



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"**

**EPIDEMIOLOGIA DE POBLACION ATENDIDA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS DEL
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ
DURANTE 2008**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:**

PEDIÁTRIA MÉDICA

PRESENTA:

Dr. Sergio David García Rosado

ASESOR DE TESIS:

Dr. Víctor Olivar López



**HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ**
Instituto Nacional de Salud

MÉXICO FEBRERO 2010



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.

DR. VICTOR OLIVAR LOPEZ

Jefe de Servicio de Urgencias Pediátrica
Hospital Infantil de México Federico Gómez

AGRADECIMIENTOS

La vida a través de sacrificios y constancia se logran los sueños y las metas. Hoy una de ellas se hace realidad, En este momento quiero dar mi agradecimiento a:

- Al Dr. Victor Olivar López por su ejemplo, pues sin saberlo, se volvió un completo modelo de personalidad a seguir. Gracias por su intensidad, dedicación, paciencia y enseñanza en las que sabe poner en el justo momento una sonrisa o una reprimenda con un toque sutil de humor muy especial que siempre he admirado. Gracias.
- A mis maestros por su tiempo, y enseñanza, pues sin sus palabras de orientación y ánimo, no hubiera llegado tan lejos. Gracias por dejar robar un poco de su esencia para poderla impregnar en mi y ser mejor cada día. En forma especial al Dr. Zamora, Dr. Chávez y a la Dra. Chirinos. Por ser grandes ejemplos de calidad humana.
- A mis amigos por estar siempre en el momento justo, por compartir y motivar en mi todos esos momentos de sonrisas y desahogo, por volverse mi familia, una familia muy peculiar. Pero que no cambiaría por nada ni por nadie.
- En forma muy especial a todos los angelitos y sus padres que me depositaron su confianza, para resguardar lo más valioso que tienen, su salud y su vida. Gracias por que sus sonrisas son mi máximo aliciente, por sus abrazos y saludos que convirtieron invariablemente desvelo, sufrimiento y lágrimas en fuerza y felicidad. Gracias por ser mis más grandes maestros y darme mis más valiosas lecciones. Con todo el corazón, GRACIAS.

DEDICATORIA

A Dios por mantenerme en un buen camino, con y a pesar de mis errores, sigue dándome la oportunidad de levantarme y aprender de mis caídas.

A mis padres por su apoyo incondicional, por su amor que han demostrado de todas las maneras posibles.

A mi hermana Sharon por ser una excelente amiga, por su cariño, expresado en forma inusual, sin embargo más sincero y entrañable que cualquier otro.

A mis amigos, los que han hecho de esta larga cuesta un excelente paseo. En especial al Drink Team (Di, Yess, Alfi), Copacabana Team (Lota, Karly, Marquiño), Las niñas, Mash, Lupita, Shirley, San, Mary. Los niños, Romito, Alex, Rochita, Chava, Dani. y mis maestros Juan Pa, Jonathan e Iván

En forma especial a ti que me has dedicado tu amor, cariño y apoyo incondicionalmente como nadie nunca lo había hecho, sabes que siempre vas a ser una persona muy especial en mi vida y sin ti esta meta nunca la hubiera logrado. Gracias.

ÍNDICE

	Página
Título.....	7
Antecedentes.....	7
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	14
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Metodología.....	16
Análisis Estadístico.....	18

Resultados.....	19
Discusión.....	33
Conclusiones.....	35
Referencias	37

TITULO

Epidemiología de la población atendida en el Servicio de Urgencias Pediátricas Hospital Infantil de México Federico Gómez durante 2008

ANTECEDENTES

En el decenio de 1960, en Estados Unidos, se reconoció la necesidad de un servicio médico de urgencias bien organizado y en 1973 se inició un programa identificando aquellos grupos de enfermos que podrían beneficiarse. El primer programa en residencias en emergencias fue elaborado en el año de 1970 por la Universidad de Cincinnati y la formalización como la vigésimo tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas. La especialidad de pediatría fue la tercera aprobada desde 1933; posteriormente la medicina de urgencias pediátricas se aprobó hasta 1991, con una duración de entrenamiento de 2 años en médicos urgenciólogos y 3 años en pediatras.

El conocimiento de las causas que modifican la demanda y/o la presión asistencial en las consultas de medicina general ha sido una preocupación constante de los médicos generales al ponerse en marcha el sistema de atención primaria. Esta creciente inquietud ha originado una importante cantidad de estudios, habitualmente enfocados hacia un mayor conocimiento de los factores responsables de la presión asistencial y de la creciente demanda, cuyo conocimiento conllevaría una mejora en la organización de los servicios de salud.

Los principales factores influyentes que se describen en la literatura son: edad (aumenta la frecuentación con el incremento de la edad); sexo (las mujeres acuden más a consulta); raza (las minorías étnicas en los países desarrollados son más frecuentadoras); educación (los bajos niveles educativos se asocian a una superior frecuentación); nivel económico (los grupos sociales más deprimidos son los que utilizan más los servicios sanitarios), y la satisfacción con los cuidados recibidos. No debemos olvidar que algunos de estos factores se encuentran relacionados entre sí, por lo que su grado de influencia puede variar dependiendo de cada tipo de población.

La organización interna, características de la población, preparación de los profesionales, poder adquisitivo de la población, etc., pueden variar de un centro a otro, por lo que otras causas se deberían añadir para explicar el comportamiento no esperado de los pacientes en el acceso a una consulta determinada.

MARCO TEORICO

Los motivos que favorecen el incremento en el acceso de los pacientes por la vía de urgencias raramente se reflejan en la literatura, a pesar de considerarse inadecuadas o urgencias sentidas un 62% de las consultas urgentes que se producen

La medicina de urgencia se encuentra en las ciudades importantes del país en clínicas y hospitales como servicios de adultos y niños. En América Latina, al igual que en el resto del mundo, en los últimos 30 años han ocurrido cambios en la salud de su población. A finales del año 1989, la

Academia de Ciencias de Nueva York organizó un simposio titulado «Bajo el Volcán: la investigación biomédica del Tercer Mundo» que concluyó que en estos países vive el 75% de la población total del planeta, nace 86% de todos los niños y se da 97% de todas las muertes de lactantes y niños –Barry R. Bloom. La posibilidad de morir en el Tercer Mundo es de 30 veces mayor para un lactante, 40 a 75 veces mayor para un niño, y más de 1,000 veces alta para una mujer embarazada, que en cualquiera de sus contrapartes que vivan en una nación industrializada – Julia A. Walsh.

La cobertura potencial de servicios de salud públicos y privados en México es del 94% de la población total; 55.6% de la población es atendida por instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), e Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). En México, la mortalidad en niños menores de cinco años de edad merece especial atención debido a que el decremento es lento y no el deseado. El Servicio de Urgencia es considerado como uno de los pilares de la atención hospitalaria, y representa además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento. Analizando las 20 causas más frecuentes de mortalidad en niños menores de cinco años, en primer lugar predominan los padecimientos originados en el periodo perinatal y las anomalías congénitas, seguidos por las infecciones respiratorias y digestivas. En cuanto a la mortalidad preescolar, cabe señalar como causa principal de muerte a los accidentes por vehículos de motor, ahogamiento y sumersión que constituyen

18.6%. En la etapa infantil, predominan las intoxicaciones y los accidentes, heridas y contusiones. El informe de la Secretaría de Salubridad y Asistencia confirmó en 1994, los accidentes como primera causa de muerte, también fue confirmado en un programa realizado en México por la Comisión Nacional de Acción a favor de la infancia (1995-2000) en menores de 15 años. Con respecto a las principales causas de morbilidad las principales son: las infecciones de vías respiratorias altas, seguidas por accidentes e intoxicaciones, infecciones de tubo digestivo, crisis asmática, neumonía. De las consultas mencionadas un 70% fueron urgencias sentidas y 30% verdaderas urgencias. Estas cifras son: comparables con las comunicadas por otros hospitales latinoamericanos y de otras partes del mundo. Estos datos conforman un panorama que existe respecto a la sobredemanda de los servicios de urgencias. Las causas de internamiento son: neumonía, fractura de extremidades, traumatismo craneoencefálico, crisis convulsiva, síndrome doloroso abdominal.

