

INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL NIÑO. CARACTERIZACIÓN EN UN ÁREA DE SALUD (I)

Freddie Hernández Cisneros,¹ Lourdes García Yllan,² Alfredo Ravelo Nordelo² y Verónica García Yllan³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo con 507 niños egresados del Hospital Pediátrico Provincial Docente de Camagüey y procedentes del Policlínico Comunitario Docente Centro de la misma ciudad, durante el año 1998, con el objetivo de realizarles una caracterización. A cada uno de ellos se le aplicó una encuesta diseñada según criterios de expertos y que contenía las siguientes variables: grupos de edades, tipo de atención, complicaciones ocurridas, promedio de estadía y evolución final; procesándose luego los datos obtenidos en una microcomputadora IBM compatible y aplicándose paquete de programa estadístico MICROSTAT. Se encontró como resultado más importante: un predominio de los ingresos en los niños con edades entre 1-5 años con un 45,1%; procedentes de los sectores tradicionales de atención el 70,4%. Se observa una ocurrencia mayor de complicaciones, una mayor estadía inferior a las 48 horas y una mayor evolución no satisfactoria en los niños procedentes también de los sectores tradicionales de atención. Por su orden las 3 causas de ingresos más frecuentes son: el asma bronquial con 13,4%, las infecciones respiratorias agudas con 6,9% y las enfermedades diarreicas agudas con 6,50%.

Descriptores DeCS: HOSPITALIZACION; ADMISION DEL PACIENTE; ASMA; INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO; DIARREA; ENFERMEDAD AGUDA.

La atención hospitalaria a la población constituye una de las formas más importantes de la asistencia médica, no sólo por su complejidad, sino por ser la forma más costosa de los tipos de atención.¹ En Cuba este tipo de atención consume el 61,9 % del presupuesto total asignado por el esta-

do a la salud, el que se distribuye entre los 283 hospitales con que cuenta el país, que disponen de una dotación total de 66 948 camas.² Estos recursos y su organización permitieron alcanzar en 1997 un indicador de 131 por 100 habitantes.³ No obstante ser, la atención secundaria y la ter-

¹ Especialista de II Grado en Pediatría y Profesor Titular de Pediatría del Departamento de Medicina General Integral.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica del Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech".

ciaria, muy importantes para garantizar la atención médica calificada del individuo enfermo, tienen probablemente muy poco impacto en la situación de salud de la comunidad.⁴

Ahora bien, en la utilización del fondo de camas inciden una serie de factores, 2 de ellos de suma importancia son la calidad de la atención ambulatoria y la utilización del ingreso en el hogar por el Médico de la Familia (MF).⁵

Reflexionando sobre todo lo anterior surgen una serie de interrogantes: ¿cómo se están comportando los ingresos hospitalarios en comunidades atendidas por el MF?; ¿qué impacto es capaz de producir la atención médica del Médico y Enfermera de la Familia en la atención hospitalaria en general?; ¿qué características presentan los ingresos hospitalarios infantiles en una comunidad con este tipo de atención?; ¿cómo es el quehacer del binomio Médico y Enfermera de la Familia relacionado con los ingresos hospitalarios?

Motivados por estas interrogantes y por las respuestas que se les puedan dar fue que se decidió realizar la presente investigación. El Policlínico Comunitario Docente Centro todavía tiene doble sistema de atención médica; o sea, la atención sectorizada y la del subsistema del MF, por lo tanto en esta primera parte de la investigación se realizó una caracterización de los ingresos hospitalarios infantiles, comparando ambos tipos de atención.

Métodos

Se realizó un estudio transversal con el fin de caracterizar los ingresos hospitalarios infantiles pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente Centro del Municipio de Camagüey, durante el año 1998. El universo de estudio estuvo constituido por 507 niños procedentes de dicha área de salud, ingresados en el Hospi-

tal Pediátrico Provincial Docente "Eduardo Agramonte Piña" de Camagüey, en ese período.

Con una periodicidad semanal los autores visitaron el Departamento de Estadísticas del citado hospital, y a partir del libro de registro de ingresos se confeccionó una lista con los niños procedentes del área en cuestión y que contempló los datos siguientes: nombre completo, dirección, edad, sexo, tipo de atención, diagnóstico, servicio hospitalario en que se ingresó; y a partir de la historia clínica hospitalaria se recogieron las variables siguientes: complicaciones, promedio de estadio, evolución final y diagnóstico definitivo, las que se vaciaron en la misma lista que se convirtió así en el registro primario definitivo de la investigación en esta primera parte.

