

11226
29
289



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

**División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona Aragón No. 29
GENERACION 83 - 85**

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS CINCO PRINCIPALES
CAUSAS DE REINGRESO A UN PISO DE PEDIATRIA
UN AÑO DE REVISION.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. HUMBERTO FRANCISCO SERRANO MAINAR



México, D. F.



1985



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.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	10
Objetivos	11
Hipótesis	12
Material y Método	13
Programa de Trabajo	14
Resultados	15
Comentario	27
Conclusiones	30
Bibliografía	31

INTRODUCCION

En México, las enfermedades comprendidas dentro del rubro de enteritis y otras enfermedades diarreicas así como la influenza y neumonías constituyen importantes problemas de salud, ya que han ocupado los dos primeros lugares como causas de muerte entre las diez principales durante los últimos 50 años.

Al igual que las enfermedades parasitarias, el grupo etario de menores de 5 años es el más gravemente afectado con tasas cuatro o cinco veces mayores que las correspondientes a la población general y a la de adultos.

Entre 1976 y 1980 dichas enfermedades ocuparon el primero y segundo lugares de morbilidad y mortalidad y pese a que han proliferado por todo el país los centros de formación y adiestramiento para el personal de la salud y que se han multiplicado los establecimientos de atención médica, las camas hospitalarias son insuficientes y no se llega hasta los niveles mínimos satisfactorios.

En 28 de las 32 entidades federativas el motivo más frecuente de ocupación de camas fué el de trabajo de parto, y el segundo, por lo menos en 20 estados correspondió a enfermedades infecciosas.

Los diagnósticos más frecuentes se refirieron a casos de enteritis e infecciones del árbol respiratorio, y el grupo de edad más afectado fué el infantil.

Todos estos datos ponen de manifiesto la importancia del conocimiento de la etiología, cuadro clínico, tratamiento y prevención de estas enfermedades, sobre todo por el Médico Familiar, ya que una elevada proporción de los pacientes que atienden en la consulta son pacientes pediátricos, de los cuales, el principal motivo de consulta es por enfermedades infecciosas.

A pesar de que es en el primer nivel de atención donde se -

atienden y resuelven la mayoría de estos casos, un número importante de pacientes va a requerir de internamiento en un hospital hasta la mejoría o curación de su padecimiento.

Esto representa un elevado costo para la institución que le proporciona la atención, o para los mismos padres si se da el caso de que llevaran al paciente a ser atendido por un hospital privado.

En el Hospital General de Zona Aragón No. 29 del IMSS, concretamente en el servicio de pediatría se lleva un adecuado control y registro de los pacientes que son hospitalizados en el piso, determinándose la etiología, tratamiento, complicaciones de los mismos, sin embargo no existe un registro de los pacientes que reingresan al servicio.

Por lo anterior creí conveniente realizar en el mismo servicio un trabajo de investigación que nos permitiera conocer esos datos.

Vale la pena hacer la aclaración de que se trata de un estudio básicamente descriptivo, ya que lo que se realizó fue una revisión cuidadosa de los reingresos que hubo en un año, así como de sus características.

Los objetivos del estudio son concretos y los resultados interesantes, y serán especialmente útiles a Médicos Familiares y Pediatras a los que permitiera tomar nuevas medidas tendientes a lograr una adecuada prevención de estos padecimientos y así disminuir el número de ingresos y reingresos a piso y el número de casos dentro de la población derechohabiente de este hospital.

ANTECEDENTES

El niño es, como el adolescente, desde el punto de vista médico social, un organismo biosicosocial en crecimiento y desarrollo que depende de su ambiente inmediato: familia y hogar : y del mediate que es su comunidad, con los que mantiene mutuas relaciones e influencias.

Es así un todo que comprende ineludiblemente su medio interno, biológico y genéticamente determinado, y su medio externo del cual recibe estímulos e influencias y en el que habita dinámicamente hasta llegar a la edad en que completa su maduración.

Todo mundo sabe que un niño es incapaz de sobrevivir por sí mismo tanto menos cuanto más pequeño es y por ello depende de los cuidados y atenciones que le proporcionan sus padres o --- quienes los substituyen en esta tarea trascendente de la formación del hombre por el hombre, en la que también participan --- los profesores y profesionales encargados de vigilar su salud como lo son los médicos.

Los niños constituyen actualmente una gran proporción de la población mundial, de la cual, una tercera parte es menor de 15 años.(13). México no es una excepción a este respecto ya que tiene una de las tasas de natalidad más elevadas del mundo y así tenemos por ejemplo que la población de nuestro país en 1950 era de 25 millones y para 1970 se había duplicado, en --- 1980 eran ya 70 millones de habitantes, y de seguir con este paso en que la población se duplica cada 22 años, para finales del presente siglo seríamos 132 millones de mexicanos.(14)(15)

Para solucionar o al menos atenuar este problema se creó en 1974 el Consejo Nacional de Población y se crean programas de planificación familiar a nivel nacional mediante las cuales se ha logrado que la tasa de crecimiento demográfico que en 1976-

era de 1.2%, se redujera a 2.95% para 1979. (13)(14)(15).

A pesar de estas medidas, la tasa de crecimiento demográfico de México continúa siendo todavía una de las más elevadas del mundo y como consecuencia tenemos que actualmente el 46.1% de la población de México corresponde a personas menores de 15 años. (13).

Existe una estrecha relación entre la mortalidad y las condiciones socioeconómicas de la vida, esto ha quedado demostrado desde el siglo XVIII y actualmente se puede afirmar que vri va un consenso generalizado sobre esta causa. Sin embargo subsiste la necesidad de sistematizar el conocimiento generado -- por la tesis multicausales de la enfermedad y muerte. (11)(12).

Se reconoce que en conjunto la distribución desigual de los daños a la salud tiene una correspondencia estrecha con la estructura económica que define a las sociedades; que los diversos padecimientos sobrevienen en acato a factores socioeconómicos específicos y que de estos factores es posible jerarquizar la importancia y esbozar las determinaciones primarias. (14).

La importancia de la mortalidad entre los menores de un año deriva del análisis de la distribución de los casos según los diferentes grupos de edad. En el período de 1960-1975 del 27% al 31% de las defunciones ocurrieron en menores de un año y -- del 38% al 46% lo fueron entre el grupo de 1-4 años. (13).

