



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL**

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y  
CONTEXTUALES ASOCIADOS AL REINGRESO  
HOSPITALARIO EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS  
EN EL PERÍODO 2004-2014**

**Autor:**  
María de los Ángeles Hartman Lanza

**Tutor:**  
Prof. Mg. Josefina Verde

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

**Montevideo, 2018**



Factores de riesgo individuales y contextuales asociados al  
reingreso hospitalario en servicios pediátricos en el período  
2004 - 2014

María de los Ángeles Hartman Lanza

Tesis para la obtención del título de Magister en Primer  
Nivel de Atención

Tutora de Tesis Prof. Mg. Josefina Verde

Facultad de Enfermería  
Universidad de la República

Montevideo, octubre de 2018

## **Ficha catalográfica**

## Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas

<b>N° ilustración</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Relación entre los distintos términos frecuentemente Asociados a APS	22

<b>N° cuadro</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Definición conceptual y operacional de las variables	42

<b>N° tabla</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Clasificación de las variables según el objeto de estudio	42 a 48
2	Distribución de los R en la población	50
3	Distribución de la edad de la población	51
4	Distribución del sexo en la población	52
5	Distribución de la población según procedencia	52
6	Distribución de la población según tipo de R	53
7	Distribución de los días de estancia según número de R.	54
8	Distribución de los tiempos de R	54
9	Distribución de las categorías diagnósticas de los R	55
10	Distribución del estado nutricional de la población al alta	56
11	Distribución del plan de vacunación de la población.	57
12	Distribución de la edad gestacional de los R	58
13	Distribución de la edad gestacional agrupada	58
14	Distribución del peso al nacer de los R	59
15	Distribución de la categoría diagnóstica al nacer de los R	60
16	Distribución de la alimentación en el primer año de vida	61
17	Distribución de la edad de la madre de los R	62
18	Distribución del nivel de estudio de la madre	63
19	Distribución del empleo de la madre	63
20	Distribución del control del embarazo	64
21	Distribución de las patologías del embarazo	65
22	Distribución del tipo de parto	66
23	Distribución de la edad del padre	66
24	Distribución del nivel de estudio del padre	67
25	Distribución del empleo del padre.	68
26	Distribución del tipo de familia	68
27	Distribución del número de integrantes de la familia	69
28	Distribución del número de hermanos	70
29	Distribución del material de las paredes de la vivienda	70
30	Distribución del material del techo de la vivienda	71

<b>N° tabla</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
31	Distribución del agua en el interior de la vivienda	72
32	Distribución de la luz en el interior de la vivienda	72
33	Distribución de la sanitaria en el interior de la vivienda	73
34	Distribución de la eliminación de excretas	73
35	Distribución de la práctica de colecho	73
36	Distribución de la práctica de cohabitación	74
37	Distribución del contexto de contaminante	75
38	Distribución del hábito tabáquico en la familia.	76
39	Distribución de la patología índice en el R temprano	76
40	Distribución de la patología índice en el R relacionado	76
41	Distribución del tipo de R versus la edad del niño	77
42	Distribución de la patología según número de R	78
43	Distribución de los R según procedencia	78
44	Distribución de los R según tiempo de estada.	79
45	Distribución de la patología índice versus tiempo de estada	80

<b>N° grafico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
1	Distribución numérica de los R en la población	51
2	Distribución numérica de la edad de la población	51
3	Distribución porcentual del sexo en la población	52
4	Distribución numérica de la población según procedencia	53
5	Distribución porcentual de la población según tipo de R	53
6	Distribución numérica de los días de estancia por tipo de R	54
7	Intervalo de tiempo entre R	55
8	Distribución numérica de las categorías diagnosticas de R	56
9	Distribución numérica del estado nutricional al alta del R	56
10	Distribución numérica de la vacunación de la población	57
11	Distribución porcentual de la edad gestacional de los R	58
12	Distribución numérica de la edad gestacional agrupada	59
13	Distribución numérica del peso al nacer	59
14	Distribución de las categorías diagnosticas al nacer	60
15	Distribución de la alimentación en el primer año de vida	61
16	Distribución numérica de la edad de la madre	62
17	Distribución porcentual del nivel de estudio materno	63
18	Distribución numérica del empleo de la madre	64
19	Distribución porcentual del control del embarazo	64
20	Distribución de las patologías en el embarazo	65
21	Distribución numérica del tipo de parto	66
22	Distribución porcentual de la edad del padre.	67
23	Distribución porcentual del nivel de estudio paterno	67
24	Distribución del tipo de empleo del padre	68
25	Distribución porcentual del tipo de familia	69
26	Distribución del número de integrantes de la familia del R	69
27	Distribución del número de hermanos	70
28	Distribución del material de las paredes de la vivienda	71
29	Distribución del material del techo de la vivienda	71

<b>N° grafico</b>	<b>Nombre</b>	<b>Página</b>
30	Distribución del agua en el interior de la vivienda	72
31	Distribución de la luz en el interior de la vivienda	72
32	Distribución sanitaria en interior de la vivienda	73
33	Distribución porcentual de pozo negro en la vivienda	73
34	Distribución porcentual de familias que practican colecho	74
35	Distribución porcentual de la práctica de cohabitación	75
36	Distribución del contexto de contaminante	76
37	Distribución porcentual del hábito tabáquico en la familia.	77
38	Distribución del tipo de R versus edad	77
39	Distribución de la patología según número de R	78
40	Distribución de la procedencia versus tipo de R	79
41	Distribución de la procedencia versus tiempo de estada	79
42	Distribución de la patología índice versus tiempo de estada	80

## **Lista de abreviaturas y siglas**

ANOVA. Analysis Of Variance  
APS. Atención Primaria en Salud  
ASSE. Administración de los Servicios de Salud del Estado  
BIREME. Biblioteca Regional de Medicina  
BPN. Bajo peso al nacer  
CEV. Certificado Esquema de Vacunación  
CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades  
DOCUMED. Documentación Médica  
EBPN. Extremo bajo peso al nacer  
ECH. Encuestas Continuas de Hogares  
FONASA. Fondo Nacional de Salud  
HC. Historia Clínica  
INE. Instituto Nacional de Estadística  
JUNASA. Junta Nacional de Salud  
MBPN. Muy bajo peso al nacer  
EBPN. Extremo bajo peso al nacer  
MSP. Ministerio de Salud Pública  
ODM. Objetivos de Desarrollo del Milenio  
OMS. Organización Mundial de la Salud  
OPS. Organización Panamericana de la Salud  
PEG. Pequeño para la edad gestacional  
PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
R. Reingreso  
RAE. Real Academia Española  
RAP. Red de Atención Primaria  
RE. Reingreso evitable  
RN. Recién Nacido  
RP. Reingreso programado  
RR. Reingreso relacionado  
RT. Reingreso temprano  
SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud  
UCIN-CI. Unidad de Cuidados Intensivos- Cuidados Intermedios  
VIH/SIDA. Virus Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida  
UDE: unidad de Enlace  
UCC: Uruguay Crece Contigo

## **Resumen**

**Introducción:** El presente estudio se realizó con la finalidad de identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados al reingreso (R) hospitalario en la población de 0 a 5 años de edad, que se asistieron en un centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2014.

**Material y Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal, con datos históricos. Se llevó a cabo un estudio documental de 1042 historias clínicas del archivo central de un hospital pediátrico de segundo y tercer nivel, ubicado en la ciudad de Montevideo. Del total de 1042 historias clínicas, se seleccionaron 289, (27.7%), según los criterios de inclusión, correspondiendo a la  $n$  del estudio, de los cuales se analizaron los datos clínicos como los eventos personales y familiares que acompañaron los reingresos.

Las unidades de análisis fueron los niños y niñas de 0 a 5 años que presentaron reingresos reiterados. Las unidades de observación fueron las historias clínicas del archivo central hospitalario, a través del cual, se realiza una categorización de la población y luego la identificación de los factores de riesgo individuales y contextuales de los usuarios; calculándose las tasas de reingreso, comorbilidades, antecedentes personales y de contexto. **Resultados:** Se identifica que el 64 % de los reingresos se asociaron a eventos relacionados con el episodio índice y correspondieron a patologías de origen respiratorio según la CIE. La edad promedio de los R es de un (1) año y tres (3) meses y la edad con mayor incidencia es de dos (2) años y veinticuatro (24) días. El 60% corresponden al sexo femenino; y la procedencia recae en 52% en Montevideo. El 38% viven en hogares monoparentales, cuyo jefe de familia es la madre; el 46% de ellas no ha completado primaria y 32% son adolescentes (entre 15 y 18 años). El 18% no tiene trabajo remunerado y un 19% trabaja como doméstica. El grado de asociación entre variables cualitativas nominales, se obtuvo aplicando el método estadístico de V de Cramer, cuyo coeficiente de asociación entre las patologías diagnósticas más frecuentes y el R, es medio (0,38). Para variables cuantitativas (Peso al nacer y los R) se calcula la R de Pearson, obteniendo un coeficiente de correlación muy alto (0.90).

**Palabras clave:** reingreso hospitalario, factores asociados, gestión hospitalaria

## **Abstract**

**Introduction:** This study was conducted in order to identify the most common risk factors associated with readmission to children of 0-5 years of age who attended a pediatric center of national reference in the period it is 2004 2014; whether or not justified.

**Objectives:** To identify the most common risk factors associated with hospital readmission in the population of 0-5 years are witnessing at Children's National Reference Center in the period 2004-2014.

**Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional study with historical data. It was conducted in a pediatric hospital of second and third level, located in the City of Montevideo. The analysis units were the children of 0-5 years old all with repeated readmissions. The observation units were hospital medical records central files. A characterization of the population and then identifying the individual and contextual factors of risk that users performed; Readmission rates, comorbidities, personal history and context were calculated.

We identify that the 64% of the readmission was associated to events that have been related to the index event and correspond to respiratory pathologies, according to CIE. The average age of the R is one (1) year and three (3) months and the biggest incidence rate is at the age of two (2) years and twenty-four (24) days. The 60% of this number are females, and 52% where born in Montevideo. We identify that 38% lives in a one parent family, where the family leader is a mom; the 46% of them couldn't finish their school studies and 32% of them are teenage mothers (between 15 and 18 years); 18% of this hasn't got a job and a 19% of them works as a maid.

The association degree between nominal qualitative variables was obtained using the statistic method of V of Cramer, which coefficient of association between the most frequent diagnostic pathologies and R, is half (0,38). For quantitative variables (born weight and R), we calculate the R of Pearson, getting a really high correlation coefficient (0.90)

**Conclusions:** A significant relationship between readmissions and factors comply with the instructions at discharge and on the context of children was identified. Key words: readmission, associated factors, hospital management

## INDICE

<b>ITEMS</b>	<b>PAGINA</b>
Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas	4
Lista de abreviaturas y siglas	7
Resumen	8
Abstract	9
1. INTRODUCCION	12
1.2 Objetivo general- Objetivo específico	15
1.3 Hipótesis del estudio	15
1.4 Antecedentes temáticos	15
2. MARCO TEORICO	18
2.1 Concepto Atención Primaria en Salud	19
2.2 Concepto de Atención Primaria	21
2.3 Atención Primaria orientada a la Comunidad	24
2.4 Factores de Riesgo	24
2.5 Familia como factor determinante de la salud y bienestar infantil	27
3. MARCO CONCEPTUAL	34
3.1 Contexto inmediato	34
3.2 Sistema Nacional Integrado de Salud	36
4. TRAYECTORIA METODOLOGICA	39
4.1 Acerca del diseño	39
4.2 Fuentes de información.	40
4.2 Criterio de inclusión	41
4.3 Aspectos éticos	41
4.4 Limitaciones del estudio	42
5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	50
6. DISCUSION	81
7. CONCLUSION	86
8. SUGERENCIAS	88
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	89
10. ANEXOS	92



## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que se debe prestar una atención sanitaria integrada y eficaz que va desde el embarazo sano al parto y a la prestación de atención sanitaria de calidad al niño hasta los cinco años.

La inversión en sistemas de salud sólidos es fundamental para la prestación de esta atención preventiva. (OPS, 2013)

De la misma manera la OPS (2008) sostiene que uno de los desafíos que el sector salud está enfrentando en América Latina y el Caribe, es la reducción de la inequidad, referente al acceso a los servicios sanitarios, así como la cobertura y calidad de los mismos.

*“ La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural». Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.” (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)*

Desde el año 1999 se percibe un incremento en el número de lactantes que reingresan al Hospital Pediátrico de Referencia Nacional, luego de haber sido dados de alta.

Existen dificultades para cuantificar el fenómeno y analizar la tendencia del mismo pues no existe información específica del número de reingresos dentro del total de los ingresos al hospital, en el periodo mencionado.

Este hecho adquiere importancia, fundamentalmente, por las repercusiones negativas que tiene la hospitalización sobre el desarrollo psico emocional del niño, así como los peligros potenciales que de ésta se pueden derivar, tales como adquisición de infecciones hospitalarias, reacciones adversas a medicamentos, alteraciones en el crecimiento y desarrollo; y las repercusiones socio económicas en todo el núcleo familiar.

Estadísticamente los niños que ingresan en forma repetida en un hospital aumentan las posibilidades de presentar alguna de estas consecuencias negativas derivadas de la hospitalización.

Los escasos estudios encontrados sobre el tema, a nivel nacional, hacen necesario avanzar en investigaciones al respecto, dado:

- los importantes recursos financieros que insumen los reingresos para la institución y la familia,
- el impacto psico emocional para el niño y su familia,
- el impacto en el crecimiento y desarrollo infantil,
- el riesgo de contraer infecciones sobre-agregadas,
- la pérdida de jornadas laborales de los padres,
- el impacto familiar producido por la internación de un miembro de la familia,
- el balance costo - beneficio negativo para la sociedad,
- la imagen institucional como prestadora de servicios,
- los niveles de satisfacción del cliente externo e interno,
- la posibilidad de identificar factores de riesgo asociados a los reingresos e implementar medidas asistenciales sanitarias y/ o sociales como mecanismo para reducirlos,
- los avances a nivel internacional en el estudio de la temática.

En Uruguay, no existe en forma sistematizada la tasa de reingreso hospitalario comunicada. La información es muy variable, en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada y no se encontraron datos sobre su utilidad como índice de calidad asistencial. 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. Por lo antes mencionado, un estudio que contribuya al conocimiento de los motivos por los cuales algunos niños ingresan en forma repetida en un hospital puede ayudar a comprender el fenómeno y proponer intervenciones que aporten para disminuir el reingreso o retrasarlo.

Según estudios publicados en España, en el Hospital de Navarra, Pamplona (Alonso Martínez, J. L.; Llorente Díez, B. et al; 2001) podría prevenirse en un 39% la ocurrencia de los reingresos si se dieran ciertos determinantes en el sistema de salud. En la investigación dirigida por Jiménez Puente, J. A. (2000) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, se manifiesta la potencial “*evitabilidad*” de los reingresos;

encontrando resultados donde el 19% de los reingresos hospitalarios en 6 meses y el 24% en 1 mes, se atribuyeron a situaciones evitables.

En el marco del ejercicio profesional, luego de observar durante años las cifras de niños que reingresan a los servicios pediátricos; considerando las oportunidades perdidas para reforzar aspectos preventivos y la ausencia de evidencia científica al respecto se plantea el presente estudio de corte cuantitativo.

El mismo pretende identificar los factores asociados a los reingresos hospitalarios en los usuarios de 0 a 5 años provenientes del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario de referencia nacional en la materia, ubicado en el departamento de Montevideo.

El fenómeno del reingreso reúne un trasfondo social, cultural, histórico y económico, que aparece como escasamente percibido por la comunidad sanitaria ante la carencia de un tratamiento del tema por los mismos (Desconocimiento de la tasa efectiva de reingresos, protocolos de tratamiento, enlaces efectivos entre referente y contra referente y otros. De estos factores surgen situaciones que pueden convertirse en factores de riesgo que contribuyen al reingreso.

El período RN constituye un especial desafío para el equipo sanitario, debido a la inespecificidad y labilidad con que éste reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar.

Lo cual obliga a dirigir el pensamiento hacia un amplio espectro diagnóstico y a tomar conciencia de que esta consulta podría estar ocasionada por una patología banal o ser la manifestación inicial de entidades que, como ocurre en el RN, no son detectadas en las primeras horas de vida pero pueden ocasionar secuelas permanentes.

El estudio se enmarca dentro del ámbito de las políticas de atención primaria en salud, con enfoque epidemiológico, brindando los fundamentos para una propuesta de intervención a desarrollarse con el modelo de atención primaria, en el primer nivel de atención.

En la selección del tema se observaron criterios de factibilidad, conveniencia, utilidad teórica, relevancia social y aspectos éticos.

## **1.1 Problema de estudio**

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes relacionados al reingreso en niños y niñas de 0 a 5 años de edad, que se asistieron en un centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2014?

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo general**

- Identificar los factores de riesgo más frecuentes, relacionados al reingreso hospitalario en la población de niñas y niños de 0 a 5 años de edad en el centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2014.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños y niñas que reingresan por diferentes patologías en servicios de pediatría.
- Determinar las características contextuales de los niños y niñas que reingresan por diferentes patologías en servicios de pediatría.

## **1.3 Hipótesis del estudio**

Se plantea a modo de hipótesis, que la asociación de factores de riesgo del contexto, con factores de riesgo individuales o ambientales (del entorno, institucionales), se constituyen en predictores del reingreso hospitalario en pediatría.

## **1.4 Antecedentes temáticos**

De la extensa revisión bibliográfica realizada se ha obtenido la evidencia que en España existe una tendencia creciente de los reingresos hospitalarios, ya que según la Encuesta de Morbilidad hospitalaria se informa que desde 1995 a 2001 aumentaron de 15.9% al 19.7%.

De los 764 documentos indizados por la National Library of Medicine (NLM) en el repertorio MEDLINE (1993-2007) bajo el descriptor Patient Readmission se han hallado trabajos publicados en España, dirigidos a aspectos financieros relacionados al

reingreso hospitalario, así como a intervenciones directas para evitarlos, denominadas Programas de Gestión de Enfermedades, en adultos.

La revisión realizada en el repertorio Índice Médico Español (1997-2006) bajo el descriptor Reingreso /s ha permitido hallar 9 publicaciones, tratándose todos de estudios descriptivos, en población de adultos mayores con enfermedades crónicas.

En la búsqueda realizada en la Base de Datos DOCUMED (Base de Datos de Documentación Médica Española) (1994-2004) se encontraron 7 estudios al respecto.

Ninguno de los anteriormente mencionados hace referencia a servicios de pediatría.

Se realizó una revisión de la Base de Datos Cochrane (Bireme), cuyos resultados se orientan hacia aspectos fundamentalmente económico - financieros. Se encontraron seis revisiones completas sobre intervenciones en domicilio por parte del equipo de salud (enfermeras) en niños portadores de patología respiratoria, lo cual disminuía drásticamente los reingresos hospitalarios.

