

11226

57
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**"TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN
EDAD PEDIATRICA Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR"**

TESIS DE POSTGRADO

E S P E C I A L I D A D

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. CARMEN MORENO VERA



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

FALLA DE ORIGEN

México, D. F. 1990



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.

I N D I C E**Página No.**

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	10
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y METODOS	11
DISEÑO ESTADISTICO	12
RESULTADOS	14
TABLA GENERAL	15
GRAFICA GENERAL	16
TABLAS Y GRAFICAS	17
CONCLUSIONES	27
ALTERNATIVAS DE SOLUCION (SUGERENCIAS)	30
ANEXO I	32
ANEXO II	34
ANEXO III	35
BIBLIOGRAFIA	36

INTRODUCCION

Si bien es cierto que se han llevado a cabo estudios en torno al traumatismo craneoencefálico en edad pediátrica, estudios que abarcan frecuencia, mortalidad, complicaciones, tratamiento, etc., y se ha profundizado en la práctica curativa, también es verdad que dichos estudios carecen del debido enfoque familiar y social para el análisis de los accidentes.

Dentro de las causas que motivaron el desarrollo del presente estudio, merece especial mención la función preventiva que debe desarrollar el médico familiar - dentro de su práctica, ya que de éste modo es posible dar la debida prioridad a lo que merece atención en primer nivel.

Es importante hacer notar que el papel preponderante de todo médico dentro de la sociedad, y por ende, en la familia a la cual pertenece su paciente, es procurar extender su actividad más allá del mero aspecto curativo, indagando factores sociales que atañen directamente al núcleo familiar. De la funcionalidad familiar depende el cumplimiento del cuidado de la salud, especialmente de los miembros de la familia en edad infantil.

El presente estudio tiene como finalidad investigar la funcionalidad familiar y su repercusión en el cuidado de los niños, como factor contribuyente en la frecuencia de este tipo de accidentes. Consta de antecedentes científicos, planteamiento del problema, objetivo, material y métodos, conclusiones y sugerencias.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde tiempos remotos, familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia Humanidad, y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de la sociedad y de las épocas.

No obstante que la agrupación de seres humanos con fines de convivencia y de reproducción es tan antigua como la especie misma, no es sino hasta 1861 cuando el señor Bachofen inicia el estudio científico de la familia, y con ello, un intento por aclarar su historia, su definición y tipificación a través del tiempo.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina "famulus", que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un sólo hombre. En la estructura original romana, la familia era regida por el pater, quien condensaba todos los poderes, incluido el de vida y muerte sobre sus esclavos y sobre los hijos de éstos.

Con el paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar, y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones de la familia. La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende "a los miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por lazos de sangre, adopción y matrimonio" Esta definición está orientada a estudios de tipo demográfico y epidemiológico.

Ackerman, al referirse a la familia, la define como "la unidad básica del desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud"

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo, y es entonces, cuando la Medicina se interesa por su estudio, dándole un enfoque ecológico al proceso salud-enfermedad. Con este enfoque el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico, y pasan a cobrar interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una forma u otra, la salud del individuo.

En cuanto a los elementos teóricos para el estudio de la familia, se dice que cada ciencia tiene como punto de partida un cúmulo teórico de conocimientos. Esto permite diferenciarlas de otras ciencias. Se consideran como elementos indispensables para el estudio de la familia, los siguientes: el ciclo de vida familiar, la estructura y dinámica de la familia, la tipología familiar, las funciones de la familia, los principios sobre la teoría general de la comunicación familiar, los principios sobre la teoría general del sistema familiar y los principios sobre la teoría general de grupos humanos.

El estudio del ciclo de vida familiar permite al médico analizar genéricamente la historia natural de la familia, desde su formación hasta su disolución.

El estudio de la dinámica familiar es un elemento indispensable. Jackson la define como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. Es el estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista teórico de los sistemas familiares, lo que nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de partes.

Considerando su tipología, la familia puede ser integrada o desintegrada. Desde el punto de vista de la dinámica de las relaciones intrafamiliares, ésta puede ser funcional o disfuncional. Finalmente, y en cuanto a su estructuración, ésta puede ser nuclear o extensa, en función de los elementos que la constituyen. Con referencia a las funciones familiares, éstas pueden ser internas o externas. Las funciones internas se refieren a la protección biológica, psicológica y social del individuo. Las funciones externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores educativos y culturales, con el propósito de que sea aceptado socialmente (1).

Con respecto a la investigación de la familia, Meissner señalaba tiempo atrás, que una enfermedad en el ser humano además de tener una patología, consta también de una ecología, por lo que es importante conocer esos aspectos ecológicos tanto sociales como familiares. Para el estudio de la funcionalidad familiar, se toman en cuenta reglas familiares de jerarquía, poder, organización para el cuidado de los hijos, funcionalidad a través de subsistemas. La información obtenida nos muestra como son las relaciones interpersonales en esa familia.

No es sino hasta los estudios antropológicos de Claude Lévi-Strauss, etnólogo y sociólogo francés, cuando empieza a tomar importancia el registro gráfico de la familia. Lévi-Strauss fue el primero que realizó un estudio antropológico tomando como eje de análisis a la familia. Se llama familiograma a un esquema que representa la composición de la familia; utiliza el formato del pedigrée ó genograma y su simbología convencional: con un círculo simboliza a la mujer, con un cuadro al hombre, aborto es igual a un círculo lleno, el paciente identificado se marca con doble contorno, entre la madre y el padre se traza una línea sobre la cual se anotan los

años de unión; en los casos de separación o divorcio la línea se cruza con una diagonal, los elementos de la familia que viven en un mismo techo se cierran en un círculo (2).