La reducción de las tasas de mortalidad brutas en los países de América Latina se debe fundamentalmente a la reducción del número y tasa de mortalidad de los niños menores de un año.

Se trata del grupo más lábil y susceptible de contraer enfermedades y de morir. Así mismo la mortalidad infantil representa el daño a la salud más directamente asociado a las condiciones alimentarias, de vivienda y de educación de los habitantes; constituye el indicador de mayor certidumbre y más confiable -- para evaluar las condiciones de salud. (12)(13).

El análisis de los datos disponibles permite afirmar que en

los últimos 80 años la mortalidad infantil muestra un abatimiento de gran magnitud. Este hecho ha ocurrido hasta el presente siglo, especialmente por la disminución de las enfermedades infecciosas, ya que la historia de México va ligada de manera constante con episodios y relatos de epidemias que han sido factores determinantes en períodos críticos del país, y que han constituido un factor de primer orden en la morbilidad y mortalidad de los mexicanos. (13).

Con la llegada de los españoles en 1521, además de las enfermedades propias de la población nativa se agregan algunas nuevas como el sarampión, la viruela y el tifo. Se cuenta con el registro histórico de que desde la llegada de Pánfilo de Narváez, ocurre un brote epidémico de viruela, de la que padecía un perro de la expedición, y provocó una elevada mortalidad al cebarse sobre una población virgen para esta enfermedad ya que no tenían defensas orgánicas generadas por exposiciones previas que produjeran la enfermedad, pero que no causarían la muerte y que hubieran determinado la inmunidad permanente.

Durante la colonia, se suceden en una letanía interminable las reseñas de epidemias de una u otra índole que asolaron en forma ininterrumpida a la población de la entonces Nueva España. (11)(13).

La historia del país está llena de nombres ilustres que sucumbieron a infecciones graves, desde Cuiclahuac por viruela : Sor Juana Inés de la Cruz por cólera, Ignacio Zaragoza por fiebre tifoidea, Ángela Peralta por fiebre amarilla, etc.. La aparición y curso de infecciones muy probablemente correspondientes a tifo, viruela, sarampión, fiebre tifoidea, cólera, fiebre amarilla, peste y otras fueron causa de desdoblamientos en la colonia. En el México independiente la situación no varió gran cosa, y para este entonces ya se cuenta con registros de epidemias, así tenemos uno de una epidemia de cólera que azotó a Guadalajara en 1833 en el que encontramos que la población -

total que era de 35744 habitantes, tuvo un total de 3275 defunciones, la tasa bruta de mortalidad fué de 100 por 1000 habitantes y encontramos que solo en el grupo de población comprendida entre los 0-4 años, hubo un total de 596 defunciones y — que equivalen al 18.20% del total de defunciones, el grupo mas afectado después del de los niños fué el de los ancianos. (10) (11).

Con respecto a la mortalidad infantil dijimos ya que ésta — muestra un notable descenso en los últimos 80 años, existen registros fidedignos a este respecto desde el siglo pasado, aunque en ese entonces había algunas irregularidades en los reportes de la tasa de mortalidad infantil, de modo que difícilmente esta puede atribuirse a cambios socioeconómicos, en el período de 1896 a 1910 las tasas oscilan entre 376 y 266, o sea que 30 a 40 niños fallecían de cada 100 nacidos vivos. (11).

Durante el período revolucionario (1911-1921) no se registraron los hechos vitales, o por lo menos no hay datos disponibles. En 1922 se verifica una muy notoria disminución de la mortalidad infantil, precedida seguramente por algún incremento en ella durante el período revolucionario, para 1922 era de 223. De 1922 a 1928 se observa un período de lenta disminución, mismo que se interrumpe en 1930 con un descenso importante, registrándose en ese año una tasa de 131. Una tercera disminución se vió también en el período de 1941-1945 en el que — hubo tasas de 123 y 107 respectivamente. Finalmente en los años cincuentas baja la mortalidad infantil de 96.2 en 1950 a 74.4 en 1959. De 1960 a 1975 se registran cifras irregulares que muestran una disminución inicial de 74.2 en 1960, 62.9 en 1966 y posteriormente se incrementa la tasa hasta llevar a 68.4 en 1970, para después volver a disminuir en forma importante durante los siguientes 4 años hasta 46.6 en 1974, para — el año siguiente había subido a 48.9. (12)(13).

No obstante que el descenso de la mortalidad infantil en es

te siglo ha sido de proporciones considerables y probablemente excepcionales, no ha sido correspondido en los descensos advertidos en el resto de los grupos de edad. Sucede un fenómeno semejante al que ocurre en la mortalidad por sexos, el femenino ha sido el más beneficiado en la disminución de la mortalidad en las últimas décadas, así tenemos por ejemplo que en 1974, - por cada 100 niñas que morían, lo hacían 126 niños de la misma edad. (12).

Los análisis que se han practicado sobre las causas de defunción infantil señalan la diferencia que se reconoce en ellas cuando son endógenas o exógenas, así se identifican dos criterios básicos: el que asocia a las endógenas con factores causales congénitos y del parto y a las exógenas con agentes patógenos del medio ambiente tales como microorganismos, accidentes o causas violentas, y un segundo que además de considerar el origen congénito de la causa, limita a las endógenas a las que ocurran dentro del primer mes de vida y considera exógenas a las que sucedan en términos que sobrenasen el mes, pero sin tomar en cuenta el origen de la causa. La debilidad teórica del concepto de causalidad se reconoce a partir de la separación artificial que adoptan entre lo que ocurre antes y después del parto, esto puede llevar a errores de apreciación. (12)

En México las enfermedades infecciosas como causa de morbilidad y mortalidad tienen los primeros lugares, así encontramos que del total de defunciones en la población infantil, las enfermedades infecciosas produjeron 59% de los fallecimientos. y siendo las principales influenza y neumonías, enteritis y -- otras enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, las principales causas de muerte por otros padecimientos fueron ciertas causas de mortalidad perinatales, anomalías congénitas y accidentes. (18).