En la base de datos Scielo Public Health se encontraron en el período correspondiente a 2001-2008, 300 artículos relacionados, ninguno con referencia a servicios pediátricos.

Se revisó la base de datos de la Revista Española de Salud Pública, hallando 277 artículos relacionados a los reingresos hospitalarios, relacionados a servicios de medicina interna en adultos.

Se revisaron 320 tesis doctorales (2000-2008) de la base de datos Ciberneta, encontrándose dos trabajos relacionados, pero no pediátricos.

En el repositorio de la base de datos europea National Library of Medicine (NLM), se encontraron 149.014 artículos con el descriptor Patient Readmission de los cuales 9 eran referentes a complicaciones quirúrgicas en la población pediátrica. De los mencionados trabajos 3 hacían referencia a las complicaciones post-operatorias de los pacientes poli traumatizados, 4 a tumores ginecológicos y 2 a malformaciones (atresia esofágica y fistula anal).

En una investigación, realizada en los 43 hospitales incluidos en el Sistema de Información de Salud Pediátrica en Estados Unidos, entre 2008 y 2011, cuyo objetivo fue caracterizar las tasas de reingreso, e identificar los factores y los costos asociados con la readmisión entre los niños previamente hospitalizados por neumonía, obtuvo como resultados que, aproximadamente el 8% de los niños con neumonía experimenta un reingreso dentro de los 30 días posteriores a la primera hospitalización; los niños de

1 año de edad y los que padecen condiciones médicas crónicas están en mayor riesgo de readmisión.

Otro estudio realizado en Oakland y publicado en 2013 en el Journal of Pediatric Nursing, informa que los investigadores encontraron que la tasa global de readmisión en pediatría fue de 6,5%; 39% fueron a los 7 días y el 62% dentro de los 14 días posteriores a la primera hospitalización. Entre los niños readmitidos, el 35% tenía una enfermedad crónica y el 30% tienen dos o más condiciones crónicas. Diez diagnósticos representaron el 30% de todos los reingresos hospitalarios pediátricos.

Las tasas de reingreso para los 10 primeros diagnósticos fueron: anemia / neutropenia (23%); derivación ventricular (18%) anemia de células falciformes (17%); convulsiones o gastroenteritis (7%); infecciones del tracto respiratorio superior (6%); neumonía, o bronquiolitis (5%) y el asma (3%).

Una revisión realizada por Shannon y publicada en 2013, sobre 26 trabajos que investigaron reingresos hospitalarios en pediatría, concluye que los hallazgos de la revisión tienen implicaciones para la práctica de enfermería. Informa que las enfermeras deben ser conscientes de la relevancia del abordaje de este tema y deben ser participantes activas en la creación e implementación de intervenciones que asisten a la cuestión, desarrollando planes educativos con los niños y sus familias y coordinando servicios de atención, como una estrategia para reducir los reingresos.

En la generalidad de los casos se hace especial hincapié en la necesidad de continuar investigando, así como en la influencia de la asistencia en Consulta Externa, Atención Primaria y el apoyo de los servicios sociales, buscando una mejor coordinación entre la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria para intentar disminuir los reingresos hospitalarios.

Según la Sociedad Española de Urgencias de pediatría, en su publicación "*Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria*" (Barcelona, 2001) hacen referencia a las Readmisiones a las 72 horas, cuya justificación es la posibilidad de detectar los pacientes en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones.

## 2. MARCO TEÓRICO

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2011), vigésima segunda edición, reingreso es, *v; m*, “*la acción y efecto de reingresar*”.

Como definición general, se denomina reingreso a aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso. (Espinar Martínez, Rodríguez Cortés, 2013)

A la hora de definir el término, se constata que en un mismo concepto se engloban problemas y situaciones diferentes. El reingreso puede ser programado o urgente, ser el resultado de un ingreso previo, tener origen en la descompensación de una enfermedad crónica de base, estar motivado por una enfermedad grave que requiere ingresos sucesivos o simplemente estar causado por un motivo diferente e independiente del ingreso previo.

Cuando hablamos de reingreso evitable, nos referimos a “aquel reingreso que se hubiera podido evitar con una mejoría en los cuidados prestados”. (Espinar Martínez, Rodríguez Cortés, 2013)

Según autores como Emilio Martínez Marco y Andrés Jesús Aranaz (2002), el reingreso es “...todo ingreso que se dé en los 30 días posteriores al alta hospitalaria, independientemente del diagnóstico, o, aquel ingreso después de 30 días por el mismo diagnóstico”

En estudios a nivel nacional se ha considerado la variable reingreso como el hecho de haber tenido una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido (Ferrari, A.; Magnífico, G.; Mascaró, M.; 1995)

En el presente trabajo se dará como válido ésta última acepción, ya que de otro modo se perdería la significancia de los motivos tales como: los reingresos post quirúrgicos (infección, dehiscencia de sutura); niños que presentan estados de desnutrición.

El concepto de reingreso que manejan Ludke y Booth (1993) consideran que un paciente *reingresa* en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo

diagnóstico, poco después de finalizada una primera hospitalización. Pero, no existe consenso al respecto ya que el tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un “reingreso” no está absolutamente establecido. La mayoría de los autores consideran un período de un mes (30 o 31 días) aunque en algunos trabajos que abordan el reingreso éste se ha considerado en un período de 14 días (Lied, Kazandjian, Hohman; 1999). intervención quirúrgica pendiente, etc

En relación a este último grupo etario, sabemos que los primeros años de vida son decisivos para sentar las bases de una buena salud individual y colectiva. La malnutrición, las infecciones, las malas condiciones de vivienda, la falta de agua potable y saneamiento, una inadecuada atención a la salud, son entre otros, factores que actúan mermando las posibilidades de quienes viven sometidos a los mismos.

Los niños, las niñas y los adolescentes constituyen grupos de enorme importancia en Salud Pública, por la vulnerabilidad extrema que presentan a los factores ambientales desfavorables, a la pobreza y a las inadecuadas condiciones sanitarias. En ellos son más evidentes las graves desigualdades que existen en materia de salud, además porque la vida de cada niño tiene una trascendental importancia estratégica en el crecimiento y desarrollo del país.

Los bienes y servicios provistos a través del primer nivel de atención, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud, se consideran prioritarios en el diseño de la atención de los niños dados de alta

## **2.1 CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Entre 1920 y 1978 aparecen las primeras referencias a los términos relacionados con la APS, las cuales son precursoras de las definiciones encontradas en la literatura reciente. Pese a que primero se alude a la expresión AP, al relacionarla con el PNA, varias décadas más tarde, se comienzan a establecer simultáneamente, los conceptos de AP y APS tal como lo conocemos actualmente.

El concepto de APS queda establecido en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Atá (Kazajistán, ex-Unión

Soviética), organizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

La Organización mundial de la Salud reconoce explícitamente el papel de la atención primaria como un modelo de atención que brinda cuidados accesibles y aceptables para los pacientes: asegurando la distribución equitativa de los recursos de salud, integra y coordina los servicios curativos, paliativos y preventivos y de promoción de la salud, utiliza racionalmente los fármacos y la tecnología de la atención secundaria. Es en este modelo de atención que atienden personas con múltiples enfermedades y cuadros complejos, dándole tratamiento y cuidados que buscan mejorar la función global y la calidad de vida del usuario.

Se recomendó que, para el correcto abordaje de los problemas de salud de la población, la APS debía contener ciertos componentes e incluir, como mínimo, ocho elementos o actividades. Entre los componentes se destacan los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación mientras que como elementos se enfatizaron la educación en salud, promover la nutrición adecuada, provisión de agua y saneamiento básico, atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), inmunizaciones, tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, prevención o control de enfermedades endémicas locales y la provisión de medicamentos esenciales.

La Declaración de Alma-Ata contiene algunos principios básicos que debe respetar la APS como la participación comunitaria, definida como la activa participación de sus miembros en la planificación, financiamiento, organización, funcionamiento y control de los servicios de salud o la intersectorialidad, entendida como la intervención coordinada de instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, de más de un sector social, que comparten sus recursos en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud.

Se plantea la descentralización, referida a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área y la tecnología apropiada (concebida como aquella que está disponible, es asimilable, sostenible y se utiliza racionalmente por la comunidad). Sansó, Soberats y otros consideran que la APS es una convocatoria a la práctica de intersectorialidad con el objetivo de garantizar el

derecho universal a la salud, a partir de asegurar la atención sanitaria esencial a las poblaciones y con ello, el mejoramiento de los perfiles de bienestar, entendidos como la accesibilidad de toda la población a servicios de salud, vivienda y educación, entre otros.

En la misma dirección, ciertos autores consideran la APS como una política pública donde los recursos no necesariamente provienen del sistema de salud y los beneficios no se limitan al estatus de salud de los individuos y poblaciones.

La Declaración de Alma-Atá hace énfasis en un concepto amplio de atención de salud, en el cual el término "primario" hace referencia a la causa primaria de los problemas subrayando la importancia de los determinantes sociales de la salud, entendidos como el conjunto de condiciones políticas, sociales y económicas en las cuales las personas viven y trabajan, y que influyen en las posibilidades de alcanzar su potencial de salud y determinan la aparición de diferencias injustas y evitables en el estado de salud.

Arango de Bedoya destaca que se trata de una estrategia para atender las causas que dan origen a las enfermedades de toda la comunidad en el presente sin desconocer el pasado e implementando acciones de promoción y prevención para transformar el futuro, mientras que Villarreal considera que la APS no se centra solo en la prestación de servicios de salud sino que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales con un enfoque de determinantes sociales de la salud, y destaca que el concepto implica una redefinición de las relaciones entre proveedores y pacientes a partir de la participación comunitaria.

## **2.2 CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Las definiciones más recientes de AP se fundamentan en las características de provisión de ciertos servicios de salud, referidas en particular al objeto receptor de la atención; el lugar de provisión; las prestaciones brindadas; el tipo de proveedores intervinientes y las características de la relación entre proveedor y usuario.

El objeto receptor de la atención, lo conceptualizan en que la AP no se centra en una enfermedad u órgano en particular. Starfield la define como la atención de la mayor

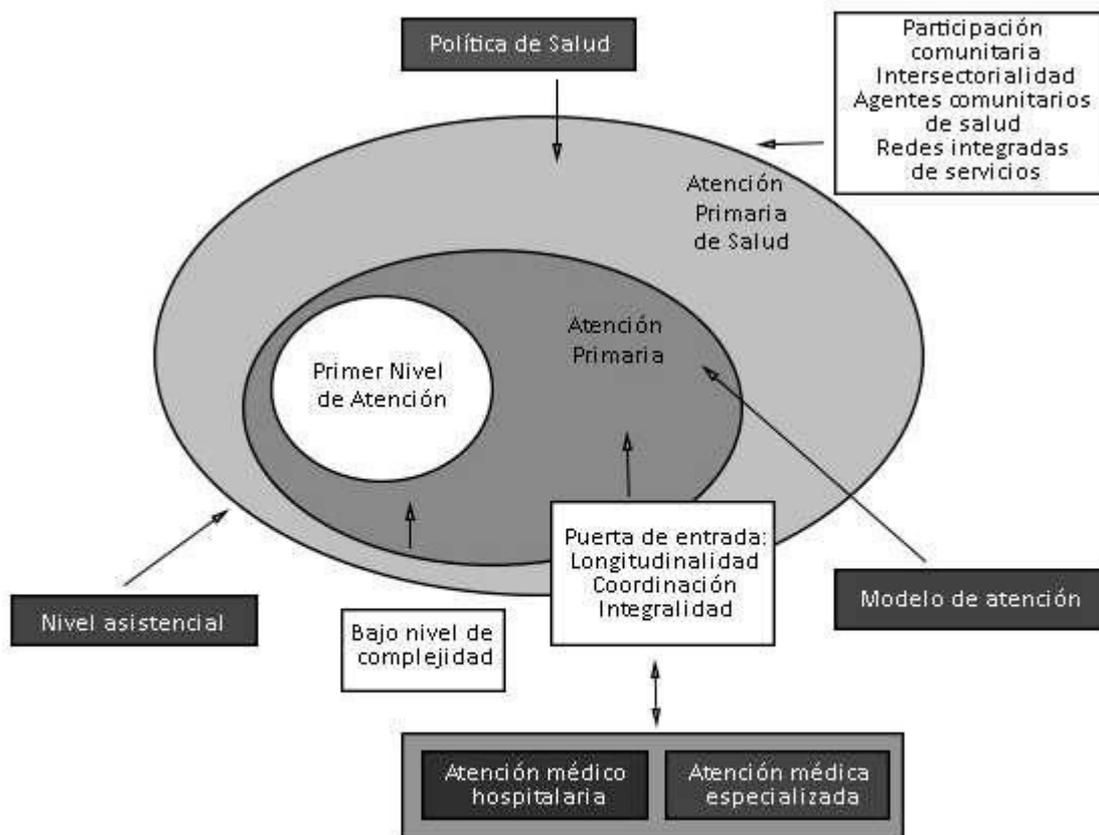
parte de las necesidades de cuidados individuales ofrecida sin discriminar por género o edad en el contexto de la familia y la comunidad.

En relación con el lugar donde se ofrecen los servicios, las prestaciones son provistas en el PNA donde el paciente se encuentra por primera vez con los proveedores de cuidados médico-sanitarios dentro del sistema

Cuando la descripción de la AP se basa en las características de las prestaciones se destacan el tipo de servicio y el nivel de complejidad. En relación con el tipo de servicio, ha sido definida como los servicios que incluyen prevención, promoción, diagnóstico y educación para la salud. Con respecto al nivel de complejidad ha sido entendida como los cuidados de tipo general, esenciales o básicos, independientemente del tipo de servicios provistos. Los servicios de AP suelen incluir la promoción de la salud, prevención de enfermedades, vacunación, planificación familiar, mantenimiento de la salud, consejería, educación del paciente y, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que se considera que no requieren derivación a un especialista o un hospital.

En cuanto al proveedor, este, puede ser un único profesional médico o un equipo de atención primaria conformado por profesionales de distintas especialidades, médicas y no médicas pero con conocimientos y habilidades específicas requeridas para la AP. En algunos casos, puede incluir trabajadores de salud, integrantes de la comunidad donde ofrece servicios el centro de salud (que funcionan como nexo entre proveedores y usuarios) conocidos como trabajador comunitario de salud, promotor sanitario, Adicionalmente, puede recibir el soporte de otro tipo de recursos humanos no profesionales como administrativos y demás servicios de apoyo.

Cuando se refiere a describir la AP a partir de las características que se presentan en la relación Proveedor – usuario, se hace referencia según Starfield a los cuatro atributos específicos: Puerta de entrada o primer contacto; Longitudinalidad, responsabilidad continua, independientemente de la presencia de enfermedad; Coordinación continua y dinámica con todos los sectores de la red de atención e integralidad porque asiste a todas las enfermedades y/o situaciones que afecten la calidad del vida del individuo



**Fig.** Relación que existe entre los distintos términos frecuentemente asociados a la APS.

Figura N° 1 Fuente revista Cubana de Salud Publica 2017; 43 (3)

Un grupo de trabajo de la Región Europea de la OMS reconoce explícitamente la participación de la AP y afirma que deben considerarse condiciones estructurales, el desarrollo profesional y mejoras en la organización al ofrecer el servicio, para que este sea de calidad. Estructuralmente, se debe tener una delimitación clara de la población a atender y otorgar al paciente la posibilidad de elegir su médico tratante, así como también efectuar el cambio si él lo desea. Las consultas deben poder establecerse en la comunidad donde vive el paciente y a través de su médico de AP. Aseguran que existen doce características que permiten el aumento costo-efectividad del servicio:

- Atención general: no limitada por la edad ni por los problemas de salud.
- Atención accesible: en lo temporal, geográfico, económico y cultural
- Atención integrada: atiende la curación, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de enfermedades

- Atención continuada: longitudinal, es prolongada durante periodos prolongados de la vida independiente de la presencia o no de enfermedad.

- Trabajo en equipo: se desempeña como parte de un equipo multidisciplinario

- Atención holística: al tener en cuenta aspectos físicos psicológicos y sociales de la persona, familia y comunidad.

- Atención personalizada: porque se centra en la persona y tanto en la enfermedad.

- Atención orientada a la familia: Comprensión de los problemas en el contexto familiar y comunitario

- Atención orientada a la comunidad: forma de vida y condiciones de la misma en su comunidad. Red para tratar los cambios de salud.

Atención coordinada: coordinación de toda la atención y asesoría que recibe la persona.

- Confidencialidad

- Defensa del paciente: apoyo permanente al paciente en aspectos relacionados al paciente y en su relación con otros efectores de salud

### **2.3 ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD**

Múltiples razones avalan una asistencia centrada en la comunidad. Lo primero a considerar es que no se puede conocer los problemas de salud por la información de consultorios médicos particulares. Lo segundo es que solo conoceremos bien la enfermedad si tenemos en cuenta la población afectada, con sus hábitos de salud, su cultura y el medio en que esta comunidad se desarrolla. Lo tercero es que el medico tiene una visión medico centrista de su rol y el paciente tiene otras necesidades a satisfacer por otros técnicos no sanitarios. Trabajando coordinadamente con los servicios sociales seguramente tiene información que per se no recabaría y que hacen al cuidado del paciente. Por último y no menos importante, y muy ligado a lo anterior, el abordaje centrado en la persona y no en la enfermedad, aportaría información no solo desde el punto de vista clínico sino de aquellas derivadas del impacto sobre la salud de los factores sociales y económicos (desempleo, pobreza y otros) así como las situaciones estresantes: derivadas de la violencia de género, abandono o rechazo social y otras.

Starfield sostiene que la asistencia sanitaria de orientación comunitaria puede ayudar a las comunidades a organizarse de una manera más eficiente para prevenir las

enfermedades, para que tengan una mejor promoción de la salud y para que exista una utilización menos indiscriminada en la utilización de las tecnologías médicas. La experiencia de los países desarrollados y subdesarrollados señala que los cambios de conducta se consiguen más fácilmente con la participación de la familia y la comunidad.

## **2.4 FACTORES DE RIESGO**

En el presente trabajo se tomará el concepto del Enfoque de Riesgo como un método de abordaje a la atención de la salud de las personas, familias y comunidades.

Son

Condiciones o aspectos biológicos psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. **cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.**

El daño se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un perjuicio en su salud. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. (Sarué et al, 1996)

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen más necesidad.

El enfoque de riesgo constituye un método de trabajo esencialmente preventivo.

Son herramientas bien definidas, que si se consideran aisladamente tienen un valor limitado para la prevención. Se debe conocer el conjunto de factores envueltos en una situación de riesgo para establecer mecanismos protectores en el individuo o familia, para que una trayectoria de riesgo la podamos cambiar a una alta probabilidad adaptativa. Se debe cortar el ciclo y evitar el mecanismo de riesgo que

produce una intensificación de la misma situación de riesgo. Al considerar estos mecanismos, el foco de atención deja de ser un factor (protector o de riesgo), ampliando la mirada al proceso de cambio que altera la trayectoria del desarrollo. (Ejemplo: presencia de alcoholismo en padres, descuido de otros roles, conductas de riesgo como conducir ebrio)

Los factores de riesgo podemos clasificarlos en factores de personales, familiares y sociales. La clasificación de los factores protectores también es en personales, familiares y sociales.