El familiograma es considerado actualmente como el mapa familiar mediante el cual se representa la estructura, organización y funcionalidad de la familia. Es uno de los recursos más útiles en la metodología de estudio médico familiar. Su empleo requiere de la relación médico-paciente-familia, en un ámbito que favorezca el intercambio de datos para la integración de un diagnóstico funcional familiar (3).

La sociedad es uno de los factores determinantes en el proceso salud-enfermedad. Los padecimientos se presentan como resultado de las contradicciones en la estructura social. El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social y no un hecho biológico e individual. La concepción actual de la medicina enfoca el problema de los accidentes recurriendo al estudio de condiciones inseguras en la vivienda y actos inseguros (4).

La práctica médica integral, es decir, preventiva, curativa, rehabilitadora y promocional, demanda actualmente dar prioridad a acciones preventivas. La función primordial del médico deberá ser orientada a la creación de una nueva filosofía médica que valore al hombre en sus dimensiones somática, psíquica y social. Debe ser además el soporte de una auténtica relación médico-paciente, que contribuya al desarrollo integral del hombre y de su familia (5).

La familia es la institución social más antigua y la

más tradicional de las instituciones humanas. Copar--
ticipa de un proceso de evolución social, sus inte--
grantes son seres, por definición, biológica - psico--
lógica y socialmente, dinámicos. Los seres humanos se
agrupan en familias y siguiendo un ciclo vital, germi--
nan, crecen, maduran, se reproducen y mueren (5).

- * "Esta Unidad Básica de la sociedad es considerada como un sistema en el cual actúan fuerzas tanto posi--
tivas como negativas, determinantes para su funciona--
miento. Es Jackson quien por primera vez en 1965 llama a este conjunto de fuerzas: Dinámica familiar, --
atribuyéndole una función de homeostasia. Según él, -
la funcionalidad familiar es la que condiciona el ade--
cuado cuidado de sus integrantes en edad pediátrica"--
(5).

En 1966 Ackerman considera que para entender el buen--
funcionamiento de la familia, se requiere primero en--
tender y conocer las relaciones interpersonales .

Satir en 1982 hace mención a la utilidad de criterios
para determinar el grado de funcionalidad de la fami--
lia al hecho de poner especial atención a la comuni--
cación familiar: si es diáfana, directa, si existe --
individualidad en sus integrantes, si toman decisio--
nes para buscar soluciones, si hay reacción ante de--
mandas de cambios (7).

La familia pasa a través de un ciclo vital, que, se--
gún Medalie, consta de cinco etapas: matrimonio, ex--
pansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.
La transición de la etapa del matrimonio a la de ex--
pansión demanda una mejor calidad de las funciones de
ambos cónyuges, siendo de vital importancia la función

- * Dr. Leopoldo Chagoya B., Breviarios de Pediatría,
"Dinámica Familiar y Patología", capítulo 2. Pág. 1.

de cuidado y afecto, además las de socialización, reproducción y status. Es mediante la función de cuidado como la familia provee las necesidades físicas y sanitarias de sus miembros (8).

La etapa infantil conlleva peligros inherentes potenciales; tal es el caso de los accidentes que pueden ser propiciados por disfunciones familiares. La desintegración familiar ocasiona problemas de custodia de los hijos. En las familias numerosas, las funciones y límites de cada integrante pueden estar alterados, y por ende, propician el descuido de los hijos. Minuchín señala que, para que los padres desempeñen una adecuada función necesitan que su dinámica de pareja sea más o menos funcional en la coordinación de actitudes en la crianza de los hijos y en la solución de problemas conyugales, que pueden ser causa de maltratos a los niños (9).

Chagoya hace notar, que la dinámica familiar es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas de cada miembro de la familia, que permitan el desarrollo de cada uno de ellos (8).

En la literatura médica de México, los investigadores mencionan que los accidentes se han incrementado considerablemente; ocupan la primera causa de mortalidad general; en los niños, los accidentes constituyen la primera causa de muerte en edad escolar y la segunda en edad preescolar. De los accidentes, el traumatismo craneoencefálico es del orden del 50 al 70%. Se asocian a lesiones neurológicas en el trauma severo hasta el 80% con una mortalidad del 50%. Se informa -

que ocurren en cualquiera etapa de la vida, sin embargo existen factores de riesgo elevado conforme a las características físicas y psicológicas de cada grupo familiar. Hay predominio en el sexo masculino (11).

Otros investigadores refieren que el 94% corresponde a traumatismos menores que logran recuperación completa. Entre las causas más frecuentes se mencionan a las caídas entre los lactantes, y los atropellos ocasionados por vehículos en movimiento, entre los escolares. Las secuelas más frecuentes: epilepsia postraumática y hemiparesia (12).

Desde hace años el hombre ha tratado de prevenir los accidentes. Tal es el caso del uso del casco en la -- antigua Grecia, en Persia y en la legendaria Roma (13).

En nuestro México, los aztecas utilizaban diferentes tipos de cascos en sus guerras, adornados simbólicamente, para protegerse de golpes o heridas en el cráneo. Actualmente, el hombre se ha visto en la necesidad, debido a sus múltiples actividades, a protegerse el cráneo con cascos para mineros, pilotos, etc.

Relacionado con lo antes expuesto, y en vista de la -- proliferación de situaciones causantes de accidentes, cabe la interrogante si dichas acciones preventivas -- no deberían hacerse extensivas al ente más vulnerable de nuestra sociedad... a la niñez (13).