La mayoría de estas enfermedades son prevenibles y se conocen las medidas de salud pública pertinentes para abatirlas(1)

(2)(3).

Gracias a las medidas de prevención, ha sido posible abatir sensiblemente las tasas de morbilidad y mortalidad de estas enfermedades, pese a ello, el número de internamientos de pacientes pediátricos por estas causas es elevado todavía, aún en la Ciudad de México, pese a que tiene uno de los valores más bajos de las tasas de morbilidad-mortalidad de la república. (3)(5)(6).

Se ha hecho énfasis en la prevención primaria de las enfermedades a través de campañas publicitarias de promoción de la salud tendientes a que la población tenga acceso y conocimiento a una educación sanitaria, nutricional e higiénica, especialmente orientada para un adecuado manejo y preparación de alimentos, consumo de agua y eliminación de excretas. (4)(8).

Se han obtenido grandes logros en el control de enfermedades prevenibles por vacuna (poliomielitis, sarampión, tos ferina, tétanos y tuberculosis) con importantes reducciones en los casos de ellos. Con respecto a las medidas de prevención secundaria se ha logrado educar y concientizar a buena parte de la población para que utilice los servicios médicos, esto ha permitido que se realice un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y que se reduzca el número de complicaciones y defunciones por estos padecimientos y otros de diferente etiología.

Se han realizado diversos estudios que aclaran los aspectos causales de padecimientos tan frecuentes en nuestro medio como lo son la influenza y neumonías, así como enfermedades diarreicas, sugiriendo las medidas más adecuadas de prevención, diagnóstico y tratamiento en los diferentes niveles de atención, así tenemos por ejemplo que en el manejo de la deshidratación se utiliza ya la rehidratación oral como método de elección en algunos hospitales, ya que algunos estudios han demostrado que es mejor que la rehidratación intravenosa. (7)(9)(16)(17).

Pese a estos logros, todavía falta mucho por hacer a este respecto, la tasa de morbilidad y mortalidad de México, comparada con la otros países, por ejemplo los desarrollados, encontraremos que es todavía muy elevada, pero si lo hacemos con la de un país subdesarrollado, este tendrá índices específicos mayores a los nuestros en los tres grupos clásicos de la niñez: lactantes, preescolares y escolares.

Los programas que se realizan en la actualidad no siempre atienden a prioridades, además, generalmente no se adaptan a las peculiaridades o mas bien a las necesidades de los distintos grupos de población, sino que generalizan, considerando que son o deben ser universales y que lo que es bueno para un determinado grupo, debe ser necesariamente bueno para los demás. Por lo tanto deberán reorientarse estos programas para lograr dar mayor beneficio a un mayor número de personas.

JUSTIFICACION

En el servicio de pediatría del Hospital General de Zona-- Aragón No. 29 del IMSS no se conoce el número y características de los pacientes que han reingresado al servicio.

Por lo tanto considero que esta justificado que se haga un trabajo de investigación que nos permita conocer los datos y características mas importantes en relación a esos pacientes-- para que de una forma u otra se puedan modificar dichas características y de esa manera disminuir en lo posible el número de reingresos.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar las cinco principales causas de reingreso al -
Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona Aragón-
No. 29 del IMSS.
- 2.- Conocer el sexo, edad y estado nutricional de los nacien-
tes que reingresaron.
- 3.- Señalar las principales características de la familia a -
la que pertenece el paciente.

HIPOTESIS

- 1.- Las principales causas de reingreso a un viso de pediatría las constituyen las enfermedades infecciosas gastro-intestinales.
- 2.- El grupo de edad pediátrico con mayor número de reingresos es el de los lactantes.

MATERIAL Y METODO**RECURSOS HUMANOS.**

Investigador: Médico Residente de 2o año de Medicina Familiar

Asesor: Médico Pediatra de la unidad

RECURSOS MATERIALES.

Libretas de registro de pacientes en el viso de pediatría del Hospital General de Zona Aragón No. 29 del IMSS; Expedientes clínicos del archivo de la unidad.

METODO.

- 1.- Se revisaron las libretas de registro de ingresos y egresos del servicio de pediatría abarcando el período de --- tiempo comprendido entre el 1o de noviembre de 1983 y el 31 de octubre de 1984.
- 2.- Se identificaron todos los ingresos que hubo en el servicio en ese lapso.
- 3.- En base a lo anterior se identificó a los reingresos habidos en el mismo lapso de tiempo.
- 4.- Se localizó el expediente clínico de cada uno de los pacientes en el archivo de la unidad.
- 5.- Revisión de cada uno de los expedientes para obtener los datos
- 6.- Interpretación y análisis de los datos recopilados.

PROGRAMA DE TRABAJO

LIMITE DE TIEMPO. La investigación se realizó en el período de tiempo comprendido entre el 10 de octubre de 1984 y el 31 de enero de 1985.

LIMITE DE ESPACIO. Se realizó en el Hospital General de Zona Aragón No. 29 del IMSS.

UNIVERSO DE TRABAJO. En el servicio de Pediatría Médica del -- hospital: libretas de registro de ingresos y egresos.

En el archivo de la unidad : Expedientes clínicos.

RESULTADOS

En el período de tiempo revisado (1o de noviembre de 1983 - al 31 de octubre de 1984) se encontró que ingresaron un total de 1439 pacientes al Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona Aragón No. 29 del IMSS.

De dicha cantidad de pacientes se detectaron un total de 47 reingresos al servicio, de los cuales se tomaron en cuenta para la investigación un total de 39 que corresponden a las cinco principales causas de reingreso.

Estas causas fueron las siguientes: 1. Síndrome diarreico 21 casos (53.84% de los 39 casos); 2. Asma 8 casos (20.51%); 3. - Bronconeumonía 4 casos (10.25%); 4. Bronquiolitis 3 casos (7.69%); 5. Laringotraqueobronquitis 3 casos (7.69%); en total fueron 39 pacientes. (Gráfica No.1).