Como se señaló anteriormente, no todos los individuos tienen el mismo riesgo de padecer los problemas. Por lo tanto, se logrará mayor impacto si en los subgrupos más afectados los problemas se controlan preferentemente en los individuos que tiene mayor riesgo de padecerlos (individuos de alto riesgo).

El enfoque de riesgo implica que consideremos tanto los factores de riesgo como los factores protectores que afectan a la familia y como estas los resuelven (resiliencia) Los factores protectores son aquellas características psicológicas, biológicas y sociales, cuya sola presencia facilita el desarrollo, permite la expresión de potencialidades y bloquea, o es una barrera para el impacto de algunos factores de riesgo tanto en el individuo como en su familia

El enfoque de riesgo se basa en que las personas, las familias y las comunidades o grupos, tienen diferentes grados de desviarse de la salud y/ o bienestar Esas variaciones serán tanto más intensas dependiendo del equilibrio que exista entre recursos, esfuerzos y necesidades.

¿Cuándo la persona, niño o adulto está en riesgo su salud? cuando se acumulan varios factores de riesgo, esto también afecta la salud familiar, creando un desbalance con los factores protectores, pudiendo llegar a no cumplir con las necesidades básicas.

La familia como sistema, tiene un papel importante, no solo en el proceso generador de enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida que cumpla con sus necesidades básicas. Recordemos que los estilos de vida del niño, surgen a partir de cómo estos fueron socializados en relación a conductas protectoras y riesgosas para la salud

## **2.5 FAMILIA COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD Y BIENESTAR INFANTIL**

Un acápite de particular importancia lo constituye la Familia y su evolución, dado que la misma es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la sociedad. Es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas, es el lugar del aprendizaje social y psicológico del individuo. Constituye la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia, donde generalmente es la mujer la que proporciona cuidados en forma invisible y continua.

Este traslado de responsabilidades del cuidado de la salud desde el estado a la familia, es necesario que se visibilice como problemática social, se establezcan políticas con enfoque de género que determinen correcciones de inequidades que proporcionan los estereotipos culturales tradicionales en el trabajo doméstico. Se observa la feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas. La necesidad emergente de implementar estrategias desde todos los ámbitos: políticos, sociales, sanitarios y culturales para combatir la infantilización de la pobreza

Desde la perspectiva macro, la institución familiar, constituye uno de los más poderosos e importantes mecanismos de integración social. La pérdida del entramado entre familia, comunidad y escuela debilita aún más la evolución de la misma, y entorpece el enfrentamiento de los cambios sociales que la movilizan.

Por los cambios ocurridos en la formación y disolución de las familias y la inserción laboral de las mujeres, las bases del modelo “parsoniano” fueron seriamente cuestionadas, tornando inviable la existencia de un modelo único de familia.

Al lado de la familia nuclear “tradicional”, comenzaron a cobrar relevancia numérica y social, las familias monoparentales, las familias “reconstituidas o ensambladas”, las familias extendidas y las familias integradas por miembros del mismo sexo. Paralelamente la creciente desinstitucionalización de la familia implicó que los vínculos familiares “de facto” le ganaran terreno a los lazos legales. Transformaciones que se deben tener presente a la hora de analizar el

comportamiento del cuidado del niño porque el Uruguay no es ajeno a dichos cambios.

Es necesario recordar que la Convención Sobre los Derechos del Niño otorga a la familia el carácter de medio natural y la define como un grupo fundamental de la sociedad para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. Asimismo, aboga por el reconocimiento y la aceptación de las diversas configuraciones y estructuras familiares asumiéndolas como aptas y capacitadas para la crianza y constitución de la identidad de los niños.

Son varios los cambios que enfrenta la familia en su crecimiento y evolución. Si bien parece indudable que subyacen procesos estructurales similares a los ocurridos en el mundo desarrollado –en particular el aumento de la participación femenina en el mercado laboral–, y que la globalización favoreció un proceso de difusión cultural, debemos ser cautos en interpretar estos cambios exclusivamente como el resultado de un nuevo empuje de la modernización. Lo que sí es seguro es que el cambio es irreversible y que asociado a otras transformaciones de la familia es un factor que influye directamente en el estado de salud de los más débiles. Las mismas se dan en el marco de una sociedad desigual y con niveles de pobreza que si no son crecientes, por lo menos están asentados, lo que determina mayores dificultades para enfrentar este cambio.

La fisonomía de las familias uruguayas se ha transformado en las últimos dos décadas, donde por un lado la formación y disolución de las uniones: casamientos descendieron a la mitad, duplicación de los divorcios, las uniones libres asumen un rol preponderante al igual que las uniones del mismo sexo; y por otro las tendencias demográficas, sociales y económicas con la profundización del envejecimiento (hogares unipersonales), feminización de los hogares como jefes de familia y proveedoras del sustento familiar.

La disolución de los matrimonios por razones biológicas viene cediendo lugar a factores vinculados a la expansión del divorcio o a la separación de hecho. Estos últimos afectan a sectores de edad cada vez más jóvenes a diferencia de las razones biológicas que impactan en las viudas e hijos

Lo más relevante de las uniones consensuales es que llamativamente el descenso del número de matrimonios institucionalizado no ha acarreado el descenso en la formación de nuevas familias, sino que se han des institucionalizado los vínculos conyugales (Encuesta Continua de Hogares, INE 2004- 20011) Los cortes

transversales permiten constatar que durante la última década la opción por los vínculos de hecho, duplicó la proporción de hombres y mujeres en unión consensual, respecto al total de personas en algún tipo de unión. Y que, si bien aumenta en todas las edades, la consensualidad es particularmente importante entre las generaciones más jóvenes (Datos de Encuestas Continuas de Hogares 2008 y 2011, ECH (INE)).

Desde la sociología, el enfoque de la homogamia social constituye una de las perspectivas más importantes a través de las cuales se estudia la formación de uniones. Con este concepto se alude a la propensión de hombres y mujeres a unirse a un compañero que pertenece al mismo entorno social. De allí se deriva que el estudio del matrimonio, la familia y el parentesco tenga un papel fundamental en el análisis de la estructura social, dado que la homogamia constituye, desde este punto de vista, uno de los principales mecanismos que intervienen en la reproducción de las clases sociales, y en el caso de las familias carenciadas económica y educacionalmente contribuyen a preservar la pobreza.

La segregación de los lugares de sociabilidad y la distribución social de los gustos y las preferencias interiorizados (manifestación de lo que Bourdieu denomina “de clase”) constituyen los principales mecanismos que aseguran la homogamia social (Torrado, 2000). El primero supone que las modalidades de encuentro de las parejas involucran formas de sociabilidad estrechamente vinculadas con el medio social de pertenencia, lo que determina que la elección del cónyuge tenga lugar dentro de espacios o grupos social y culturalmente homogéneos. El segundo remite a la afinidad espontánea que aproxima a los individuos con hábitos o gustos similares, manifestación de sentidos y prácticas que de alguna manera objetiva no sólo la identidad individual sino también la identidad social.

El análisis de las uniones según el nivel de educación de ambos miembros de la pareja al inicio de la unión muestra que se estableció entre hombres y mujeres que tenían un nivel de educación similar (el 46% de las mujeres no termino primaria, al igual que los padres, que el 49% tampoco la completo)

Es importante precisar que la familia sufre su metamorfosis sin destruirse totalmente, ya que las rupturas conyugales traen aparejado el incremento de los hogares reconstituidos, donde por lo menos uno de los hijos no es de ambos miembros de la pareja. Según los datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH),

en 2010 el 51% de estos hogares tenía a la cabeza una persona divorciada o separada, y del total es una mujer en el 87% de los casos.

Esto es otra característica del cambio, hay un incremento de la movilidad de los individuos entre diferentes familias a lo largo de su ciclo de vida.

La revolución sexual ha cambiado sus componentes en su relativa secuencia predeterminada (iniciación sexual, nupcialidad y procreación) y adquirir cada vez mayor independencia, una respecto de la otra. Como consecuencia tenemos la madre soltera, en general madre adolescente, característica común a otros países de América Latina.

Los cambios pueden tener dos lecturas desde el punto de vista valorativo: por un lado, representan mayores opciones de libertad, independencia y realización personal para los integrantes de la familia; por otro conllevan problemas de integración familiar y social. Dichos cambios afectan directamente a los niños y adolescentes porque hay un aumento de la precariedad de las funciones sociales; un cambio en las concepciones para con las responsabilidades paternas, madres jóvenes que no cuentan con apoyo; todo esto sobre la base de un debilitamiento del capital social de la familia.

Cabe destacar que la información recabada en la ECH muestra un perfil de la mujer uruguaya diferenciado en dos patrones de comportamiento en lo que respecta a las transiciones familiares: las mujeres con mayor nivel educativo inician tarde su maternidad, generalmente con la sustentabilidad económica del mismo resuelta, y quienes poseen menor nivel educativo, se unen temprano e inician simultáneamente la maternidad, sin tener gran visibilidad de la solución económica. (Bucheli *et al.*, 2012).

La diferencia se refleja también en la mayor fecundidad de las personas que pertenecen a hogares pobres, ya que entre éstos suele haber mayor presencia de niños y adolescentes. También que el hogar extendido es un arreglo que tiene una relación evidente con la pobreza, pero lejos de una solución, hace que el índice de pobreza aumente, al no dar respuesta a ello.

Esta es otra característica al interior del hogar que Uruguay comparte con sus vecinos de América Latina, donde existe una larga tradición académica que analiza la conformación de hogares extendidos como estrategia para crear economías de escala y enfrentar las repetidas crisis económicas. Pero a diferencia del resto de los países de la región, en Uruguay la pobreza en estos hogares no es mayor si la

jefatura es ejercida por una mujer. Este es un atributo que caracteriza al conjunto de los hogares uruguayos con jefa mujer, entre los que no se detectan mayores probabilidades de caer bajo la línea respecto a los hogares con jefe hombre.

La debilidad que enfrentan los hogares extendidos debe ser uno de los aspectos que los programas dirigidos a atender las familias en Uruguay hacen énfasis, dado que allí se concentran las mayores dificultades a enfrentar:

Bajo nivel educativo de sus jefes o jefas de hogar; feminización de los jefes de hogar altos niveles de hacinamiento y bajos niveles de bienestar; niños y adolescentes presentan mayores de niveles de rezago educativo; abandono prematuro del sistema educativo; número significativo de madres adolescentes.

(Vigorito, 2003)

En relación a las prácticas de crianza, se debe tener presente el aumento constante de la tasa de participación femenina en el mercado laboral (según ECH, en las áreas urbanas asciende al 70% en las mujeres entre 25 y 59 años)

Si se considera que son las mujeres en estas edades quienes se ocupan principalmente del cuidado de los niños pequeños, de los enfermos, tanto pequeños como adultos mayores, las mujeres se enfrentan a una sobrecarga de trabajo creciente, y son las que en mayor medida deben resolver cotidianamente las tensiones entre “trabajo y familia”. La cobertura extendida de la enseñanza ha mejorado las oportunidades para compatibilizar la vida laboral y doméstica al recibir a niños de cuatro y cinco años, así como la extensión horaria del ciclo escolar.

Si bien esto es un aporte, lejos está de solucionar a través de las políticas públicas la asociación de familias extendidas, con jefes de hogar femenino que ingresan al mercado laboral (de poca remuneración económica, dado el bajo nivel de instrucción) deben responsabilizarse directamente del cuidado de los niños. De modo que otro de los desafíos que debe enfrentar el Estado uruguayo consiste en promover políticas que tiendan a romper con el esquema tradicional de los roles de género, a partir del cual se entiende que el cuidado de los niños, de los ancianos y el trabajo doméstico en general, son responsabilidad femenina.

Para el logro de una mayor equidad de género, se debe fomentar el involucramiento de los hombres en la crianza de los niños, como forma de mejorar el bienestar de los mismos en un contexto de gran inestabilidad matrimonial. En Uruguay un alto nivel de incumplimiento en el pago de pensiones alimenticias por

parte de los padres una vez que se produce la ruptura conyugal. El 58% de los hombres separados no transfiere dinero a sus hijos cuando deja de convivir con ellos (Bucheli, 2003). Si bien es necesario modificar el régimen legal de modo de lograr menores niveles de evasión, también es necesario crear las condiciones para que los padres participen más activamente en la crianza de sus hijos. En países donde se promueve la participación de los padres en el cuidado infantil desde el nacimiento, se ha encontrado que la voluntad de continuar sosteniendo financieramente a los hijos luego del divorcio, es sensiblemente mayor.

Atendiendo al alto nivel de divorcios que el país presenta, uno de los objetivos de las políticas debe ser asegurar el bienestar de los niños independientemente del tipo de familia en que se encuentren, las medidas tendientes a darle sustentabilidad tanto en el contacto entre padres e hijos como en la responsabilidad financiera frente a éstos deberían constituir un tema prioritario. Asociado a ello, debemos decir que los programas orientados a la prevención de embarazos no deseados a través de la reciente Ley de Salud Sexual y Reproductiva brinda la posibilidad de una planificación familiar, teniendo los hijos que desee o pueda atender en condiciones de satisfacción vital, dado que son los niños más pobres los que sufren las peores consecuencias de los divorcios. La vulnerabilidad económica de los niños es quizás uno de los aspectos más preocupantes en un contexto de creciente infantilización de la pobreza y de cambio familiar. No hay medios para evaluar cuál ha sido el papel jugado por los cambios en la familia en el aumento de la pobreza infantil, pero es razonable pensar que la inestabilidad familiar tiende a profundizar las desventajas de los pobres. La pérdida de un aportante (total o parcial) para los hogares pobres, que son además los que concentran mayor cantidad de niños, sumada a la pérdida de economías de escala, es probablemente determinante para la supervivencia de esos hogares. Por otro lado, las transferencias monetarias estatales hacia las familias con niños a través del régimen de asignaciones familiares, no tienen mayor impacto en la reducción de la pobreza infantil, como se ha demostrado en un estudio (Vigorito, 2005), dada la magra cantidad aportada ni es tampoco una solución educativa, porque que no se exige como contrapartida la asiduidad escolar para su contribución.

Luego de lo expuesto podemos decir a modo de resumen que:

Los niveles de bienestar a que acceden la mayoría de los niños están asociados a su familia de origen, pero no hay igual cantidad de niños pobres que adultos pobres en igual perfil socio- económico porque los niños están “sobrerrepresentados” en las familias pobres. Ello se explica por las pautas culturales de fecundidad de los sectores de más bajos ingresos, por la disminución de la tasa de natalidad en los hogares de mejores recursos y por la distribución por parte del Estado y del mercado de los bienes y recursos entre las diferentes generaciones, con un sesgo sistemático que premia a las generaciones maduras y a la tercera edad.

Todo ello es lo que determina la “infantilización de la pobreza.”

Los niños constituyen una categoría de población con el más alto nivel de dependencia de los recursos familiares y es quien recibe directamente los efectos de las transformaciones que se producen en lo privado (familia) y en lo público (empleo, educación y otros).

La socialización de la infancia uruguaya está marcada por algunas tensiones que caracterizan el nuevo contexto social (la “triple coetaneidad”) que son la dimensión demográfica; la transformación del Estado; las tensiones de índole económico social vinculados a los cambios de mercado.

La dimensión demográfica está dada por la superposición del final de la primera transición demográfica (disminución de la tasa de fecundidad, aumento de las familias nucleares con mujeres jefas de hogar y la migración rural- urbana y el envejecimiento de la población) con el inicio de la segunda (debilitamiento del modelo de familia biparental y en unión legal; ingreso de la mujer al mercado laboral; postergación del casamiento; tenencia del primer hijo e incremento de hogares unipersonales)

En los hogares de más bajos ingresos se produce una combinación perversa de estas dos transiciones, por un lado, tienen la tasa de fecundidad más alta, pero por otro no han postergado la tenencia del primer hijo y no se han integrado al mercado laboral a la par que otros sectores de la sociedad, agudizando la inestabilidad familiar.

Transformación del Estado. En el año 2005, conviven dos grandes perfiles, uno donde predominan las enfermedades crónicas (HTA, Diabetes) en la población envejecida; y otro donde se sitúan quienes no pueden satisfacer las mínimas necesidades básicas (vivienda, educación, alimentación) y viven por debajo de la línea de pobreza. La estructura de riesgos de esos perfiles está asociada, por un lado,

a los estilos de vida no saludables, y por otro, a las situaciones de exclusión social. Ambos requieren respuestas diferentes: hacer énfasis en la educación y promoción de la salud y tener la posibilidad de incorporar a grandes sectores de la población excluidos por factores económicos y culturales. La respuesta estratégica es el Sistema Nacional Integrado de Salud, que por su jerarquía e importancia dedicaremos un comentario en un apartado.

Cambios del mercado. Hay superposición del trabajo moderno formalizado, con el informal y precario. Simultáneamente hay una disminución del empleo estatal e industrial y se expande el empleo de servicios. Aparecen inseguridades laborales, desapareciendo la protección del trabajo formal. Es un escenario particularmente difícil para las familias con sobre representación infantil y para los adolescentes en su emancipación a la vida adulta.

Como se dijo: las múltiples transiciones superpuestas presentan la peor configuración para la futura integración y bienestar de los niños. Podemos afirmar que la combinación de dos o más variables, configuran lo que denominamos “niño frágil” desde el punto de vista de su contención bio- sico social. Las políticas públicas deben encaminar la solución a establecer cierto equilibrio en el bienestar de las generaciones, sin comprometer las mejores posiciones ya conquistadas en el reparto generacional. No hay estudios que relacionen el impacto de las mejorías económicas de los adultos mayores sobre la pobreza infantil, aunque la explicación de la pobreza infantil debería rastrearse en las dificultades para acceder al mercado de trabajo de sus padres y la baja remuneración que reciben.

### **3. MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1 Contexto inmediato**

El Centro Hospitalario de referencia nacional donde se realizó el estudio se constituye en el mayor servicio sanitario del país en lo que a atención materno - infantil se refiere.

Anualmente, en el sector pediátrico se reciben 53.005 consultas en emergencia, 57.789 en las policlínicas generales y de especialidades; 808 ingresos a CTI, 10.626 a cuidados moderados y 3.450 cirugías. En promedio allí nacen 6.340 niños al año

(18 por día). Todo el hospital cuenta con un total de 500 camas y con 4.500 funcionarios. (ASSE, 2018)

El sector pediátrico del mencionado centro, cuenta con aproximadamente 350 camas, dispone de servicios de pediatría general, cirugía general y especialidades médicas y quirúrgicas para atender la demanda de la consulta externa, así como la internación. El centro cuenta también con un renovado Departamento de Emergencia Pediátrica y Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos.