Dentro de la población neonatal que acude al servicio de urgencias, en un estudio de Oviedo España de 21258 pacientes pediátricos que acudieron a urgencias, tan solo el 1.86) 396 pacientes era población neonatal, la edad de asistencia promedio fue 14 días de vida, donde la causa de asistencia por orden de frecuencia fueron: irritabilidad y llanto en 19%, estreñimiento e ictericia 16%, y en hasta 12% de los pacientes no se encontró enfermedad. Lo cual nos habla del predominio de urgencias sentidas en esta población. Y tan solo 2.6% acudieron por sepsis la única causa de urgencia real en población neonatal.

La infraestructura hospitalaria debe complementarse para mejorar la calidad de la atención, ya que sólo dos de cada 10 unidades cuentan con 50 a 75% de los requerimientos básicos.

La urgencia sentida o real depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y, en general a la aceptabilidad de la atención médica que se proporciona en las instituciones de salud. Urgencias reales, son aquellas enfermedades o accidentes que se deben atender de inmediato, ya que corre peligro la vida del paciente en ese momento. Urgencias «sentidas», implica que el afectado de cierta manera, se encuentra estable. Urgencia, es todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata.

Desde un enfoque médico legal, la Ley General de Salud en su Reglamento en materia de prestación de Servicio de Atención Médica, plantea en su Artículo 72: «Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera una atención inmediata».

Los niños representan uno de los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad, lo cual es debido a las condiciones especiales en que se encuentran durante la etapa perinatal y la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo. El concepto de urgencia de los padres que está matizado por su grado de educación. Los padres con alta escolaridad identifican de manera más apropiada problemas médicos de urgencia. Hasta el 64% de la consulta de algunos centros no constituyen verdaderas urgencias. Debido a la transición epidemiológica, alrededor del 25% de requerimientos corresponde a niños con enfermedades crónicas degenerativas, de las que destacan neoplasias pediátricas. Cambios en estilos de vida, incrementos en accidentes e intoxicaciones corresponden hasta un 15% de las consultas de urgencias. La sala de urgencias constituye el área de primer contacto entre el paciente y el hospital;

debe contar con entradas amplias, y una adecuada señalización. La modernización ha condicionado el aumento en el número de accidentes en la población general; en la cual los pacientes pediátricos no han sido la excepción, ya que igualmente la violencia ha alcanzado a esta población. Lo anterior hace imperativa la creación de una Red de los Servicios de Urgencias en las grandes urbes, que permita el manejo integral de los pacientes desde el momento mismo del accidente, con adecuado enlace entre la central de comunicaciones, los servicios prehospitalarios y el hospital receptor.

Se efectuó el análisis situacional en 1996 que arrojó los datos que a continuación se resumen. Los accidentes ocupan el tercer lugar como causa de muerte en población general, por lo que se debe definir como un problema real de salud pública. Se encontró que las primeras tres causas de ingreso a urgencias fueron accidentes, infectocontagiosas y ginecoobstétricas; mientras que las tres primeras causas de defunción fueron enfermedades cardiovasculares, infectocontagiosas y enfermedades del aparato digestivo. La mayor afluencia de pacientes se encontró el día sábado entre las 16 y 24 h. El acceso a los servicios de urgencias fue fácil y con señalización clara en 9 de cada 10 unidades, siendo el servicio más cercano a urgencias Radiología y el más alejado Terapia Intensiva. La infraestructura hospitalaria de los servicios de urgencias dispone de entre 50 y 75% de los requerimientos internacionales en sólo dos de cada 10 unidades médicas.

México es un país joven, pues la tercera parte de la población es menor de 15 años. La tasa de natalidad es 21.6 por 1,000, es decir hay 2,272,000 nuevos mexicanos por año, con 1.4% de crecimiento anual. La población infantil constituye una gran proporción de la población mundial: Una de cada tres personas es menor de 15 años. Esta proporción es mayor en países menos desarrollados. Una de las causas que favorecen que los pacientes acudan al Servicio de Urgencias,

es tener solidez profesional en la respuesta con bases científicas, transmitir la responsabilidad, servicio rápido (24 a 72 h), y la posibilidad de realizar interconsulta a especialidades determinadas. El área de observación maneja en su mayoría niños que ingresan a rehidratación, vigilancia de tolerancia de vía oral. Considerando en su conjunto a los menores trasladados a otro hospital por ameritar atención por alguna especialidad o subespecialidad distinta a las existentes durante la consulta del paciente, y a quienes ingresaron al área de observación para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, el 45.70% de los pacientes pueden ser catalogados como portadores de una urgencia real. Con este estudio se espera conocer las principales causas de consulta más frecuentes distinguiendo entre urgencia sentida y real, de la atención médica proporcionada en el Departamento de Urgencias Pediátricas del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar la epidemiología de ingreso de servicio de urgencias pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el año 2008, para determinar las causas más frecuentes, relación a padecimientos previos de los pacientes, grupos etarios más frecuentes y género de los pacientes. Tomando como base el cambio continuo de la epidemiología de la población general, el surgimiento y transformación de enfermedades infecto contagiosas a crónico degenerativas. El impacto del estudio será en la asignación de recursos para la adecuada atención de los pacientes según las necesidades más frecuentes.

JUSTIFICACION

La población que acude a los servicios de urgencias pediátricas del país es muy dispersa, con cursos de enfermedades que han sido modificados quizá por el mismo médico. El aumentar la sobrevivencia a los pacientes que anteriormente fallecían en forma más temprana ha favorecido la transformación de la atención de este tipo de pacientes en las unidades de urgencias de los hospitales de tercer nivel en el país.

Al conocer la descripción demográfica de los pacientes que acuden a estos servicios así como su condición al arribo, se pueden optimizar y dirigir los recursos materiales y humanos para optimizar la atención brindada.

OBJETIVOS

- Generales
 1. Describir las causas de ingreso al servicio de urgencias pediátricas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Específicos
 1. Realizar la descripción demográfica de los pacientes que acuden al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
 2. Evaluar tiempo de estancia en servicio de urgencias pediátricas del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio: observacional, retrospectivo, descriptivo, de una cohorte

Periodo del Estudio: un año, del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008

Universo: población atendida en servicio de urgencias pediátricas del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Hospital de tercer nivel sector salud de la Ciudad de México.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que ingresaron al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Criterios de exclusión:

- Registro de datos incompleto.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

1. *Variable dependiente*: Diagnóstico de ingreso a Urgencias

2. *Variables independientes*: Nombre, edad, sexo, tiempo de estancia, condición de salud previo al padecimiento actual (enfermedad previa), destino del paciente.

