



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
REINGRESO HOSPITALARIO EN NIÑOS Y NIÑAS
DE 0 – 2 AÑOS, CON AFECCIONES
RESPIRATORIAS BAJAS.**

AUTORES:

Br. Damiano, Andrea
Br. González, Vanessa
Br. Márquez, Luis
Br. Medina, Natalia
Br. Sarasola, Natalia

TUTORES:

Prof. Agda. Lic. Viera, Annalet

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

ÍNDICE

Abreviaturas.....	3
Introducción.....	4
Planteamiento del problema y objetivos.....	5
Fundamentación.....	6
Antecedentes.....	8
Marco conceptual.....	9
Diseño metodológico.....	20
Resultados.....	24
Análisis.....	42
Conclusiones.....	45
Bibliografía.....	46
Anexos.....	48

ABREVIATURAS

AIEPI: Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

ANA: American Nurses Association.

APS: Atención Primaria en Salud.

CBO: Crisis Bronco-obstructivas.

CEV: Certificado esquema de vacunación.

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.

FA: Frecuencia Absoluta.

FR%: Frecuencia Relativa Porcentual.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSE: Obras Sanitarias del Estado.

RRFF: Recursos Financieros.

RRHH: Recursos Humanos.

RRMM: Recursos Materiales.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UTE: Usinas de Telecomunicaciones del Estado.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.



INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo de la carrera, en el marco del trabajo final de investigación y que surge como requisito curricular para obtener el título de grado de la Licenciatura de Enfermería.

El mismo se realizó en la República Oriental del Uruguay, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de tiempo comprendido entre mayo y junio de 2009.

Dicha investigación, de diseño descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, tuvo como objetivo general identificar los factores de riesgo asociados a los reingresos hospitalarios en usuarios de 0 a 2 años de edad, portadores de patologías respiratorias bajas.

El relevamiento de datos se realizó a través de un instrumento diseñado para tal fin, que constó de cuatro bloques.

Los datos obtenidos fueron analizados a través de la estadística descriptiva, univariada, donde se utilizó el programa Excel para la representación gráfica respectiva. Las variables quedaron representadas a través de tablas donde se especifica la distribución de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Para el análisis de los datos se establecieron variables que fueron confrontadas con el marco conceptual y los antecedentes de estudios nacionales e internacionales, obteniéndose que el 58% de la población está constituida por usuarios del sexo femenino, en su mayoría procedentes de la capital del país. El 43% ha tenido más de un reingreso por afecciones respiratorias bajas, entre otros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Línea de investigación: AIEPI

Área problema: Factores de riesgo de reingreso hospitalario

Problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con los reingresos hospitalarios por afecciones respiratorias bajas en niños de 0 a 2 años, en un hospital público en el período de tiempo comprendido entre 2004 y 2007?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo asociados con los reingresos hospitalarios relacionados con afecciones respiratorias bajas en niños de 0 a 2 años.

Objetivos específicos:

Caracterizar la población de estudio.

Identificar probables factores de riesgo que inciden en las infecciones respiratorias.

Identificar probables factores socio-económicos.

Identificar probables factores de riesgo ambientales.

FUNDAMENTACIÓN

La selección del tema Reingresos Hospitalarios por enfermedades respiratorias bajas, se hizo debido a la importancia del mismo, por las implicancias que produce, ya que nuestro país no escapa a la realidad de las Américas donde aún hoy continúan muriendo niños menores de cinco años por enfermedades que podrían ser evitadas. Estudios estadísticos demuestran que en el Uruguay las enfermedades respiratorias bajas son la primera causa de muerte y a su vez constituyen la mayor parte de los reingresos hospitalarios en niños menores de cinco años. (CHPR, 2007)

El estudio de los reingresos es escaso a nivel mundial y más aún a nivel nacional, no existiendo una definición estándar de reingresos. La mayoría de los reingresos ocurren entre treinta días o menos post alta y en la mayoría de los casos ocurren por patologías respiratorias bajas y que a su vez reingresan una, dos, tres veces o más por idéntico diagnóstico; en la mayoría de los casos se observa una íntima relación con las condiciones económicas, sociales y sanitarias de las personas, a su vez todo esto conlleva al impacto tanto psico-emocional, financiero de los padres por pérdidas de jornadas laborales y los problemas familiares que conlleva una hospitalización.

En este marco la incorporación de la estrategia AIEPI permite la sistematización del cuidado de los niños, integrando actividades de educación en salud y habilidades comunicativas con la familia para la promoción del crecimiento y desarrollo infantil. El compromiso de las enfermeras capacitadas que realizan intervenciones con base en un abordaje integral del proceso salud-enfermedad-cuidado constituye un desafío para la transformación de las prácticas en salud.

"Uruguay tiene un problema que viene arrastrándose desde hace algunos años, y es que el componente neonatal es superior al post neonatal. Las dos mortalidades vienen bajando, pero ha bajado menos la neonatal. En 2008, del total de 10,6 muertes por 1.000 nacidos vivos, 4,7 por 1.000 es la mortalidad post neonatal y 5,9 por 1.000 es la neonatal" (Montano, 2002).

UNICEF propone que para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) es necesario atender las urgencias de los niños y niñas. Particularmente en Uruguay, los objetivos de UNICEF se relacionaron con las campañas de inmunizaciones, dando así una reducción notable de la tasa mortalidad por sarampión en niños, disminuyendo de 733.000 a 164.000 en el período de tiempo 2000 a 2008. UNICEF propone que los ODM en el Uruguay sean también alcanzados a partir del año 2008 la escolarización total de los niños y niñas que no asisten a la escuela.

Por otra parte en el año 2009, el 9% de los partos en el Uruguay fueron prematuros. La fundación Visión Air con su programa Fondo Rosado, en conjunto con el Poder Ejecutivo, MIDES, UNICEF y otras organizaciones, se han propuesto reducir la morbimortalidad infantil en recién nacidos prematuros a través de las diversas campañas que promueven el control del embarazo y la salud de la mujer.

A nivel mundial mueren por año once millones de niños antes de cumplir los cinco años de edad por enfermedades que pueden ser prevenidas en la mayoría de los casos; esto equivale a 29 mil muertes por día y los que sobreviven sufren consecuencias como lo son la desnutrición, falta de acceso de atención de salud y a la educación así como también déficit en el desarrollo y crecimiento y otras como VIH/SIDA.

La declaración del milenio trata de dar respuesta a la crisis, lo que consiste en dar prioridades colectivas en materia de paz y seguridad, lucha contra la pobreza, promover los derechos humanos, progreso social y económico. UNICEF es uno de los únicos organismos gubernamentales dedicados exclusivamente a la niñez. Todos los niños nacen con derecho a la supervivencia, salud, educación, alimentación y nutrición, vivienda, igualdad, participación, protección.

"(...) Entre 1990 y 2009 la tasa de mortalidad infantil en Uruguay pasó de 20,4 por 1.000 nacidos vivos a 9,46 por 1.000. La mortalidad infantil tiene dos componentes: la neonatal (menos de 28 días de vida) y la post neonatal (entre 28 días de vida y un año de edad...Uruguay tiene un problema que viene arrastrándose desde hace algunos años, y es que el componente neonatal es superior al post neonatal. Las dos mortalidades vienen bajando, pero ha bajado menos la neonatal. En 2008, del total de 10,6 muertes por 1.000 nacidos vivos, 4,7 por 1.000 es la mortalidad post neonatal y 5,9 por 1.000 es la neonatal". (Montano, 2002)

ANTECEDENTES

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria, aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.

En los últimos años se duda que la tasa bruta de reingreso sirva como índice de calidad, considerándose en algunos trabajos como debido a causas no modificables, aunque una tasa alta de reingreso en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada. Además pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índices de calidad. Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva.

Otros autores sí consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad, siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso.

En España, la tasa de reingreso hospitalario comunicada es muy variable, existiendo variabilidad en las series presentadas en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso) y datos contradictorios sobre su utilidad como índice de calidad asistencial. A pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, puede servir como indicador de calidad local.

A nivel Nacional no se encontraron antecedentes de estudios relacionados a reingresos hospitalarios.

MARCO CONCEPTUAL

REINGRESOS HOSPITALARIOS.

Este es el tema central de la investigación, a su vez relacionado con patologías respiratorias bajas; en este marco y en primera instancia se ha buscado información que oriente sobre el tema reingresos, pero se observa que en distintos estudios no hay una unificación de criterios en cuanto al mismo ya que son muy variadas las concepciones; se sabe por definición de diccionario que reingreso significa "volver a ingresar", algunos estudios realizados en distintos hospitales de España refieren que los reingresos hospitalarios son aquellos ingresos en los cuales los pacientes vuelven a los treinta días post alta ya sea por el mismo diagnóstico o por distinto, en esta investigación se observa que la mayoría de los reingresos ocurren entre treinta días o menos post alta y en la mayoría de los casos ocurren por patologías respiratorias bajas y que a su vez reingresan una, dos, tres veces o más por idéntico diagnóstico; en la mayoría de los casos se observa una íntima relación con las condiciones económicas, sociales y sanitarias de las personas.

Siguiendo en esta línea se hace referencia a la opción de restringir este concepto a aquellas enfermedades de frecuente presentación que han sido las más asociadas a un mayor riesgo de reingresos.