Es de hacer notar, que los estudios que se han hecho en nuestro país en torno al traumatismo craneoencefálico, versan exclusivamente sobre mortalidad, complicaciones, tratamientos y profundización del aspecto -- curativo, careciendo totalmente de un enfoque preventivo, y más aún, ignoran totalmente la importancia de aspectos familiares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Zona N° 30, perteneciente al Instituto -- Mexicano del Seguro Social del Valle de México, los accidentes constituyen un problema de salud con trascendencia familiar y social. Los traumatismos ocupan el quinto lugar entre los diez primeros padecimientos registrados por su mayor frecuencia. Anualmente acuden a este Centro cerca de 15 600 pacientes, de los - cuales 1 164 acuden por accidentes. De éstos, 210 -- son traumatismos craneoencefálicos. He podido observar que en el transcurso del año se han atendido 140 casos de pacientes con traumatismo craneoencefálico en edad pediátrica (desde enero a agosto de 1989).

La familia es la institución social donde se desarrolla la población con mayor riesgo. De la funcionalidad de la familia depende el cuidado. Si no se realiza esta función, se propician, entre otras patologías, los casos de traumatismos craneoencefálicos. Aquí surge la interrogante sobre si no es la falta de cuidado la mayor determinante de este tipo de accidentes.

HIPOTESIS

H 1

Existen algunos factores familiares que contribuyen a la frecuencia de traumatismos craneoencefálicos en los niños que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Zona N° 30.

Ho

No existen factores familiares que contribuyen a la ocurrencia de traumatismos craneoencefálicos, entre los niños que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Zona N° 30.

OBJETIVO

Identificar de los casos registrados de pacientes -- captados en el Servicio de Urgencias Pediátricas por traumatismo craneoencefálico, si existe relación entre la funcionalidad o disfuncionalidad familiar con los casos de traumatismo craneoencefálicos.

Propósito: Dar a conocer alternativas de carácter -- preventivo a nivel familiar.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó en el Hospital General de Zona No. 30 un - estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de enero a agosto de 1969; se incluyeron pacientes en - edad pediátrica que acudieron a este Servicio, con - antecedentes traumático-cranioencefálico. Se selec- - cionó una muestra del total de los casos registrados para un estudio familiar. Se realizaron visitas domi- - ciliarias y se llenaron las hojas de colección de da- - tos. Se investigó la funcionalidad familiar, el cum- - plimiento de funciones. Hubo evaluación de funciona- - lidad por sub-sistemas, estructuración, integración - y organización de la familia. Se hizo un estudio esta- - dístico del total de casos registrados para determinar predominio por sexo y por grupos de edad, así como - gravedad del traumatismo.

Los casos se extrayeron de la Libreta de Registro de Ingresos y Egresos de Urgencias Pediátricas de ésta Unidad; se localizaron los expedientes correspondien- - tes. Se anotaron domicilio, ficha de identificación del paciente y diagnóstico. La visita domiciliaria - se efectuó para verificar la funcionalidad familiar - y para observar además las condiciones de seguridad -

de la vivienda.

La revisión de los casos se llevó a cabo de enero a agosto, las visitas domiciliarias se realizaron en septiembre, octubre y noviembre, y durante este último mes, se hizo el análisis de los resultados.

DISEÑO ESTADISTICO

La muestra fue seleccionada de la población infantil que acudió al Servicio de Urgencias Pediátricas en el período indicado anteriormente, por haber sufrido -- traumatismo craneoencefálico. Incluyo ambos sexos; menores de uno a catorce años; el muestreo se efectuó en forma estratificada por grupos de edades: de 0 a 5 años, de 5 a 10 años y de 10 a 14 años, en forma proporcional al número de casos ocurridos por grupos de edad. Para la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 v^2}{2}$$

La población total que acudió fueron 140 casos; el tamaño de la muestra 20 familias. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, todos menores de 14 años, derechohabientes o no del IMSS; se excluyeron pacientes foráneos por no poder realizarse visitas domiciliarias, los mayores de 14 años, los epilépticos o casos con parálisis cerebral infantil, o aquellos pacientes que estaban tomando depresores del sistema nervioso central, ya que en ellos intervienen otras condiciones que no son familiares sino orgánicas. Los criterios de no -- inclusión, pero que se describen, fueron por sexo, -- edad, severidad del traumatismo, resultados de estudios radiográficos.

El estudio es retrospectivo porque se revisaron casos ocurridos en el período de enero a agosto de 1989 y la exploración familiar se desarrolló en los meses de septiembre, octubre y noviembre. Los datos se tomaron de la Libreta de Ingresos y Egresos, y del expediente correspondiente. La visita domiciliaria fue sólo una cada vez. Se observó la relación existente entre la ocurrencia del traumatismo y la funcionalidad de la familia. Se describieron los resultados. El tiempo requerido fue de enero a agosto para la colección de casos y de septiembre a noviembre para las visitas -- domiciliarias. El lugar de trabajo fue en el Hospital General de Zona N° 30, específicamente, en el área de Urgencias Pediátricas y en el domicilio de los pacientes seleccionados. Se tomó en cuenta a toda la población con antecedentes de traumatismo craneoencefálico; se hizo una selección de entre 140 casos de pacientes en edad pediátrica; la muestra absorbió a 20 familias.

Los recursos humanos de investigación comprendieron a un médico Pediatra y a un Residente de Medicina -- Familiar que realizó la investigación.

Los recursos materiales: la Libreta de Registro de -- Ingresos y Egresos de pacientes del Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Zona N° 30; expedientes clínicos de pacientes que acudieron por traumatismo craneoencefálico; como instrumento de evaluación fungió la hoja de colección de datos que contiene estudios familiares; la captación de datos se obtuvo de la Libreta de Registro, de los expedientes y de las visitas domiciliarias.

RESULTADOS

Los estudios familiares realizados sumaron veinte; -- se tomaron en forma proporcional al número de casos por grupos de edad; 15 casos de niños entre 0 y 5 años, 4 casos de 5 a 10 años, y 1 caso de 10 a 14 años.