Si comparamos el número de ingresos al servicio por las mismas enfermedades con los reingresos en el mismo período de tiempo tendremos: 1.- Síndrome diarreico 290 casos; reingresos 21 y con un porcentaje de reingresos del 7.2%; 2.- Asma 61 ingresos y 8 reingresos con un porcentaje de reingresos de 13.1%; 3.- Bronconeumonía 183 ingresos y 4 reingresos que equivalen a 2.1%; 4.- Bronquiolitis 93 ingresos y 3 reingresos con 3.2% y por último 5.- Laringotraqueobronquitis 91 ingresos y 3 reingresos con 3.2% de reingresos. (Gráfica No. 2).

Con respecto a la etiología de los casos con síndrome diarreico, esta se buscó en piso en todos los casos con los métodos a su alcance (conrocultivo, amiba en fresco, coproparasitoscópico y moco fecal) encontrándose 7 de etiología bacteriana y 4 de parasitaria, no encontrándose la etiología en los restantes.

Con respecto a las edades de los pacientes se encontró -- que estas fluctuaron entre un mes y seis años ocho meses, con un promedio de edad para los 39 casos de 2.3 años.

La distribución por edades fué la siguiente: lactantes 20-casos que representó el 51.2% del total; Preescolares 15 casos y 38.4% y escolares 4 casos y 10.2%. (Gráfica No. 3)

Sexo de los reingresos: De los 39 pacientes del estudio 21 fueron del masculino con 53.8% del total y 18 del femenino -- con 46.1%. (Gráfica No. 4)

Estado nutricional: No se encontró ningún paciente hiper--trófico; 18 pacientes fueron considerados eutróficos y representa el 46.1% del total; con desnutrición de primer grado hubo 17 pacientes (43.5%); de segundo grado 3 (7.6%) y de ter--cer grado un caso (2.5%). (Gráfica No. 5)

Con respecto a las características de la familia se encontró que el número de miembros de las mismas fué el siguiente: 3 a 4 miembros: 13 familias (33.3%); 5 a 7 miembros 16 fami--lias (41%) y con 8 miembros o mas 10 familias (25.6%). La que menor número de miembros tuvo fué de 3 y la de mayor fué de -- 13 con un promedio de 6.5 . (Gráfica No. 6).

Según el tipo de unión de los padres se encontró que 33 es--tán casados legalmente y viven bajo el mismo techo; 2 están --divorciados; 3 en unión libre y hay una madre soltera y sus --porcentajes respectivos son: 84.6%, 5.1%, 7.6% y 2.5%. (G.No7)

Con respecto al ingreso económico de las familias, encon--tramos que en 25 de ellas los ingresos eran iguales o aún me--nores que el salario mínimo vigente en la república y repre--sentan el 64.1% de la muestra; 14 familias obtenían ingresos--superiores al salario mínimo y que equivalen a 35.8%. (G.No.8)

No fué posible por la sola revisión del expediente clasifi--car a las familias por su tipología: demografía, desarrollo, --integración, etc..

De las 25 familias con ingresos iguales o inferiores al salario mínimo se encontró que en 17 el paciente que reingresó tuvo algún grado de desnutrición y representa el 68% de los 25 casos y el 43.5% del total de reingresos; los 8 pacientes restantes fueron eutróficos con 32% de los 25 casos y solo el 20.5 por ciento del total de reingresos.

En las 14 familias con salarios mayores al mínimo, 10 pacientes fueron eutróficos y equivale al 71.4 de los 14 casos-- y al 25.6% de los reingresos totales, solo hubo 4 desnutridos-- con 28.5% de los 14 casos y 10.2% de los reingresos totales.

El análisis de cada una de las causas de reingreso arrojó-- los siguientes datos:

Síndrome diarreico: La distribución por edades fué: lactantes 15 casos que equivalen al 71.4% de los 21 casos y al 38.4% de los 39 casos; preescolares: 6 casos y sus porcentajes respectivos son 28.5% y 15.3%. No hubo casos de escolares. Las edades de los reingresos fluctuaron entre un mes y tres años on ce meses siendo el promedio de edad de 1.3 años. De los 21 casos se encontró algún grado de desnutrición en 17 de ellos y - representa el 89.9% de los 21 casos de esta entidad y el 43.5% de los 39 casos. De los 21 pacientes 10 fueron del sexo masculino y 11 del femenino y equivalen al 47.6% y 52.3% de los - 21 casos respectivamente y al 25.6% y 28.2% de los 39 nacientes.

Asma: Distribución por edades: lactantes 0 casos; preescolares 5 casos representando el 62.5% de los 8 casos y el 12.8% - del total de la muestra; escolares 3 casos con 37.5% y 7.6% -- respectivamente. Las edades fluctuaron entre dos años cuatro - meses a seis años seis meses con un promedio de 4.4 años.

De los 8 casos. 7 fueron eutróficos con 87.5% de su muestra y 17.9% del total y uno desnutrido con 12.5% y 2.56% respectivamente. Sexo: 5 fueron del masculino con 62.5% y 12.8% y 3 - del femenino con 37.5% y 7.69% respectivamente.

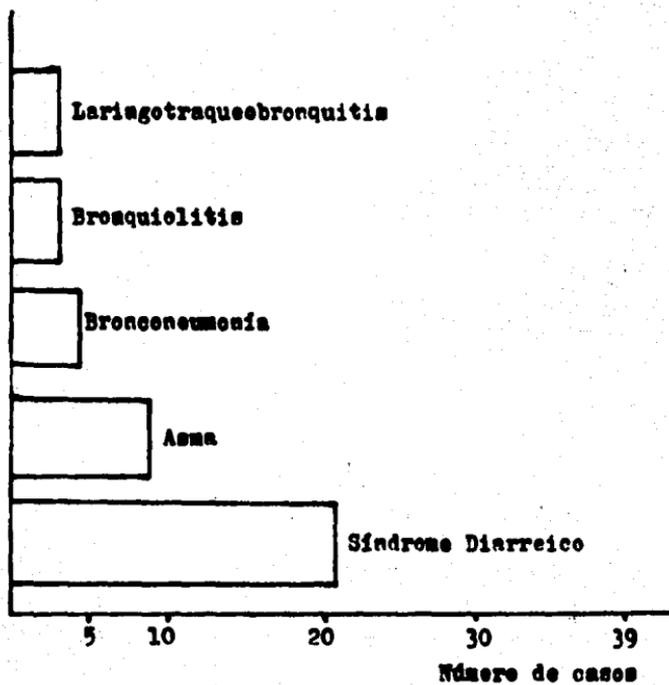
Bronconeumonía: Distribución por edades: lactantes 2 casos - con 50% de los 4 casos y 5.1% de los 39 casos; preescolares 1 caso y escolares 1 caso con 25% y 2.5% respectivamente cada uno. Las edades variaron de nueve meses a seis años ocho meses con un promedio de 2.9 años. Con respecto a la desnutrición se encontraron 2 eutróficos y 2 desnutridos y representan el 50% de esta muestra y 5.1% de los 39 pacientes. Dos pacientes fueron del sexo masculino y dos del femenino.