Edad:

Edad al momento del ingreso a urgencias expresada en meses.

Cuantitativa continua

Género:

Masculino o femenino

Cualitativa nominal dicotómica

Diagnóstico de ingreso o enfermedad actual:

Definida como la presencia de enfermedad por la cual acude al servicio de urgencias

Cualitativa nominal

Enfermedad previa:

Definida como la presencia de otra enfermedad previa al padecimiento por el cual acude al servicio de urgencias

Cualitativa nominal

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No requiere de carta de consentimiento informado, ya que es un estudio retrospectivo, que no modifica el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de la enfermedad.

ANALISIS ESTADISTICO

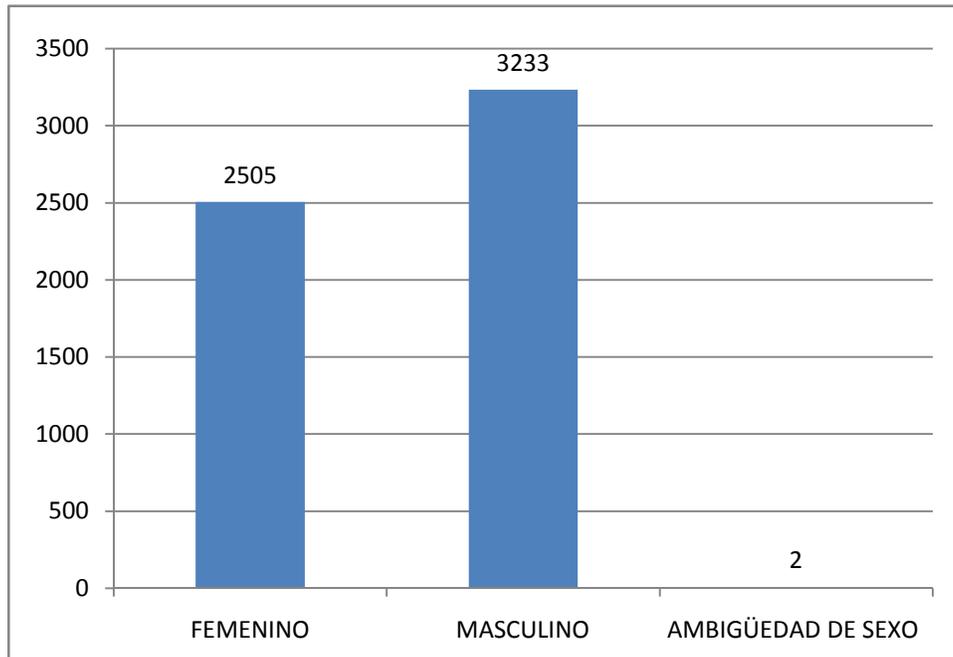
Para el análisis estadístico se usaron únicamente medidas de tendencia central:

media, mediana, moda.

RESULTADOS

Se incluyeron 5740 pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez (UPHIM) durante el año 2008.

Del total 2505 fueron de sexo femenino y 3233 de sexo masculino. 2 pacientes se reportaron con ambigüedad de sexo fenotípicamente (ver gráfica 1).



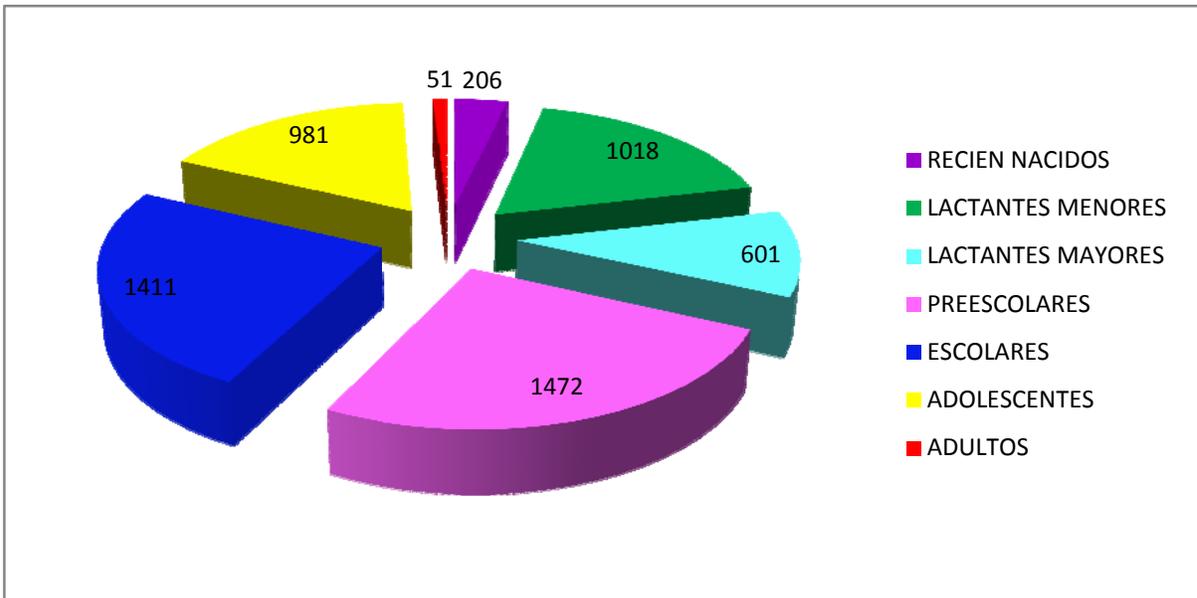
Gráfica 1: Descripción de género

Para esta presentación se conformaron diferentes grupos etarios divididos en meses. En el periodo de tiempo mencionado se atendieron 206 pacientes recién nacidos, es decir menores de un mes de vida, 1018 pacientes entre un mes y un año de vida, 601 paciente de un año de vida, 410 pacientes de 2 años de edad, 347 pacientes de 3 años de edad, 394 pacientes de 4 años de edad, 321 pacientes de 5 años de edad, 326 pacientes en el rango de 6 años, 249 de 7 años, 218 de 8 años, 181 pacientes de 9 años, 217 pacientes de 10 años, 220 pacientes de 11 años, 208 pacientes de 12 años, de 13 años 183 pacientes 194 pacientes de 14 años, 181 pacientes de 15 años, 147 pacientes de 16 años 68 pacientes de 17 años, 68 pacientes de 18 años y mayores de ésta edad 19 pacientes.