En nuestras labores diarias en el ámbito hospitalario se observa la existencia de las distintas modalidades de reingresos como los son los programados, esto se refiere a aquellos pacientes que deben cumplir un tratamiento programado; también existen los reingresos para valoración luego de un tratamiento o reingresos por recaídas de la propia patología.

"(...)Los pacientes que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la gestión hospitalaria. El reingreso hospitalario se considera un indicador de salud. Los indicadores de salud son instrumentos que se utilizan para medir el estado de salud de una población. Cuantifican los factores que inciden en el proceso salud - enfermedad y sus consecuencias. Miden hechos, sucesos o fenómenos vinculados directa o indirectamente al proceso salud enfermedad y que pueden expresarse en términos de su frecuencia absoluta o a través de relaciones como tasas, proporciones o razones (...)" (Magnífico, Pujadas, 2000).

El estudio de los reingresos en nuestro país es escaso, en otros países los estudios de los reingresos han sido realizados por diferentes motivos a saber: para estudiar la morbilidad, para conocer su impacto económico entre otros o por haber sido propuestos como un indicador de calidad.

Ante la ausencia de una definición estándar de reingreso se han utilizado diversas definiciones del mismo, distintos estudios hacen referencia a ingresos por un mismo diagnóstico, ingreso urgente por un mismo diagnóstico e ingreso urgente por un mismo diagnóstico una vez excluidos los traslados a otros centros, siempre referidos a los treinta días post alta. Podemos tomar como referencia que los reingresos hospitalarios son los que ocurren entre 15 y 30 días post alta por un mismo diagnóstico, ya que en la presente investigación gran parte de los reingresos ocurre a partir de los quince días post alta. El tema de los reingresos hospitalarios es de gran importancia debido a la significativa morbimortalidad y a su vez a la costosa responsabilidad del sistema de



salud, ya que representa un problema para el niño, la familia y por ende para el sistema de salud, el reingreso hospitalario debería ser examinado aún más desde el punto de vista de prevención de enfermedades.

"(...) Las causas de reingresos hospitalarios de los recién nacidos son variadas, entre ellas las citadas con mayor frecuencia son: edad materna, nuliparidad, variación geográfica, situación socioeconómica, partos de pretérmino, nacimientos por parto cesárea y el alta temprana, que en la actualidad es considerada una causa o factor determinante para la readmisión (...)". (Navarro, Mendieta, Mir y colaboradores, 2008). Del párrafo citado anteriormente se destaca el factor económico, donde la mayoría de los niños en los que se investigó sufren carencias socio económicas importantes siendo éste uno de los factores más relevantes para que ocurran los reingresos hospitalarios.

DEFINICIÓN DE SALUD OMS.

" (...) es un estado de bienestar físico, mental y social completo , no simplemente la ausencia de enfermedades o padecimientos(...)"

CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

"Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (individuo, familia y comunidad). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones del orden bio-psico-social.

Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los distintos tipos de atención".

ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Todas las investigaciones se realizan con poblaciones y por ende sobre comunidades. A lo largo de la historia de la humanidad han sucedido una serie de acontecimientos que especifican el desarrollo seguido en la prestación de cuidados a la población en los diferentes países.

"Es una síntesis de la práctica de enfermería y salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita un grupo de edad o a un diagnóstico determinado. La responsabilidad principal es la población; la enfermería dirigida a individuos, familia y comunidad. La promoción y el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y la continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral del individuo, familia y comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de una planificación general de la salud, reconocer la influencia de tipo social y ecológico, presta atención a la población en riesgo y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio". (ANA, 2000)

La enfermería comunitaria puede considerarse como una forma alternativa de trabajo con la población, que principalmente se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de la enfermería y de la salud pública con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de esta y dentro de un equipo multidisciplinario de salud.

PROMOCIÓN.

Uno de los componentes que incluye la estrategia AIEPI es la promoción de la salud para fortalecer las prácticas de cuidado.

La enseñanza y las prácticas para el fomento de la salud comparten una importante meta común: invitar a las personas a lograr el mayor nivel de bienestar posible para que puedan llevar vidas saludables y evitar enfermedades. Hoy en día, la atención a la promoción de la salud se ha vuelto un asunto fundamental en las políticas de salud, dada la necesidad que existe de controlar los costos de asistencia médica y reducir el índice de enfermedades y muertes innecesarias.

Según la carta de Ottawa (1986), la promoción de la salud se caracteriza por *"ser un proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y de salud incluyéndose una mayor participación en el control de este proceso"*.

La carta de Ottawa incluye cinco ejes de actuación: la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables a la salud, el refuerzo para la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los sistemas y servicios de salud.

La promoción de salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida; siendo estos determinantes aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales. También son determinantes de la salud el status socio-económico y la presencia de otros factores socio-económicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud; por ello, la promoción de la salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida.

El propósito de la promoción de la salud es hacer énfasis en el potencial de bienestar de la persona y alentarla para que modifique sus hábitos personales, estilos de vida y ambiente, de manera que sea posible el mejoramiento de su salud y bienestar general. Es un proceso activo, es decir, no se trata de algo que se pueda prescribir o dictar. Está en manos de la persona decidir si efectúa los cambios que le ayudarán a mejorar su salud y lograr un nivel más alto de bienestar.

La promoción de la salud como concepto y proceso no se limita a un grupo de edad específico, sino que se aplica a lo largo de toda la vida. En diversas investigaciones se ha mostrado que la salud de un niño puede verse afectada, para bien o para mal, por los hábitos de su madre durante el período prenatal. De esta manera, la promoción de la salud se inicia antes del nacimiento y continúa a lo largo de la niñez, adolescencia, vida adulta y ancianidad.

En virtud de su experiencia en los cuidados de la salud y de la credibilidad establecida por largo tiempo con los consumidores, las enfermeras desempeñan una función vital en la promoción de la salud. En muchos casos estimulan el desarrollo de programas para la promoción de esta última o para el desarrollo y provisión de servicios benéficos en una diversidad de ambientes.

Al igual que todos los profesionales al cuidado de la salud, las enfermeras tienen la responsabilidad de promover actividades que fortalezcan el bienestar y la realización personal. Debe considerarse toda interacción con las personas que requieren de cuidados de salud como una oportunidad para promover actitudes positivas hacia esta.

PREVENCIÓN.

"(...) La prevención se puede definir como el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad; conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede poner medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y promover la salud (...)" (Ramos Calero, 1999).

Significa en un sentido riguroso simplemente inhibir el desarrollo de una enfermedad antes de que ocurra. Pero en el uso corriente el término ha sido ampliado para abarcar medidas que interrumpen o hacen lento el progreso de la enfermedad. Por esta razón, se dice que existen varios niveles de prevención.

Prevención primaria es la prevención de la enfermedad alterando la susceptibilidad o reduciendo la exposición de individuos susceptibles; prevención secundaria es la detección temprana y el tratamiento temprano de la enfermedad; prevención terciaria es el alivio de la incapacidad resultante de la enfermedad en intento de restaurar la función eficaz.

INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS.

Se hace referencia a las que presentan mayores casos de reingresos y por ende a las que afectan al tracto respiratorio bajo, tenemos entonces: Neumonía, Bronquiolitis y Crisis bronco-obstructivas.

Neumonía: en la investigación se observa que la mayoría de los reingresos ocurren por esta patología.

En el Uruguay la mayor parte de las enfermedades respiratorias ocurren en los meses de invierno y climas fríos.

"(...) una inflamación de los pulmones en que los alvéolos se llenan de exudado. Debido a que la porción afectada del pulmón no recibe aire suficiente y la respiración es superficial, el torrente sanguíneo no dispone de suficiente oxígeno. Cerca de 80 % de los casos de neumonía se debe a virus: el 20 % restante, a bacterias. La aspiración de sustancias extrañas tales como talco, maní, palomitas de maíz pueden provocar neumonía. El reflujo gastroesofágico puede dar como resultado la aspiración de contenido gástrico y provocar neumonía. La neumonía viral suele ser provocada por el Virus sincitial respiratorio, la influenza y el adenovirus, que son muy frecuentes en los meses de invierno (...)"

La neumonía bacteriana da lugar a una infección más grave, los microorganismos más comunes son S. Pneumoniae, estreptococo del grupo A, estafilococos aerius, y H influenzae.

La neumonía puede ser una enfermedad inicial, o primaria o complicar otro padecimiento, en cuyo caso se denomina neumonía secundaria.

Signas y síntomas: al principio la tos es seca, pero con el tiempo se torna productiva. La fiebre llega a alcanzar los 39 o 40 °C; el ritmo respiratorio suele incrementarse de 40 a 80 veces por minuto en lactantes y de 30 a 50 en niños mayores. Los ruidos respiratorios que suelen oírse roncus y crepitaciones débiles. Las respiraciones son superficiales porque el paciente intenta reducir el dolor torácico. Se observa en ocasiones aleteo nasal, retracciones esternales a medida en que entran en funcionamiento los músculos auxiliares de la respiración; el color de las narinas va de pálido a cianótico. (Schulte, Price, Gwin, 2002)

Bronquiolitis: esta es otra de las patologías más frecuentes se refiere a la inflamación de las vías respiratorias menores, es mas frecuente en los meses de invierno y en los niños menores de 2 años. Generalmente se debe a una infección viral; el microorganismo causal más frecuente es el virus sincitial respiratorio. La inflamación de los bronquiolos se relaciona con obstrucción parcial o completa por edema y acumulación de mucosidad con obstrucción parcial o completa. Los alvéolos no suelen verse afectados, pero sí el intercambio normal de gases del pulmón, lo cual ocasiona hipoxemia.

