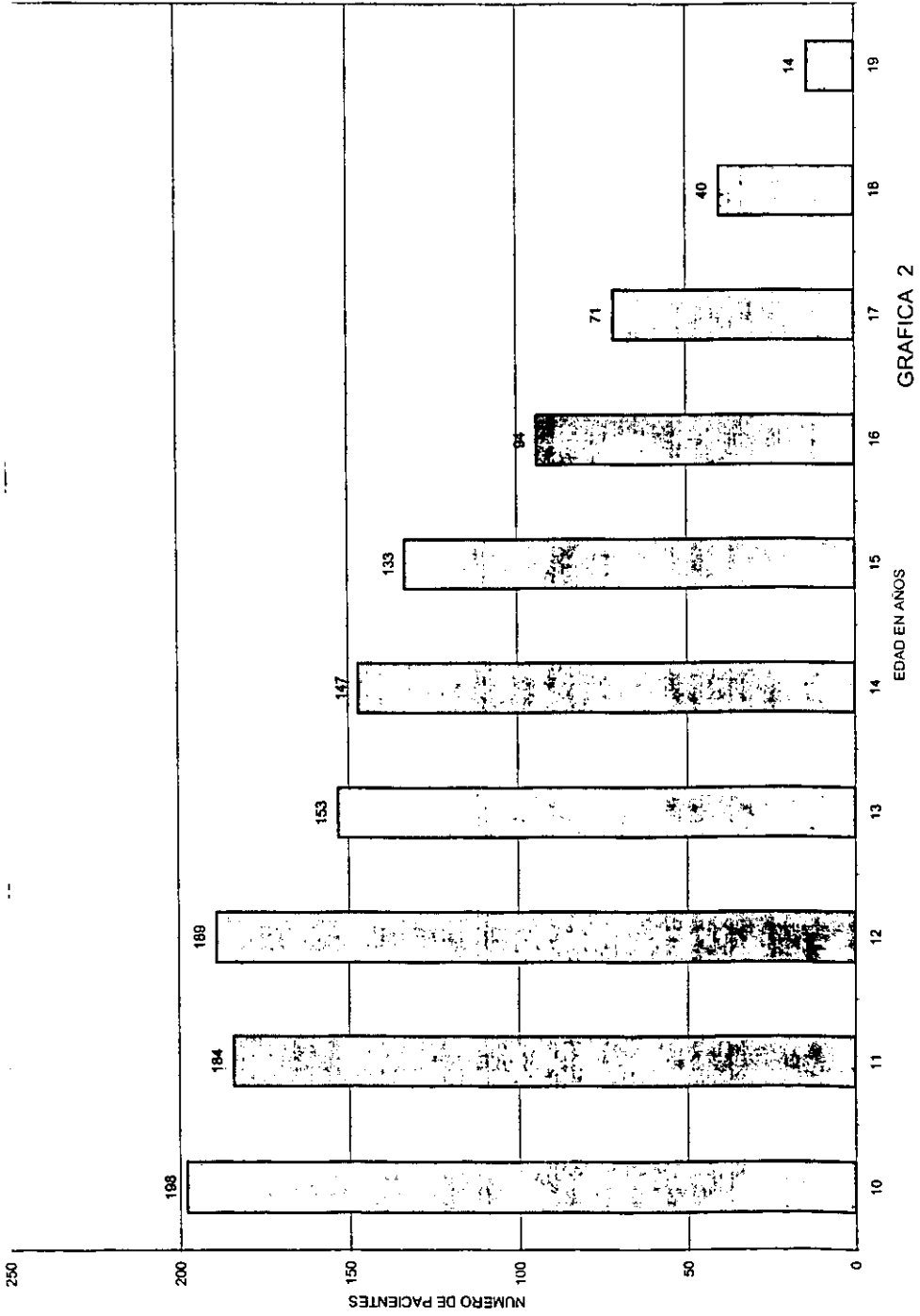
MORBILIDAD EN ADOLESCENTES

DISTRIBUCION POR SEXO

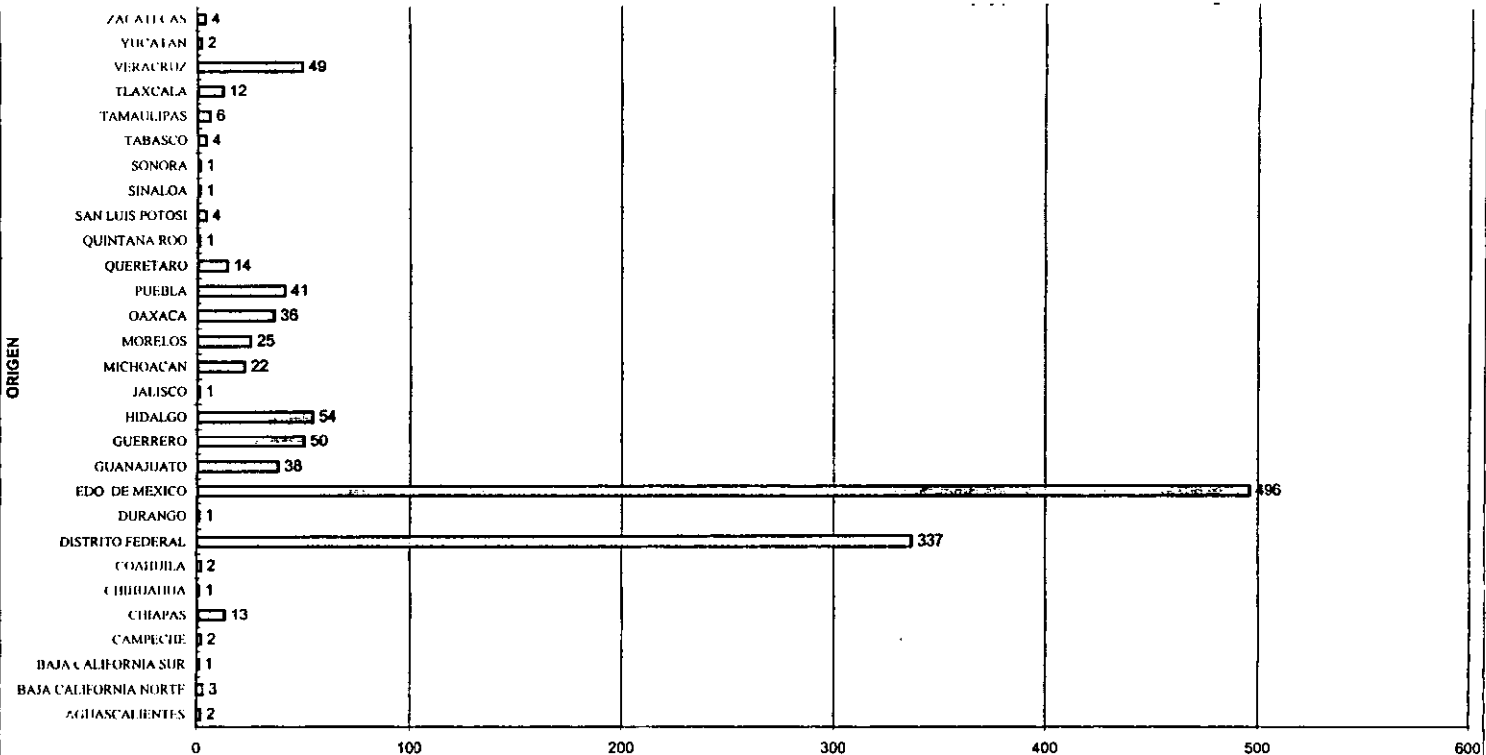