Bronquiolitis: Los 3 casos fueron dentro del grupo de lactantes y equivalen al 7.6% de los 39 casos, las edades fueron de nueve meses a un año nueve meses con un promedio de 1.2 .

Un paciente fué del sexo masculino con 33.3% de los 3 casos y 2.5% de los 39; dos fueron del femenino con 66.6% y 5.1% respectivamente.

Laringotraqueobronquitis: Los 3 casos correspondieron al grupo de preescolares y son el 7.6% de los 39 casos, las edades fueron de tres años tres meses a cuatro años dos meses con un promedio de 3.6 años.

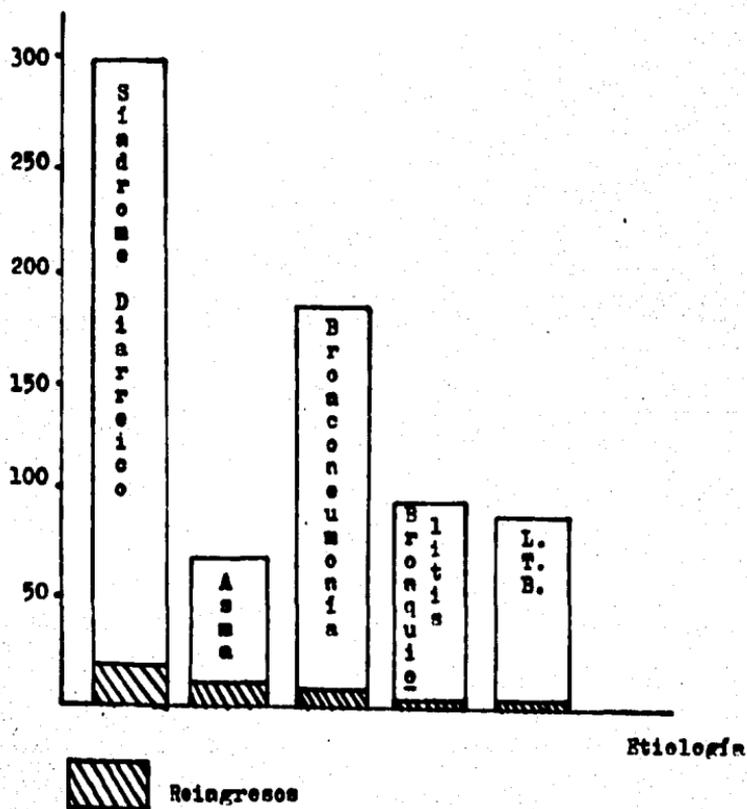
GRAFICA No. 1

CINCO PRINCIPALES CAUSAS
DE REINGRESOCausas de
reingreso

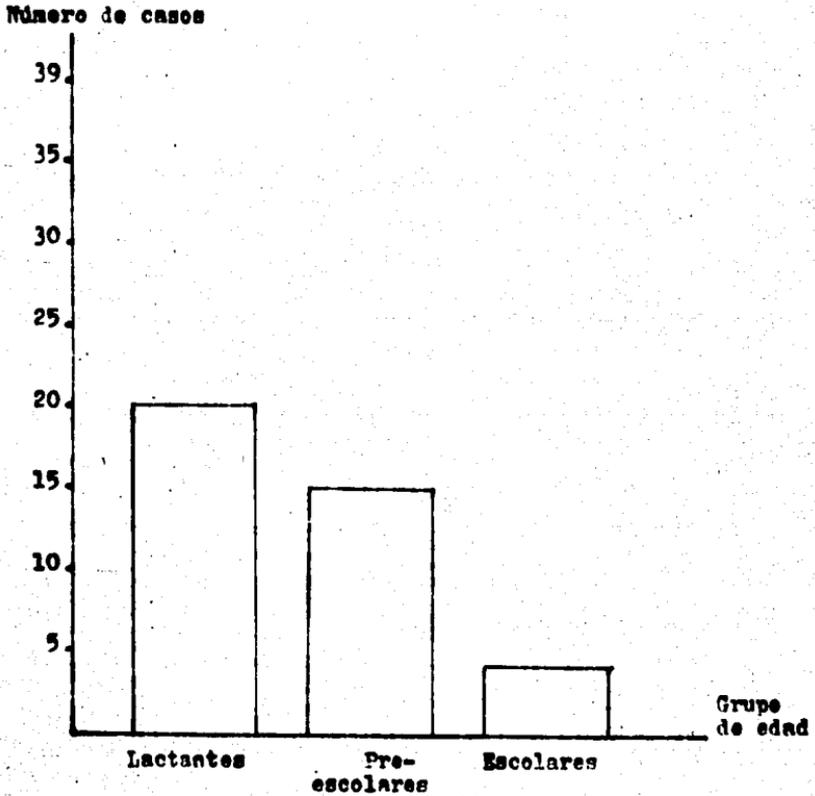
GRAFICA No. 2

NUMERO DE INGRESOS COMPARADO
CON LOS REINGRESOS

Número de casos



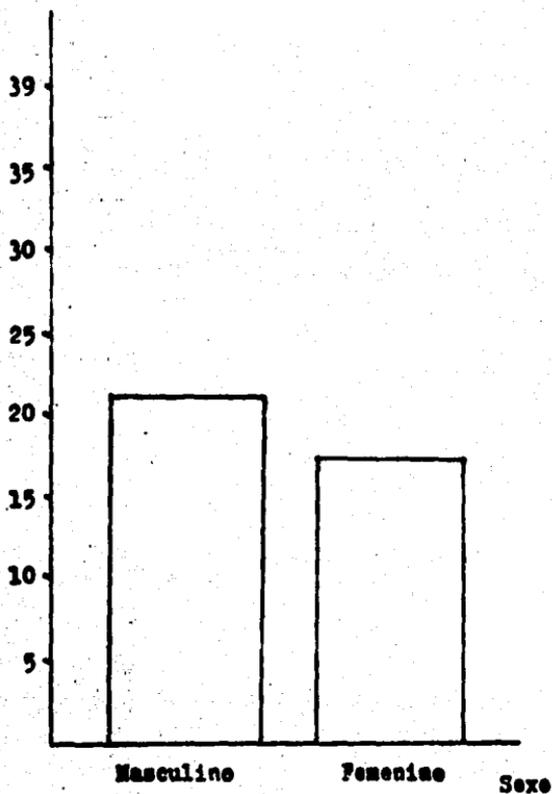
GRAFICA No. 3
DISTRIBUCION POR GRUPOS
DE EDAD