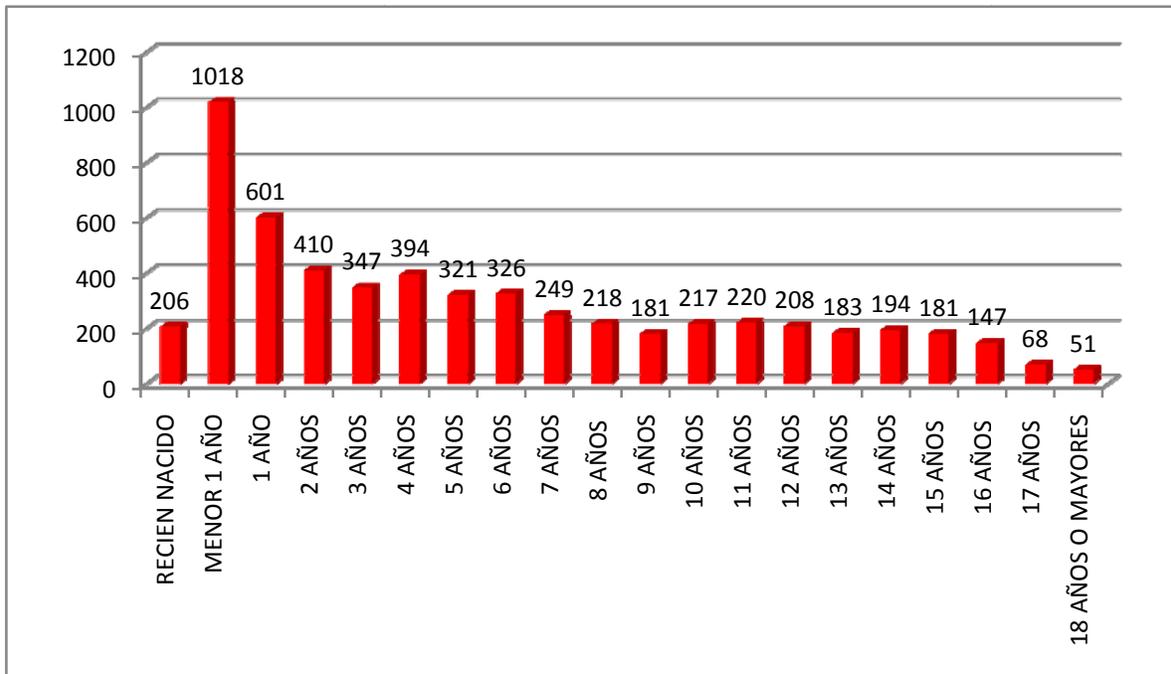
Por grupo etario el de mayor impacto o la mayoría de población que se atendió durante 2008 fue el grupo conformado por lactantes, con un total de 1619 pacientes, el cual representa 28.2% de nuestro universo estudiado. De este total de lactantes, el 17.7% lo conformó el grupo de lactantes menores (de 1 mes a 1 año) y 10.4% lactantes mayores de 1 año a 2 años de edad. Seguido del grupo anterior los preescolares comprendiendo mayores de 2 años hasta 6 años, contando el 25.6%, luego los escolares con el 24.5%, grupo que comprende entre los 6 y 12 años de edad, posteriormente los del grupo de adolescentes comprendiendo entre los 12 años y los 18 años con el 17%, para finalizar los grupos de recién nacidos es decir menores de un mes de vida con 3.5% y adultos es decir mayores de 18 años con el 0.88% (ver tabla 1 y gráfica 2).

GRUPO ETARIO	NUMERO DE PACIENTES
RECIEN NACIDOS	206 (3.5%)
LACTANTES MENORES DE 1 MES A 1 AÑO	1018 (17.7%)
LACTANTE MAYOR DE 1 A 2 AÑOS	601 (10.4%)
PREESCOLARES DE 2 AÑOS A 6 AÑOS	1472 (25.6%)
ESCOLARES DE 6 AÑOS A 12 AÑOS	1411 (24.5%)
ADOLESCENTES MAYORES DE 12 AÑOS	981 (17%)
ADULTOS MAYORES DE 18 AÑOS	51 (0.88%)

Tabla 1: Descripción la Población según de Grupo Etario



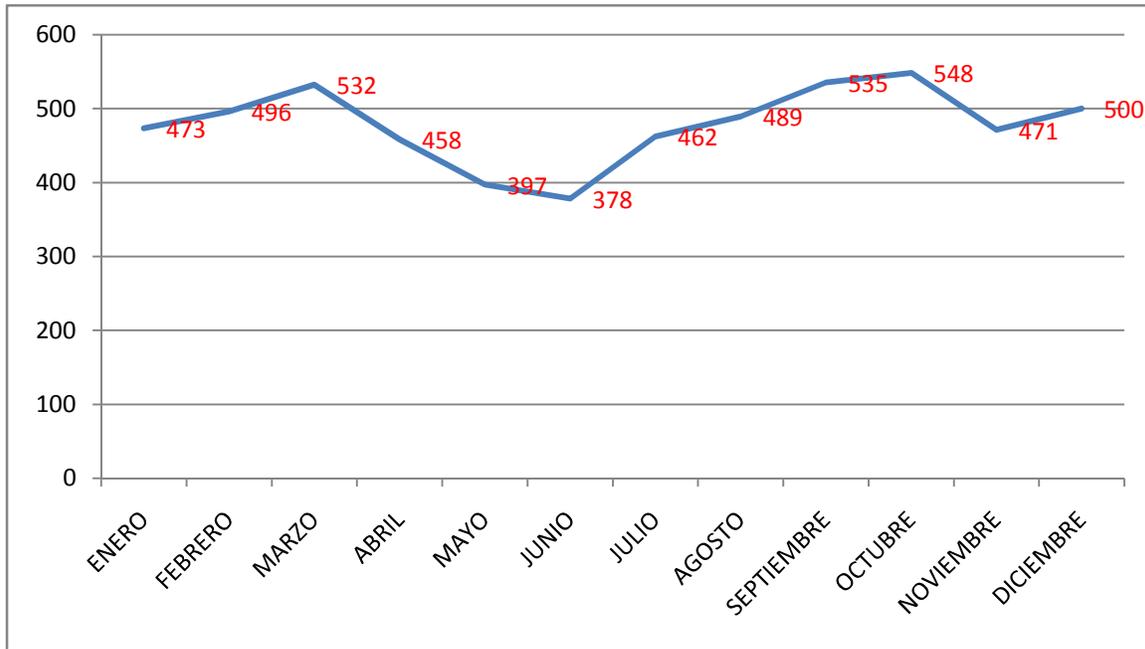
Gráfica 2: Descripción de la población según Grupo Etario



Gráfica 2: Descripción de la población según Grupo Etario

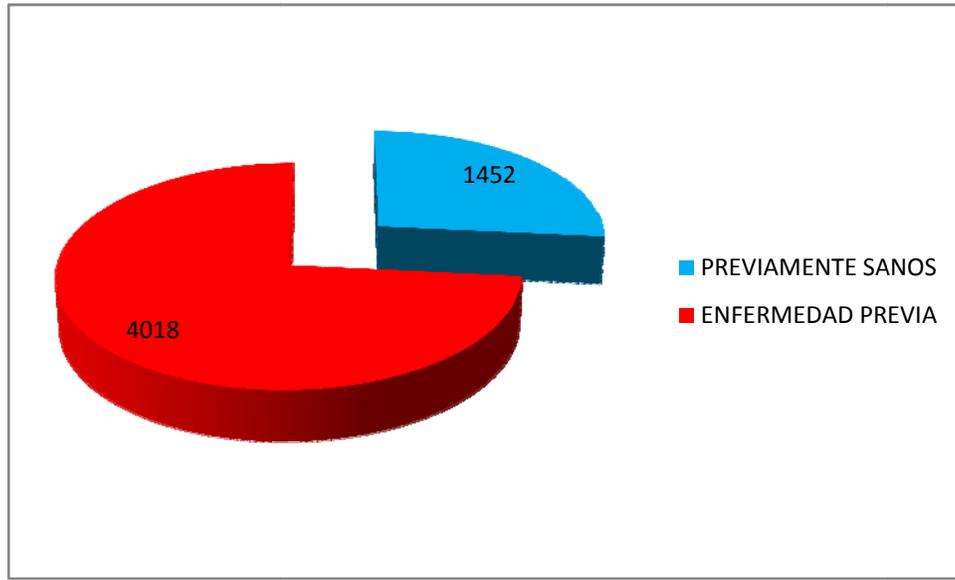
La población que es atendida en el servicio de urgencias ha sido evaluada en un servicio de clasificación, motivo por el cual únicamente se atienden pacientes que realmente ameritan la intervención inmediata. Evidentemente existen variaciones en el número de pacientes atendidos. La distribución de pacientes manejados en UPHIM durante 2008 fue la siguiente:

Durante el mes de enero se atendieron 473 pacientes representando el 8.6% del universo de estudio, en febrero 496 pacientes atendidos que representa el 9%, durante el mes de marzo 532 consultas que representa 9.7%, en abril 458 pacientes con un 8.3%, en el mes de mayo 397 pacientes, es decir, 7.2% de los pacientes, en los meses de junio y julio, 368 (6.7%) y 462 (8.4%) pacientes respectivamente, en agosto 489 pacientes (8.9%), en septiembre 535 (9.7%), durante el mes de octubre 548 (10%), en noviembre 471(8.6%) y finalmente en diciembre 500 (9.1%) pacientes se atendieron en el servicio de urgencias. Por lo tanto el rango de atención de pacientes es de 378 a 548 pacientes (ver gráfica 3).



Gráfica 3: Distribución de pacientes según el mes

Por ser un Hospital de tercer nivel del sector salud y fungir como centro de referencia nacional es importante considerar la presencia de alguna enfermedad previa al ingreso al UPHIM, solo 1452 pacientes de los que ingresaron no padecían una enfermedad de base previa al padecimiento actual, esto representa el 26.5% de todos los pacientes ingresados ya sea por referencia de otro centro hospitalario, por médico privado o al acudir por sus propios medios, los otros 4018 pacientes ya contaban con alguna enfermedad previamente. (Ver gráfica 4)



Gráfica 4 Comparación Pacientes previamente sanos vs. Pacientes con enfermedad previa

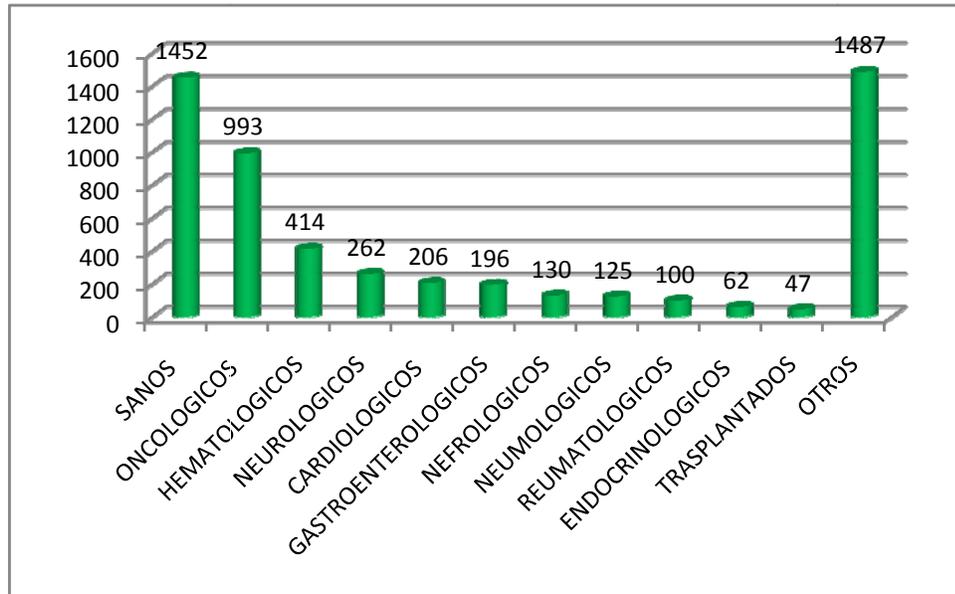
De las enfermedades presentes en este último grupo de pacientes se distribuyen de la siguiente manera:

1. Padecimientos oncológicos: en primer lugar acudieron al servicio de UPHIM los pacientes con antecedente de enfermedad oncológica 993 (18% de los pacientes valorados a lo largo del 2008), dentro de estos antecedentes oncológicos se atendieron 576 pacientes con leucemia, 67 pacientes con diagnóstico de rhabdomyosarcomas, osteosarcomas en 50 pacientes, sarcomas no especificados (41), meduloblastomas (36), linfomas y retinoblastomas cada una con 33 pacientes, gliomas de tallo cerebral 25 pacientes, histiocitosis de células de Langerhans en 20 casos, hepatoblastoma (18), craneofaringeoma 14 casos, astrocitoma (11), linfangiomas (11), y posteriormente con menor incidencia otros tales como teratoma, meningioma, tumores germinales y tumores rabdoideos.
2. Enfermedades hematológicas: ocupa el segundo lugar de incidencia en pacientes que acudieron a servicio de UPHIM con 414 pacientes 7.5% del total de pacientes de 2008, con 248 pacientes con hemofilia A, 42 por hemofilia B, 32 por púrpura trombocitopenica

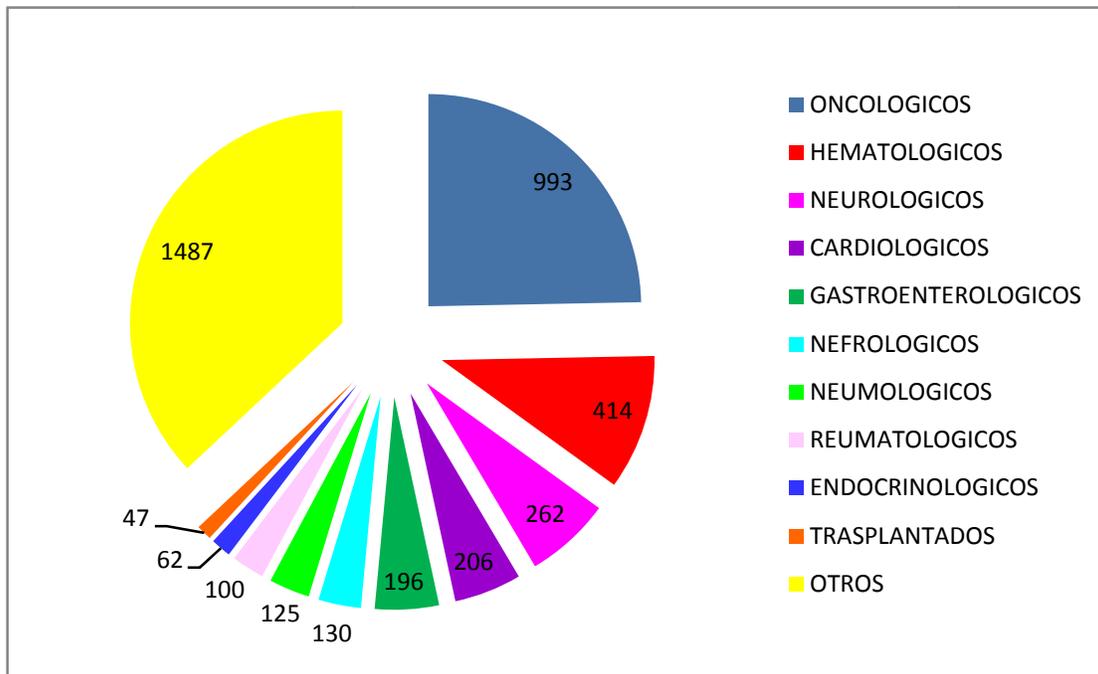
idiopática ya sea aguda o crónica, 21 pacientes con trombostenia de Glanzman, 21 con anemia aplástica, 13 por Enfermedad de Von Willebran, y en menor incidencia por, esferocitosis, anemia de fanconi, anemia de células falsiformes, aplasia pura de serie roja entre otras.