El total de casos ascendió a 140, de los cuales 97 correspondieron a hombres y 43 a mujeres; por grupos de edades: de 0 a 5 años = 90, de 5 a 10 años = 38, de 10 a 14 años = 17 casos. Con relación a la gravedad del traumatismo craneoencefálico 106 fueron leves, 15 casos moderados, 12 casos graves, 10 casos -- presentaron fracturas en el cráneo y el resto no mostró alteraciones óseas.

La exploración familiar mostró 13 casos con alteración en la funcionalidad familiar y 7 casos sin alteración. La alteración por subsistemas fue de 2 casos en cónyuges, 5 casos en la relación padre-hijo, entre hermanos 2 casos. Se detectó desintegración familiar en 4 casos. Del resto se determinaron 4 casos de actos -- inseguros por condiciones inadecuadas de las viviendas y 3 casos sucedieron fuera del domicilio.

En cuanto al diagnóstico relacionado con la situación geográfica, todas las familias encuestadas son urbanas, de desarrollo moderno; 16 familias integradas y 4 desintegradas; 14 casos correspondieron a empleados y 6 a profesionistas; en cuanto a su estructura 11 fueron nucleares, 2 extensas y 7 compuestas. En lo -- relacionado con el cumplimiento de las funciones de la familia, habría que mencionar que en 12 familias se cumple medianamente con el cuidado físico. Las 20 familias se mostraron accesibles al estudio y prestaron atención a las medidas preventivas comentadas.

TABLA GENERAL

TABLA DE FRECUENCIA	
EDAD	No. CASOS
1	23
1	15
2	14
3	21
4	12
5	5
6	14
7	2
8	7
9	6
10	9
11	6
12	3
13	2
14	4
15	2
Total 140	

GRAFICA GENERAL

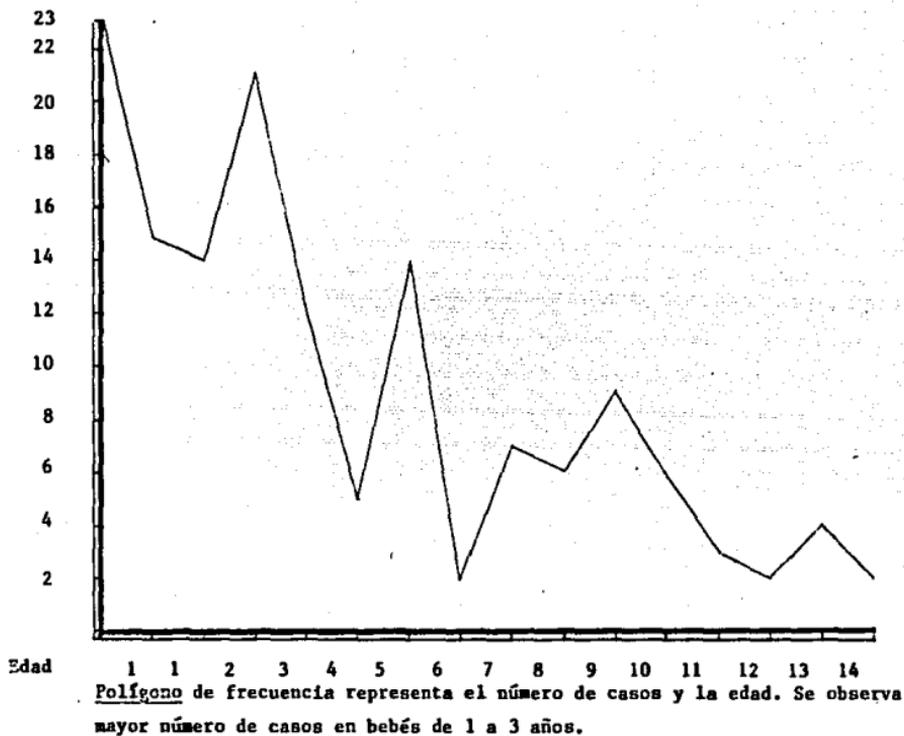
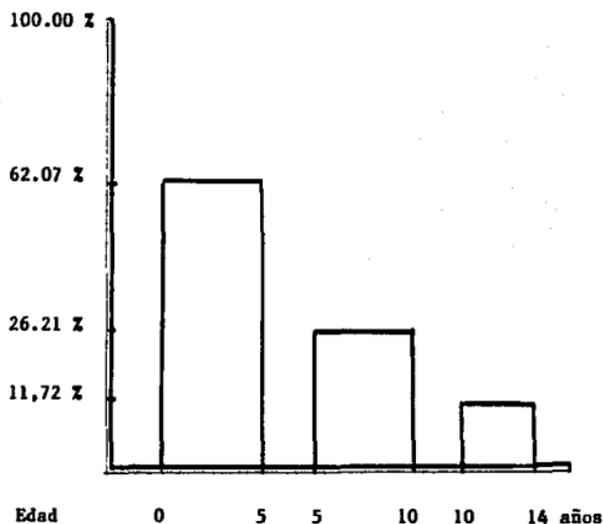


Tabla No. 1

TABLA DE FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDADES			
EDADES	No. de CASOS		%
0 a 5 años	90		62.07
5 a 10 años	38		26.21
10 a 14 años	17		11.72

Gráfica No. 1

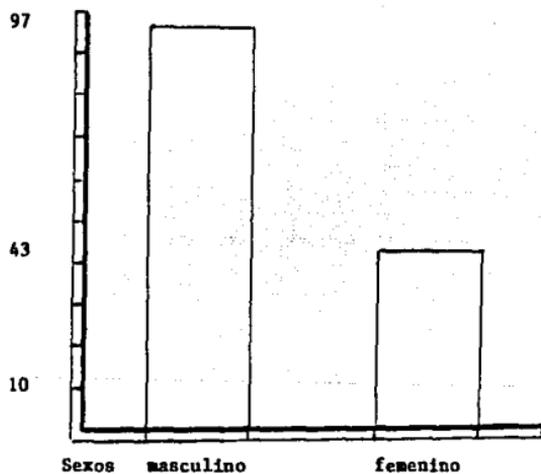


La gráfica No. 1 el número de casos por grupos de edad, correspondiendo el mayor porcentaje al grupo de 0 a 5 años y el menor, al de 10 a 14 años.