En el Departamento de Emergencia, se ubica la Unidad de Reanimación y Estabilización, la misma cuenta con 4 camas, donde el promedio de estadía es de 1,1 día. Presenta un porcentaje de ocupación del 39.4% y una tasa de mortalidad del 2.71%.

Del total de la capacidad instalada destinada a la internación el 43% (150 camas) corresponden a pediatría general, organizadas en tres servicios.

En cuanto a la internación común, el promedio mensual de camas disponibles en cuidados moderados es de 159, el promedio de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos – Cuidados Intermedios (UCIN-CI) es de 17,5. El promedio de estadía en pediatría general y cirugía es de 4,7 días, de 6.3 días en las especialidades y de 5.1 días en UCIN-CI. La tasa de mortalidad en la internación convencional es de 0.12% y en UCIN-CI es de 2,2%.

En cuanto a las causas más frecuentes de ingreso, están dadas por los siguientes diagnósticos: Infección respiratoria aguda baja (que incluye Bronquiolitis, Neumonitis y Neumonía) 13.8%, Accidentes (Traumatismos, heridas, quemaduras, otros) 8.9%, Convulsión febril 3.6%, Enfermedad diarreica aguda 3.2%, Fiebre sin foco 2%, Crisis asmática y broncoespasmo 1.8%, HAVA 1.8%, Hernia inguinal 1.7%, Maltrato infantil y trastornos de conducta 1.5% y Celulitis 1.4%.

Actualmente funciona en dicho centro una Unidad de Enlace, cuyo objetivo es realizar la referencia o “enlace” entre los diferentes niveles de atención materno-infantil. Se realiza a nivel nacional, funcionando desde el año 2015, contactando al centro de referencia, a madres y niños en riesgo socio – sanitario. El equipo

responsable está conformado por una médica pediatra; un pediatra neonatólogo, un médico de familia, una licenciada en enfermería, una enfermera y una partera.

Trabajan en red tanto a nivel nacional como local, y la implementación de la historia clínica electrónica ha facilitado el enlace.

### **3.2 Sistema Nacional Integrado de Salud**

Según datos del Censo de población y vivienda del año 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Uruguay tiene una población estimada de 3.286.314 habitantes, de los cuales 800.000 (26%) son niños y adolescentes. El 40% de esta población reside en el departamento de Montevideo.

En relación al análisis del crecimiento poblacional a nivel sub-nacional, solamente seis departamentos registran crecimiento total positivo en el período 2004-2011: Maldonado, Canelones, San José, Colonia, Salto y Río Negro. Los otros trece departamentos registran tasas de crecimiento negativas.

La composición de la población por sexo y edad es el resultado de la interacción de los componentes del crecimiento poblacional: mortalidad, natalidad y migración. Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica. La pirámide de población muestra una disminución del porcentaje de niños menores de 10 años, fruto del descenso de la natalidad observado en los períodos intercensales.

Del total de la población de niños de nuestro país, el 42% pertenece a hogares con necesidades básicas insatisfechas. Para asegurar la cobertura sanitaria a la población se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud. El mismo es el conjunto de servicios públicos y privados, organizados en redes por nivel de atención, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y con prioridad en el primer nivel de atención. Es una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno con políticas y normas generales, cuyos niveles de atención están definidos e interrelacionados, con niveles de administración intermedia y locales descentralizados. Su propósito esencial es

asegurar cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económica y social, una atención integral en salud.

Las reformas de la salud no son procesos automáticos, en los cuales con la aprobación de una ley se transforma mágicamente la realidad. Transformar un sistema de salud es un proceso complejo, que implica estudios, acuerdos y negociaciones. Esta fue la filosofía de la reforma de salud desde el año 2005.

Fue necesario establecer un marco regulatorio para la implementación del SNIS, en los términos que se detalla en la Ley de su creación:

Decreto 133/005, Creación del Consejo Consultivo para la Implementar el SNIS

- Ley 17930 de Presupuesto Nacional, art. 264 y 265.
- Ley 18161. Creación del Descentralizado ASSE
- Ley 18121. Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Ley 18172, Art. 235. Creación del cuerpo de Inspectores del SNIS MSP
- Ley 18335. Ley de Derechos de Usuarios y Pacientes de servicios de salud
- Decreto 433/008. Reestructura de la Dirección General de Secretaría
- Decreto 464/008. Contratos de Gestión MSP-JUNASA

La Ley 18211, establece la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. El sistema propuesto establece modificaciones en tres niveles del sistema de atención:

EN SU GESTIÓN: (Ley 18.161) Descentralización de ASSE- Ente Autónomo; Complementación de acciones públicas y privadas; Normas de regulación (leyes, decretos, ordenanzas); Sistemas de información y Observatorios; Metas asistenciales (2008).

EN SU FINANCIAMIENTO: Ley de Presupuesto-N° 17. 930 / 2005; Ley 18.131 FONASA -2007(fondos públicos y privados); Ley 18.211 SNIS (2007) y Reglamentación (2008).

EN EL MODELO: Diseño del modelo basado en el Primer nivel de Atención; Catálogo de prestaciones.

Las reformas en la gestión y el financiamiento son las herramientas para lograr un nuevo modelo de atención.

Estas herramientas son:

- Plan Integral de Prestaciones de Salud
- Cuotas de Salud y Metas Asistenciales.
- Contratos de Gestión

La ley está regida por trece principios que le asignan un carácter muy especial y que se visualizan al aplicar las herramientas para el cambio de modelo

En su artículo 45 establece que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a los usuarios los Programas Integrales de Prestaciones que apruebe el MSP.

La reglamentación debe, además:

- Definir taxativamente las prestaciones que incluye
- Establecer los indicadores de calidad
- Ser controlado por la JUNASA, quien autoriza el pago de las cuotas de salud a los prestadores si se cumple con lo establecido.
- Autoriza al MSP a actualizar periódicamente estos planes integrales según evidencia científica, demográfica y epidemiológica de la población uruguaya.

Los programas responden a prioridades en salud y tienen un enfoque preventivo, de género. Se acompañan de un catálogo de prestaciones Son de obligación para todos los prestadores Integrales y un derecho de acceso universal para la población de todo el país. El acceso a las prestaciones se basa en el principio de

equidad: cada habitante tiene derecho a recibir la atención adecuada según las necesidades y problemas de salud que padezca.

Dentro de las metas prestacionales en relación a embarazadas se ha establecido que las mismas deben presentar un mínimo de 5 controles. La protocolización establecida para el control del embarazo establece que el primer control se realice a las 6 semanas, luego 1 control mensual hasta las 32 semanas, luego 1 control cada 15 días hasta cumplir las 36 semanas y controles semanales hasta el término del mismo.

Para el RN: tendrá el primer control entre los 6 y 9 días de vida y el segundo control entre 20 y 23 días de vida. Se ha establecido que Lactantes de 1 mes a 6 meses: 1 control mensual hasta los 6 primeros meses de vida. Lactantes de 6 meses a 12 meses: 1 control bimensual a partir del 6 mes de vida. Niños de 12 meses a 24 meses: 1 control trimestral a partir de los 12 meses de vida. Niños de 24 meses a 36 meses: 1 control cuatrimestral a partir de los 24 meses de vida.

#### **4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA**

##### **4.1 Acerca del diseño**

El presente es un estudio de corte cuantitativo, descriptivo, longitudinal, que abarca el período de tiempo comprendido entre el 1° de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2014, sobre los reingresos hospitalarios, ocurridos en el Centro Pediátrico de referencia nacional ubicado en la ciudad de Montevideo.

La población estuvo constituida por los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, en la cual se analizó las características clínicas-epidemiológicas y del contexto presentes en dicha población, que pudieron constituirse en factores de riesgo para un nuevo reingreso.

En el año 2014 se realizó un estudio de 1042 historias clínicas del archivo central del centro pediátrico, las cuales correspondían a los casos de reingresos durante el período mencionado. El criterio de inclusión es que los registros estuvieran completos. De ese total se seleccionaron 289, correspondiendo a la n del estudio, quienes contenían la información necesaria prevista para realizar el estudio. (Criterio

de inclusión) Se elaboró un instrumento que fue testeado previo al ingreso de los datos relevados.

La unidad de análisis fueron los niños y las niñas con reingresos reiterados de 0 a 5 años de edad

La unidad de observación fueron las historias clínicas de los niños y las niñas que tuvieron más de un reingreso.

A los efectos del estudio se considera reingreso, a todo niño o niña, que presentó durante el período de estudio, más de 1 ingreso programado o no, independiente de la causa y del tiempo transcurrido entre los ingresos (Ferrari y col., 1995).

Se tomaron los pacientes que presentaron hasta 4 reingresos debido a que fueron los que presentaron registros completos.

El universo estuvo constituido por los 1042 niños y niñas de 0 a 5 años que presentaron reingresos en el período 2004- 2014.

Los 289 niños o niñas que integraron la muestra presentaron reingresos programados o de urgencia, provenientes de Montevideo o el interior del país quienes presentaron los datos necesarios para llevar adelante la investigación, durante el período mencionado.

Se identificó cada caso de reingreso con el número de ficha, esto permitió realizar una identificación, seguimiento y análisis de cada situación en particular.

Los perfiles clínicos se construyeron mediante la combinación de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE- 10). Estos perfiles se orientaron a visualizar las causas etiológicas centrales de los reingresos, los episodios índices y otras comorbilidades.

#### **4.2 Fuentes de información**

Luego de obtenidas las autorizaciones pertinentes y mediante un instrumento estructurado, se relevaron de las historias clínicas del Servicio de Archivo Central: datos patronímicos, motivo de ingreso, causa y diagnóstico principal de las altas anteriores; se consignaron todos los eventos que acompañaron el ingreso hospitalario en este u otro centro durante el período mencionado. Así mismo se recogieron datos que permitieron elaborar el perfil socio económico de la familia y las características contextuales de la misma, tales como la vivienda.

Se consideró Vivienda precaria, aquella construida con materiales livianos, sin estructura sólida, sin servicios esenciales, en contextos ecológicamente no favorables, no contemplando las necesidades de sus moradores.

Vivienda no precaria: estructura de material, con servicios esenciales internos, donde se contemplan las necesidades de sus moradores.

Se identificó cada caso con el número de ficha registrado en la historia clínica.

### **Criterio de inclusión:**

Existencia de los datos necesarios para el completo registro.

### **4.3 Aspectos éticos**

Para el desarrollo del presente estudio se contemplaron los siguientes aspectos:

Autorización por parte de la Dirección de la RAP-ASSE, y de los directivos de la institución para la realización del estudio, y para el acceso a datos estadísticos de la institución, referentes a la investigación.

Se garantizaron los principios éticos de:

Confidencialidad y anonimato; el nombre de los participantes y la información obtenida se utilizaron de forma confidencial, los datos quedan reservados exclusivamente para la utilización en el trabajo de investigación y fines académicos.

Beneficencia: los resultados del estudio permitirán evaluar la situación encontrada, realizando una devolución a las autoridades de la institución e incorporando una línea de trabajo conjunto, que permita futuras intervenciones en beneficio de los usuarios.

Justicia: la población se seleccionó sin discriminación de ninguna índole. La selección de los sujetos del estudio fue realizada por razones relacionadas con las interrogantes científicas.

Existió una proporción favorable del riesgo-beneficio. La investigación no implicó riesgos y si beneficios para la población.

Evaluación independiente. Existió la revisión de la investigación por personas expertas que no estén afiliadas al estudio y que tienen autoridad para aprobar, corregir, o, en su caso, suspender la investigación. Una segunda razón para la evaluación independiente es la responsabilidad social. Esta evaluación del cumplimiento con los requisitos éticos da a la sociedad un mayor grado de seguridad

de que las personas-sujetos serán tratadas éticamente y no como medios, recursos o instrumentos.

#### **4.4 Limitaciones del estudio**

Una limitación del trabajo fue la deficiencia en los registros de las historias clínicas en el centro hospitalario donde se realizó el estudio, que si bien, no impidió el relevamiento de los datos, llevó a invalidar una importante cantidad de casos y a invertir una gran cantidad de tiempo.

Se destaca que se trabajó con los datos disponibles en el Archivo Central del centro hospitalario de referencia nacional, pero puede existir más información en los diferentes servicios clínicos pediátricos al respecto de la temática estudiada.

Un elemento que no favoreció la investigación fue la escasa evidencia científica a nivel nacional. Por lo cual se recurrió, fundamentalmente, a investigaciones y fuentes de datos internacionales. Es de destacar que la mayoría de los antecedentes hacen alusión a estudios sobre costos de los reingresos hospitalarios en usuarios adultos con patología cardíaca y respiratoria.

Otro obstáculo es la ausencia de información referente al relacionamiento de los niños con otros efectores de salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención.

#### **4.5 Presentación de variables**

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
<b>Reingreso</b>	Cualitativa ordinal	Hecho de repetir la/s internaciones habiendo tenido una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido	Datos expresados en la Historia Clínica que correspondan al n° de reingreso	: 1er reingreso 2° reingreso 3er reingreso 4° reingreso
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua	Tiempo vivido desde el nacimiento a la fecha.	Registro en la historia clínica correspondiente a la edad de los usuarios.	≤ a 1 año Mayor de 1 año y menor de 2 años Mayor de 2 y menor de 3 Mayor de 3 y menor de 5
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Características sexuales secundarias	Masculino, Femenino
<b>Procedencia</b>	Cualitativa nominal	Lugar físico de residencia del niño/a	Registro en la Historia Clínica	Montevideo: zona urbana, sub-urbana, rural  Interior: rural, urbana, sub-urbana
<b>Categoría diagnóstica</b>	Cualitativa nominal	Agrupación de los diagnósticos principales en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	Diagnóstico médico registrado en la HC al ingreso en el episodio índice y en los sucesivos reingresos	Las identificadas en los registros y que correspondan a la CIE -10.
<b>Días estancia</b>	Cuantitativa discreta	Número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Si un paciente estuvo hospitalizado en la misma oportunidad en dos o más servicios, las estancias se deben registrar en el último servicio de donde egresó. Se consignan en este rubro los días de hospitalización de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios, y los de emergencia.	Número de días estancia registrados en la HC desde el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.	Menos de 10 días Entre 10 y 20 días Entre 20 y 30 días Entre 30 y 40 días Más de 40 días
<b>Distancia entre reingresos</b>	Cuantitativa de intervalo	Período que media entre el último egreso y el siguiente reingreso		Entre 1 y 15 días Entre 16 y 30 días Entre 31 y 45 días Entre 46 y 60 días
<b>Estado nutricional</b>	Cualitativa nominal	Situación en la que se encuentra un niño/a en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Se medirá en cada uno de los ingresos, a través de una evaluación nutricional que incluya parámetros clínicos y paraclínicos.	Eutrófico Desnutrición aguda (peso/edad y peso/talla bajas, talla/edad normal); Desnutrición crónica <sup>43</sup> (peso/edad, peso/talla, talla/edad bajas); ; Obesidad

Cuadro n° 1: Definición conceptual y operacional de las variables

### ANTECEDENTES PERINATALES

VARIABLE	TIP	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
<b>Control del embarazo</b>	Cualitativa ordinal	Acciones tendientes a la supervisión periódica de la evolución de la gestación.	Datos registrados en la H.C. que manifiesten o no el cumplimiento del protocolo establecido en las metas prestacionales del MSP.	Embarazo controlado; Embarazo no controlado.
<b>Patologías durante embarazo</b>	Cualitativa nominal	Alteraciones de salud sufridas por la madre durante el período gestacional.	Datos registrados en H. C. que indiquen patologías sufridas durante el embarazo.	Las que correspondan. Durante el embarazo se consignarán las Patologías Maternas Prevalentes (Rotura prematura de membranas, Pre eclampsia, Amenaza de parto prematuro, Infección urinaria, Hipertensión previa, "otras patologías").
<b>Tipo de parto</b>	Cualitativa Nominal	Forma en que finaliza el embarazo, dando por resultado el nacimiento del RN	Datos registrados en la H. C. que indiquen la vía por la cual finaliza el embarazo	Vaginal Cesárea
<b>Edad gestacional</b>	Cuantitativa continua	Tiempo de gestación del recién nacido, en semanas completas transcurridas desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento.	Datos registrados en la H. C. que indiquen las semanas de gestación al momento del parto	Menor de 37 semanas de gestación; entre 37 y 42 semanas de gestación; mayor de 42 semanas de gestación.
<b>Peso al nacer</b>	Cuantitativa continua	Se refiere a la masa corporal expresada en gramos al momento de nacer.	Dato registrado en la H. C. que indique en gramos el peso al nacimiento	R.N. con bajo peso (BPN) (menos o igual de 2500 grs.) R.N. con muy bajo peso (MBPN) (peso menor de 1500 grs.) R.N. con extremo bajo peso (EBPN) (peso menor de 1000 grs.)  R.N. con peso elevado (mayor a 4000 grs.)