Los primeros signos de infección moderada de las vías respiratorias superiores del lactante son; rinorrea, estornudo, tos y fiebre baja y en ocasiones disminución del apetito. La dificultad respiratoria aumenta y el niño desarrolla respiración rápida y sibilante. La alimentación con biberón se dificulta por el aumento de la frecuencia respiratoria, lo cual interfiere con la succión y la deglución. Al avanzar la enfermedad se observa aleteo nasal retracciones, taquipnea (60 a 80 latidos por minuto) y cianosis.

Tratamiento: los casos moderados de bronquiolitis pueden tratarse en domicilio aumentando el consumo de líquidos y conviene administrar antipiréticos para controlar la fiebre. Es necesario instruir a los padres a que los lleve a una segunda valoración en caso de que aumente los signos de dificultad respiratoria o que empeore su estado.

Cuando se hospitaliza al niño, se inicia la administración de líquidos por vía intravenosa a fin de hidratarlo y adelgazar las secreciones. Si la bronquiolitis es grave, el médico puede usar un broncodilatadores y un corticoesteroides; se recomienda antibiótico para los lactantes pequeños porque estos pacientes son susceptibles de infecciones bacterianas secundarias.

Debe realizarse un estudio de laboratorio de lavado nasofaríngeo para determinar si el microorganismo causal es el virus sincitial respiratorio. Como medida de precaución y para prevenir contagios se aislará al lactante hasta no descartar la posibilidad de infección por dicho patógeno.

Crisis bronco obstructivas (CBO): las crisis bronco obstructivas se dan como cuadro aislado o un primer episodio. A estos episodios de bronquitis obstructiva podían ser denominados Bronquiolitis es decir un cuadro provocado por el Virus Sincitial Respiratorio. Pues bien si el mismo cuadro clínico se repite en 3 o más episodios de obstrucción bronquial durante los dos primeros años de la vida recibe la denominación de Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente del lactante. ¿Asma o bronquitis?

En la gran mayoría de los casos, el lactante que consulta por un síndrome bronquial obstructivo (SBO) se comporta tanto desde un punto de vista clínico como de respuesta al tratamiento en forma similar a un niño asmático, aunque menos de la mitad de ellos seguirán siendo asmáticos en la edad escolar.

Hay diferentes formas de evaluar y tratar:

CBO Leve: Menos de 1 episodio mensual. Síntomas de intensidad leve o moderada Sin alteración de la calidad de vida del niño.

CBO Moderado: Episodios más de 1 vez al mes o sibilancias (silbido al respirar) persistentes durante 1 mes o más. Exacerbaciones de mayor intensidad, que eventualmente pueden requerir hospitalización. Deterioro moderado de la calidad de vida: despertar nocturno, tos con el llanto, risa, esfuerzo.

CBO Severo: Sibilancias permanentes. No mejora entre cada crisis. Deterioro importante de la calidad de vida: despertar nocturno frecuente, tos con el llanto, risa, esfuerzo, dificultad para alimentarse, vómitos. Consultas frecuentes en Servicio de

Urgencia, antecedente de hospitalizaciones. Hiperinsuflación torácica. Aumento del volumen anteroposterior del tórax.

Atención de Enfermería en patologías respiratorias: valorar y observar al niño con afección respiratoria para detectar signos y síntomas de aumento de la dificultad respiratoria (disnea), se valoran ruidos respiratorios, color de la piel profundidad y frecuencia respiratoria así como resto de los signos vitales, se valora el estado de las fontanelas y también la turgencia de la piel.

Cumplir indicaciones médicas, aplicar adecuadamente tratamiento de oxigenoterapia, plan de antibióticos, aspiración de secreciones si requiere, saturación de oxígeno si está indicado o realizarlo como actividad independiente de enfermería y elaboración de un plan de alta el cual se realiza desde el ingreso del niño a la institución.

Realizar también educación a los padres acerca de los cuidados del niño en el hogar e informar sobre signos de alarma y cuando deben consultar a emergencia.

El apoyo a los padres es importante. Es muy probable que los pacientes en condiciones graves o críticas sean lactantes pequeños, si el lactante ingresa a la unidad de cuidados críticos, apoyar a los padres es fundamental. Las explicaciones deben ser en términos que puedan entender. La familia necesitará información del médico y de la enfermera acerca del estado del niño, de los medicamentos, tratamientos y procedimientos

Atención Integral de enfermedades prevalentes de la infancia

Es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la misma se crea en el año 1996 para mejorar la salud en la niñez.

No escapa a la realidad de las Américas, se crea por el hecho de que existen números muy elevados de morbilidad infantil en niños de 0 a 5 años, por enfermedades que pueden ser evitadas; también busca mejorar la salud de las madres, niñas y niños.

La AIEPI incorpora un contenido importante de promoción y prevención en salud, contribuye entonces por ejemplo a aumentar la cobertura de vacunación, promoviendo entonces así a mantener el certificado esquema de vacunación vigente.

La implementación de AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes:

"(...) AIEPI institucional: mejorar los sistemas y servicios de salud.

AIEPI clínico: mejorar las habilidades del personal de salud.

AIEPI comunitario: mejorar las prácticas familiares y comunitarias (...)"
(OPS/FCH/CH7, 2009)

Es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

ENFERMERÍA Y AIEPI.

La aplicación del proceso de atención de enfermería en la estrategia AIEPI se realiza en sus cuatro etapas: valoración, diagnóstico, acciones y evaluación

En cuanto a la valoración los principales factores a valorar son los que se relacionan con aspectos de carácter biológico, estilos de vida, factores económicos, sociales, culturales, educativos y espirituales.

Desde que surge la estrategia AIEPI, enfermería forma parte de la misma mediante la promoción de la salud y prevención de enfermedades, pilares fundamentales de la estrategia y de la enfermería.

Enfermería aplica AIEPI mediante distintas actividades independientes ya sea promoviendo los cuidados prenatales de una madre gestante ya que la estrategia si bien se forma para la atención de los niños menores de cinco años también incluye el cuidado de las madres, realizando actividades educativas, visitas domiciliarias, promoviendo los controles pediátricos, promueve mantener el certificado esquema de vacunación vigente, detección de enfermedades informando signos de alarma y posibles consultas a emergencia, valoración del estado nutricional de los niños, valoración del crecimiento y desarrollo, valoración de signos de violencia o maltrato infantil, todas estas son entre otras distintas formas de aplicar la estrategia mediante el proceso de enfermería.

FACTORES DE RIESGO.

En el campo de la epidemiología se pretende conocer la etiología de un suceso a través de la búsqueda del factor o factores que la producen, ante la dificultad de encontrar una causa única, la epidemiología empieza a hablar de factores de riesgo.

El concepto de factor de riesgo es una noción estadística.

El riesgo es siempre una probabilidad de que aparezca un acontecimiento en un individuo o grupo de individuos.

Se entiende por factor de riesgo cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. En virtud de este esquema se piensa que, si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es probable que enferme. Sin embargo en las últimas décadas un concepto nuevo cobra relevancia en el campo de la salud y de la educación el de los factores protectores. Este enfoque amplía entonces el campo de análisis de los factores de riesgo, complementándolo con el de los factores de protección.

Factores de protección son aspectos del entorno o competencias que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden en muchos casos ayudar a transitar circunstancias desfavorables.

El balance de ambos puede permitir considerar el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona o institución.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).

"(...) la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que

la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (...)" (OMS, 1978)

Que sea la asistencia sanitaria esencial significa que es la asistencia del equipo de salud necesaria para promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar cualquier enfermedad y derivar si así lo amerita la situación, sin necesidad de utilizar profesionales especialistas, ni tecnologías complejas.

Basándose en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptadas; es decir desarrolladas en la práctica sanitaria fundada de manera científicamente clara, aceptadas por la sociedad.

Poniéndola al alcance de todos los individuos y familiar de la comunidad, entendiéndose desde el punto de vista de que todas las personas tienen derechos a atenderse en el servicio de salud, el cual además tiene la obligación de organizarse de tal manera que su accesibilidad sea una realidad (accesibilidad económica, geográfica, de horarios entre otros).

Funciones de APS:

Las funciones que estas encaminadas a la asistencia integral del individuo y su comunidad, tanto en los aspectos de promoción de la salud y prevención, como aquellos directamente relacionados con la curación y rehabilitación de se enfermedad.

Los profesionales de enfermería pueden tener funciones específicas en otras áreas, como lo son las relacionadas con la salud pública, gestión sanitaria, planificación y programación de salud entre otras.

Actividades de Enfermería en APS:

Promover la participación comunitaria, de grupos, de familia y del individuo, en la atención de enfermería.

Participa de los programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud.

Coordina actividades con otros sectores comunitarios, educativos, comercial y otros.

Participa activamente en actividades de vigilancia epidemiológicas.

Realiza visitas domiciliarias.