Tabla No. 2

TABLA DE FRECUENCIA EN CUANTO A SEXOS		
SEXO	No. de CASOS	%
MASCULINO	97	69.29
FEMENINO	43	30.71

Gráfica No. 2

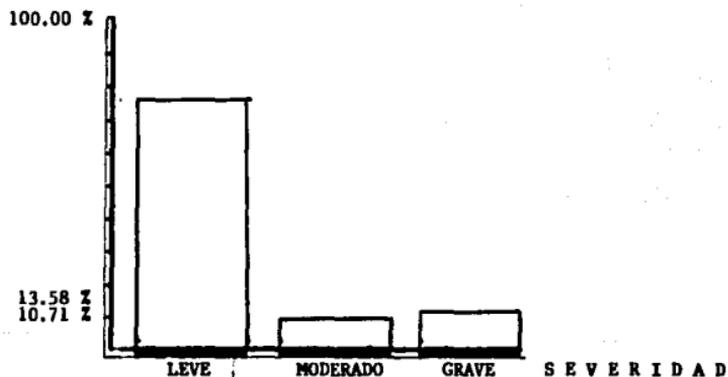


La gráfica No. 2 muestra el número de casos por sexo, predominando el masculino.

Tabla No. 3

TABLA EN CUANTO A SEVERIDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO		
SEVERIDAD	No. de CASOS	%
LEVE	106	75.71
MODERADO	15	10.71
GRAVE	19	13.58

Gráfica No. 3

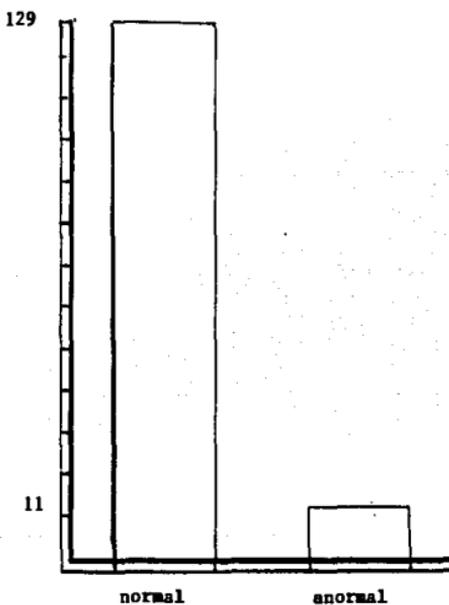


La gráfica No. 3 nos muestra el grado de severidad de los traumatismos, predominando el grado leve.

Tabla No. 4

TABLA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS		
RESULTADOS	No. CASOS	%
ANORMALES	11	7.86
NORMALES	129	92.14

Gráfica No. 4

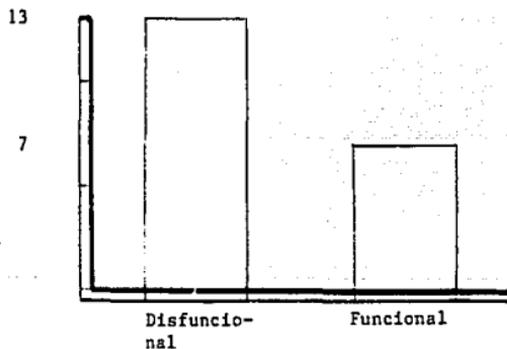


La gráfica No. 4 muestra los resultados de estudios radiológicos, correspondiendo el 92.14 % a casos normales (129).

Tabla No. 5

TABLA DE RESULTADOS DEL ESTUDIO FAMILIAR		
RESULTADOS	No. de CASOS	%
FUNCIONAL	7	35.00
DISFUNCIONAL	13	65.00

Gráfica No. 5



Esta gráfica nos muestra el resultado del estudio de la familia en cuanto a su funcionalidad.

T. No 6

TABLA DE RESULTADOS DEL ESTUDIO FAMILIAR DE INTEGRACION		
RESULTADOS	No. de CASOS	%
FAMILIA INTEGRADA	16	80.00
FAMILIA DESINTEGRADA	4	20.00
Total	20	100.00

Gráfica No. 6

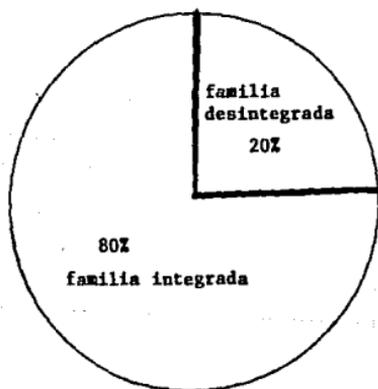
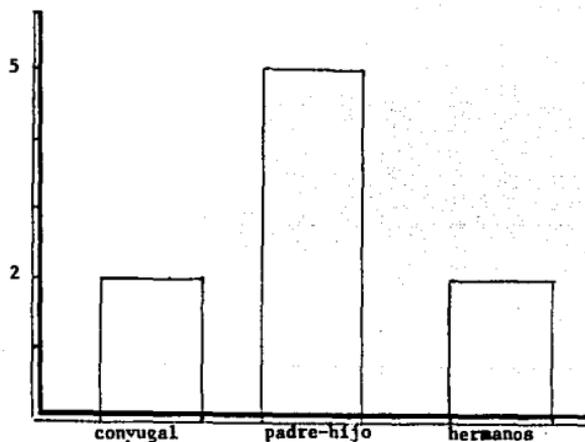


Tabla que muestra porcentajes en cuanto a integridad familiar.