<b>Patologías del recién nacido</b>	Cualitativa a nominal	Enfermedades presentadas por el R.N. entre el nacimiento y el egreso del hospital.	Datos registrados en la H.C. que indiquen si el RN presentó patologías al nacer	Las que correspondan según Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª R.
<b>Alimentación</b>	Cualitativa a nominal	Tipo de alimento que recibe el niño	Se tomarán los registros de la H. C. durante los cuales el niño recibió la lactancia materna, artificial o alimentos sólidos.	Lactancia materna exclusiva; Lactancia artificial. Alimentos sólidos

## ANTECEDENTES FAMILIARES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
<b>Edad materna</b>	Cuantitativa continua	Tiempo vivido en años, desde el nacimiento a la fecha.	Datos registrados en H.C. de la edad de la madre del niño	La que corresponda
<b>Nivel social</b>	Cualitativa a categórica	Los aspectos sociales se definen por el nivel de instrucción de la madre del niño, conformación del núcleo familiar, edad materna, vivienda, ocupación de los responsables del niño.	Datos registrados en la H. C. que indiquen los estudios cursados por la madre. (Se especificará en cada categoría si el curso es Completo o Incompleto.); conformación núcleo familiar, vivienda Variable compleja desagregada para su estudio	
<b>Nivel de estudios materno</b>	Cualitativa a ordinal	Último curso escolar aprobado	Registro en la HC que indique el último grado escolar cursado por la madre	Sin estudios; Primaria completa/incompleta; Secundaria completa/incompleta; Estudios terciarios; Otros.
<b>Ocupación materna</b>	Cualitativa a nominal	Trabajo realizado por la madre por el cual recibe una remuneración	Datos registrados en la H.C.	El que corresponda
<b>Edad paterna</b>	Cuantitativa continua	Tiempo vivido en años, desde el nacimiento a la fecha.	Datos registrados en H.C.	La que corresponda
<b>Nivel de estudios paterno</b>	Cualitativa a ordinal	Último curso escolar aprobado.	Registro en la HC que indique el último grado escolar cursado por el padre	Sin estudios; Primaria completa/incompleta; Secundaria completa/incompleta; Estudios terciarios; Otros.
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Trabajo por el cual el	Datos registrados en la H.C.	El que corresponda

<b>del padre</b>	a nominal	padre recibe una remuneración		
<b>Integrantes del hogar</b>	Cuantitativa discreta	Personas con quienes el niño comparte la vivienda.	Datos registrados en la H.C	Padre; Madre; Hermanos; Otros. La categoría "Otros" comprende abuelos, tíos, primos y cualquier persona que, perteneciendo o no a la familia, conviva con el niño. Para "Hermanos" y "Otros" anotar el número.
<b>Tipo de familia</b>	Cualitativa a nominal	Variantes del conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.	Datos registrados en la H. C	Nuclear Monoparental madre / padre/ hijos Extensa Ensamblada

## DATOS SOBRE LA VIVIENDA

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
<b>Tipo de vivienda</b>	Cualitativa a nominal	Características de los materiales de construcción del espacio físico donde reside el niño.	Datos registrados en la H.C.	Construcción de material; Construcción de chapa; Construcción de cartón.
<b>Agua potable</b>	Cualitativa a nominal	Disponibilidad o presencia de instalaciones para el acceso al agua potable.	Datos registrados en la H.C.	Posee dentro del hogar; Fuera del hogar. Otros
<b>Eliminación de excretas</b>	Cualitativa a nominal	Disponibilidad de instalaciones para el manejo adecuado de las excretas.	Datos registrados en la H.C	Conectado a la red pública; No conectado a la red pública; Fuera del hogar; Dentro del hogar.
<b>Luz Eléctrica</b>	Cualitativa a nominal	Presencia de luz eléctrica dentro de la vivienda.	Datos registrados en la H.C	Posee No posee
<b>Cohabitación</b>	Cualitativa a nominal	Situación donde el niño comparte la misma habitación con otra/s persona/s.	Datos registrados en la H.C	Si No

<b>Colecho</b>	Cualitativa nominal	Situación donde el niño comparte la cama con otra/s persona/s.	Datos registrados en la H.C.	Si No
<b>Hábito tabáquico en el hogar</b>	Cualitativa nominal	Presencia de fumadores en el hogar	Datos registrados en la H.C.	Si No
<b>Contaminación ambiental en la zona de residencia</b>	Cualitativa nominal	Vivienda ubicada en zona donde se queman residuos, existen fábricas, curtiembres, no existe mecanismo de recolección municipal de residuos, se acumulan y/o queman residuos, se manufactura o explotan elementos potencialmente contaminantes	Datos registrados en la H.C. Sobre existencia de fábricas, curtiembres, industrias basurales cercanos a la vivienda	Si No

#### 4.6 Análisis y procesamiento de datos

Luego del relevamiento de los datos mediante la revisión de historias clínicas del Archivo Central del hospital pediátrico de referencia nacional, con la orientación de los formularios de epicrisis, se realizó el tratamiento estadístico de los mismos.

Se elabora primeramente una base de datos en el programa Excel, para luego realizar el análisis estadístico uni y multivariado con su correspondiente representación gráfica.

Para el tratamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial según el alcance planteado en el estudio.

Dada la relativa información proporcionada por las medidas de posición (media, mediana, moda) éstas se complementaron con información adicional aportadas por las medidas de dispersión. Se estableció el desvío estándar para conocer el grado de dispersión que presentan los datos con respecto a la media.

Se aplicó la *V de Cramer* para realizar el análisis de las variables cualitativas y la *R de Pearson* para el análisis de las variables cuantitativas, así como el *chi cuadrado* ( $\chi^2$  o contingencia cuadrática) en el cual se basa su cálculo (Ver anexo N° 1).

En el caso de la *V de Cramer* se realizó un análisis bi variado para conocer la existencia de asociación entre las variables cualitativas, estableciéndose un coeficiente de asociación, para ello se determinó primero el tipo de variable. La *V*

*de Cramer* es una corrección que se puede aplicar al coeficiente *chi cuadrado*, lo cual permite obtener un índice con valor máximo (que indica el grado de asociación entre variables) igual a 1 (el valor mínimo es 0, que indica NO asociación). En la representación lineal se establece una escala de 0 a 0,10 (el grado de asociación es nulo), de 0,10 a 0,25 el valor es débil, de 0,25 a 0,40 el valor es medio, de 0,40 a 0,60 el valor de asociación es alto, de 0,60 a 0,80 el valor es muy alto, de 0,80 a 1 es asociación total.

Para conocer el coeficiente de correlación de las variables cuantitativas, se aplica la *R de Pearson*. El mismo es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente, con distribución normal. Esto significa que puede haber variables fuertemente relacionadas, pero no de forma lineal. Sus valores absolutos oscilan entre 0 y 1. El signo del coeficiente de correlación de Pearson oscila entre  $-1$  y  $+1$ . No obstante ha de indicarse que la magnitud de la relación se especifica por el valor numérico del coeficiente, reflejando el signo la dirección de tal valor. En este sentido, tan fuerte es una relación de  $+1$  como de  $-1$ . En el primer caso la relación es perfecta positiva y en el segundo perfecta negativa. Decimos que la correlación entre dos variables X e Y es perfecta positiva cuando exactamente en la medida que aumenta una de ellas aumenta la otra. Se dice que la relación es perfecta negativa cuando exactamente en la medida que aumenta una variable disminuye la otra. En los fenómenos humanos, fuertemente cargados de componentes aleatorios, no suelen ser posible establecer relaciones funcionales exactas, por lo cual se hallaron sólo relaciones funcionales.

En el presente estudio la variable dependiente estuvo determinada por el número de reingresos, considerando que la misma es la que condiciona el proceso.

Se conformaron tablas bi-variadas, y para la presentación de los datos se utilizaron tablas simples y compuestas, gráficos lineales, de barra y sectoriales.

Si bien dentro de las patologías del RN se contabilizaron los PEG, los cuales alcanzaron una representación de 44% y considerando que es una condición y no una patología en sí misma; dada las comorbilidades que trae aparejado (depresiones respiratorias, SFR), se incluyó dentro de las mismas.

## **5. PRESENTACION DE RESULTADOS**

A los efectos de presentar el informe del tratamiento de las variables, se clasifican las mismas (ver tabla n° 1) en relación al objeto de estudio (el niño/ niña) y como forma de facilitar al lector la lectura de las mismas.

Tabla n° 1 Clasificación de las variables atendiendo al objeto de estudio.

VARIABLES DEL NIÑO- NIÑA	VARIABLES DE LA MADRE - PADRE	VARIABLES DEL CONTEXTO
Reingresos	Edad	Tipo de familia
Edad	Nivel de estudio	N° de integrantes
Sexo	Ocupación laboral	N° de hermanos
Procedencia	Control del embarazo	Nivel socio económico
Tipo de reingreso	Patología del embarazo	Tipo de vivienda
Días de estancia	Tipo de parto	Agua potable en la vivienda
Distancia entre reingresos		Eliminación de excretas
Categoría diagnóstica		Luz eléctrica en la vivienda
Estado nutricional		Cohabitación
Vacunas		Colecho
Edad gestacional	Edad del padre	Tabaco en el hogar
Peso al nacer	Nivel de estudio	Ambiente contaminado en
Patología del recién nacido	Ocupación	Zona de residencia
Alimentación del 1er año		Presencia de productos químicos
		Presencia de curtiembre
		Presencia de basurales
		Presencia de chatarrerías
		Presencia de metalúrgica
		Existencia de saneamiento

Fuente: historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2014

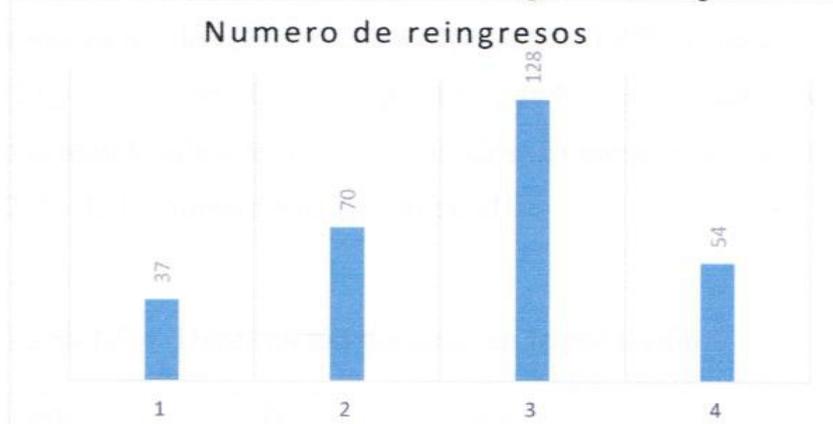
## VARIABLES DEL NIÑO/ NIÑA

Tabla N° 2. Distribución de la población según reingresos

N° Reingreso	FA	FR%
1er reingreso	37	13%
2do reingreso	70	24%
3er reingreso	128	44%
4to reingreso	54	19%
Total	289	100%

Fuente: historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2014

Grafico N°1 Distribución de los reingresos en la población



El 44% de la muestra analizada ha tenido tres (3) reingresos; el 24% ha reingresado dos (2) veces; el 19% ha tenido cuatro (4) y el 13% ha tenido un solo reingreso.

Tabla N°3. Distribución de la población según edad

Rango de Edad	FA	FR%
<1 año	58	20%
>1 año <2 años	120	42%
>2 años <3 años	72	24%
>3años <5años	39	14%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 2 Distribución de la edad en la población



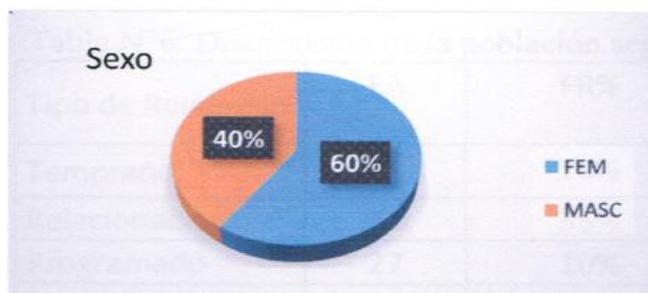
La edad promedio (media) de los niños reingresados en el período 2004- 2014, en los servicios del hospital pediátrico de referencia es de un año (1), dos (2) meses y veintiocho (28) días. La edad que tiene mayor incidencia (moda) en

los reingresos es de dos (2) años. El 50% de los reingresos (mediana) no superan los dos (2) años, dos (2) meses. El 25% (quintil 1) no superan el año (1) y un (1) mes. El 75% (quintil 3) de los reingresados de la muestra no exceden la edad de tres (3) años, dos (2) meses y diecisiete (17) días, o que el 25% de la muestra excede esa edad.

Tabla N° 4. Distribución del sexo en la población

Sexo	FA	FR%
Femenino	172	60%
Masculino	117	40%

Grafico N° 3 Distribución de la población según sexo

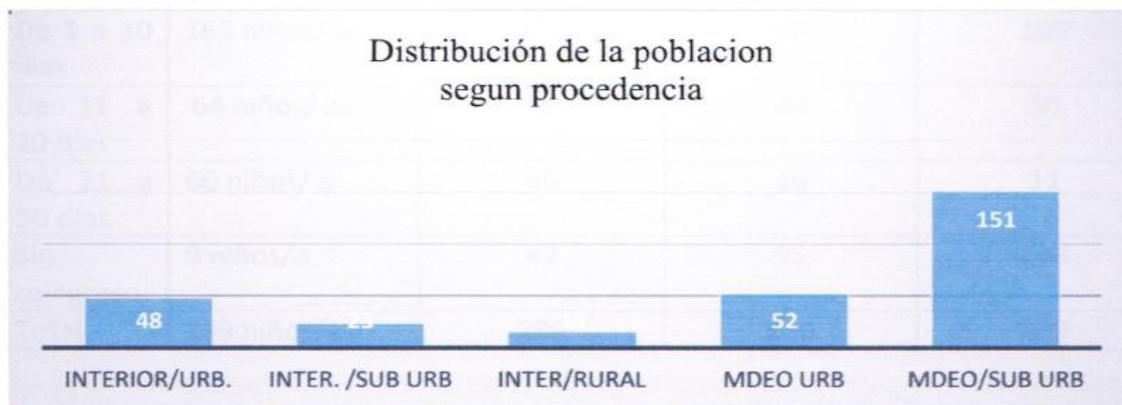


La muestra analizada de los reingresos hospitalarios a los servicios pediátricos tiene un 60% de población femenina y un 40% de población masculina

Tabla N° 5 Distribución de la población según procedencia

Procedencia	FA	FR Acumulada	Frecuencia Relativa %
Montevideo/Sub	151	151	52.24%
Montevideo/Urb.	32	183	11.07%
Montevideo	11	194	3.80%
Interior/Urb.	48	242	16.60%
Inter/Sub Urb.	23	265	7.95%
Inter/Rural	15	280	5.19%
Inter.	9	289	3.11%
TOTAL	289		100%

Grafico N° 4 Distribución de la población según procedencia

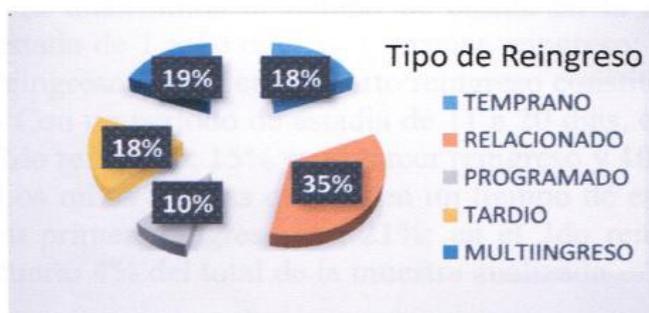


De la muestra analizada, el 67 % procede del departamento de Montevideo, viviendo en zona suburbana 11. %; el 4% específica en "Montevideo". De la muestra también surge que el 33% proceden del interior del país. Correspondiendo del interior urbano el 17 %, del área sub urbana el 8% y del interior rural. Clasificado como "interior" es el 3%.

Tabla N°6. Distribución de la población según el tipo de reingreso

Tipo de Reingreso	FA	FR%
Temprano	53	18%
Relacionado	102	35%
Programado	27	10%
Tardío	53	18%
Multi-ingreso	54	19%

Grafico N° 5 Distribución de la población según tipo de reingreso

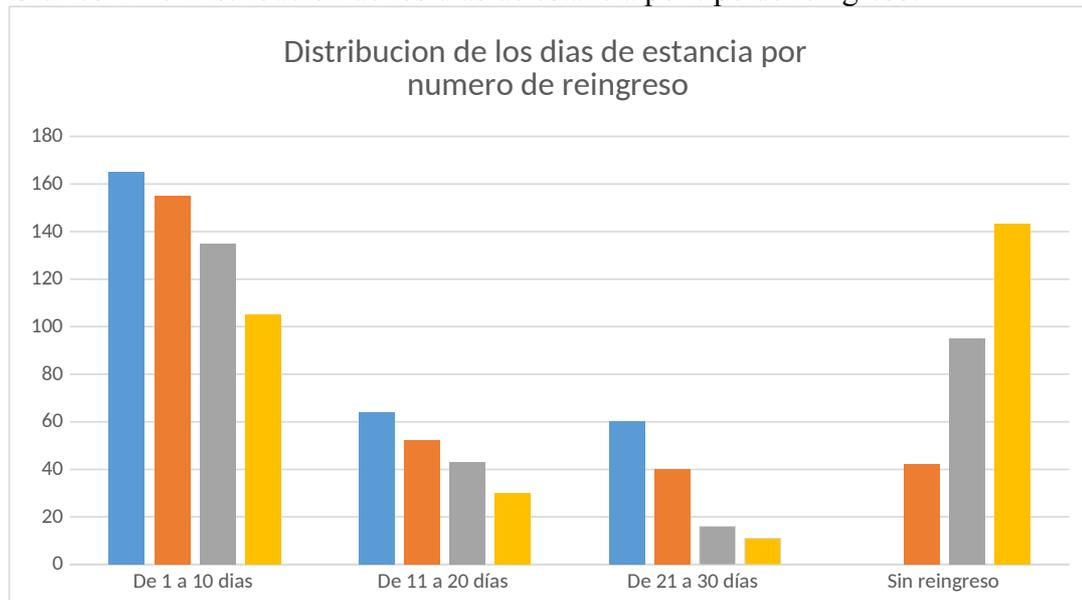


De la muestra analizada, el 35% corresponde a los reingresos definidos como "relacionado"; en 18% se presentan los reingresos "temprano" y "tardío"; el "multingreso"

Tabla N°7. Distribución de los días de estancia según N° de reingreso

De 1 a 10 días	165 niños/ as	155	135	105
De 11 a 20 días	64 niños/ as	52	43	30
De 21 a 30 días	60 niños/ a	40	16	11
Sin reingreso	0 niños/a	42	95	143
Total	289 niños/a	289	289	289

Grafico N° 6 Distribución de los días de estancia por tipo de reingreso.



De los reingresos analizados, 100% tiene un reingreso; 85 % tiene dos reingresos; 67% tiene tres reingresos y 50% tienen hasta cuatro ingresos.

- Si analizamos el tiempo de estada en la institucion, 57% tiene un periodo de estada de 1 a 10 dias en el primer reingreso; en el 2do reingreso 53%; en el tercer reingreso 48% y en el cuarto reingreso constituyen 36%.

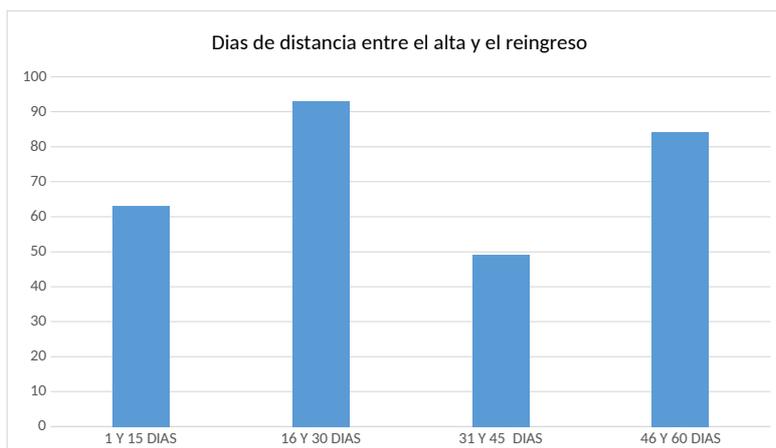
- Con un periodo de estadia de 11 a 20 dias, en el primer reingreso 22%; 18% en el 2do reingreso; 15% en el tercer reingreso y 10% en el cuarto reingreso.