GRAFICA 1

MORBILIDAD EN ADOLESCENTES
GRUPO ETAREO



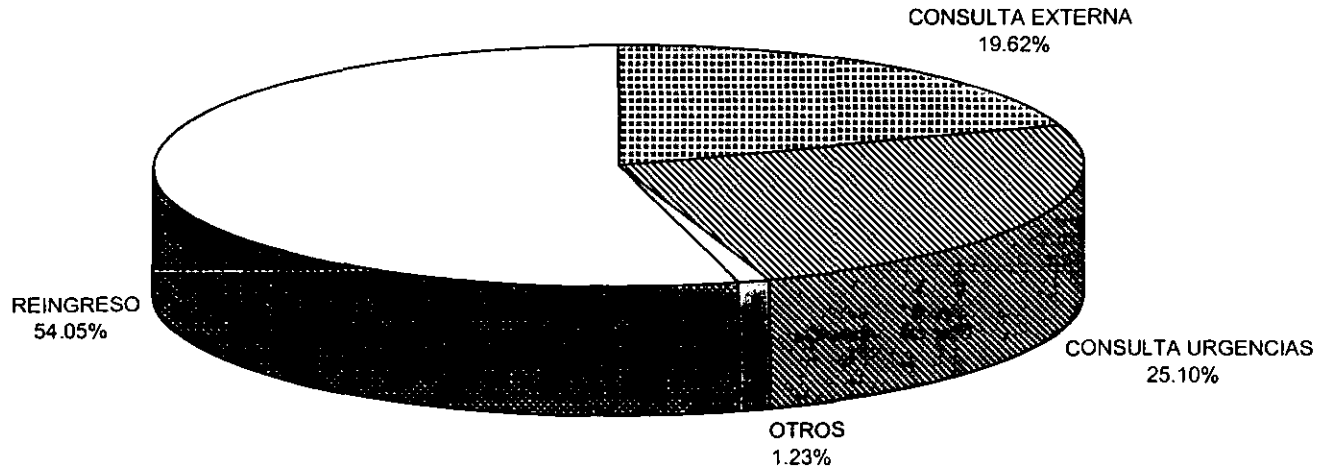
MORBILIDAD EN ADOLESCENTES PROCEDENCIA