Tabla No. 7

TABLA DE RESULTADOS DEL ESTUDIO FAMILIAR POR SUBSISTEMAS			
SUBSISTEMA	RESULTADO	No. de CASOS	Z
CONYUGAL	ALTERADO	2	22.22
PADRE-HIJO	ALTERADO	5	55.56
HERMANOS	ALTERADO	2	22.22

Gráfica No. 7

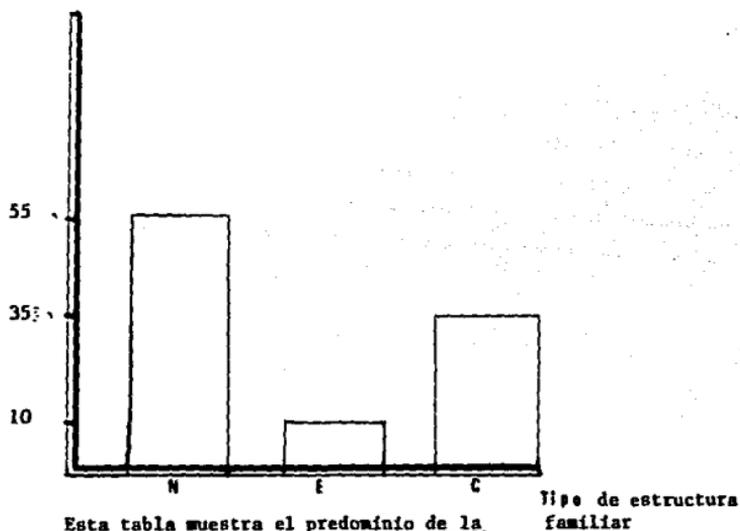


Número de casos con alteraciones en subsistemas de la familia.

T. No 8

TABLA DE ESTUDIO FAMILIAR DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR		
TIPO	No. de CASOS	%
NUCLEAR	11	55.00
EXTENSAS	2	10.00
COMPUESTAS	7	35.00

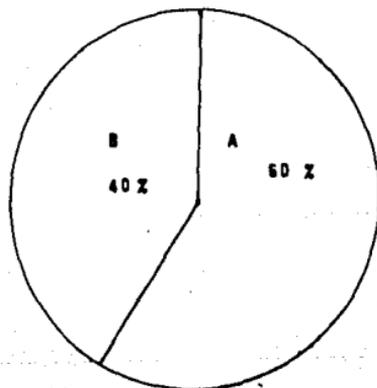
Gráfica No. 8



T.No 9

TABLA DE ESTUDIO FAMILIAR CON RELACION AL CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES FAMILIARES		
RESULTADO	No. de CASOS	Z
A CUMPLEN MEDIA- NAMENTE CUIDADO FISICO	12	60.00
B CUMPLEN ADECUA- DAMENTE CUIDADO FISICO	8	40.00

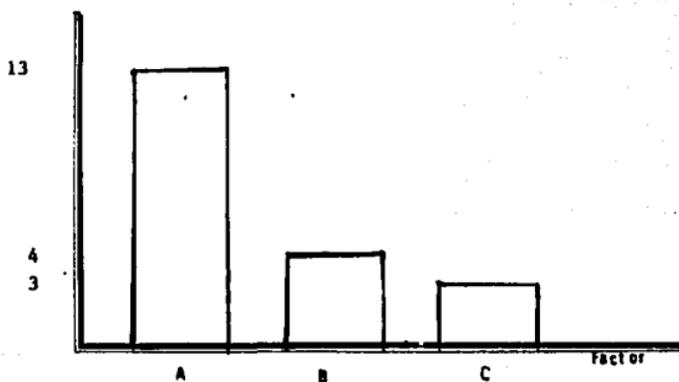
Gráfica No. 9



T.No10

TABLA DE PROBLEMAS DETECTADOS DURANTE EL ESTUDIO FAMILIAR		
FACTORES	No. de CASOS	%
A - FAMILIARES	13	65.00
B - ACTO INSEGURO Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA	4	20.00
C - FUERA DEL DOMICILIO	3	15.00

Gráfica No. 10



Aquí se muestra el porcentaje de los factores que contribuyeron a la frecuencia de traumas y el lugar donde ocurrieron.

CONCLUSIONES

El estudio realizado en el Servicio de Urgencias - Pediátricas del Hospital General de Zona N° 30, de enero a agosto de 1989, arrojó los siguientes resultados:

En relación a la frecuencia por edad, se tiene la más alta en la etapa preescolar, predominando los 3 años, con 21 casos.

Los menores de 1 año, que sería la edad lactante, fue de 23 casos. Esto estaría en concordancia con lo reportado en la literatura mundial, donde la edad predominante es la edad preescolar (tabla 1).

Tabla 1 : Frecuencia de edad y número de casos.

El predominio de sexo en nuestro estudio lo tiene el masculino con 97 casos (69.29%), lo que también se refleja en la literatura mundial, y la mayor actividad es el factor desencadenante. Tabla 4, gráfica 2.

Otro aspecto estudiado en el trabajo se refiere a la severidad del traumatismo de acuerdo con la clasificación del Instituto Nacional de Neurología (se anexa cuadro), donde, por fortuna, el mayor número corresponde a los casos leves con 106 pacientes (75.71%), los casos graves con 19 pacientes (13.58%) y los moderados con 15 pacientes (10.71%). Nuestro estudio va por lo tanto acorde con la literatura mundial en lo referente a la severidad de los casos de traumatismo, que es en su mayoría de casos leves (Tabla y Gráfica 3)

Como complemento de dicho estudio y de la clasificación del Instituto Nacional de Neurología, tenemos

que los estudios radiológicos obtenidos reportaron 129 normales (92.14%) y sólo 11 (7.86%) mostraron algún indicio de anomalía, por lo que consideramos que en el Servicio de Urgencias se deben tomar en cuenta estos datos del I.N.N. para la valoración de la severidad del traumatismo craneoencefálico, así como los criterios de Phillips para la toma de Rx (anexo 3).