Los niños y niñas que tienen un tiempo de estadia institucional de 21 a 30 dias en su primer reingreso son 21%; en el 2do reingreso 14%; en el tercero 5% y en el cuarto 4% del total de la muestra analizada

Tabla N°8. Distribución de los tiempos de reingresos

DIAS	FA	FR%
1 a 15	63	22%
16 a 30	93	32%
31 a 45	49	17%
46 a 60	84	29%
Totales	289	100%

Grafico N°7 Intervalo de tiempo entre reingresos



De la muestra analizada, 22%, sesenta y tres (63) entre 1 y 15 días tiene otro reingreso, constituyendo lo ya definido como reingreso “temprano”. Noventa y tres (93) niños o niñas reingresan en un período entre 16 y 30 días luego del último reingreso, constituyendo el 32% de la muestra, lo que lo define como “reingreso”. Cuarenta y nueve (49) niños o niñas tardan en tener un reingreso luego del último, entre 31 y 45 días, constituyendo 17% de la muestra y definido como reingreso “tardío”. Es también un reingreso de esta categoría, los niños o niñas que demoran en reingresar entre 46 y 60 días desde el último reingreso, que son ochenta y cuatro (84), 29%.

Tabla N°9 Distribución de las categorías diagnósticas de los reingresos

Diagnósticos	FA	FR
BQL	65	22.49%
NEUMONIAS	54	18.68%
IRA	49	16.95%
NA RECURRENTE	3	1.03%
LARINGITIS	5	1.73%
NAC C/DERR	9	3.11%
CELULITIS	7	2.42%
INFECC HERIDA	7	2.42%
CONVULSION	20	6.92%
DIARREA	33	11.41%
I URIN	10	3.46%
LUES CONG	3	1.03%
NAC C/DERR	9	3.11%
ALERGIA ATB	3	1.03%
OTROS	21	7.25%
TOTAL	289	100%

Fuente: historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2014

Grafico N° 8 Distribución de las categorías diagnósticas

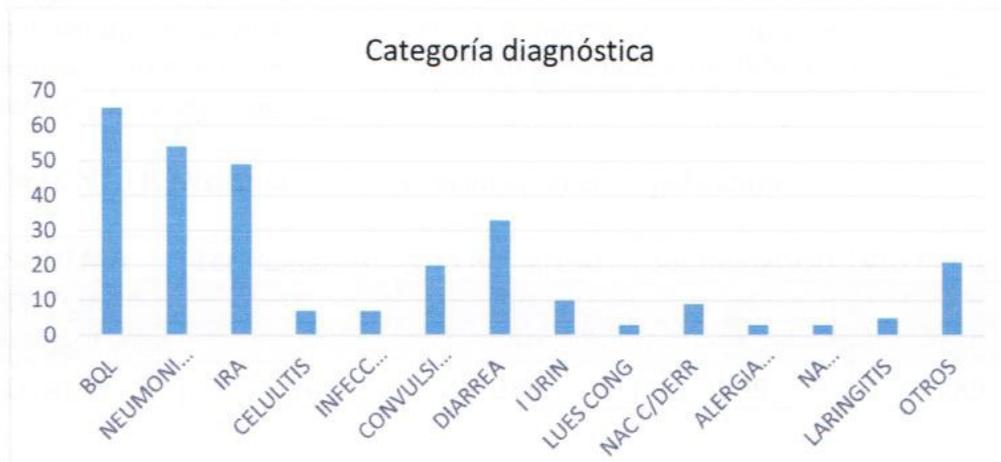
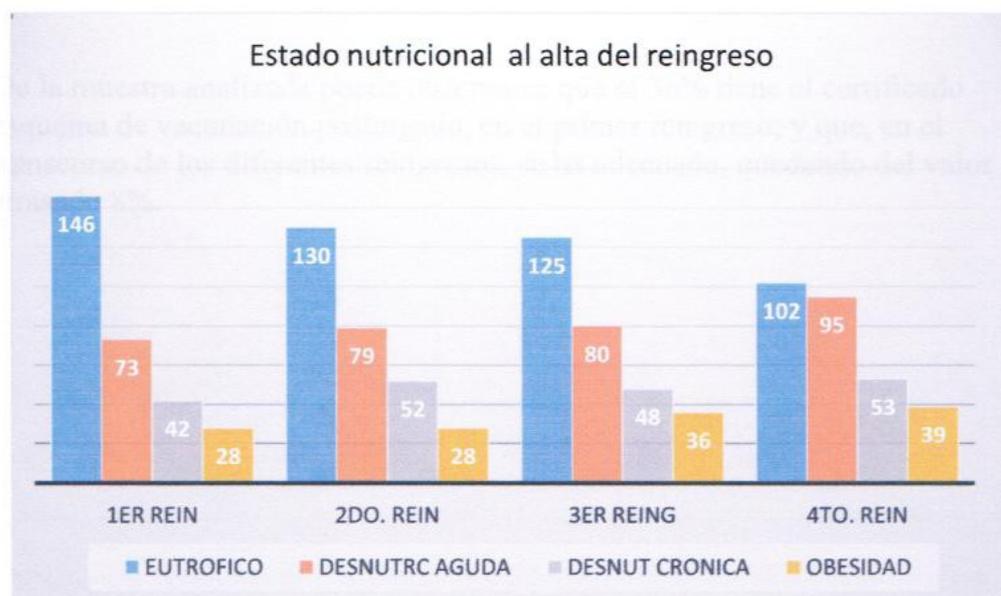


Tabla N° 10. Distribución del estado nutricional de la población.

Estado Nutricional	1er Reingreso	2do Reingreso	3er Reingreso	4to Reingreso
Eutrófico	146	130	125	102
Desnutrición Aguda	73	79	80	95
Desnutrición Crónica	42	52	48	53
Obesidad	28	28	36	39
TOTAL	289	289	289	289

Grafico N° 9 Estado nutricional al alta

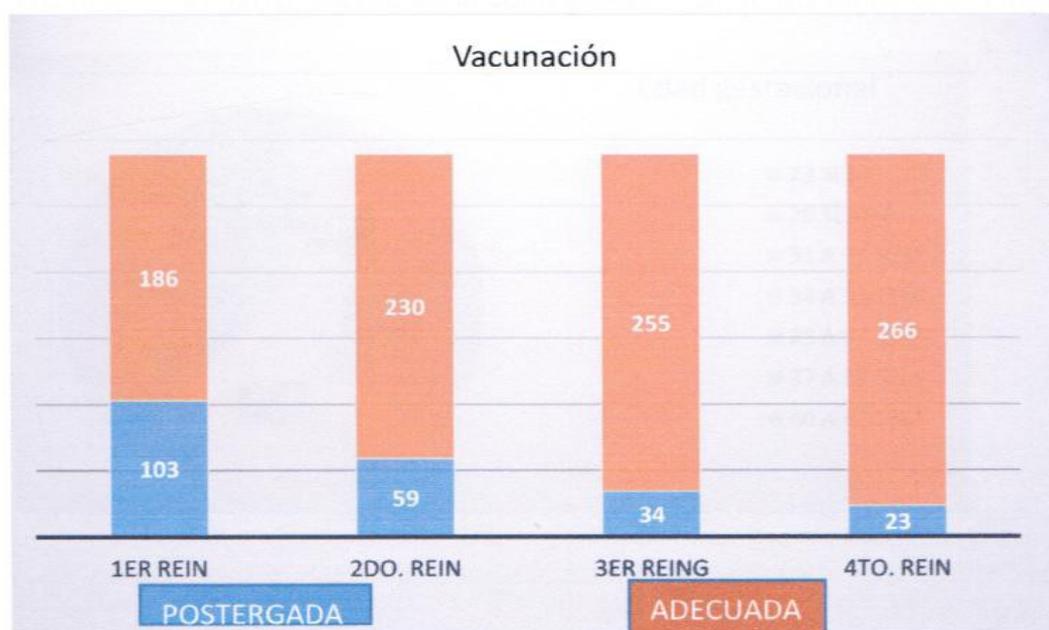


Se puede inferir que el estado nutricional al alta, está relacionado con el reingreso dado que los niños o niñas con estado nutricional eutrófico, mayoritariamente predominan con un reingreso y los reingresos con desnutrición aguda tienen aumentada su presencia a medida que aumenta el número de reingresos

Tabla N° 11. Distribución de la vacunación en la población

ESQUEMA	1er Reingreso	2do Reingreso	3er Reingreso	4to Reingreso
ADECUADA	103	59	34	23
INADECUADA	186	230	255	266
TOTALES	289	289	289	289

Gráfico N° 10 Distribución de la vacunación en la población



De la muestra analizada puede observarse que el 36% tiene el certificado esquema de vacunación postergado, en el primer reingreso, y que, en el transcurso de los diferentes reingresos, se ha adecuado, quedando del valor atrasado 8%.

Tabla N° 12. Distribución de la edad gestacional de los niños con reingresos

Edad gestacional	Cantidad de niños con R
23 Semanas	15
28 Semanas	33
31 A 33 Semanas	60
34 A 35 Semanas	72
35 A 37 Semanas	53
37 A 39 Semanas	48
40 A 42 Semanas	8
TOTAL	289

Grafico N° 11 Distribución de la edad gestacional de los niños con reingresos.

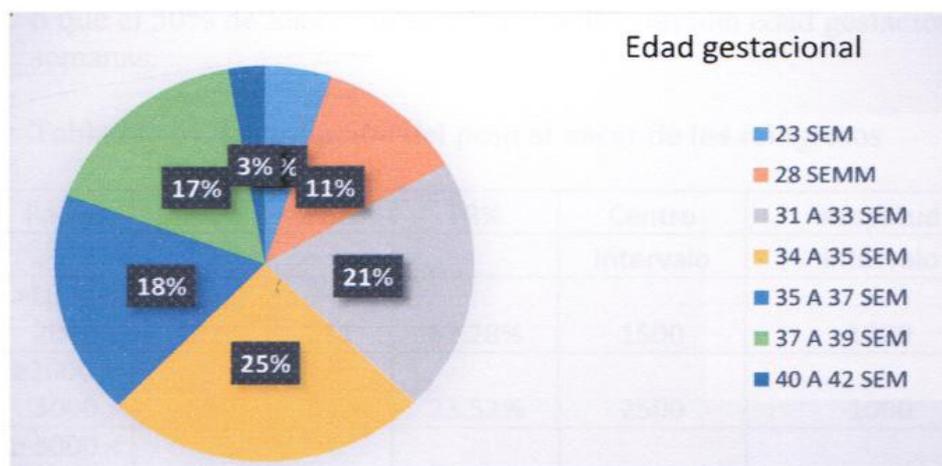
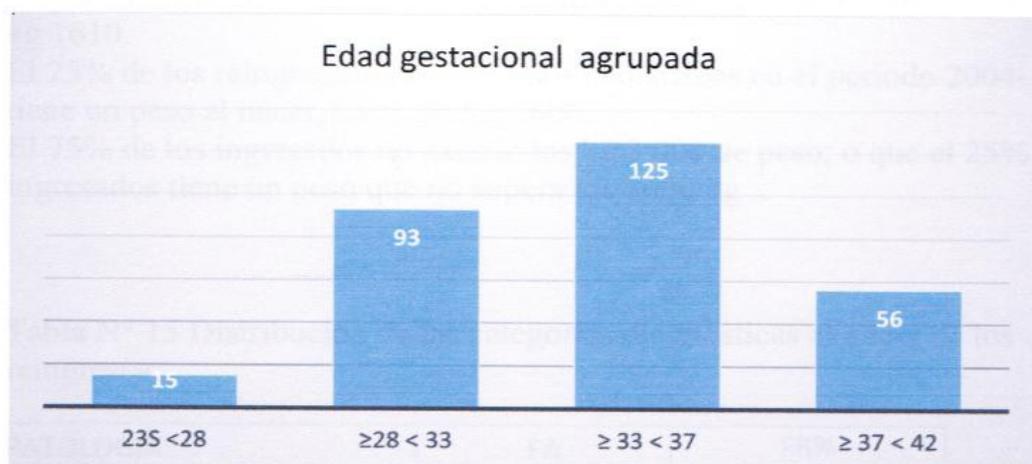


Tabla N° 13 Distribución de la edad gestacional agrupada en la población

Rango	FA	FAA	Centro Intervalo	Amplitud Intervalo
23s <28	48	58	25.5	5
≥28 < 33	93	178	30.5	5
≥ 33 < 37	125	250	35	4
≥ 37 < 42	56	289	39.5	5
TOTAL	289			

Grafico N° 12 Distribución de la edad gestacional agrupada en la población

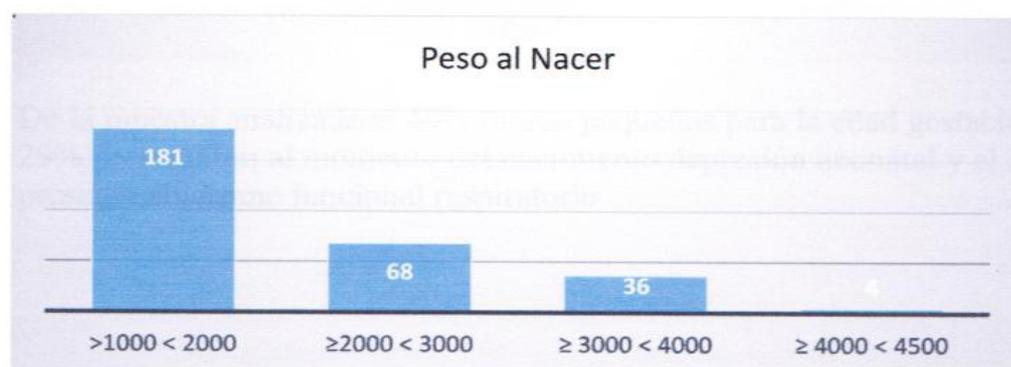


En la muestra analizada, el promedio de la edad gestacional que han tenido los reingresos al nacer es de 34 semanas; siendo la mediana de 36 semanas; o que el 50% de los reingresos han nacido con una edad gestacional de 36 semanas.

Tabla N° 14. Distribución del peso al nacer de los reingresos

Rango	FA	FAA	FR%	Centro Intervalo	Amplitud Intervalo
>1000 < 2000	181	181	62.28%	1500	1000
≥2000 < 3000	68	249	23.52%	2500	1000
≥ 3000 < 4000	36	285	12.45%	3500	1000
≥ 4000 < 4500	4	289	1.38%	4250	1500
TOTAL	289		100%		

Grafico N° 13 Distribución del peso al nacer de los reingresos



Al momento del reingreso los niños y niñas tienen un peso promedio de 1503 al nacer. El 50% de los reingresados, no supera los kg 2536.55 y el peso con mayor incidencia en los servicios pediátricos en el periodo 2004- 2014 es de kg 1610.

El 25% de los reingresados en servicios pediátricos en el periodo 2004- 2014 tiene un peso al nacer, hasta de Kg 2600.

El 75% de los ingresados no excede los kg 3.000 de peso; o que el 25% de los ingresados tiene un peso que no supera los 3000 kg

Tabla N° 15 Distribución de las categorías diagnósticas al nacer de los reingresos.

PATOLOGIA	FA	FR%
Depresión Neonatal	83	29%
Sind. Funcional Respiratorio	58	20%
Pequeño Edad Gestacional	127	44%
Lúes Congénito	7	2%
Hidrocefalia	3	1%
Falla Paladar	2	0.7%
Sind. De Down	2	0.7%
Hipoglicemia	7	2%
TOTALES	289	100%

Grafico N° 14 Distribución de las categorías diagnósticas al nacer de los reingresos

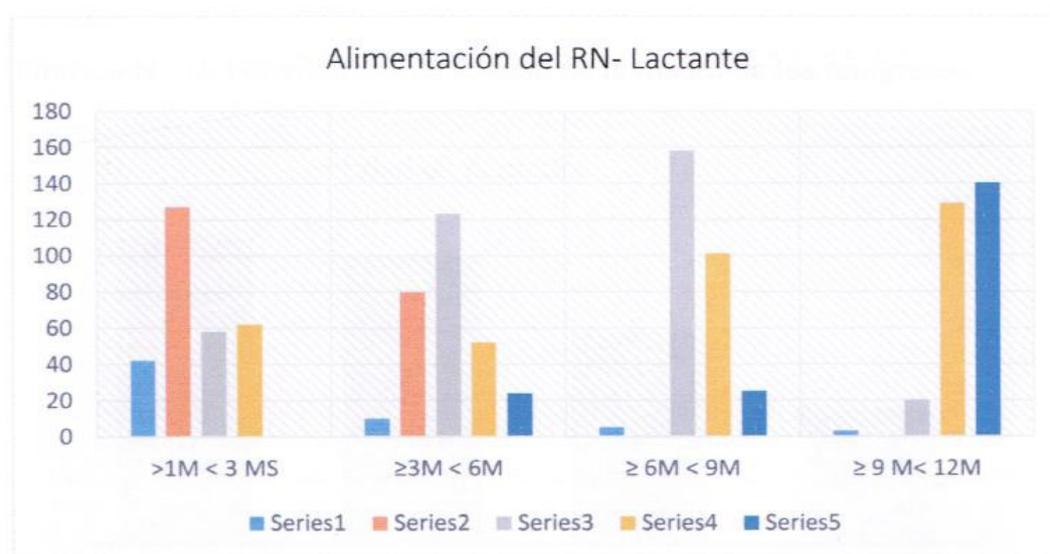


De la muestra analizada el 44% fueron pequeños para la edad gestacional, el 29% presentaron al momento del nacimiento depresión neonatal y el 20% presento síndrome funcional respiratorio.

Tabla N° 16 Distribución de la alimentación en el primer año de vida en los reingresos

PERIODO	Pecho D Exclusivo	Pecho Ordeñado	Leche Artificial	Leche Modificada	Sólidos	TOTAL
>1M < 3 MS	42	127	58	62	0	289
≥3M < 6M	10	80	123	52	24	289
≥ 6M < 9M	5	0	158	101	25	289
≥ 9 M< 12M	3	0	20	129	140	289

Grafico N°15. Distribución de la alimentación en el primer año de vida en los reingresos



El 44% de los reingresos fueron alimentados a pecho ordeñado en el primer trimestre de vida; 14% con pecho directo exclusivo; 20% con leche artificial y el 22% con leche modificada.

En el segundo trimestre, de ese 14% a pecho directo en forma exclusiva, solo continua el 0.34% alimentándose de igual forma. Del 44% alimentado con pecho ordeñado, continua con ello 28%. Aumenta la alimentación con leche artificial a 42%, disminuyendo la alimentación con leche modificada a 20%. Aparece como forma de alimentación, agregado los sólidos en un 8% de los niños y niñas.