GRAFICA 3

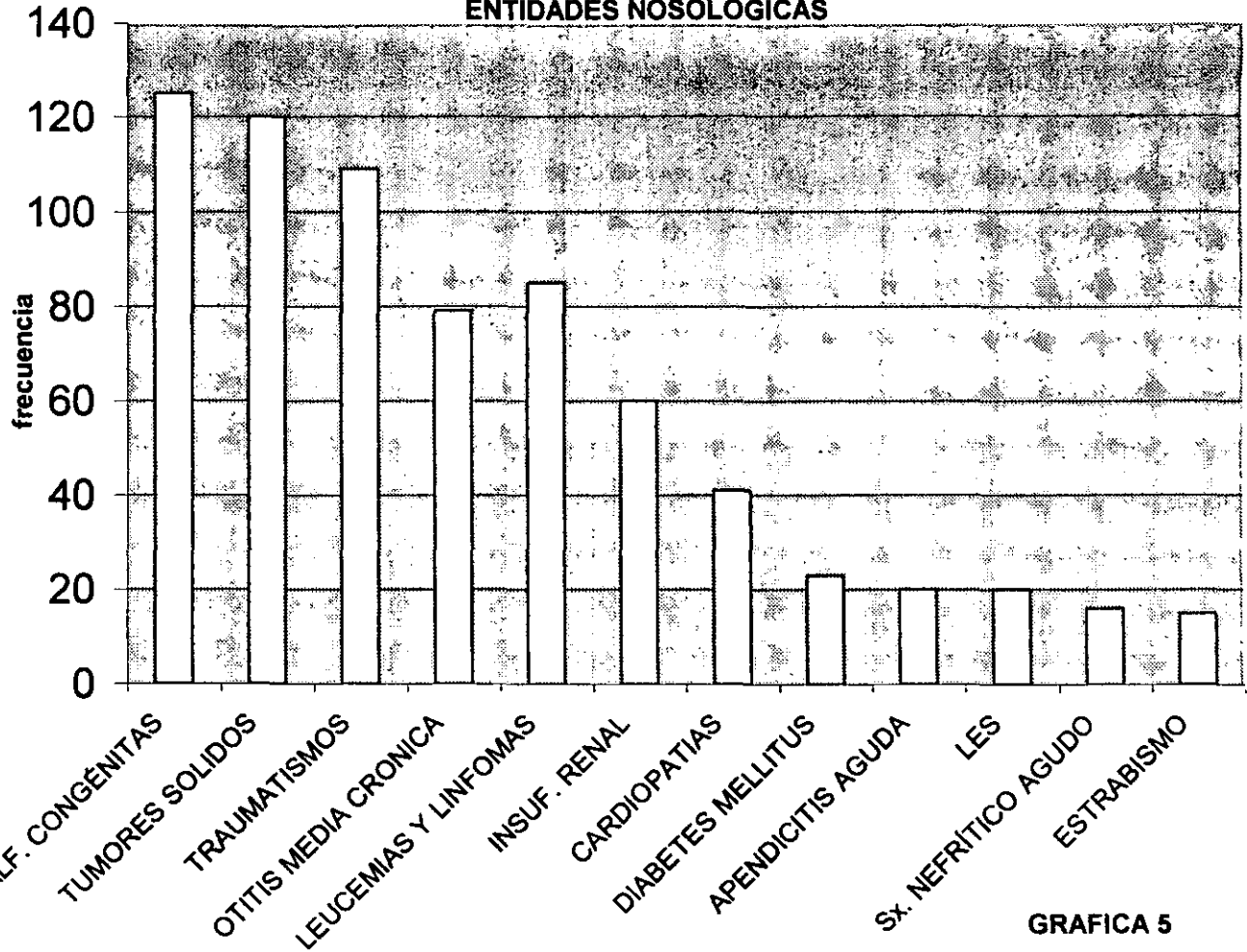
PACIENTES

**MORBILIDAD EN ADOLESCENTES
REFERENCIA**