3. Urgencias neurológicas: es la tercera causa mas común de asistencia en UPHIM cuya incidencia es de 262 pacientes, es decir, 4.7% de la consulta vista en 2008, 114 casos por crisis convulsivas, 59 casos de pacientes con PCI, 21 casos de síndrome de West, 40 casos de pacientes con antecedente de hidrocefalia, 7 por mielomeningocele, 5 con holoprosencefalia, y entre otras hipotonía, microcefalia, miastenia gravis, y Lennox Gastau.
4. Las urgencias cardiológicas: representadas por 206 pacientes que son 3.7% del total de casos, con enfermedades como: atresia pulmonar o tricuspídea 25 casos, comunicación interventricular 23 casos, persistencia de conducto arterioso 22 casos, coartación de aorta 20, transposición de grandes arterias 17 casos, conexión anómala total de venas pulmonares 17 casos, miocardiopatía dilatada 15 casos, 12 por comunicación interauricular, 10 por tetralogía de Fallot, 6 por taquicardia supraventricular, 4 por tronco arterioso, y otras cardiopatías no especificadas 20 casos mas.
5. La quinta causa de consulta de pacientes con alguna enfermedad de base lo ocupan las enfermedades del tracto gastrointestinal: se presentaron 196 pacientes al servicio de urgencias con antecedente de enfermedad gastroenterológica, que son 3.5%, 101 con atresia de vías biliares, 25 con malformación anorrectal o antecedente de, 14 con degeneración cavernomatosa de la porta, 13 con antecedente de atresia esofágica o intestinal, 8 con antecedente de pancreatitis crónica, entre otros.

6. De las enfermedades nefrológicas: se atendieron 130 casos (2.3% de la población de pacientes con diagnóstico de base); 84 se diagnosticó insuficiencia renal crónica, 40 con síndrome nefrótico, 6 con acidosis tubular renal, entre otras.
7. Neumológicas y Alérgicas: 125 casos, que representa 2.3%. 98 casos con antecedente de asma, 21 antecedente de fibrosis quística, 6 con rinitis alérgica entre otras.
8. Reumatológicas: fueron 100 pacientes, es decir, el 1.8%, 56 casos con antecedente de lupus eritematoso sistémico, 19 con púrpura de Henoch Schonlein, 9 con Enfermedad de Kawasaki, con dermatomiositis, 5 con síndrome antifosfolipido primario, 4 con AIJ, entre otras.
9. Padecimientos endocrinológicos de fondo: fueron 62 casos representados por 45 pacientes con antecedentes de diabetes mellitus 1 y 17 con antecedente de hipotiroidismo.
10. Problemas infectológicos de base: se presentaron 39 pacientes con antecedente de patología infecciosa en activo 31 con VIH, 8 con tuberculosis.
11. En relación a pacientes que se encuentran bajo la condición de trasplante se atendieron 47 casos, de los cuales 43 correspondían a trasplante renal, 2 a pacientes con trasplante hepático y 2 de trasplante cardiaco.
- 12.** Como enfermedades varias tenemos a pacientes con antecedente de: síndrome de Down 122 casos, síndrome dismórfico 14 casos, 10 pacientes con acondroplasia, 10 con alteración en ciclo de urea, 8 con osteogénesis imperfecta, 6 con labio paladar hendido, 6 con microtia atresia, 5 con síndrome de Moebius, 5 con glucogenosis, 2 con mucopolisacaridosis entre muchas otras. (ver gráficas 5 y 6)



Gráfica 5: Distribución de pacientes según enfermedad de base

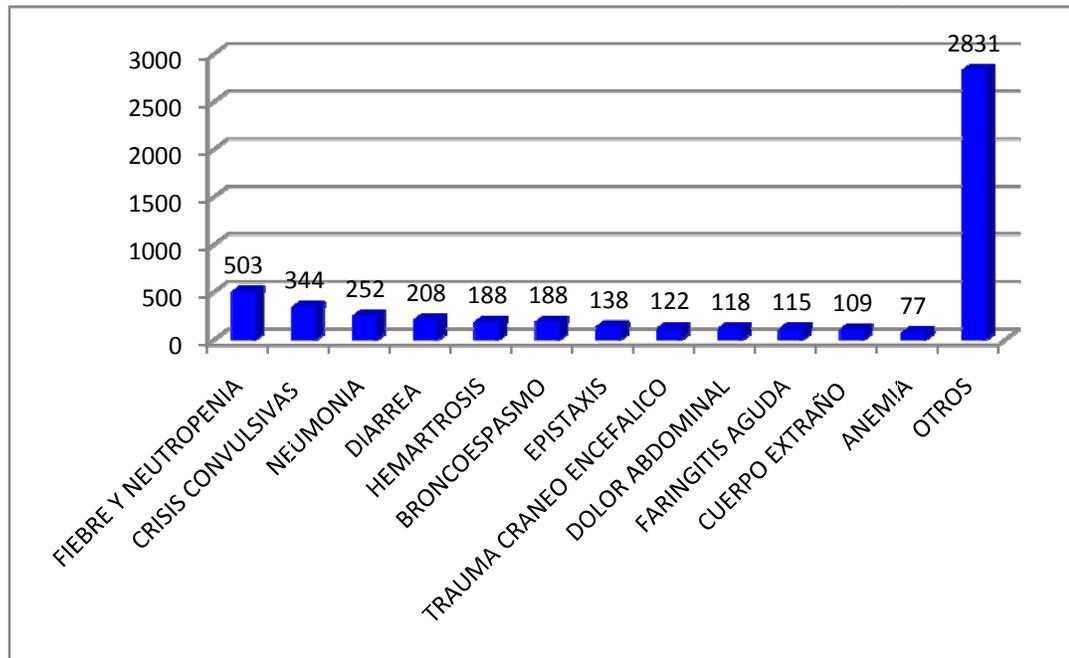


Gráfica 6: Distribución de pacientes según enfermedad de base

Las causas de ingreso al servicio de UPHIM son muy diversas, pero las más frecuentes se ven estrechamente relacionadas a los padecimientos previos más comunes de los pacientes, arriba mencionados, de los 5470 pacientes censados durante 2008 con ingreso al servicio de urgencias se tuvieron que excluir 277 pacientes pues sus diagnósticos finales quedaron como probables no fueron concluyentes a un diagnóstico definitivo.