Coordina con el equipo las estrategias de salud a llevar adelante para desarrollar programas de servicio.

Administra los recursos materiales y humanos del servicio.

Realiza educación es servicio al personal de enfermería y otros técnicos.

Contribuye al cuidado y mantenimiento del medio ambiente.

Realiza investigaciones de enfermería y/o conjuntamente con el equipo sobre temas relacionados a su área de competencia o necesidades locales de salud.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO/A DE 0 a 2 AÑOS.

El lactante: se define lactante al período que va desde el nacimiento hasta el primer año de vida y puede extenderse hasta los dos años. Cada lactante se desarrolla a su propio ritmo, y si bien el crecimiento es continuo, hay períodos lentos y rápidos. En el primer año de vida, crecimiento y desarrollo son acelerados; el crecimiento del cerebro es el logro orgánico más importante de la infancia. El lactante depende por completo de los adultos durante sus primeros meses de vida. Su comportamiento no es constante. La succión le brinda bienestar y alivia tensiones.

Con los primeros dientes, el niño puede aprender a morder y disfrutar los objetos que puede mordisquear, y más adelante empezará a poner los dedos en la boca.

El reflejo de prensión desaparece a los tres meses de vida, la habilidad prensil aparece ligeramente después entre los cinco y seis meses, a los nueve meses el efecto paracaídas. Hacia el primer año de edad se ha establecido por completo la prensión en pinza que refleja la coordinación de los dedos índice y pulgar.

Desarrollo físico y comportamiento social de 0 a 1 año.

Un mes- Durante el primer mes pesa alrededor de 3600 grs, recupera el peso perdido después del nacimiento, crece 2,5 cm aproximadamente por mes hasta los seis meses. Levanta la cabeza ligeramente, empuja los dedos de los pies, gira la cabeza hacia un lado cuando se lo acuesta, empuña manos, mira fijamente.

Comportamiento social; hace ruidos guturales breves, llora al sentir hambre o incomodidad, duerme 20 de las 24 hrs del día pero se despierta en la noche para alimentarlo.

Dos meses- Desarrollo físico se cierra la fontanela posterior, aparecen las lágrimas. Puede mantener la cabeza erecta en posición media, sigue los movimientos de la luz con los ojos. Sostiene brevemente un sonajero, mantiene las piernas en movimiento.

Comportamiento social: Sonríe en respuesta a la voz materna, sabe que el llanto le proporciona atención, y aún se despierta en las noches para ser alimentado.

Tres meses- Desarrollo físico: pesa aproximadamente 5,5 a 5,9 kgrs. Mira fijamente sus manos, alcanza los objetos pero no logra levantarlos, lleva su mano a la boca, puede seguir un objeto con la vista de derecha a izquierda y de arriba abajo cuando se coloca frente a su cara, apoya firmemente su cabeza, sostiene un sonajero.

Comportamiento social: llora menos, puede esperar algunos minutos antes de recibir atención, disfruta respondiendo a la conversación de los demás, toma siestas repentinas.

Cuatro meses- Desarrollo físico: pesa de 5,9 a 6,3 kgrs, el babeo indica la aparición de saliva y dientes que están por salir, levanta la cabeza y los hombros cuando está sobre su abdomen y mira alrededor, rueda hacia un lado al estar de espaldas, se sienta con apoyo, empieza a tratar de alcanzar objetos, aparece la coordinación entre los ojos y los movimientos corporales. Mueve la cabeza, brazos y hombros cuando se emociona. Extiende las piernas y sostiene su peso parcialmente cuando se le mantiene en posición vertical, desaparecen los reflejos de búsqueda, de Moro, de extrusión y tónico del cuello, la cabeza cuelga muy poco hacia atrás.

Comportamiento social: gorjea, es risueño, canturrea y se carcajea. Responde a otras personas, le gusta tener público, duerme de 8 a 10 hrs por la noche.

Cinco meses- Desarrollo físico: se sienta con apoyo, sostiene la cabeza, sujeta los objetos que se le ofrecen, se lleva todo a la boca, juega con los dedos de sus pies.

Comportamiento social: habla consigo mismo, parece saber si las personas son conocidas o no, quizá duerma y no pida el alimento de la noche intenta sostener el biberón cuando se lo alimenta.

Seis meses- Desarrollo físico: se duplica el peso al nacer, aumenta cerca de 90 a 150 grs por semana durante los seis meses siguientes. Crece alrededor de 1,25 cm al mes. Se

sienta solo unos momentos, salta estando sentado, se gira completamente, se mueve hacia atrás cuando se encuentra sentado, golpea la mesa con el sonajero, se impulsa para intentar sentarse, mastica en forma más madura, aproxima los labios al borde de la taza. Comportamiento social: llora fuertemente cuando se le interrumpe el juego, mayor interés por el mundo circundante, balbucea y da chillidos, succiona el alimento con cuchara, se despierta contento.

Siete meses- Desarrollo físico: aparecen los dientes inferiores los incisivos centrales que son los primeros dientes deciduos, comienza a gatear, puede sujetar los objetos con mayor facilidad, los transfiere de una mano a otra, parece interesado en ponerse de pie,, sujeta la mano de un adulto y brinca activamente mientras está de pie, opone resistencia cuando se le viste.

Comportamiento social: cambia de estado de ánimo con facilidad, muestra temor a los extraños, anticipa la comida con una cuchara, duerme más tiempo por la noche.

Ocho meses- Desarrollo físico: se sienta solo con estabilidad, usa los dedos índice y pulgar a modo de pinza, examina objetos.

Comportamiento social: juega a palmoear, disfruta la vida familiar, se divierte a si mismo más tiempo, es reservado con los extraños, se muestra inquieto, y succiona el pulgar para indicar que tiene sueño, se torna impaciente, en especial mientras se la prepara la comida.

Nueve meses- Desarrollo físico. Muestra preferencia por el uso de una mano, puede enderezarse solo para sentarse, sujeta el biberón, se arrastra, realiza movimientos más avanzados que el gateo.

Comportamiento social: intenta imitar sonidos, llora si se le reprende, deja caer el alimento desde la silla de comer cuando come, puede quedarse dormido después de la comida de la tarde.

Diez meses- Desarrollo físico: se impulsa hacia la posición vertical en el corral, arroja juguetes al suelo para que la madre los levante, llora cuando no se lo regresan, camina sosteniéndose de los muebles.

Comportamiento social: conoce su nombre, disfruta de juegos sencillos, toma una galleta por si mismo, puede llorar durante el sueño sin despertar.

Once meses- Desarrollo físico: se mantiene de pie sujetando la mano de un adulto.

Comportamiento social: comprende instrucciones sencillas, se impacienta cuando se les sostiene, disfruta jugar con el plato vacío y la cuchara después de comer.

Doce meses- Desarrollo físico: pulso entre 100-140 ppm, respiraciones 20-40 rpm, se triplica el peso que tenía al nacer, se mantiene de pie durante periodos cortos, quizá haya empezado a caminar, introduce el brazo en la manga a modo de ayuda cuando se le viste, tiene seis dientes cuatro arriba y dos abajo, come con cuchara bajo supervisión, la prensión en pinza está bien desarrollada, aunque el uso preferente de una de las manos no está plenamente establecida empieza a manifestarse.

Comportamiento social: amistoso, repite conductas que dan lugar a una respuesta, reconoce la palabra "no", su capacidad de expresión verbal se torna más lenta porque se concentra en desplazarse, le gusta la música rítmica, demuestra emociones de temor,

enojo, celos, reacciona a estas emociones de los adultos, juega con la comida la saca de la boca.

Características generales del niño en edad de caminar 1 a 2 años:

Los niños de uno a dos años ya están en edad de caminar, tienen la capacidad de desplazarse por sí mismos y ya no dependen totalmente de otras personas. Hacia el primer año por lo general han triplicado su peso del nacimiento, además controlan los movimientos de cabeza, manos y pies. El crecimiento y desarrollo que eran más rápidos en el primer año son más lentos ahora.

Los niños en edad de caminar son exploradores curiosos a los que todo interesa. Con el transcurso de los meses adquieren mayor control de su cuerpo, pronto caminan corren y brincan, escalan y disfrutan repitiendo estas nuevas habilidades de manera que cada vez son menos torpes y desmañados. Las rabietas son comunes y el comportamiento no es coherente, el negativismo se refleja en las conductas irracionales y en decir no con frecuencia, el ritualismo es una característica de los niños en edad de caminar porque al convertir una tarea sencilla en ritual, aumenta su sensación de seguridad y dominio de sí. Predomina el pensamiento egocéntrico.

Crecimiento físico:

Cambian las proporciones del cuerpo en tanto que el tronco y la cabeza crecen con mayor lentitud.

El crecimiento del cerebro se desacelera.

Disminuye el crecimiento de la circunferencia cefálica, pero aumenta el de la circunferencia torácica, la respiración sigue siendo básicamente abdominal.

La capacidad del estómago se incrementa al punto en que el niño puede ingerir tres comidas al día.

El niño en edad de caminar tiene más capacidades que el lactante para mantener estable la temperatura corporal.

Siguen brotando los dientes deciduos; hacia los tres años suelen estar completos los 20 dientes.

A los 2 años alcanzan agarrar e inspeccionan huelen prueban y analizan los objetos con los ojos.