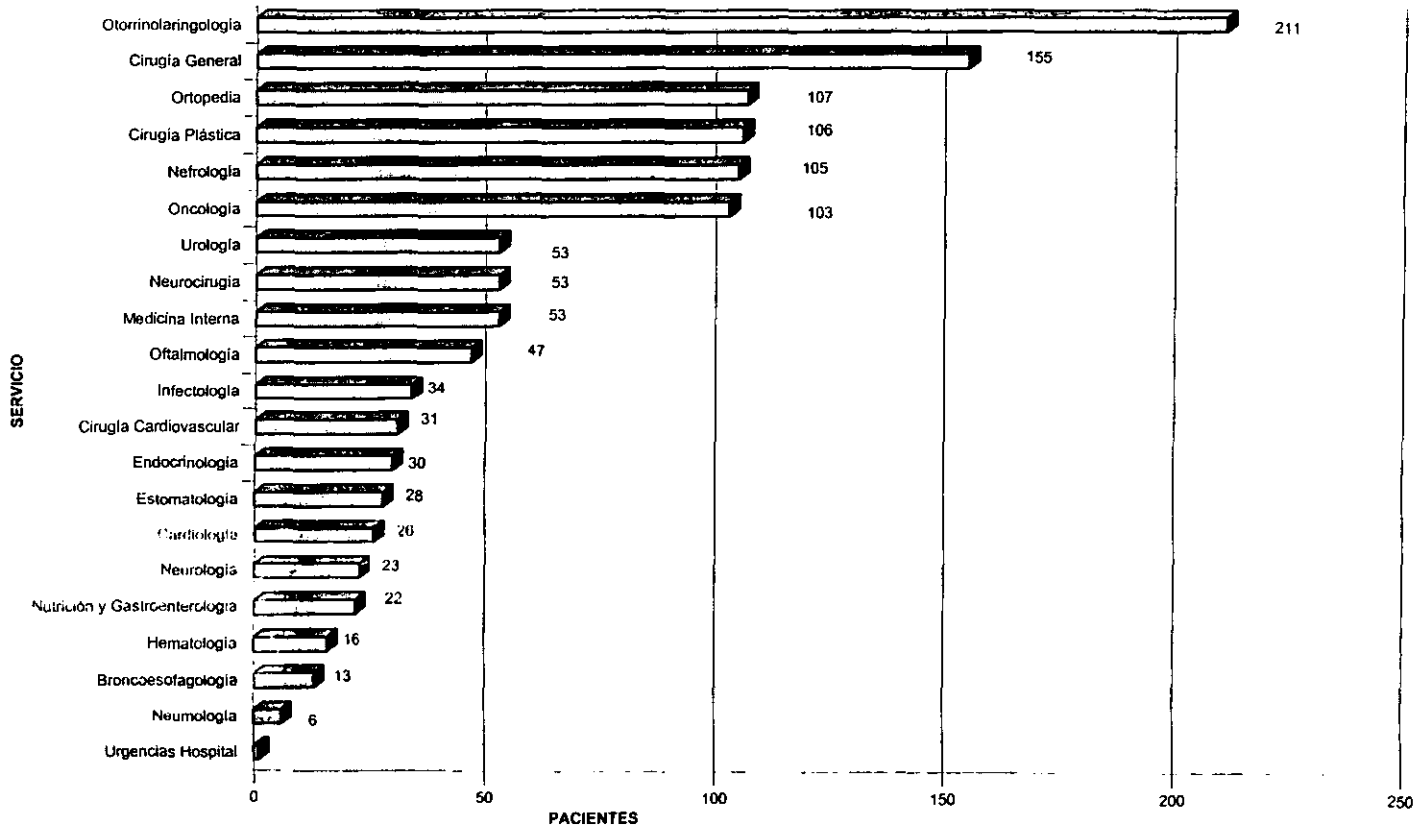
GRAFICA 4

**MORBILIDAD HOSPITALARIA
ENTIDADES NOSOLOGICAS**



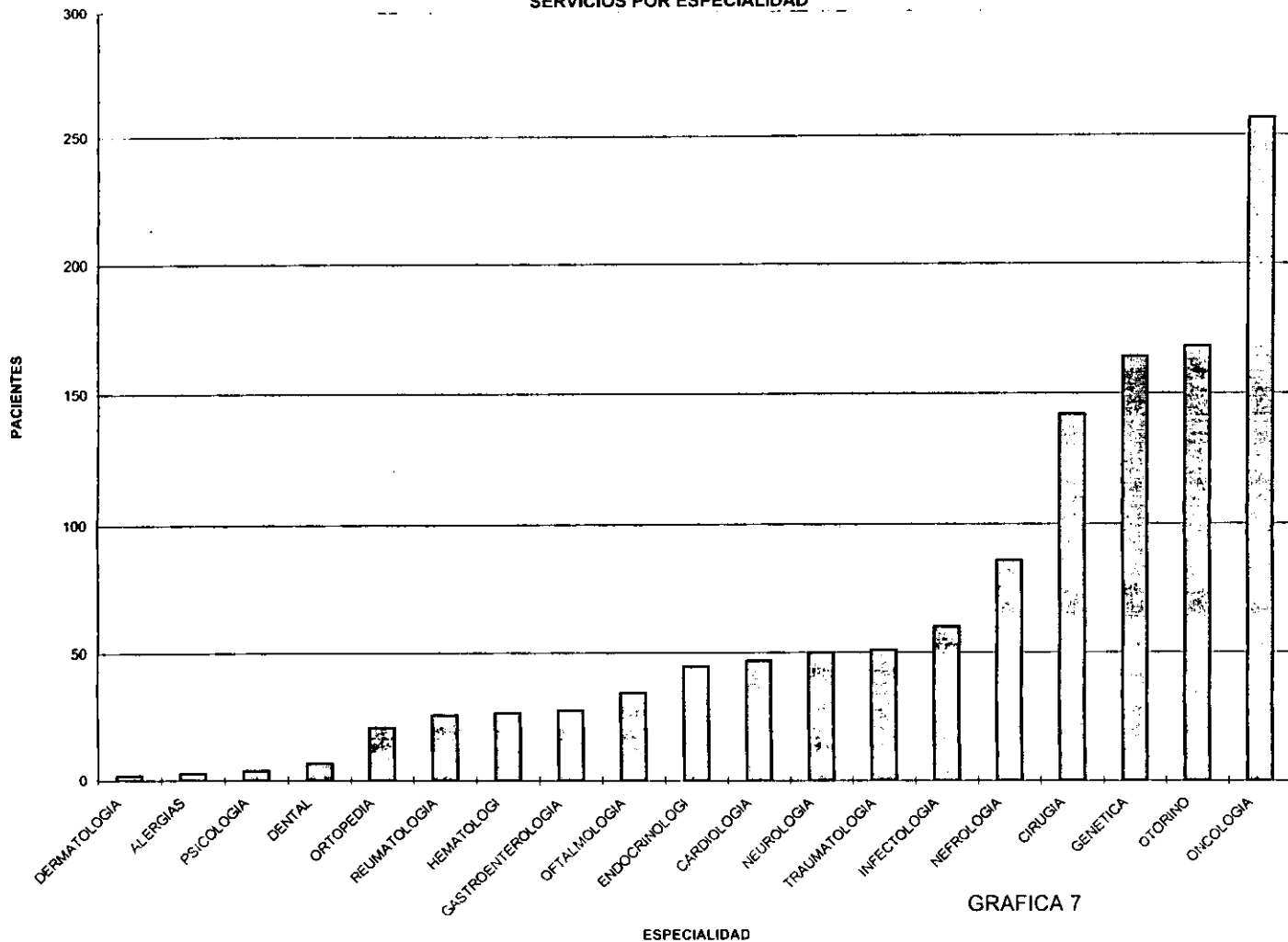