Enfocando el trabajo hacia la funcionalidad de la familia y buscando el porqué de la alta frecuencia de traumatismos craneoencefálicos se encontró, mediante cuestionario (anexo 1) lo siguiente: la calificación de estructuras, subsistemas, dinámica familiar, integración, cumplimiento de funciones familiares y evolución triaxial de la familia nos permitió un análisis "por dentro" de la familia. Se tomaron como muestra representativa 20 familias en forma estratificada y proporcional, de acuerdo al número de casos captados por grupos de edades. Del total, 13 familias presentaron disfuncionalidad y 7 mostraron funcionalidad, es decir, 65 y 35 % respectivamente (Tabla 5). Causas de disfunción: familias desintegradas 4 casos (20%) - Tabla 6 -, alteración por subsistema conyugal 2 casos (22.22%) - Tabla 7 -, alteración padre-hijo 5 casos (55.56 %), alteración del subsistema Hermanos 2 casos (22.22%) - Gráfica 7-

En cuanto a la estructura familiar, se presentaron 2 casos extensos (10%) -Tabla y Gráfica 8 -, 7 compuestos (35%) y 11 nucleares (55%).

En relación al cumplimiento de las funciones familiares, 12 (60%) cumplían medianamente el cuidado físico y sólo 8 (40%) en forma adecuada - Tabla y Gráfica 9).

De ésto podemos sacar por conclusión que la alteración en la dinámica familiar influye notoriamente en la frecuencia del T.C.E., falta de cuidado físico (conservación de normas de seguridad), y también desempeña un papel preponderante la alteración del binomio padre-hijo, por la falta de vigilancia del primero hacia el segundo.

En el Cuadro 10 y en la Tabla correspondiente, se resume lo anteriormente mencionado, predominando los factores familiares con 13 casos (65%), seguidos por los relacionados con las condiciones de las viviendas e inseguridad en las mismas, 4 casos (20%), y contrariamente a lo que se esperaba, sólo 3 casos de accidentes se tuvieron fuera del domicilio.

De acuerdo a lo anterior, consideramos que el T.C.E. en edad pediátrica es un padecimiento que puede ser evitado. Si se interpreta asimismo adecuadamente la severidad del traumatismo se pueden evitar ingresos y estudios radiológicos innecesarios (se anexan hojas de criterios de Philipps para estudios Rx).

El resto del estudio en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Zona N° 30, no difiere de las normas en cuanto al predominio de sexo, edad y severidad del traumatismo con lo señalado por la literatura mundial referente al tema. Habría que mencionar también, que la disfuncionalidad familiar ocasiona además otros padecimientos psicosomáticos que requerirán especial atención en el manejo de la dinámica familiar al ingreso en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

El interés actual de la Medicina por el estudio sistemático, científico y sociológico de la familia, otorga un enfoque ecológico al proceso salud-enfermedad. Gracias a este enfoque el individuo podrá ser visto no sólo como un ente exclusivamente biológico, sino como un ser biopsicosocial, cobrando así interés los factores psicosociales, generados en la propia familia, y que afectan, de una forma u otra, la salud del individuo en edad pediátrica (14).

El ambiente familiar se convierte en el medio que - más directamente influye sobre el individuo y sobre su salud. A raíz de que se precisa para un estudio de lo anteriormente expuesto de la participación del núcleo familiar, la Medicina lo retoma como objeto de investigación y de transformación. Esto obliga al Médico familiar a prestar especial atención a este problema, modificando su enfoque clásico biológico, y permutándolo donde sea necesario, por un enfoque integrador que considere al individuo como una unidad biopsicosocial.

ALTERNATIVAS INMEDIATAS.

Se dió información precisa sobre prevención de accidentes durante el estudio familiar domiciliario. Se hizo asimismo hincapié sobre las funciones que debe cumplir la familia con sus integrantes en edad pediátrica.

ALTERNATIVAS MEDIATAS.

- 1.- El Médico familiar debe centrar su práctica médica como primer nivel de atención a la prevención de accidentes.
- 2.- La Familia debe cumplir como principal garante

de la salud infantil. Se deben fomentar en su seno acciones preventivas, educando y responsabilizando a ambos padres. No se debe cometer el error de actuar sólo a nivel binomio madre-hijo, porque la coordinación de ambos a este respecto es insoslayable. También debe existir una orientación sobre las condiciones de seguridad que deben regir en la vivienda durante la fase de reproducción de la familia.