Las causas o motivo de ingreso a UPHIM de una población de 5193 pacientes son, en orden de frecuencia:

1. Fiebre y neutropenia 503 pacientes
2. Crisis convulsivas y/o estatus epiléptico 344 pacientes
3. Neumonía 252 pacientes
4. Diarrea aguda con deshidratación: 208 pacientes
5. Hemartrosis 188 pacientes
6. Broncoespasmo y/o crisis asmática 188 pacientes
7. Epistaxis 138 pacientes
8. Trauma craneoencefálico 122 pacientes
9. Dolor abdominal y abdomen agudo 118 pacientes
10. Faringitis aguda 115 pacientes
11. Ingesta de cuerpo extraño a vía digestiva 109 pacientes
12. Síndrome anémico 77 pacientes



Gráfica 7: Causa ó motivo de ingreso a urgencias

A continuación se presentan las causas de atención a UPHIM en base a la disciplina de estudio:

- **Infectológicas:** 1234 pacientes 23%

fiebre y neutropenia (503), neumonía (252), faringitis aguda (115), choque séptico (40), sepsis neonatal (38), bronquiolitis (37), celulitis (36), otitis media aguda (30), infección vía urinaria (29), neumonía nosocomial (22), sepsis (22), absceso sin especificar localización (18), varicela (16), colangitis (14), meningitis (13), colitis neutropenica (9), neuroinfección no especificada (9), herpes zoster (6), choque tóxico (5), síndrome coqueluchoide (5), pielonefritis (5), neumonía por aspiración (4), croup (4), ventriculitis (2).

- **Hematooncológicas:** 765 pacientes 14.3%

hemartrosis (188), epistaxis (138), anemia (77), síndrome infiltrativo (71), púrpura trombocitopénica (51), gingivorragia (32), trombocitopenia (30), pancitopenia (23), leucemia (23), hematoma sin especificar sitio (22), hematuria (18), recaída (14), crisis hemolítica (13), linfangioma

(8), hemofilia (7), anemia hemolítica (5). Bicitopenia (4), linfoma (4). Masa abdominal (13), masa intracraneal (13), masa mediastinal (8).pseudo tumor cerebro (3).

- Gastroenterológicas: 714 pacientes 13.3%

diarrea aguda (208), dolor abdominal y/o abdomen agudo (118), sangrado tubo digestivo no especificado (71), oclusión intestinal (42), síndrome emético (41), apendicitis (35), hiperbilirrubinemia (23), suboclusión intestinal (21), hepatoesplenomegalia (19), encefalopatía hepática (17), peritonitis primaria (15), síndrome colestásico (14), pancreatitis (14), desnutrición de tercer grado (10), gastritis (10), ileo sin especificar causa (9), ascitis (7), hematoquezia (7), malformación anorrectal (6), enterocolitis necrosante (6), hematemesis (5), enfermedad ácido péptica (4), atresia esófago (4), atresia intestinal (3), insuficiencia hepática (3), hepatitis fulminante (2),

- Neurológicas: 453 pacientes 8.4%

crisis convulsivas y/o estatus epiléptico (344), cefalea (37), disfunción de valvula derivación ventrículo peritoneal (23), síndrome cerebeloso (14), hidrocefalia (11), ataxia (9), encefalitis (5), hipertensión intracraneal (4), guillan barre (4), crisis de miastenia (2).

- Alérgicas: 192 pacientes 3.6%

broncoespasmo y/o crisis asmática (188), urticaria (4).

- Trauma y ortopedia: 183 pacientes 3.4%

trauma craneoencefálico (122) trauma contuso (25), fractura sin especificar sitio (22). Trauma cortocontundente (8), politraumatismo (6).

- Quirúrgicas: 151 pacientes 2.8%

ingesta de cuerpo extraño a vía digestiva (109), escroto agudo (12), derrame pleural (11), hernia inguinal (4), dehiscencia de herida quirúrgica (4), hernia diafragmática (4), ingesta cuerpo extraño a vía aérea (3), cuerpo extraño en ojo (2), hernia encarcelada (2).

- Cardiovasculares: 122 pacientes 2.2%

insuficiencia cardíaca congestiva (27), crisis hipertensiva (18), cardiopatía congénita no especificada (15), taquicardia supraventricular (12), crisis de hipoxia (10), persistencia conducto arterioso (8), conexión anómala total de venas pulmonares (8), choque cardiogénico (6), coartación de aorta (4), comunicación interauricular (4), comunicación interventricular (4), recoartación de aorta (3), atresia pulmonar (2), atresia tricuspídea (1)

- Renales: 84 pacientes 1.5%

insuficiencia renal crónica (62), síndrome nefrótico (19) síndrome nefrítico (3).

- Endocrinológicas: 78 pacientes 1.45%

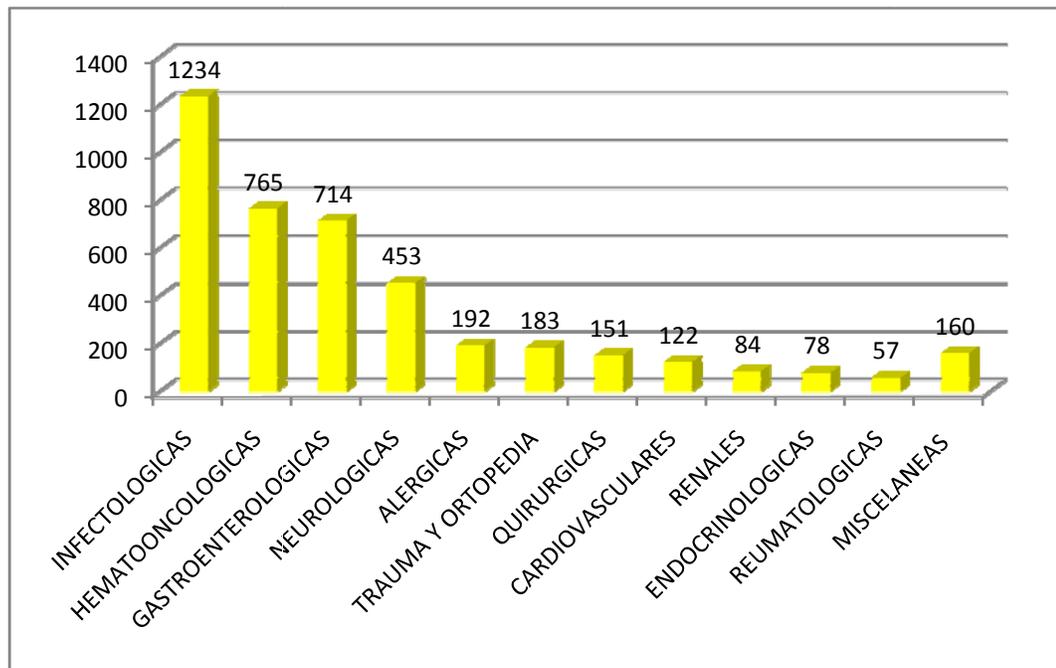
cetoacidosis y/o cetosis (38), hipoglucemia (10), hiperglucemia (9), diabetes mellitus 1 (5), crisis adrenal (4), hipocalcemia (4), hiperkalemia (3), hipernatremia (3), insuficiencia suprarrenal (2)

- Reumatológicas: 57 pacientes 1%

Púrpura de Henoch Schonlein (21), Kawasaki (13), vasculitis (5), trombosis (8), artritis (7), actividad lúpica (3),

- Misceláneas: 160 pacientes 2.8%

deshidratación sin especificar causa (64), intoxicación por medicamentos (23), muerte al arribo (19), exacerbación pulmonar (13), ingesta de cáusticos (10), apneas (6), quemadura (6), rechazo agudo de trasplante (4), mordedura de perro (4), mordedura de serpiente (3), intento de suicidio (3), papilomatosis laríngea (2), abuso de drogas (1), aborto (1), abuso sexual (1).