GRAPICA No. 4

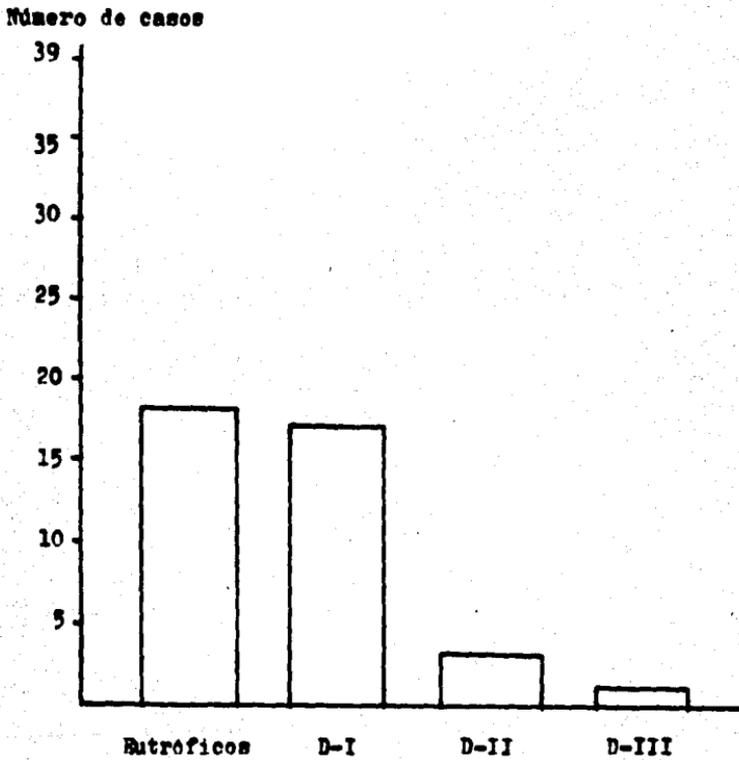
DISTRIBUCION POR SEXO

Número de casos

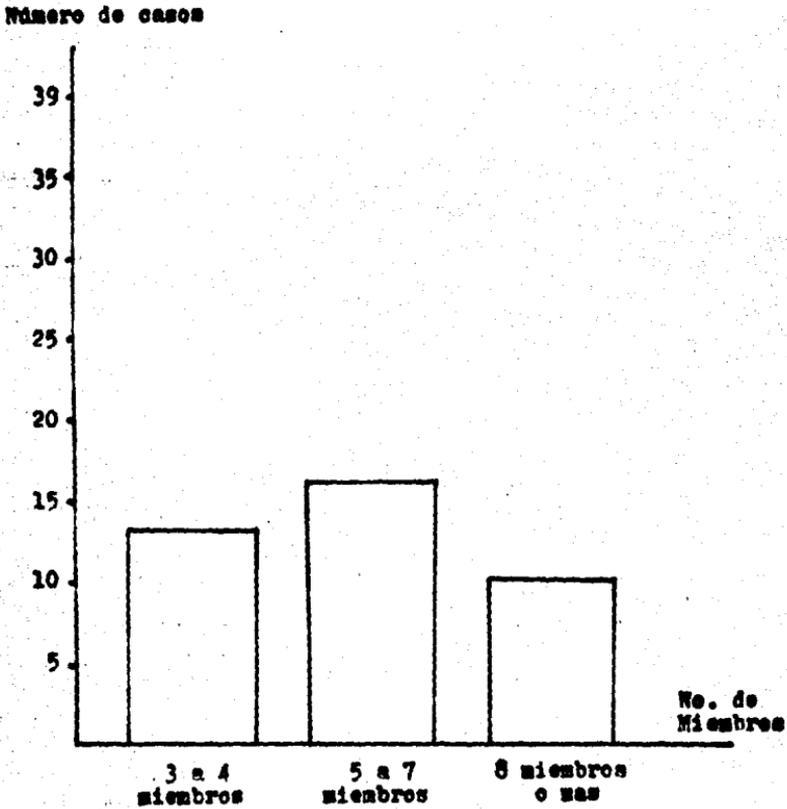


GRAFICA No. 5

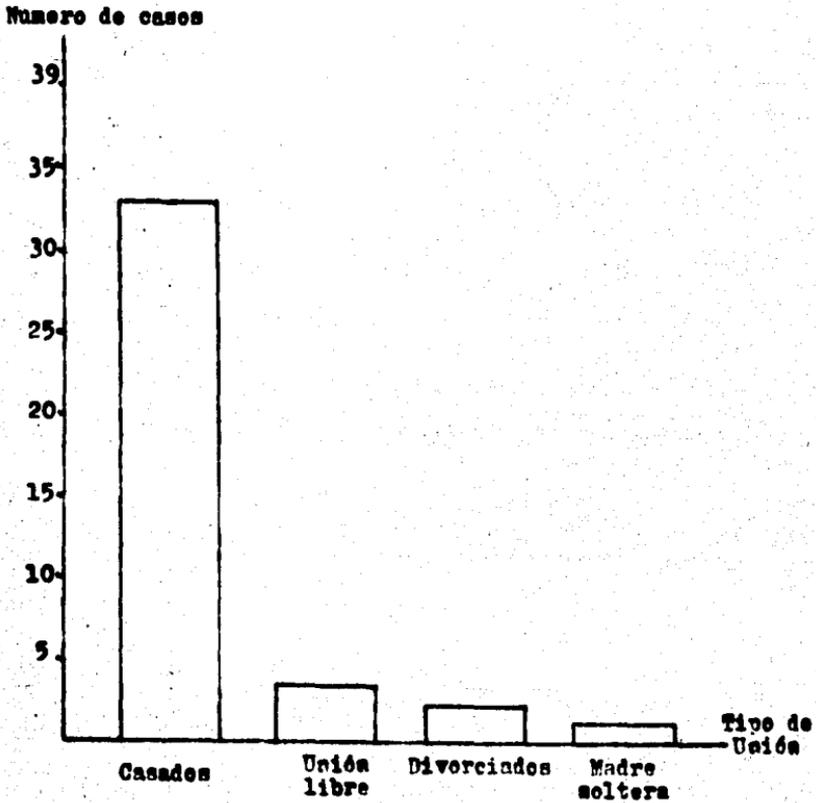
ESTADO NUTRICIONAL



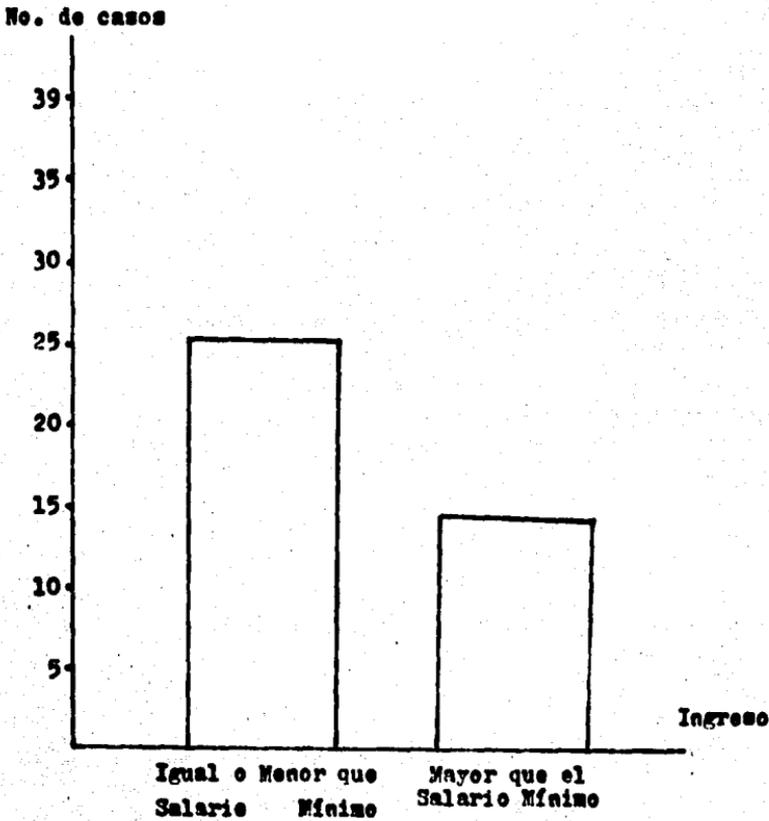
GRAPICA No. 6
NUMERO DE MIEMBROS DE
LA FAMILIA



GRAFICA No. 7

TIPO DE UNION DE LOS
PADRES

GRAFICA No. 8
INGRESO ECONOMICO DE
LAS FAMILIAS



COMENTARIO

En base a los resultados obtenidos en el estudio, podemos afirmar que se corroboró la primera hipótesis emitida, ya que la principal causa de reingreso a un piso de pediatría la constituyó el síndrome diarreico del que se encontraron 21 casos - los que equivalen al 53.84% de los 39 reingresos que hubo en el año revisado.

La segunda hipótesis también fue demostrada, ya que el grupo de edad pediátrica mas afectado resultó ser el de lactantes para el que se encontraron 20 casos y que representan el 51.2% de los 39 casos.

El total de ingresos detectados en piso fué de 1439 y las cinco principales causas de reingreso fueron 39, el porcentaje de reingreso por las mismas fué de 2.7%, aunque encontramos -- que vistas por etiología, la entidad que tuvo mayor porcentaje de reingresos fué el asma (61 ingresos y 8 reingresos con 13.1 por ciento) seguida del síndrome diarreico (290 ingresos y 21 reingresos y 7.2% de reingresos), la bronquiolitis y la laringotraqueobronquitis tuvieron un porcentaje de reingresos de -- 3.2% y por último el porcentaje mas bajo fué para la bronconeumonía con 2.1% (183 ingresos y 4 reingresos).