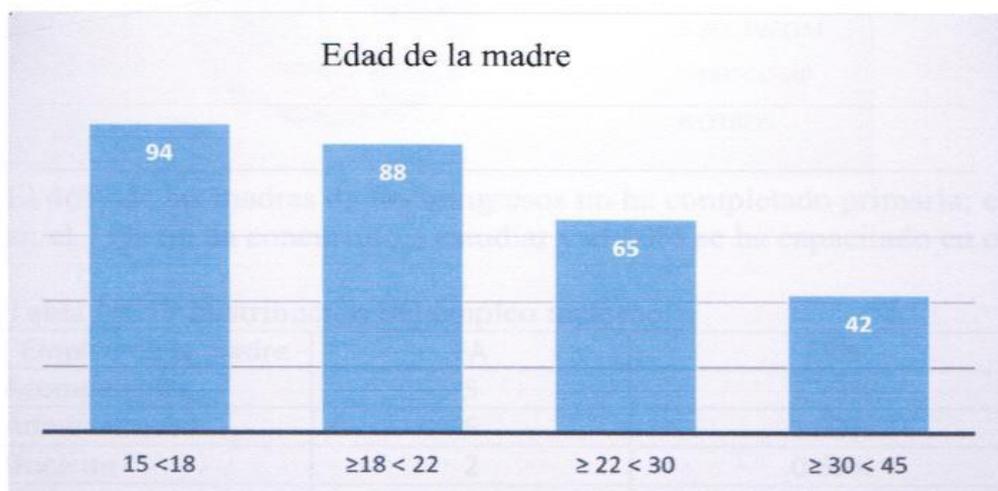
En el tercer trimestre predomina la alimentación con leche artificial (55%) y con leche modificada el 35% de los niños y niñas.

En el último trimestre del año predomina la alimentación con leche modificada en el 45% de los reingresos y continúan aumentando los sólidos en 49%.

Tabla N° 17 Distribución de la edad de la madre de los reingresos

EDAD	FA	FR%
15- 16	49	17%
17 - 18	45	15%
19- 20	48	16%
21- 22	40	14%
22- 24	38	13%
25- 30	27	9%
31- 35	25	9%
36- 40	12	4%
41- 45	5	2%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 16 Distribución de la edad de la madre de los reingresos

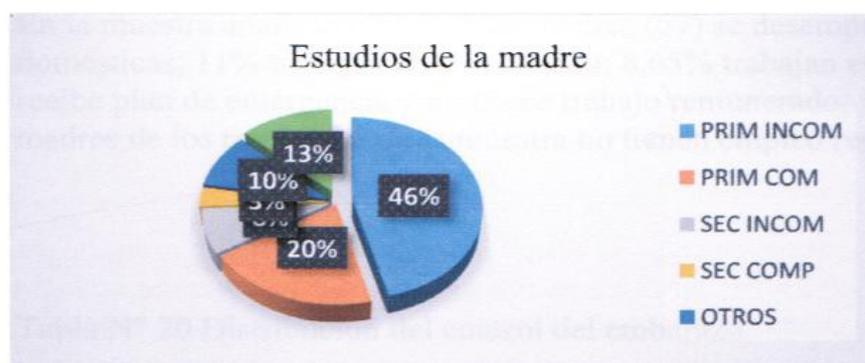


Las madres de la muestra analizada, tienen entre 15 y 18 años el 33%, el 30% tienen entre 18 y 22 años; el 22.49% entre 22 y 30 años y entre 30 y 45 años el 14%.

Tabla N° 18 Distribución del nivel de estudio materno.

Estudio materno	FA	FR%
Primaria incompleta	133	46%
Primaria completa	58	20%
Secundaria incompleta	23	8%
Secundaria completa	10	3%
Otros	28	7%
No	37	13%
TOTALES	289	100%

Grafico N° 17 Distribución del nivel de estudio materno.



El 46% de las madres de los reingresos no ha completado primaria; el 20% si; el 13% no ha concurrido a estudiar y el 10% se ha capacitado en otros.

Tabla N° 19 Distribución del empleo materno.

Empleo de la madre	FA	FR%
Acompañante	5	1.73%
Administrativa	5	1.73%
Docente	2	0.69%
Fabrica	25	8.65%
Domestica con cama	7	2.42%
Cocinera	10	3.36%
Domestica sin cama	57	19.72%
Jardines	8	2.76%
Peluquera	22	7.61%
Modista	9	3.11%
Manicura	2	0.69%
Plan de emergencia	23	7.95%
Quinta	8	2.76%
Reciclado	31	10.72%
Supermercado	8	2.76%
Tambo	5	1.73%
Zapatería	6	2.07%
Otros	5	1.73%
No	51	18%
TOTALES	289	100%

Gráfico N° 18 Distribución del empleo materno.



En la muestra analizada 20% de las madres (57) se desempeñan como domésticas; 11% trabajan en el reciclado; 8,65% trabajan en una fábrica; 8% recibe plan de emergencia y no posee trabajo remunerado, 18% de las madres de los reingresos de la muestra no tienen empleo remunerado.

Tabla N° 20 Distribución del control del embarazo

Control del embarazo	FA	FR%
No	218	75.43%
Si	71	24.56%
TOTAL	289	100%

Gráfico N° 19 Distribución del control del embarazo.



El 25% de los reingresos es producto de un embarazo controlado, el 75% no lo hizo de acuerdo al protocolo establecido por el SINS.

Tabla N° 21 Distribución de las patologías en el embarazo.

Patologías del embarazo	F	FR%
APP	45	15.57%
ASMA	12	4.15%
HEPATITIS A	5	0.73%
DIAB. GEST	18	6%
HERP. GENIT.	4	1.38%
HIPERTENS.	42	15%
I.U	40	14%
LUES S/TRAT	5	1.73%
LUES TRAT	8	2.76%
OBESIDAD	23	7.95%
PREECLAMPSIA	9	3.11%
TVP	5	1.73%
NO	73	25 %
TOTALES	289	100%

De la muestra analizada, las madres de los reingresos han presentado durante su gestación: amenaza de parto prematuro el 15.57%; el 14.53% hipertensión en el embarazo e infección urinaria el 13.84%. No presentó patología durante el embarazo el 25.25%.

Grafico N° 20 Distribución de las patologías en el embarazo.

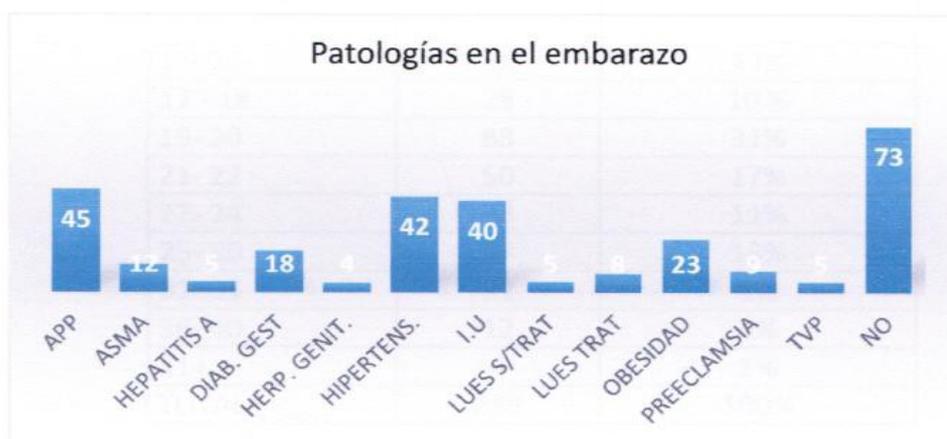
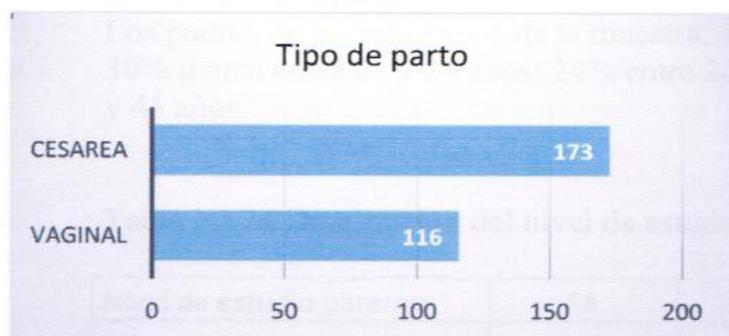


Tabla N° 22 Distribución del tipo de parto.

Tipo de parto	FA	FR
Vaginal	116	40%
Cesárea	173	60%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 21 Distribución del tipo de parto

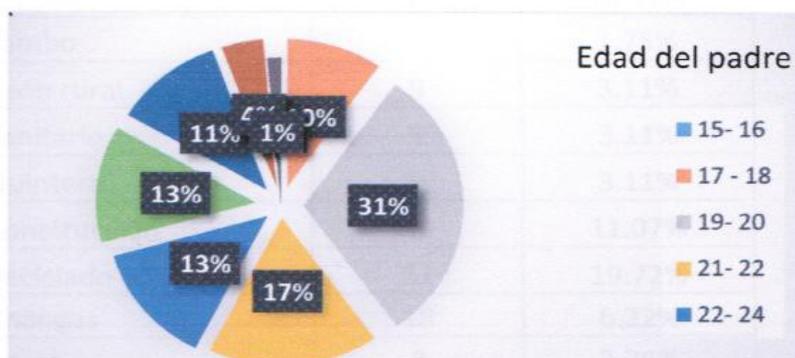


De la muestra analizada, el 40% de los partos son de tipo vaginal y el 60% son por cesárea.

Tabla N° 23 Distribución de la edad del padre

Edad del padre	FA	FR%
15- 16	0	13%
17 - 18	28	10 %
19- 20	88	31%
21- 22	50	17%
22- 24	38	11%
25- 30	37	13%
31- 35	32	1%
36- 40	12	4%
41+	4	1%
TOTAL	289	100%

Grafico N°22 Distribución de la edad del padre

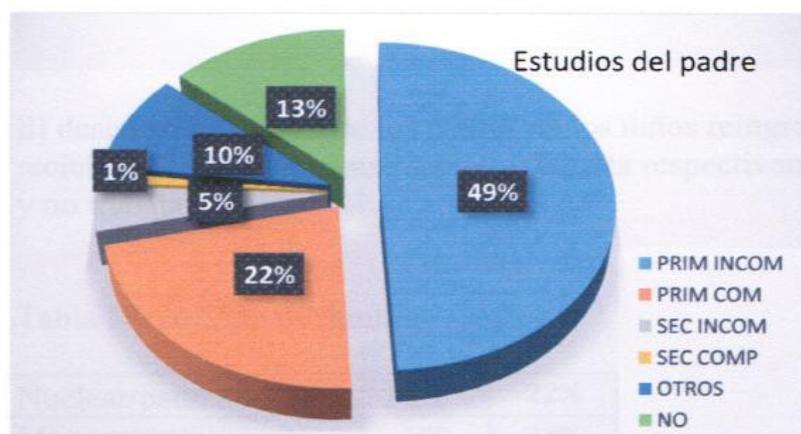


Los padres de los reingresos de la muestra, 40% tienen entre 17 y 20 años; 30% tienen entre 21 y 24 años; 24% entre 24 y 35 años y 6% tienen entre 35 y 45 años.

Tabla N° 24 Distribución del nivel de estudio del padre

Nivel de estudio paterno	FA	FR%
Primaria incompleta	142	49%
Primaria completa	64	22%
Secundaria incompleta	13	4%
Secundaria completa	3	1%
Otros	28	10%
No	39	13%
TOTALES	289	100%

Grafico N°23 Distribución del nivel de estudio del padre

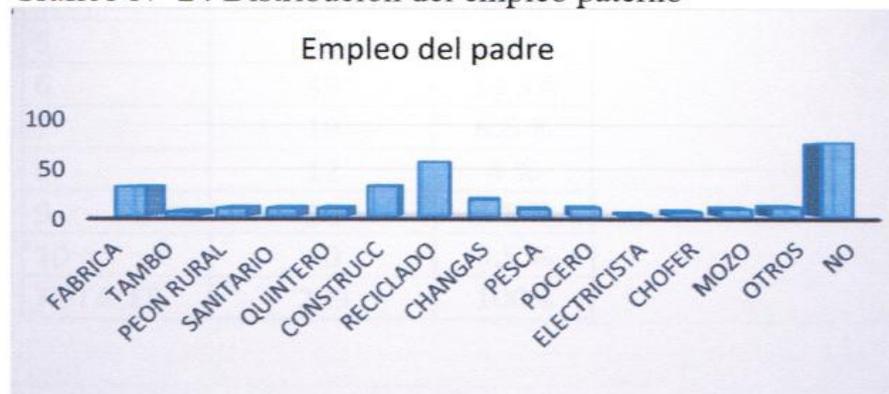


En la muestra analizada, 49% de los padres no han completado la escolaridad primaria; la han completado el 22%. En cuanto a la escolaridad secundaria, no han completado 4.5% y finalizaron secundaria 1%. El 10% se han capacitado en otro nivel, no universitario. No han recibido educación formal 13.5%

Tabla N° 25 Distribución del empleo paterno.

EMPLEO DEL PADRE	FA	FR%
Fabrica	31	10.72%
Tambo	5	1.73%
Peón rural	9	3.11%
Sanitario	9	3.11%
Quintero	9	3.11%
Construcción	32	11.07%
Reciclado	57	19.72%
Changas	18	6.22%
Pesca	8	2.76%
Pocero	9	3.11%
Electricista	2	0.69%
Chofer	5	1.73%
Mozo	8	2.76%
Otros	10	3.36%
No	77	26.64%
TOTALES	289	100%

Grafico N° 24 Distribución del empleo paterno

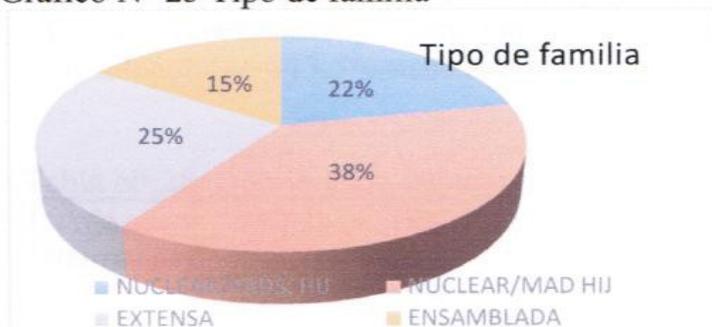


El desempeño laboral de los padres de los niños reingresados, 20% es en el reciclado; 11% en la construcción y fábrica respectivamente; 6% en changas y no trabaja 27%.

Tabla N° 26 Tipo de familia

Nuclear/padres hijos	63	22%
Monoparental/madre hijos	109	38%
Extensa	72	25%
Ensamblada	45	15%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 25 Tipo de familia

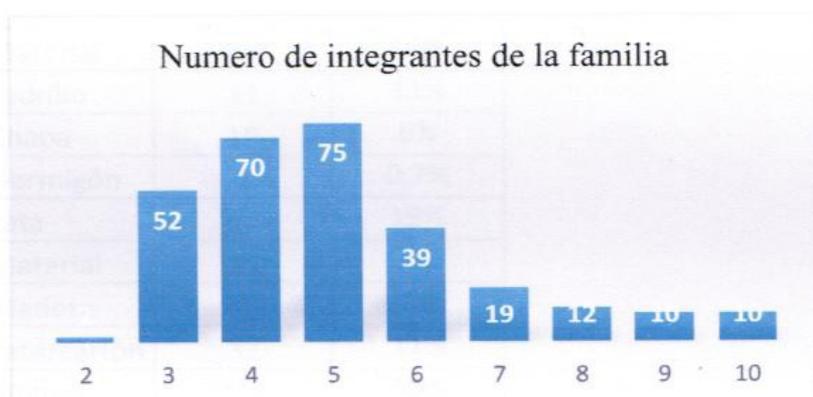


En la muestra estudiada, los niños y niñas que reingresan, el 22% vive en un hogar nuclear; el 38% vive en un hogar nuclear monoparental, siendo la madre el jefe de familia; el 25% está viviendo en una familia extensa y un 16% vive en una familia ensamblada

Tabla N° 27. Distribución del número de integrantes en la familia

Integrantes	FA	FR
2	2	0.7%
3	52	18 %
4	70	24 %
5	75	26 %
6	39	13.5%
7	19	6.6 %
8	12	4 %
9	10	3.5 %
10	10	3.5 %
TOTALES	289	100%

Grafico N° 26 Distribución del número de integrantes en la familia

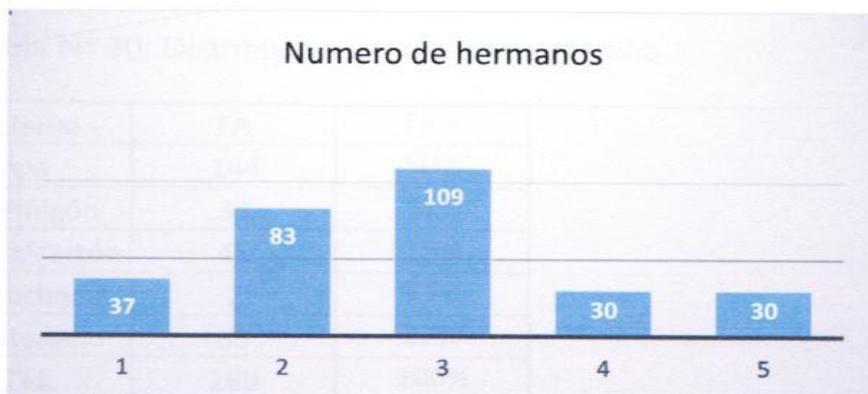


En la muestra analizada, 26% los reingresos en el período 2004- 2014, viven en una familia que tiene cinco (5) integrantes; 24% tienen cuatro (4) integrantes y 13.5% tiene seis (6) integrantes.

Tabla N° 28. Distribución del número de hermanos en la familia

N° de Hermanos	FA	FR%
1	37	13%
2	83	29%
3	109	37%
4	30	10%
5	30	10%
TOTALES	289	100%

Grafico N° 27 Distribución del número de hermanos en la familia

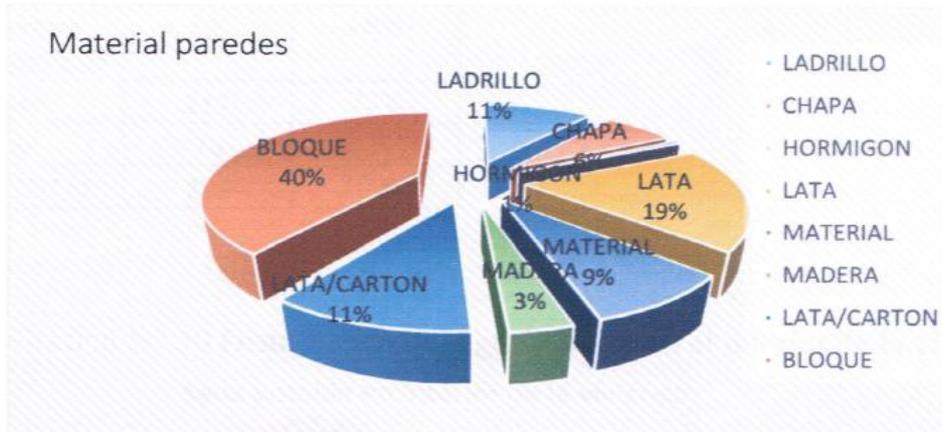


En la muestra analizada, 37% de los reingresos tienen tres (3) hermanos, 29% tiene dos (2) hermanos; 13% tiene un (1) hermano y 10%, cuatro y cinco hermanos respectivamente.