Su atención se concentra en las características de su entorno que captan su interés; la memoria se fortalece y el desarrollo del lenguaje es paralelo al crecimiento cognitivo.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

Área de estudio: en cuanto al área de estudio la investigación se llevó a cabo en un hospital público de la ciudad de Montevideo.

Población de estudio: todos los niños y niñas que presentaron más de un ingreso en el hospital en el periodo 2004-2007.

Muestra: todos los niños y niñas de 0 a 2 años de edad ingresados en el hospital, a partir del 1º de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2007, que presentaron más de un ingreso durante el mencionado período.

Criterios de inclusión:

Usuarios/as de 0 a 2 años que hayan reingresado dentro de los 30 días de la última internación, exclusivamente por afecciones respiratorias bajas, en el periodo 2004-2007.

Método, instrumento y procedimiento de recolección de datos.

Para la recolección de datos de las historias clínicas que se encontraban en el archivo general del hospital público de referencia, se solicitó la autorización correspondiente y se diseñó un instrumento, que constó de las siguientes partes:

- a. primer bloque referido a las características del usuario hospitalizado, que incluye las siguientes variables edad, sexo, número de reingresos, certificado esquema de vacunación e historia de patologías respiratorias.
- b. segundo bloque referido a las características de los padres de los usuarios, que incluye las variables estructura familiar, nivel de instrucción de la madre y situación laboral de los padres.
- c. tercer bloque referido a las características de la vivienda conteniendo las variables materiales de las paredes, material del techo, número de habitaciones, colcho, cohabitación, eliminación de excretas, red eléctrica y agua potable.
- d. cuarto bloque referido a las características del entorno con la variable eliminación de residuos.

Los datos obtenidos fueron analizados a través de la estadística descriptiva, univariada, donde se utilizó el programa Excel para la representación gráfica respectiva. Las variables quedaron representadas a través de tablas donde se especifica la distribución de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Los recursos humanos, materiales y financieros se presentan en el anexo N° 2.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

USUARIO HOSPITALIZADO

1- SEXO

Definición conceptual: características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a mujer y hombre.

Escala de medición: variables cualitativas nominales.

Categoría: masculino y femenino.

Indicadores: se diferencian en masculino y femenino de acuerdo a características sexuales secundarias.

2- EDAD

Definición conceptual: período en años correspondidos desde el nacimiento hasta actual.

Escala de medición: variable cuantitativa discreta.

Operacionalización: 0 a 28 días (recién nacido), 1 a 6 meses, de 7 a 12 meses, de 18 meses y 19 a 24 meses.

3- PROCEDENCIA

Definición conceptual: sitio o lugar de origen de una persona o determinada cosa.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: Montevideo o interior.

4- REINGRESOS

Definición conceptual: los reingresos son los que ocurren a los 15 y 30 días posterior con un mismo diagnóstico.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Operacionalización: primer reingreso, segundo reingreso y tercer reingreso.

5- INMUNIZACIONES

Definición conceptual: es la administración de una forma inactiva o atenuada de virus o bacteria, que produce una reacción de nuestro sistema autoinmune generando anticuerpos específicos para diversas enfermedades.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: certificado esquema de vacunación vigente o no vigente.

6- PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

Definición conceptual: son aquellas enfermedades que con mayor frecuencia presentan y que afectan la parte inferior del aparato respiratorio, causadas por bacterias u hongos.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: Neumonía, Bronquiolitis, Crisis bronco-obstructivas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

7- SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES

Definición conceptual: Actividad remunerada por uno de los padres o ambos.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: padre trabaja, madre trabaja, ambos trabajan, no trabajan.

8- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

Definición conceptual: nivel de educación formal máximo alcanzado de la madre.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: analfabeta, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, terciaria completa, terciaria incompleta.

9- TIPO DE FAMILIA

Definición conceptual: es el grupo de personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción que vive bajo un mismo techo.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Operacionalización: monoparental, nuclear.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

10- MATERIAL DE PAREDES

Definición conceptual: muro o tabique para cerrar un espacio, superficie lateral de una vivienda.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: tipo de material: bloque, ladrillo, lata.

11- MATERIAL DEL TECHO

Definición conceptual: parte interior y superior de un edificio.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Operacionalización: tipo de material: chapa, hormigón.

12- NUMERO DE HABITACIONES

Definición conceptual: cualquiera de las piezas o cuartos de una casa destinados para habitar.

Escala de medición: variable cuantitativa discreta

Operacionalización: de una a siete habitaciones.

13- PRESENCIA DE COLECHO

Definición conceptual: acción de compartir la misma cama entre uno, dos o mas personas

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Operacionalización: se comparte o no.

14- PRESENCIA DE COHABITACIÓN

Definición conceptual: compartir la misma habitación entre uno, dos o mas personas

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Operacionalización: se comparte o no.

15- ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

Definición conceptual: conjunto de obras técnicas o medios que sirvan para establecer, mejorar o mantener las condiciones sanitarias de la población.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Operacionalización: presencia de saneamiento, pozo séptico, sin dato.

16- RED ELÉCTRICA

Definición conceptual: forma de energía que se deriva de la existencia en la materia de cargas eléctricas.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: presencia o no de red eléctrica.

17- AGUA POTABLE (intradomiciliaria)

Definición conceptual: presencia de agua no contaminada dentro del domicilio.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: presencia de agua potable intradomiciliario del mismo.

CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

18- ELIMINACIÓN DE RESIDUOS

Definición conceptual: parte que queda de un todo, lo que resulta de la descomposición.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Operacionalización: recolector, basural y contenedores.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS DE NIÑOS DE 0-2 AÑOS

Tabla N° 1. Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR%
Masculino	22	42
Femenino	30	58
Total	52	100

Gráfica N°1



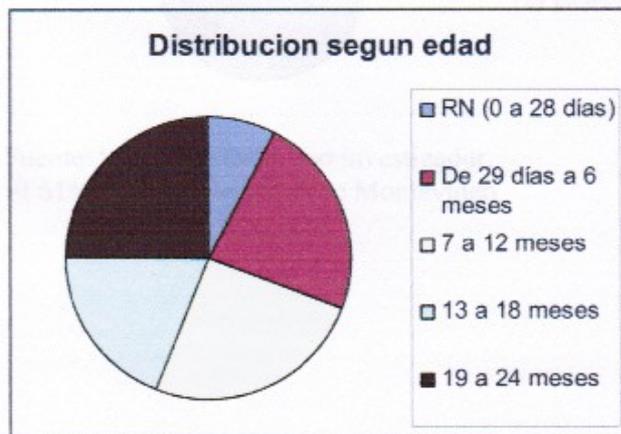
Fuente: base datos grupo investigador.

El 58% de la población estudiada corresponde al sexo femenino

Tabla N° 2. Distribución de la población según Edad.

Edad	FA	FR%
RN (0 a 28 días)	4	8
De 29 días a 6 meses	12	23
7 a 12 meses	13	25
13 a 18 meses	10	19
19 a 24 meses	13	25
Total	52	100

Gráfica N° 2



Fuente: base de datos grupo investigador.

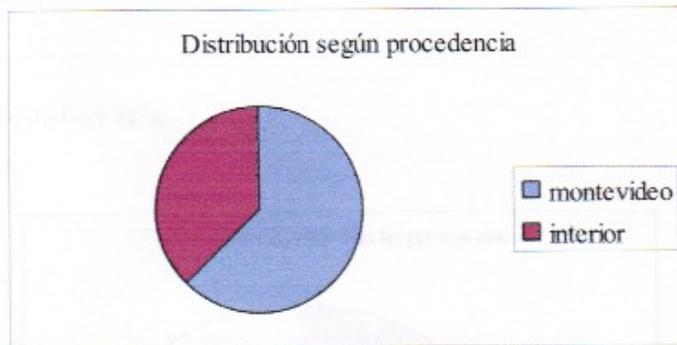
Se destacan con un mayor porcentaje los niños que tienen de 7 a 12 meses y 19 a 24 meses con un 25% cada grupo y un 23% de niños correspondientes al grupo de 1-6 meses.

Tabla N° 4. Distribución de la población según el número de reingresos.

Tabla N° 3. Distribución de la población según procedencia.

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	32	61
Interior	20	39
Totales	52	100

Gráfica N° 3



Fuente: base de datos grupo investigador.
El 61% de la población es de Montevideo

Fuente: base de datos grupo investigador.

El 58% de la población ingresó una sola vez.

Tabla N° 4. Distribución de la población según el número de reingresos.

Número de reingresos	FA	FR%
1	30	58
2	12	23
3	10	19
total	52	100

Grafica N°4



Fuente: base de datos grupo investigador.

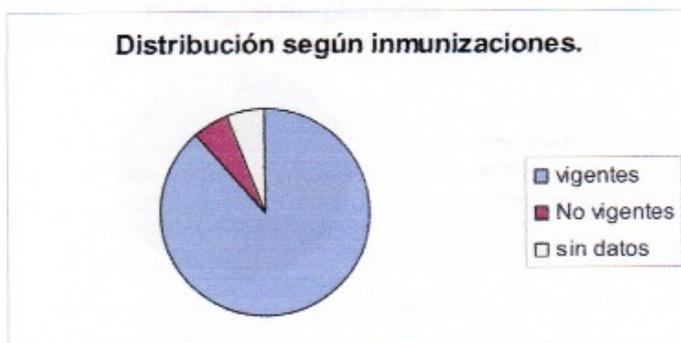
El 58% de la población reingreso una sola vez.