Hay que aclarar que el porcentaje de reingresos global fué de 3.2% ya que el total de reingresos fué de 47, de los cuales solo se tomaron en cuenta para el estudio 39 que son las cinco principales causas de reingreso.

Con respecto al estado nutricional se encontró que de los - 39 de la muestra, 21 tuvieron algún grado de desnutrición y esto representa el 53.8% del total; de estos 21 pacientes 17 tuvieron desnutrición de primer grado (43.5%); 3 de segundo grado (7.6%) y uno de tercer grado (2.5%).

No hubo ningun paciente hipertrofico y 18 se consideraron -
nutríficos (46.1%).

El promedio de edad de los 39 pacientes fué de 2.3 años y -
el grupo de edad mas afectado fue el de lactantes como ya se -
menciona (20 casos y 51.2%), seguido del de prescolares con -
15 casos y 38.4%, solo hubo 4 casos de escolares (10.2%).

El sexo mas afectado fue el masculino con 21 casos y 53.8%
del femenino hubo 18 casos y 46.1%, no fue desproporcionada --
esta distribución de casos por sexos.

Fué notable en cambio la asociación que se encontró entre--
síndrome diarreico y desnutrición, ya que de los 21 casos de -
esta entidad 17 tuvieron algun grado de desnutrición y repre--
sentan el 80.9% del total de pacientes desnutridos de la mues--
tra de síndrome diarreico y el 43.5% del total de los pacien--
tes del estudio, además los 3 casos de desnutrición de segundo
grado y el único caso de desnutrición de tercer grado quedaron
comprendidos dentro de los 17 casos de desnutrición de esta en--
tidad.