Los datos obtenidos se procesaron en una computadora IBM compatible, aplicando programa de paquete estadístico MICROSTAT para confeccionar el fichero y obtener tablas de frecuencias y de contingencias, trabajándose con un 95 % de confiabilidad, ilustrándose los resultados en tablas y usándose como medidas estadísticas: porcentajes, frecuencias y probabilidad.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la distribución de los niños ingresados según grupos de edades y sexo, aunque en general en cuanto al sexo existieron pocas diferencias entre uno y otro (52,2 y 47,7 %, respectivamente); sin embargo, por grupos de edades prevaleció el de 1-5 años con el 45,1 %, después el de 6-14 (32,1 %) y por último los menores de 1 año (22,6 %).

Al precisar el tipo de atención en ellos (tabla 2), llama la atención que prevalecieron los ingresos de niños procedentes de

TABLA 1. Grupos de edades y sexo

Sexo	Menos 1 año	%	Grupos de edades				Total	%
			1-5 años	%	6-14 años	%		
Masculino	67	58,20	127	55,40	71	43,50	265	52,20
Femenino	48	41,70	102	44,50	92	56,40	242	47,70
Total	115	22,60	229	45,10	163	32,10	507	100

Fuente: Registro primario. $p < 0,05$.

los sectores tradicionales de atención (70,40 %), por sólo 29,50 % de los procedentes de la atención por el subsistema del MF, para una $p < 0,05$.

TABLA 2. Tipo de atención e ingresos

Tipo	No.	%
Sectorizada	357	70,40
Médico de la Familia	150	29,50
Total	507	100

Fuente: Registro primario.

La tabla 3 ilustra las complicaciones ocurridas en los niños ingresados y el tipo de atención, como puede observarse 50 infantes procedían de los sectores tradicionales de atención (79 %) y sólo 13 (21 %) del subsistema del MF.

TABLA 3. Tipo de atención y existencia de complicaciones

Tipo	No.	%
Sectorizada	50	79
Médico de la Familia	13	21
Total	63	100

Fuente: Registro primario.

En relación con el promedio de estadio y el tipo de asistencia médica (tabla 4), es notorio señalar que 40 niños tuvieron un estadio menor de 48 h, 26 de ellos (60,5 %) procedían de la atención sectorizada tradicional y sólo 14 (39,5 %) procedían del subsistema del MF.

TABLA 4. Tipo de atención y estadio menor de 48 horas

Tipo	No.	%
Sectorizada	26	60,50
Médico de la Familia	14	39,50
Total	40	100

Fuente: Registro primario.

En cuanto a la evolución final de los niños ingresados (tabla 5), hubo 12 con un 2,36 % de evolución no favorable, de ellos 7 procedían de los sectores tradicionales de atención (58,3 %) y 5 del subsistema del MF (41,7 %).

Por último, comentando el diagnóstico definitivo al egreso, prevaleció la crisis aguda de asma bronquial (13,40 %), siguiéndole las infecciones respiratorias agudas (6,90 %), las enfermedades diarreicas agudas (6,50 %), la meningoencefalitis viral con 5,32 % y otras causas en el resto de los pacientes.

TABLA 5. Tipo de atención y evolución no favorable final

Tipo	No.	%
Sectorizada	7	58,30
Médico de la Familia	5	41,70
Total	12	100

Fuente: Registro primario.

Discusión

Aunque el niño menor de 1 año es el más lábil por su inmadurez anatómica y fisiológica,⁶ también es al que más cuidado se le prodiga y el que menos posibilidades de accidentes tiene, comparado con el resto de los grupos; además un porcentaje significativo de ellos utiliza lactancia materna exclusiva que le confiere la protección inmunológica necesaria contra las infecciones,⁷ esto nos puede explicar por qué hubo menos ingresos en este grupo de edad.

Según el informe estadístico del año 1997 en este policlínico se realizaron un total de 103 ingresos de niños en el hogar, o sea, la quinta parte de los ingresos hospitalarios efectuados (relación 1:5). Como puede apreciarse éste es un resultado no adecuado pues está plenamente establecida la relación inversa, es decir, por cada ingreso hospitalario deben realizarse 5 en el hogar.