Tabla N° 6. Distribución de la población según patologías respiratorias causantes de la hospitalización.

Tabla N° 5. Distribución de la población según vigencia del CEV.

CEV	FA	FR%
CEV vigente	46	88
CEV no vigente	3	6
Sin datos	3	6
Totales	52	100

Gráfica N° 5



Fuente: base de datos grupo investigador.

El 88% de la población estudiada presenta certificado de esquema de vacunación vigente.

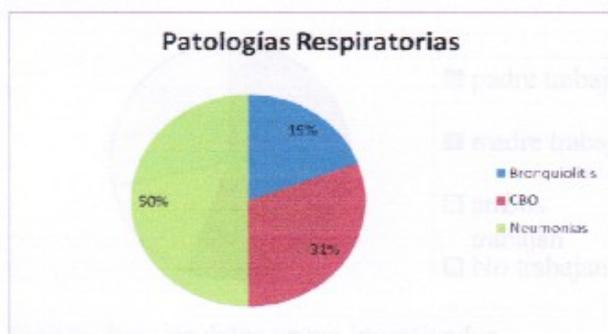
CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

Tabla N° 7. Distribución de la población según Situación Laboral de los padres.

Tabla N° 6. Distribución de la población según patologías respiratorias causantes de la internación.

Patologías respiratorias	FA	FR%
Bronquiolitis	10	19
CBO	16	31
Neumonías	26	50
Totales	52	100

Gráfica N° 6



Fuente: base de datos grupo investigador.

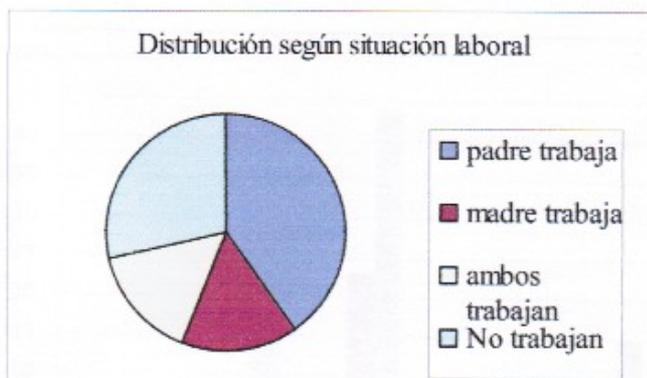
La principal patología respiratoria y que mayor parte de los reingresos presenta es la neumonía con un 50%, seguida de la CBO.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES posición de la madre.

Tabla N° 7. Distribución de la población según Situación Laboral de los padres.

Situación laboral	FA	FR%
Sólo trabaja padre	21	40
Sólo trabaja madre	8	16
Ambos padres trabajan	8	16
No trabajan	15	28
Total	52	100

Gráfica N° 7 Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre.



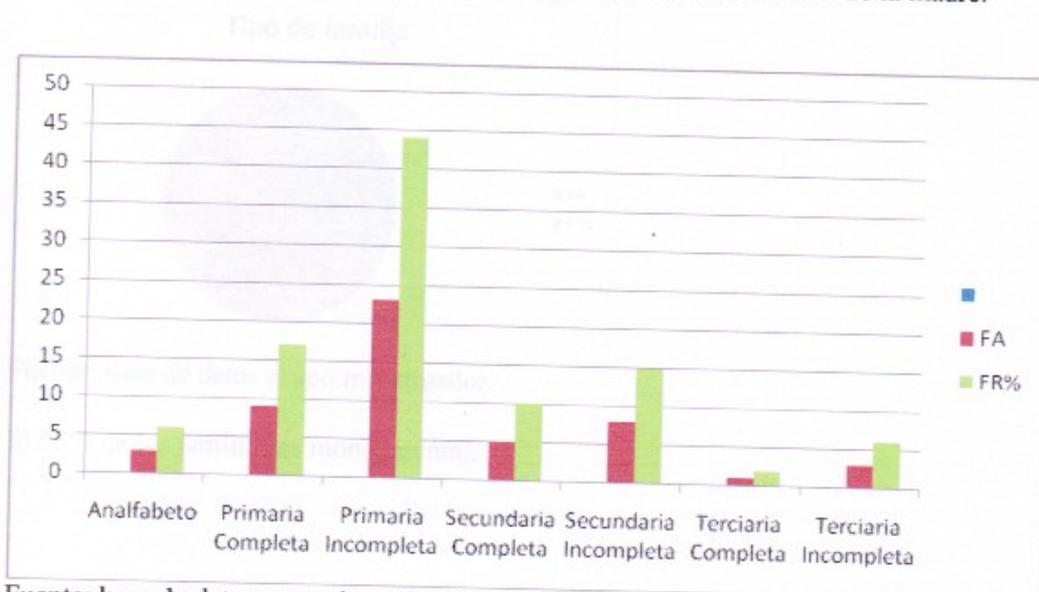
Fuente: base de datos grupo investigador.

En el 40% de los casos, sólo trabaja el padre. En el 28% de los casos no hay ingreso por parte de los padres.

Tabla N° 8. Distribución según nivel de instrucción de la madre.

Nivel de instrucción	FA	FR%
Analfabeto	3	6
Primaria Completa	9	17
Primaria Incompleta	23	44
Secundaria Completa	5	10
Secundaria Incompleta	8	15
Terciaria Completa	1	2
Terciaria Incompleta	3	6
TOTAL	52	100

Gráfico N° 8. Distribución de la población según nivel de instrucción de la madre.

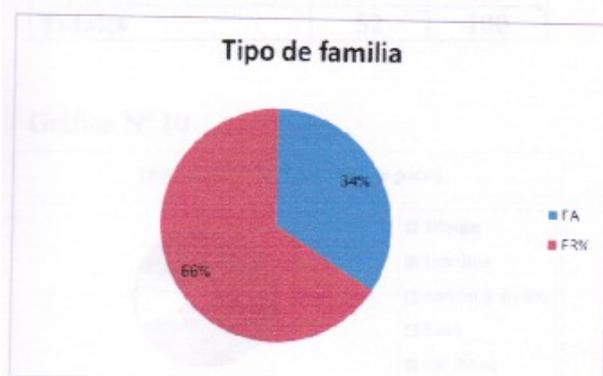


Fuente: base de datos grupo investigador.

El 23% de las madres presentan primaria incompleta.

Tabla N°9. distribución según tipo de familias.

Tipo de familia	FA	FR%
Monoparental	29	56
Nuclear	23	44
Totales	52	100



Fuente: base de datos grupo investigador.

El 56% de las familias es monoparental.

Tabla N° 11. Distribución según características de la vivienda (techos)

VIVIENDA

Tabla N° 10. Distribución según características de la vivienda (paredes)

Material de las paredes	FA	FR%
Bloque	22	42
Ladrillos	13	25
cartón y nylon	5	9
Lata	2	4
sin datos	10	20
Totales	52	100

Gráfica N° 10



Fuente: base de datos, grupo investigador.

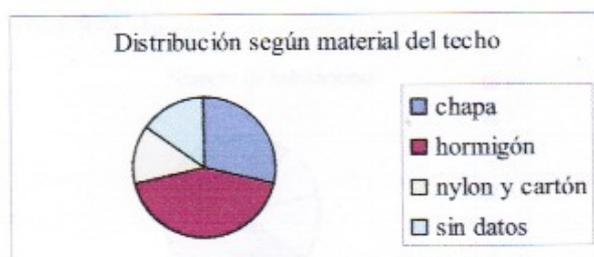
El 67% de las viviendas tiene las paredes construidas con materiales (bloque, ladrillos)

Tabla N°12. Distribución según características de la vivienda (Número de habitaciones)

Tabla N°11. Distribución según características de la vivienda (techo).

Material del techo	FA	FR%
Chapa	15	29
Hormigón	22	42
nylon y cartón	7	14
sin datos	8	15
Totales	52	100

Gráfica N° 11



Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 42% del techo de las viviendas es de hormigón.

El 70% de las viviendas tiene entre 2 y 3 habitaciones.

Tabla N°12. Distribución según características de la vivienda (número de habitaciones).

Número de habitaciones	FA	FR%
1	6	12
2	10	19
3	9	17
4	9	17
5	9	17
6	4	8
7	5	10
Totales	52	100

Gráfica N° 12



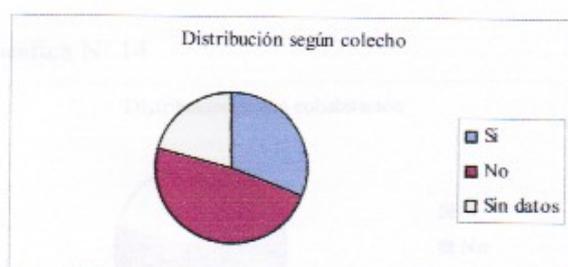
Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 70% de las viviendas tiene entre 2 y 5 habitaciones.

Tabla N°13. Distribución según presencia de colecho.

Colecho	FA	FR%
Si	16	30
No	25	49
Sin datos	11	21
Totales	52	100

Gráfica N°13.