GRAFICA 5

MORBILIDAD EN ADOLESCENTES
SERVICIO TRATANTE



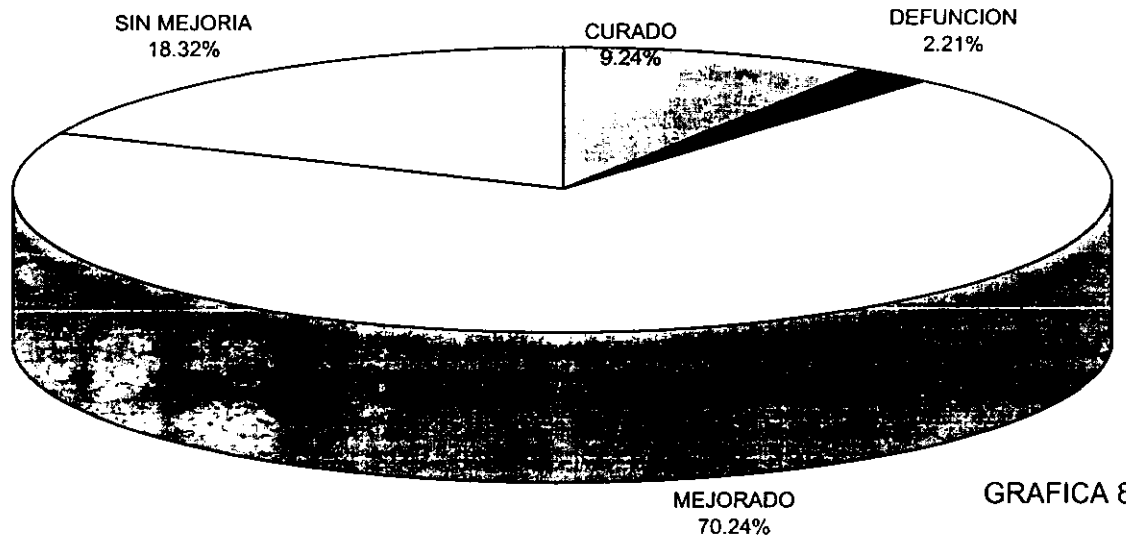
GRAFICA 6

MORBILIDAD EN ADOLESCENTES SERVICIOS POR ESPECIALIDAD



GRAFICA 7

MORBILIDAD EN ADOLESCENTES
CONDICIONES DE EGRESO



GRAFICA 8