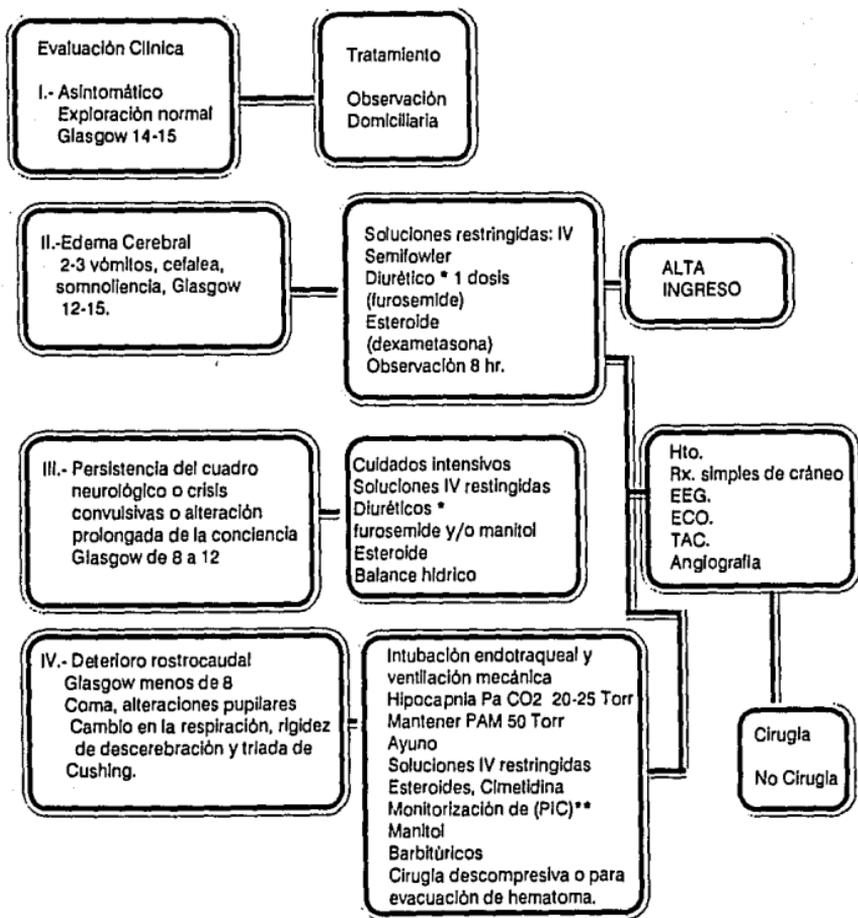
Eje II.- Alteración en Subsistema.

Eje III.- Disfunción en la familia como sistema.

- B) CONDICIONES DE SEGURIDAD DE LA VIVIENDA
- C) PROBLEMA DETECTADO
- CH) UTILIDAD DE LA VISITA
- D) DIAGNOSTICO FAMILIAR

ANEXO No. 2

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 30



* No se administra si el paciente presenta shock o hemorragias

**Presión Intracraneana.

Ruta terapéutica en traumatismo craneoencefálico cerrado

ANEXO No. 3

CRITERIOS DE PHILLIPS PARA LA TOMA DE RX EN PACIENTES CON T.C.E.

Históricos:

1. Menores de un año.
2. Pérdida del conocimiento por más de cinco minutos.
3. Amnesia retrógrada mayor de cinco minutos.
4. Vómitos persistentes.
5. Herida por proyectil de arma de fuego.
6. Síntomas focales no visuales.

Exploración física general:

7. Hematoma palpable.
8. Mala alineación ósea palpable.
9. Salida de LCR por nariz.
10. Salida de LCR por oído.
11. Alteración en la coloración de la membrana timpánica.
12. Equimosis palpebral bilateral.

Exploración neurológica:

13. Estupor o coma.
14. Respiración irregular o apnea.
15. Babinski positivo.
16. Debilidad focal.
17. Anomalías sensitivas.

Urgencias Instituto Nacional de Pediatría

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Santa Cruz V.J., Rev. Méd. IMSS " La Familia como Unidad de Análisis", Medicina Social, Méx. 1983
- 2.- Saucedo G.J.M., Foncerrada M.M. Rev. Méd. IMSS "Exploración de la Familia, aspectos médicos, psicológicos y sociales" Méx. 1981, Volumen 19, página 155.
- 3.- Saucedo G.J., Foncerrada M.M. CHN. Departamento de Higiene Mental, Hospital de Pediatría "Problemas Familiares y sus repercusiones en el niño. 1984 Páginas 159-166.
- 4.- Rojas S.R. Capitalismo y Enfermedad, Cap. No. 1 "Consideraciones Metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad, páginas 9-12, cap. No. 6 "Características de la formación social mexicana y sus repercusiones en la salud-enfermedad de la población", pág. 121-146. 4° edición, Editorial Plaza y Valdéz.
- 5.- Dr. Chagoya B.L., "Dinámica familiar y patología". Cap. No. 2, 1980.
- 6.- Dr. Cueli J., "Aspectos Psicológicos de la relación médico-paciente" pág. 15-31.
- 7.- Dulanto G.E., Breviarios de Pediatría, "La familia, medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano". Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México. Oct. de 1980, pág. 1-19. 2° edición.
- 8.- Jack H.M. Libro de Medicina Familiar. Principios y Práctica. Editorial Limusa "Historia Clínica Familiar, base de datos y diagnóstico". 1987, cap. 27, pág. 393-401.
- 9.- Jasso G.L., Manual de procedimientos clínicos en Pediatría. "Traumatismo craneoencefálico" IMSS, Subdirección General de Medicina, 1981, pág. 149-152.
- 10.- Dra. Maulén R.I., Garduño E.A., Carbajal A.S, Balmaceda L.C., Scorza I.C. Instituto Nacional de Pediatría. "Traumatismo craneoencefálico en niños, estudio prospectivo" 146 pacientes". 1988, pág. 52-60.
- 11.- Dra. Maulén R.I., González R.R.M., Scorza I.C., "Complicaciones pulmonares en el niño con traumatismo craneoencefálico severo". 1988, vol. 9, pág. 130-135.

- 12.- Horax G., Neurosurgery, An Historical Skeych, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1952.
- 13.- Dr. Yarzagary, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cirugía de Cabeza y Cuello. "Traumatismo craneocerebral en niños" 1973, pág. 59-71.
- 14.- Garnica Z.J., Revista Mexicana de Medicina Familiar, ANREMFAc. vol. 2, núm. 2, mayo-agosto de 1988, pág. 63.
- 15.- Gutierrez C.A.J. Revista Mexicana de Medicina Familiar. Vol. 3, Núm. 1, enero-abril 1989. "La familia como recurso para la salud infantil", pág. 19.
- 16.- Santa Cruz V.J. "La familia como unidad de análisis" Medicina Social, Revista Médica IMSS, Méx. 1983, vol. 21, pág. 348.