La menor proporción de ingresos procedentes del subsistema del MF demuestra sus ventajas incalculables, ya que en él se pueden poner en práctica al 100 % los componentes de la medicina familiar: integralidad, atención sectorizada (sector igual a un consultorio del MF), vinculación con los distintos niveles de organización, atención continuada, dispensarizada, en equipo y con participación de las masas organizadas.^{4,5}

Lo anterior, unido a que cada MF atiende un universo entre 600 y 700 personas aproximadamente y que tiene la posibilidad como acción inherente a él, de realizar el ingreso en el hogar,⁸ hace posible los resultados obtenidos presentados en las tablas.

La mayor frecuencia en la ocurrencia de complicaciones de los niños procedentes de los sectores tradicionales de atención hablan bien a las claras de la calidad en la atención y el control ejercidos por el MF en estos infantes, muy superior, a la de la anterior. Otro indicador importante a señalar es que de estas complicaciones el 34 % ocurrió en niños menores de 1 año atendidos en los sectores tradicionales; mientras que, sólo el 23 % de este grupo se atendía por el MF.

En cuanto al estadio hospitalario, sin temor a equivocarnos podemos afirmar que todos los niños que permanecieron menos de 48 h ingresados en el hospital eran tributarios de un ingreso en el hogar; de ellos, 14 procedentes del subsistema del MF eran realmente los que gozaban de este privilegio. Existe la posibilidad de que estos ingresos hayan ocurrido en horario no laborable del MF y sobre todo, si no vive en la comunidad que atiende, como ocurre en más del 90 % de los MF de este policlínico.

De los niños con evolución no satisfactoria sólo falleció 1 con 15 meses de nacido y perteneciente al subsistema del MF, por una bronconeumonía fulminante y con un estadio muy corto; el resto presentó diversas complicaciones que posteriormente pudieron resolverse, incorporándose sin secuelas a su medio familiar.

Conclusiones

1. Se demostró en el estudio realizado un predominio del grupo de niños de 1-5 años de edad y procedentes de los sectores tradicionales de atención.

2. Se encontró un número de complicaciones secundarias, estadio menor de 48 h y evolución no satisfactoria, en los niños procedentes de dichos sectores.
3. Las 3 causas de ingreso más frecuentes fueron el asma bronquial, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas.

SUMMARY: A descriptive study was conducted with 507 children from the Central Community Teaching Polyclinic of Camagüey that were discharged from the Provincial Pediatric Teaching Hospital of that city during 1998 in order to characterize them. A survey was designed according to the criteria of some experts, including the following variables: age groups, type of attention, complications observed, average stay length, and final evolution. The data obtained were processed in a compatible IBM microcomputer. A MICROSTAT statistical program package was applied. Most of the children admitted were between 1 and 5 years old, accounting for 45.7%. 70.4% of admissions were from the traditional care sectors. These were the most important results. It was observed a higher occurrence of complications, a longer stay length of less than 48 hours, and a greater unsatisfactory evolution among children from the traditional care sectors. The most common causes of admission were bronchial asthma with 13.4%, acute respiratory tract infections with 6.9%, and acute diarrheal diseases with 6.50%.

Subject Headings: HOSPITALIZATION; PATIENT ADMISSION; ASTHMA; RESPIRATORY TRACT INFECTIONS; DIARRHEA; ACUTE DISEASE

Referencias bibliográficas

1. Zhilieskas Y. Metodología de planificación y funcionamiento de la salud pública soviética y sus aspectos económicos. CNICM. La Habana, 1979:131.
2. CUBA. MINSAP. Informe anual de 1997:47-8.
3. CUBA. MINSAP. Balance anual de 1997. Tomo I. Atención hospitalaria 1997:33-8.
4. Verdecia Fernández F. Sociedad y salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1986:63.
5. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Pérez Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1985;t1:175.
6. Cruz M. Pediatría. 4 ed. Barcelona: Romagraff, 1980 t1:5.
7. Rodríguez García R, Schaefer L. Nuevos conceptos de la lactancia materna, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Bol Of Sanit Panam 1991;1:111.
8. Moya MA, Garrido E, Abuines Rodríguez J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4(1):72-8.

Recibido: 28 de abril de 1999. Aprobado: 15 de junio de 1999.

Dr. Freddie Hernández Cisneros. Honda # 161 e/ San Rafael y San Clemente, Camagüey, Cuba.