Fuente: base de datos, grupo investigador.

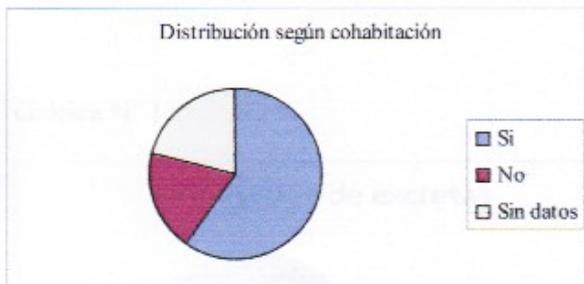
El 49% de la población estudiada no presenta colecho.

El 30% de la población estudiada presenta colecho.

Tabla N°14. Distribución según presencia de cohabitación.

Cohabitación	FA	FR%
Si	31	60
No	10	19
Sin datos	11	21
Totales	52	100

Gráfica N° 14



Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 60% de la población estudiada presenta cohabitación.

Tabla N° 15. Distribución según características de la vivienda (eliminación de excretas)

Eliminación de excretas	FA	FR%
Saneamiento	31	60
Pozo negro	8	15
sin datos	13	25
Total	52	100

Gráfica N° 15



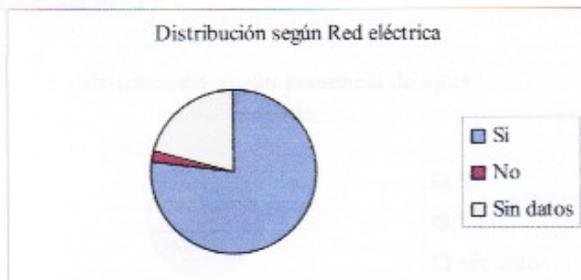
Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 60% de las viviendas la eliminación de excretas se realiza a través de la red de saneamiento.

Tabla N° 16. Distribución según características de la vivienda (presencia de red eléctrica)

Red eléctrica	FA	FR%
Si	40	77
No	1	2
Sin datos	11	21
Totales	52	100

Gráfica N° 16



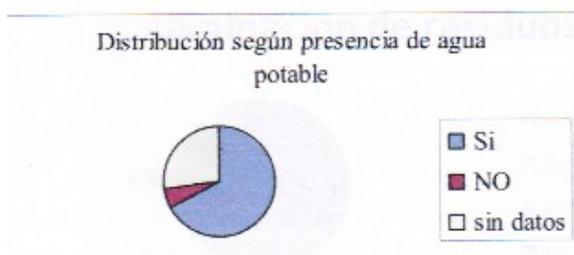
Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 77% de las viviendas cuentan con red eléctrica en su domicilio.

Tabla N° 17. Distribución según características de la vivienda (presencia de agua potable intra domicilio)

Agua potable	FA	FR%
Si	35	68
No	3	6
sin datos	14	26
Totales	52	100

Gráfica N° 17



Fuente: base de datos, grupo investigador.

El 68% de las viviendas cuentan con agua potable dentro del domicilio.

ENTORNO

Tabla N°18. Distribución según características del entorno (eliminación de residuos)

Eliminación de residuos	FA	FR%
Recolector	32	62
Basurales	5	9
Contenedores	5	9
sin datos	10	20
Totales	52	100

Gráfica N° 18



Fuente: Base de datos grupo investigador.

En el 61% de las viviendas, la eliminación de los residuos, es realizada por recolectores.

ANÁLISIS.

La población investigada se encuentra dentro de la franja etárea de 0-2 años, destacándose en un 58% el sexo femenino, en contraposición con los estudios realizados en la bibliografía revisada, donde se plantea que el mayor porcentaje de reingresos ocurre en el sexo masculino.

En cuanto a la procedencia la mayoría de los usuarios procede de Montevideo, cifras que demuestran la centralización de la población en la capital siendo más accesible al centro hospitalario.

Los números de reingresos son acordes a los estudios que se plantean en la bibliografía de referencia, donde reingresan a los 15 días post alta por un mismo diagnóstico, destacándose que si bien la mayoría de los niños tiene un solo reingreso no hay que dejar de lado que un 19% de la población reingresó tres veces por un mismo diagnóstico.

Con respecto a las patologías respiratorias bajas en niños de cero a dos años, continúan siendo tanto en nuestro país como en el resto de América Latina la principal causa de muerte y de reingresos hospitalarios en ésta franja etárea y hasta los cinco años de edad; encontrándose en mayor porcentaje a las neumonías, luego a las CBO y en un menor porcentaje a las bronquiolitis.

En cuanto al certificado esquema de vacunación, donde las vacunas son gratuitas porque es una prioridad de la salud proteger a los niños independientemente de la situación socio económica; y aun así siendo obligatorias y con campañas de vacunación, encontramos un bajo porcentaje de niños que aún no presentan el CEV vigente; por ende este porcentaje no se contrasta con los ODM planteados en Uruguay.

Estudios realizados en nuestro país sobre enfermedades prevalentes de la infancia, demuestran que las patologías respiratorias altas y bajas son las que presentan mayores causas de morbimortalidad infantil; en este estudio se demuestra que la mayoría de los reingresos ocurren por patologías respiratorias bajas desatacándose en mayor porcentaje la neumonía.

Considerando lo anteriormente mencionado, se puede afirmar que el factor económico de las familias también incide sobre la mayor parte de los reingresos hospitalarios de las familias estudiadas; un amplio porcentaje no percibe remuneración, es decir que no presenta una fuente laboral. Se puede suponer entonces que en estos casos estas familias reciben ayuda del estado y/o familiares para su subsistencia.

El nivel de instrucción de la madre influye en el cuidado que recibirá el niño; la mayoría de las madres no tiene primaria completa y un bajo porcentaje de éstas son analfabetas, estos datos se pueden asociar con el incremento de la morbilidad infantil, por desconocimiento de la madre acerca de los cuidados a brindar a niños y niñas. Estos factores pueden estar relacionados directamente con la mayor parte de los reingresos. El analfabetismo es un problema que atrasa el desarrollo; leer y escribir son actividades complejas que sirven para complementar la vida cotidiana, como lo es tener un empleo.

Se considera que el alfabetismo es una de las habilidades lingüísticas que definitivamente potencian el desarrollo de las habilidades cognitivas superiores y que permiten una serie de ejercicios mentales que pueden llevar al individuo a reconocer, evaluar y criticar actos que tienen a diario, como por ejemplo el poder detectar por parte de la madre factores de riesgo que predisponen a afecciones respiratorias.

En cuanto a los tipos de familias, se encuentra en la investigación que la mayoría son monoparentales, con madres jefas de hogar, con más de un hijo a su cargo y sin un ingreso económico estable; se considera que la tipología del núcleo familiar en el que se desarrolla la infancia es un factor de riesgo a destacar en estos casos.

Las condiciones de vida, los efectos que esta situación conlleva para los menores, la emergencia de los núcleos familiares constituidos por un solo progenitor y sus hijos esta provocando el riesgo de pobreza hacia estos menores, teniendo en cuenta el escaso gasto social en prestaciones y servicios para las familias que perjudica sobre todo a los mas vulnerables. Los hogares monoparentales son más pobres que en otras unidades de convivencia con hijos a cargo.

Sumado a esto, se ha encontrado en este estudio que las características de la vivienda y del entorno, son favorables en la mayoría de la población investigada, aunque si bien un porcentaje bajo de las mismas no son tan favorables. Considerando estas características se puede afirmar que una vivienda que posee en sus materiales nylon y cartón no se encuentra en un barrio residencial sino en un asentamiento.

Las tasas de natalidad y mortalidad globales y las causas de morbi-mortalidad de los niños se diferencian según los barrios y características de las viviendas y del entorno; sus enfermedades, escolaridad, acceso a la información, nutrición, peso y altura también.

Una vivienda hacinada, ruidosa y sucia, sin agua corriente ni privacidad, en un barrio formado por otras viviendas similares, apretadas unas contra otras, acentúa los conflictos entre los miembros de una familia y entre vecinos. Sus comportamientos personales son, con frecuencia, incontrolados debido a las tensiones que agrega un hábitat totalmente inadecuado a situaciones económicas y laborales de total incertidumbre. Muchas rupturas familiares tienen origen en los malos tratos que se infligen entre sí miembros de una familia. La gran mayoría de los millones de niños que viven sin vinculaciones familiares en las calles y en los refugios improvisados de las ciudades de América Latina provienen de los hábitat de la pobreza y de los comportamientos que éstos provocan: una mala vivienda y un hábitat inadecuado no sólo crean tensiones, sino que afectan la actividad de los miembros de la familia hacia la comunidad en general.

Los niños son los primeros afectados por una mala vivienda y un entorno deficiente. Un sitio adecuado y el acceso al agua potable para beber, cocinar y lavar disminuyen notablemente la incidencia de enfermedades.

Viviendas mejor ventiladas, pero abrigadas y menos hacinadas, reducen la incidencia de las enfermedades respiratorias.