En todas las demás entidades el total de desnutridos solo -
fué de 4 y exceptuando la bronconeumonía en que de 4 casos 2 -
fueron desnutridos, en las demás es mayor el porcentaje de nu--
tríficos: laringotraqueobronquitis 100%, bronquiolitis 66.6%,
y asma con 87.5%.

También se encontró asociación entre ingreso económico y --
grado de desnutrición ya que de 25 familias con ingresos igua--
les o menores al salario mínimo, en 17 casos se encontró algun
grado de desnutrición en el paciente que reingresó y represen--
ta el 68% de los 25 casos y el 43.5% del total de reingresos,-
es un porcentaje de desnutrición muy elevado, ya que en las 14
familias con ingresos mayores que el salario mínimo solo hubo--
4 desnutridos con 28.5% de los 14 casos y 10.2% de los rein--
gresos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Nosotros proponemos que se programen pláticas periódicamente las que deben estar dirigidas a la comunidad con la idea de explicar la importancia de mejorar las condiciones de vida y nos referimos en forma específica a los hábitos higiénicos y dietéticos, ya que aún con salarios mínimos o menores es posible hacer esos ajustes tan importantes sin la necesidad de grandes gastos.

Por otra parte será necesario resaltar la importancia de acudir oportunamente con su Médico Familiar en los derechos habientes ante la presencia de enfermedades, preferentemente en las etapas iniciales de las mismas, para que estas sean tratadas oportunamente y así se eviten complicaciones.

Se deberá explicar la importancia de la composición de la dieta, haciendo énfasis en los nutrientes esenciales para lograr así una alimentación equilibrada, y por último, en los casos de pacientes hospitalizados, se educará a la población para que al egresar el paciente, sigan las indicaciones y medicamentos prescritos por el médico y que sea traído oportunamente a la consulta externa para su control ulterior.

CONCLUSIONES

- 1.- Las principales causas de reingreso a piso fueron: 1. Síndrome Diarreico; 2. Asma; 3. Bronconeumonía; 4. Bronquiolitis y 5. Laringotraqueobronquitis.
- 2.- La causa mas frecuente de reingreso fué síndrome diarreico agudo.
- 3.- La enfermedad con el porcentaje de reingresos mas alto -- con respecto al total de ingresos en ese año fué asma -- bronquial.
- 4.- El grupo de edad pediátrico mas afectado en los reingresos fué el de lactantes.
- 5.- El mayor número de pacientes con desnutrición se encontró en los reingresos por síndrome diarreico y en los que la familia percibía salario mínimo.
- 6.- Hube ligera predominancia del sexo masculino sobre el femenino en el total de reingresos.
- 7.- Dentro de las características de la familia se encontró -- que predominó la constituida por 5 a 7 miembros.
- 8.- Dentro del estado civil de los padres predominó el matrimonio civil.
- 9.- Predominó la familia con ingresos económicos iguales o inferiores al salario mínimo.
- 10.- Se concluye la necesidad de programar sesiones periódicas a la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Llanas E. NEUMONIAS Rev Pac Med Mex 26(4) 184-89, 1983
- 2.- Aguilar J. DIARREA PROLONGADA Rev Pac Med Mex 26(1) 6-10, 1983
- 3.- Gutiérrez G. y cols. ETIOLOGIA DE LA DIARREA INFECCIOSA EN NIÑOS DE LA CIUDAD DE MEXICO *Progresos Recientes en Infectología INSS No. 3* 19-24, 1978
- 4.- Mastrucelli A. PARASITOSIS MAS FRECUENTES: AMIBIASIS Rev Mex Ped 49 (11-12) 543-49, 1982
- 5.- Pérez-Pérez G. INCIDENCIA DE BACTERIAS ENTEROPATOGENAS EN POBLACION INFANTIL EN LA CIUDAD DE MEXICO Rev Pac Med Mex 26(5) 220-29, 1983
- 6.- Morales M. y cols. NEUMONIA Y OTRAS COMPLICACIONES EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS GRAVE Rev Mex Ped 47(10) 545-49, 1980
- 7.- Sierra G. y cols. ELECTROLITOS ORALES EN PREVENCIÓN DE DESHIDRATACION Rev Mex Ped 50(8) 255-58, 1983
- 8.- Frank y cols. DESNUTRICION EN PEDIATRIA Rev Mex Ped 47(3) 118-20, 1980
- 9.- Palacios J. y cols. NUEVOS ASPECTOS DE LA REHIDRATACION POR VIA ORAL EN NIÑOS, UN METODO SENCILLO DE TRATAMIENTO Rev Mex Ped 29(2) 65-71, 1982

- 10.- Oliver L. UNA EPIDEMIA DE COLERA EN GUADALAJARA, 1833,
DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
Rev Fac Med Mex 26(11) 479-89 1983
- 11.- Castañeda G. INDICE DE DOCUMENTOS SOBRE LA PATOLOGIA BIO
SOCIAL DEL SIGLO XIX, GUADALAJARA Rev Fac Med Mex 26(11)
522-26 1983
- 12.- Ordoñez B. EPIDEMIOLOGIA; MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD
Rev Mex Ped 49(4) 207-15 1982
- 13.- Ortíz Quesada Federico VIDA Y MUERTE DEL MEXICANO
Felices Ediciones 1982 pp 15-70
- 14.- BOLETIN DE PLANIFICACION FAMILIAR IMSS 2(2) 1-3,1980
- 15.- BOLETIN DE PLANIFICACION FAMILIAR IMSS 2(3) 1-4,1980
- 16.- Piaber B. et al ORAL REHYDRATION FOR DIARRHEA J Ped
101(4) 497-500 1982
- 17.- Yelken R. et al GASTROENTERITIS ASSOCIATED WITH ENTERIC
TYPE ADENOVIRUS IN HOSPITALIZED INFANTS J Ped 101(1)
21-26 1982
- 18.- SPP MANUAL DE ESTADISTICAS BASICAS SOCIODEMOGRAFICAS
Tomo III, Sector Salud y Seguridad Social, México 1978