Gráfica 8: Causa ó motivo de ingreso a urgencia de acuerdo a la especialidad de atención

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante conocer la epidemiología de servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. En base a las enfermedades que regularmente son atendidas en el servicio de urgencias puede conocer el tipo de asistencia que se brinda en el hospital. Tomando en cuenta el género no existe diferencia entre género, para determinar que es un factor pronóstico de asistencia a urgencias. Pues la relación es femenina 1: 1.2 masculino. Este resultado refleja la generalidad de los 5470 pacientes, pero se debe de tomar con reservas, para la particularidad de cada padecimiento en específico.

Con respecto al grupo etario se observa un pico de incidencia en el primer año de vida con posterior decremento progresivo. Tomando en cuenta que el Hospital Infantil de México es un hospital de referencia, es difícil analizar al grupo de pacientes RN, ya que no se cuenta con servicio tocoquirúrgico. El decremento progresivo de demanda del servicio de urgencias en relación a la progresión en edad correlaciona con lo reportado en la literatura, y se ve relacionado a la sensibilidad de la población a padecimientos infecto contagiosos principalmente.

No consideramos que podamos relacionar el número de consultas otorgadas con la ocupación de un mes, solo se nota un decremento mínimo en los meses de junio y julio que se relaciona al periodo vacacional escolar y probablemente a migración temporal de los pacientes, el resto de los meses no muestra variación significativa. Manteniendo un pico de incidencia constante. A pesar de esto existen variaciones importantes tomando en cuenta la enfermedad del pacientes, por ejemplo la

incidencia de infecciones de vías aéreas donde la incidencia decrementa en verano y tiene aumento en invierno.

Por ser un hospital de tercer nivel se atiende población que requiere alta especialización por lo tanto se da mayor atención a esta población y complicaciones de sus enfermedades de base en el servicio de urgencias, llama la atención que destaca por sobre todas las enfermedades oncológicas en pacientes que ingresaron a servicio de urgencias y se hace correlación clara de que el motivo de acudir a urgencias es complicación de su enfermedad previa o inherente al tratamiento. Otro grupo muy sensible a complicaciones por su mismo padecimiento previo es la población hematológica en relación al sangrado de diferentes sitios, principalmente epistaxis y gingivorragia.

Las referencias en la literatura general de motivo de ingreso a urgencias son infecciones de vía aérea superiores, diarrea, traumatismo y crisis asmática. Esta incidencia se invierte en la atención brindada en un hospital de tercer nivel, pues la mayor incidencia de enfermedades son las relacionadas a enfermedades crónicas previas en el pacientes. La relación de incidencia por neutropenia y fiebre más crisis convulsivas es 1 a 1 con la suma de la incidencia de infecciones de vías aéreas superiores, diarrea, traumatismo y crisis asmática.

Al ser un estudio retrospectivo no se pudo obtener todas la información necesaria para determinar tiempo de estancia en urgencias, ni tipo de atención que se le dio al paciente posterior a su evaluación y estabilización inicial.

CONCLUSIONES

Se refleja claramente en nuestro estudio que la edad más sensible de ser afectada por enfermedades es la menor de 6 años, y dentro de ésta la más frecuente es en el primer año de vida.

No hay modificación de incidencia a la consulta de urgencias por periodo estacional.

Las patologías más frecuentes continúan obedeciendo al orden de las infecto contagiosas,

Las causa de ingreso a UPHIM se ven sumamente relacionadas a enfermedades previas de nuestra población en específico la hematológico-oncológica, asociándose a neutropenia y fiebre, hemartrosis, epistaxis entre otras, sin embargo también la demanda del servicio de urgencias por otras enfermedades infectocontagiosas como por diarrea aguda, y neumonía adquirida en la comunidad sigue siendo muy elevada.

Si bien es cierto un porcentaje de pacientes que acuden lo hace por presentar una urgencia real, un alto porcentaje continúa buscando atención aún se trate de una urgencia sentida.

BIBLIOGRAFIA

1. Menabrito TJ. Temas de pediatría urgencias. Asociación Mexicana de Pediatría, A.C. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998: 1-54.
2. Reyes HE, Guerra BB. Estudio piloto sobre la frecuencia, determinantes y resultados de la continuidad en la atención médica. *An Esp Pediatr* 2004; 24-28.
3. Drug S, Kuppermann N. Twenty years of emergency medical services for children: A cause for celebration and a call for pediatric emergency care. 2005; 21(4): 223-226.
4. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL et al. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 hours in the Ed study group. *JAMA* 1996; 276(6): 460-465.
5. Volans A. Trends in emergency admissions (letter). *BMJ* 199; 319: 1201.
6. Burdick WP. Trends in emergency department utilization 1988-1997, *annals of emergency Medicine* 2000; 36(1): 84.
7. López AS y cols. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44(2): 121-125.
8. Cheung WI. The reason and possible solution for inappropriate emergency departments utilization in Hong Kong (8th International Conference on Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 2000; 35(5): 55-56.
9. Perrin J. Universality, inclusion, and continuity: Implications for pediatrics. *Pediatrics* 1999; 103(4): 859-863.
10. Phelps KD. Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1086-1092.

11. Marin N y cols. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997; 108(19): 726-729.
12. Rodríguez SR, Valencia MP. Urgencias en pediatría. 5ª edic. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México: 2003: 3.
13. Morgan K, Portero O, Frankel S. The rise in emergency admissions-crisis or artefact? Temporal analysis of health services data (letter). *BMJ* 1999:155.
14. Petersen LA et al. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998; 36(8): 1249-1255.
15. Antón MD y cols. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *An Esp Pediatr* 1997; 47(6): 591-594.
16. Olsen S et al. Decreasing nonurgent emergency department utilization by Medicaid children. *Ann Emerg Med* 1998; 32(6): 759.
17. Fajardo OG, Ramírez FF. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Cirugía* 2000; 68: 164-168. Rocío Quizamán Martínez y col.
18. MacLean. The LUNAR Project: A description of the population of individuals who sep health care at emergency departments. *J Emerg Nurs* 1999; 25(4): 269-282.
19. Pérez SA y cols. Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44(4): 321-325.
20. Cano GF, Carballo GM. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: Motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *Aten Primaria* 2000; 26(2): 76-80.
21. Shires, David B, Hennen BK. Continuidad de la atención. En McGraw-Hill. *Medicina Familiar, Guía Práctica*. México, D.F. 1983: 3-8.
22. Bair M, Megan HM, Fein JA. Health care providers opinions on intimate partner violence resources and screening in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22(3): 150-153.

23. Mallory MD, Kadish H, Zebrack MN. Use of a pediatric observation unit for treatment of children with dehydration caused by gastroenteritis pediatric emergency care. 2006; 22(1): 1-6.
24. Conway SP, Newport MJ. Are all hospital admissions for acute gastroenteritis necessary? J Infect 1994; 29(1): 5-8.
25. Merchant RC, Fuerch JS, Becker BM. Comparison of the epidemiology of human bites evaluated at three US pediatric emergency departments. Pediatric Emergency Care 2005; 21(12): 833-838.
26. Scribano PV, Wiley JF, Platt K. Use of an observation unit by a pediatric emergency department for common pediatric illnesses. Pediatr Emerg Care 2001; 17(5): 321-323.
27. Dowd ME, Keenan HT, Bratton SL. Epidemiology and prevention of childhood injuries. Crit Care Med 2002; 30(11): 385-391.