Los factores ambientales en general y la vivienda en particular influyen en la salud física, mental y social de los niños. La escala y el grado de su influencia varían con el

tipo de hábitat y, por consiguiente, con las necesidades insatisfechas de cada sector de la población. Cualquiera sea su grado de incidencia clasifica a cada niño, desde el inicio de su vida, sujetándolo a una existencia con posibilidades muy diferentes que son consecuencia directa de la familia donde nació y del hábitat en que esa familia vive. El hábitat de la pobreza tiene un costo social que impacta especialmente en los niños.

CONCLUSIONES.

Se considera que se cumplió con los objetivos planteados al principio de la investigación, dando respuesta a la pregunta problema, ya que se considera que se identificaron probables factores de riesgo asociados con los reingresos hospitalarios, en relación con afecciones respiratorias bajas en niños de 0 a 2 años. Ejemplo de ello son la situación socioeconómica de las familias (situación laboral de los padres, nivel de instrucción de la madre y tipo de familia), así como también se identificaron probables factores ambientales que inciden en las patologías respiratorias bajas tales como características de la vivienda y del entorno.

Se considera que la estrategia AIEPI es un pilar importante que se debería aplicar y fomentar en general en todas las instituciones, capacitando al personal de Enfermería y al equipo de salud, ya que implementando esta estrategia no sólo se estaría educando a la población sino también reduciendo de manera favorable los reingresos hospitalarios en nuestro país y por ende disminuyendo la morbimortalidad infantil. A través de ella es posible brindar conocimientos que ayudan a disminuir los reingresos hospitalarios; promoviendo la educación para la salud, desarrollando actividades independientes con madres gestantes, promoviendo la importancia del control pediátrico, de mantener la vigencia del certificado esquema de vacunación, detección de enfermedades informando signos de alarma y posibles consultas a emergencia; así como también lograr identificar factores de riesgo.

Para garantizar la igualdad de oportunidades de los menores, el Estado debería adoptar políticas sociales orientadas hacia la infancia así como afrontar la realización de profundas reformas. El bienestar de los niños y adultos que viven en hogares monoparentales depende en gran medida de estas políticas, como por ejemplo aumentar las fuentes laborales, y reelaborando proyectos de viviendas para las familias que viven en asentamientos.

Para contribuir a disminuir las cifras de reingresos hospitalarios es necesario implementar una adecuada asistencia sanitaria esencial la cual es necesaria para promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar cualquier enfermedad y derivar si así lo amerita la situación, sin necesidad de utilizar profesionales especialistas, ni tecnologías complejas solo con aporte de enfermería comunitaria desarrollando actividades de APS.

Este estudio, tan enriquecedor para el desarrollo del grupo investigador, ha mostrado la importancia de seguir avanzando en el estudio de esta temática, dada su relevancia a nivel nacional y todas las acciones que el grupo considera que se podrían realizar desde el quehacer de enfermería profesional, para contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil en este grupo etáreo.

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR CORDERO, M^a. 2003. *Tratado de enfermería infantil Cuidados pediátricos*. Volumen I y II. Barcelona: Ed. OCEANO / Mosby.

ALONSO MARTINEZ J.; LLORENTE DIEZ, B.; ECHEGARAY, M; URBIETA, M.; GONZALEZ, C. 2009. *Reingreso Hospitalario en Medicina Interna*. An. Med. Interna. [on line] 2001, vol.18, n° 5 [citado 15 mayo 2009]. Disponible en Internet: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000500005&nrm=iso&lng-es&tlng=es>

BRUNNER Y SUDDARTH. 2002. *Enfermería Medico-quirúrgica*. Novena edición. Volumen 1.2. México: McGraw-Hill. Interamericana.

BURROUGHS A.; LEIFER G. 2002. *Enfermería materno infantil*. Octava edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Dirección general de Estadística y censos. 1987. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Pobreza y Necesidades Básicas en el Uruguay*. Montevideo: INE.

GARCÍA C.; BARRIOS J.; GARCÍA J. 1998. *Tasa de reingresos de un hospital comarcal*. Revista Española Salud Pública N° 2, marzo-abril 1998.

LIARNECKER, M. 1971. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Sexta edición. [on line] [citado 13 de noviembre de 2009] Disponible en Internet: <<http://www.rebellion.org/docs/87917.pdf>>

INE. 2000. *Proyección de población total y departamental por sexo y edades en Uruguay 1996-2010*. Montevideo: INE.

JENICEK, M.; CLÉROUX, R. 1993. *Epidemiología. Principios-Técnicas-Aplicaciones*. Barcelona: Ed. Masson- Salvat.

LEDWITH, T.; BARON, A.; MARTENEK, N.; NILES C. 2010. *Promoción de políticas y alianzas en pro de los derechos del niño*. [on line] [citado 25 octubre 2010]. Disponible en Internet: <http://www.unicef.org/spanish/health/index_56188.html>

MAGNIFICO, G.; IGLESIAS, D.; MURILLO, N. 2000. *Indicadores de salud. Temas de medicina social*. Montevideo: MSP.

MONTANO A. 2006. *Las enfermedades prevalentes de la infancia en Uruguay: resultados de investigaciones, estudios y experiencias*. Montevideo: Zonalibro.

NAVARRO, E.; MENDIETA, E.; MIR, R.; CÉSPEDES, E.; CABALLERO, B. 2008. *Readmisión Hospitalaria en Recién Nacidos* egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2008, vol.79, n.5 [citado 19 diciembre 2009], pp. 553-553. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000500017&lng=es&nrm=iso>, ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062008000500017.

OPS/ECH/CH. 2009. *Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería*. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. 2001. *Programa especial de análisis en salud (OPS/SHA) y programa de enfermedades transmisibles (OPS/HCP/HCT)*. Washington: OPS/OMS.

PEIRÓ, S., LIBRERO J., BENAGES A. 1996. *Factores asociados al reingreso hospitalario urgente en enfermedades digestivas y hepatobiliares*. *Revista Medicina Clínica*, 1996; 4-13. Barcelona.

POLIT, D.; HUNGLER, B. 2000. *Investigación Científica en Ciencias de la salud*. Sexta edición. Madrid: McGraw- Hill Interamericana.

PNUD. 2010. *Informe país 2009 sobre los objetivos del desarrollo del milenio*. [on line] [citado 23 abril 2010]. Disponible en Internet: <http://www.undp.org/uy/share/pdf/informe_pais_odm_2009.pdf>.

RAMOS CALERO, E. 1999. *Cartas de Otawa y Yakarta. Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería..

SARUÉ, E.; DÍAZ, A.; FESCINA, R.; SIMINI, F.; GIACOMINI, H.; SCHWARCZ, R. 1996. *Enfoque de riesgo*. Publicación N° 1264. Montevideo: CLAP/OPS-OMS.



Factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario en niños de 0-2 años (período 2004-2007).

ANEXOS



ANEXO Nº 1

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN SERVICIOS PEDIATRICOS EN EL PERIODO 2004-2007

Sexo: M ___ F ___

Procedencia: Montevideo ___ Interior ___

Edad	
RN (0 a 28 días)	
De 29 días a 6 meses	
7 a 12 meses	
13 a 18 meses	
19 a 24 meses	

Número de reingresos	
1	
2	
3	

CEV	
Certificado esquema vigente	
Certificado esquema no vigente	
Sin datos	

Patologías respiratorias	
Bronquiolitis	
CBO	
Neumonías	

Situación laboral	
Sólo trabaja padre	
Sólo trabaja madre	
Ambos padres trabajan	
No trabajan	

Factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario en niños de 0-2 años (período 2004-2007).

Nivel de instrucción de la madre	
Analfabeta	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria completa	
Terciaria Incompleta	
Terciaria completa	

Tipo de familia	
Familia nuclear	
Familia monoparental	

Material de las paredes	
Bloque	
Ladrillos	
cartón y nylon	
Lata	
sin datos	

Material del techo	
Chapa	
Hormigón	
nylon y cartón	
sin datos	

Número de habitaciones	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Colecho	
Si presenta	
No presenta	
sin datos	



Factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario en niños de 0-2 años (periodo 2004-2007).

Cohabitación	
Si presenta	
No presenta	
Sin datos	

Eliminación de excretas	
Saneamiento	
Pozo negro	
sin datos	

Red eléctrica	
Si presenta	
No presenta	
Sin datos	

Agua potable	
Si presenta dentro del domicilio	
No presenta dentro del domicilio	
sin datos	

Eliminación de residuos	
Recolector	
Basurales	
Contenedores	
sin datos	



ANEXO N° 2

RECURSOS HUMANOS: Cinco Investigadores

RECURSOS MATERIALES		PRECIO POR UNIDAD	CANTIDAD	
HOJAS		1.50	600	900.00
LAPICERAS		10.00	6	60.00
LAPICES		5.00	3	15.00
MARCADORES		14.00	4	56.00
CUADERNOLAS		15.00	2	30.00
FOTOCOPIAS		2.50	400	1000.00
COMPUTADORAS			2	
PENDRIVES		500.00	2	1000.00
INTERNET (x hora)		15.00	30	450.00
IMPRESIONES		5.00	700	3500.00
CARTUCHO DE IMPRESIÓN		850.00	3	2550.00
CELULAR (x sms)		1.00	400	400.00
TRANSPORTE urbano	URBANO	17.00	500	8500.00
TRANSPORTE interdepartamental		38.00	250	9500.00
TOTAL en pesos				28.061.00