Tabla N° 29. Distribución del material de las paredes

Material	FA	FR%
Ladrillo	31	11%
Chapa	19	6%
Hormigón	2	0.7%
Lata	54	19%
Material	25	7%
Madera	10	3%
Lata/cartón	32	11%
Bloque	116	40%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 28 Distribución del material de las paredes

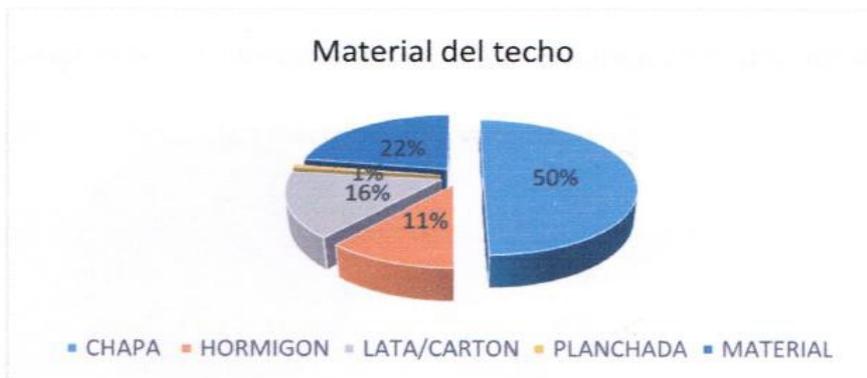


El material de construcción de las paredes es en 40% de bloques; de lata en 19%, lata o lata/ cartón en 11% respectivamente.

Tabla N° 30. Distribución del material del techo

Material	FA	FR%
Chapa	144	50%
Hormigón	33	11%
Lata/cartón	45	15%
Planchada	2	0.7%
Material	65	22%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 29 Distribución del material del techo



El material del techo de las viviendas está construido en 50% de chapa; 22% de material y 11% de hormigón

Tabla N° 31. Distribución del agua potable en el interior de la vivienda.

Agua potable	FA	FR%
No	211	73%
Si	78	27%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 30 Distribución del agua potable en el interior de la vivienda

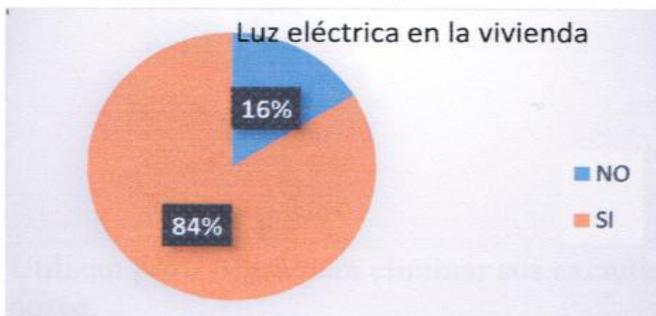


El 73% no cuenta con agua potable dentro de la vivienda, el 27% cuenta con agua potable al interior de la vivienda.

Tabla N° 32. Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda

Luz eléctrica	FA	FR%
No	46	16%
Si	243	84%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 31 Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda

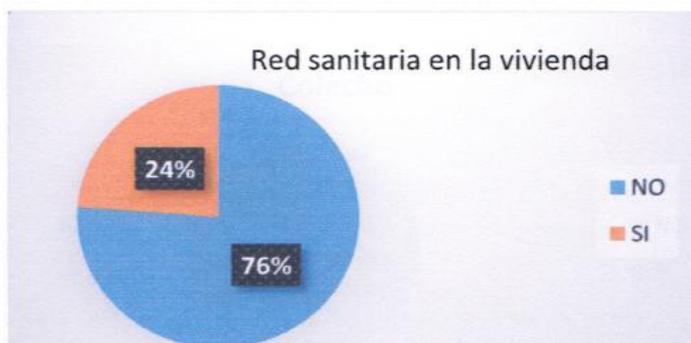


84% de los ingresos cuentan con luz eléctrica dentro de la vivienda.

Tabla N° 33. Distribución de red sanitaria en el interior de la vivienda

Sanitaria	FA	FR%
NO	220	76%
SI	69	24%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 32 Distribución de red sanitaria en el interior de la vivienda



No poseen red sanitaria el 76% de las viviendas y si cuentan con ella 24%

Tabla N° 34. Distribución de la eliminación de excretas.

Pozo negro	FA	FR%
Si	237	82%
No	52	18%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 33 Distribución de la eliminación de excretas.

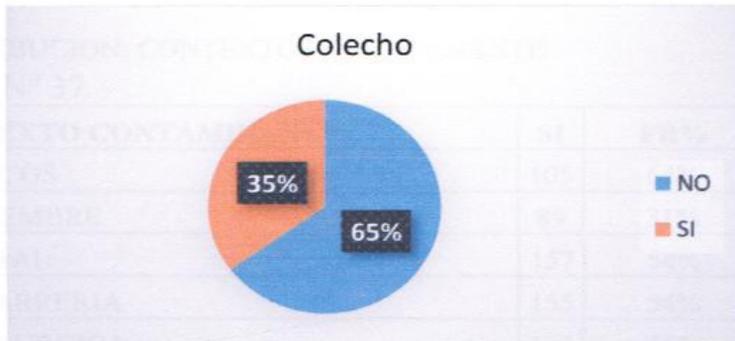


Utilizan pozo negro para eliminar sus excretas en 82% de las viviendas y 18% no posee.

Tabla N° 35. Distribución de la práctica de colecho

Colecho	FA	FR%
No	188	65%
Si	101	35%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 34 Distribución de la práctica de colecho



Se practica el colecho en 65% de las familias y no lo hacen 35%.

Tabla N° 36. Distribución de la práctica de cohabitación

Cohabitación	FA	FR%
No	88	30%
Si	201	70%
TOTAL	289	100%

Grafico N° 35 Distribución de la práctica de cohabitación



En el 70% de los hogares se practica cohabitación, en el 30% de los hogares no se practica

En relación a los materiales y servicios básicos de los hogares donde residen los niños con reingresos, se identificó que 40% de las familias habitan viviendas con paredes de bloques y techo de chapa en un 50%. El 73% no cuenta con agua potable al interior de la vivienda; el 84% de los hogares cuenta con luz eléctrica; mientras que el 76% de las viviendas carece de red sanitaria; a su vez el 82% utilizan como medio de eliminación de excretas, el pozo negro. En el 35% de las familias se practica colecho y en el 70% cohabitación.

### ASPECTOS ECOLOGICOS. CONTEXTO CONTAMINANTE.

DISTRIBUCION: CONTEXTO CONTAMINANTE

Tabla N° 37

CONTEXTO CONTAMINANTE	SI	FR%
QUIMICOS	105	64%
CURTIEMBRE	89	31%
BASURAL	157	54%
CHATARRERIA	155	54%
METALURGICA	161	56%
CONECTADOS A RED SANITARIA	196	33%

Gráfico N° 36 Contexto contaminante



En relación al contexto del barrio y de acuerdo a los datos analizados, desde el punto de vista ecológico se puede decir:

- Que el 36% de los reingresos vive en la zona donde se elaboran productos químicos

- Que en el 31% hay una curtiembre
- Que el 54% de los reingresos vive en un barrio con presencia de basurales
- Que el 54% tiene en su barrio una chatarrería
- Que el 56% tiene en la zona una metalúrgica
- Que el 67% de los barrios no está conectado a la red de saneamiento

Tabla N°37. Distribución del hábito tabáquico en la familia

Tabaco en la familia	FA	FR%
No	86	30%
Si	203	70%
TOTALES	289	100%



Cuadro N°43

Gráfico N° 42

En el hogar de los niños y niñas reingresadas en el período 2004 al 2014 existe la presencia de fumadores en 70% de las familias.

## TIPO DE REINGRESO EN RELACIÓN A LA PATOLOGÍA ÍNDICE

Tabla N°39. Distribución de la patología índice en el reingreso “temprano”

### REINGRESO TEMPRANO

1er reingreso	2do reingreso	3er reingreso	4to reingreso	TOTALES
Síndrome respiratorio	Crisis bronco obstructiva	Infección respiratoria alta	Bronquiolitis y/ o diarrea	
23	10	10	10	53

En los reingresos “temprano”, la patología índice que determina el mismo, esta, presente en el 43% de los casos de dicho reingreso.

Tabla N°40. Distribución de la patología índice en el reingreso “relacionado”

**REINGRESO RELACIONADO**

1er.reingreso	2do.reingreso	3er. reingreso	4to. reingreso	TOTAL ES
crisis bronco obstructiva: 20	neumopatía aguda: 15	crisis bronco obstructiva: 3	laringitis: 2	
crisis bronco obstructiva: 16	neumopatía c/ derrame: 2	neumopatía aguda : 20	crisis bronco obstructiva: 5	
bronquiolitis: 10	neumaptia s/ derrame; 3	laringitis: 2	laringitis: 1	
neumopatía aguda c/derrame: 2	neumopatía recurrente: 1	crisis bronco obstructiva: 2	laringitis: 2	
TOTAL: 48	TOTAL: 21	TOTAL: 27	TOTAL: 10	106

En el reingreso de tipo “relacionado”, la patología índice esta, presente en 45% de los diagnósticos de reingreso.

**TIPO DE REINGRESO EN RELACIÓN A LA EDAD DEL NIÑO- NIÑA**

Tabla 41. REINGRESOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL NIÑO/A

TIPO DE REINGRESO	0 A 1 AÑO	>1 < 3 AÑOS	>3 < 5 AÑOS
TEMPRANO	27	33	5
RELACIONADO	10	116	8
PROGRAMADO	3	8	3
TARDIO	3	10	17
MULTIINGRESO	15	25	6
TOTAL	58	192	39

Los reingresos de 0 a 1 año de edad tienen predominantemente (47%) reingresos de tipo temprano

En los niños y/ o niñas mayores de un año y hasta tres años, el reingreso relacionado esta, presente en 60% de la muestra tomada en ese rango

En los reingresos de 3 a 5 años, predomina en 43% de tipo tardío.

Gráfico N° 38: reingreso relacionado con la edad de los niños /as

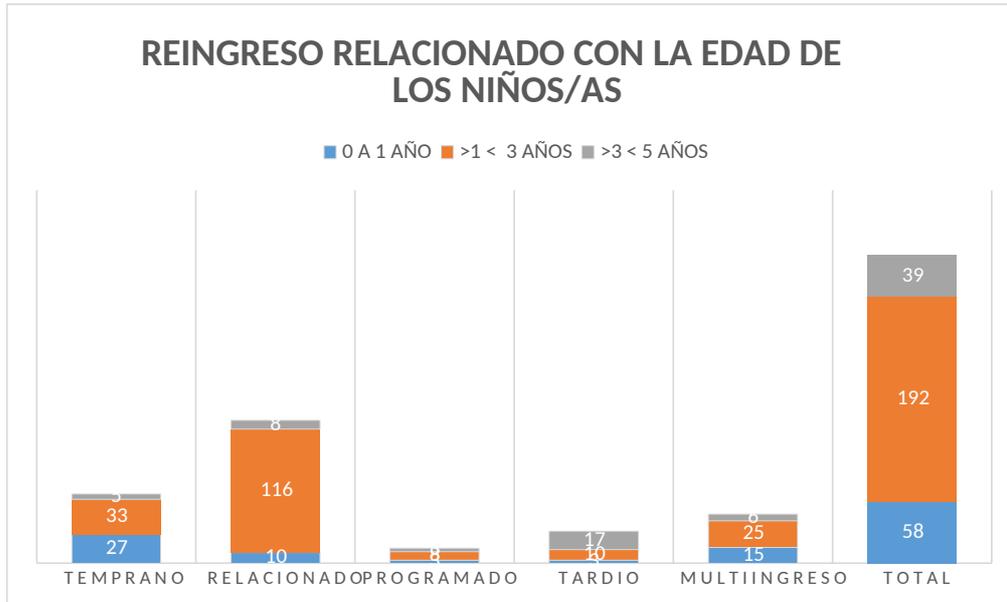
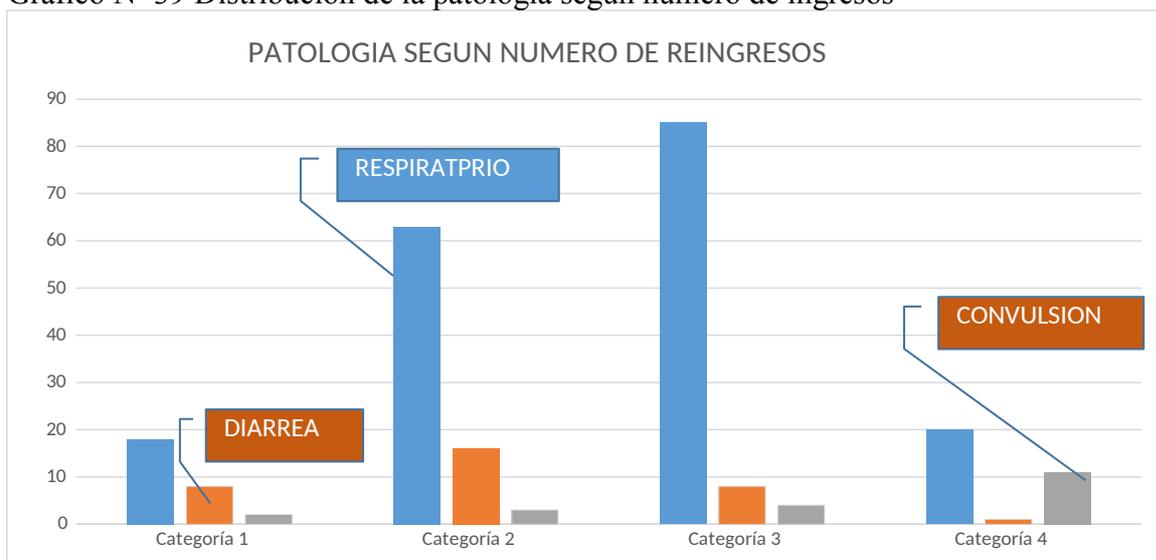


Tabla N° 42 Distribución de la patología según número de reingreso

	1er. REINGRESO	2do. REINGRESO	3er. REINGRESO	4to. REINGRESO	TOTAL
RESPIRATORIA	18	63	85	20	186
DIARREA	8	16	8	1	33
CONVULSION	2	3	4	11	20

Gráfico N° 39 Distribución de la patología según número de ingresos



Fuente: historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2014

La patología respiratoria es la que se presenta con mayor frecuencia (65%) en los reingresos. Del total reingresados con este diagnóstico, 46% lo hacen por tercera vez y el 34% tiene dos reingresos. Los que tienen dos reingresos con diagnóstico de diarrea son 48%, siendo  $n$ , el número total de ingresados con ese diagnóstico. Si son reingresos con diagnóstico de convulsión, han reingresado cuatro

Tabla N°43. Distribución de los reingresos según procedencia.

REINGRESO	MONTEVIDEO	INTERIOR	INTER/RURAL
TEMPRANO	44	8	1
RELACIONADO	96	13	3
PROGRAMADO	10	10	7
TARDIO	25	37	3
MULTINGRESO	19	12	1
TOTAL	194	80	15

Grafico N°40



De la muestra analizada, el 49% procedente de Montevideo tiene como tipo de reingreso, el relacionado y el 23% como reingreso temprano. Los reingresos procedentes del interior tienen el 46% de reingresos de tipo tardío y el 16% como reingreso relacionado. El interior rural presenta el 47% de los reingresos son de tipo programados

Pudiendo concluir que existe una asociación entre el número de reingresos, el tipo de reingreso y la procedencia de los pacientes.

Tabla N°44. Distribución de los reingresos según días de estada

ESTADA	MONTEVIDEO	INTERIOR	INTER/RURAL
< A 10 DIAS	88	13	2
≥ 10 < 20	61	10	2
≥ 20 < 30	25	52	9
30 +	20	5	2
TOTAL	194	80	15

Grafico N° 41



El 45% de los reingresos de procedencia de Montevideo tiene un tiempo de estada menor a 10 días y el 34% entre 10 y 20 días. El 65% de los reingresos procedentes del interior tienen un tiempo de estada entre 20 y 30 días; y del interior rural, el 60% de los reingresos tiene como tiempo de estada también entre 20 y 30 días.

Puede decirse entonces que existe una asociación entre el tiempo de internación y la procedencia de los reingresos.

Tabla N°45. Distribución de la patología índice, respiratoria (64%) según tiempo de estada

DIAS DE ESTADIA	FA	FRA%
< A 10 DIAS	118	64%
≥ 10 < 20	45	24%
≥ 20 < 30	12	6%
30 +	10	16%
TOTAL	185	100%



El 64% de los reingresos con diagnóstico respiratorio (patología índice) tienen un tiempo de estada menor a 10 días.

Se realizó el análisis de los días de estadía de los pacientes que presentaron patologías respiratorias, que conformaron el 64.1% de los reingresos, convulsiones que conformaron el 6.92%, diarrea con 11.41% y la infección urinaria con 3.46%. Este criterio de selección es debido a la mayor significación de estas patologías dentro de los diagnósticos

## 6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó el *R* como un fenómeno presente en 1042 niños y niñas de 0 a 5 años en el período 2004- 2014 en el centro pediátrico de referencia nacional, de los cuales se profundizó el análisis en 289 de ellos. El *R* es una situación que se da en mayor proporción a la estudiada debido al considerable volumen de casos que no integraron la muestra por no cumplir los criterios de registro.

En la búsqueda de antecedentes realizada en el presente estudio se encontraron escasas investigaciones relacionadas a las tasas de *R* así como tampoco protocolos de actuación ante reingresos reiterados.

En Europa se valora la calidad asistencial brindada tomando como uno de sus indicadores el nivel de *R* de los pacientes. En Estados Unidos se mide el índice de *R* como indicador de la calidad de los servicios. En España la tasa de *R* comunicada es muy variable, oscilando entre 16% y 34% (Canosa, Lledó, 1997), adoptando su valor como índice de calidad asistencial hospitalaria. Se ha señalado que la fragmentación de la asistencia, la cultura de la alta especialización y el desconocimiento de los signos de alarma de los niños por parte de los padres para solicitar asistencia son

algunas de las causas de los *R* hospitalarios en nuestro país (Fernandez y col.; 2009) siendo las enfermedades crónicas tales como las respiratorias, uno de los principales procesos mórbidos responsables del *R*. En el presente estudio aparece la enfermedad respiratoria como la mayor responsable del *R* (64%) en los menores de 5 años.

Existen otras causas que influyen en la tasa de *R*: complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, mal cumplimiento terapéutico o aparición de una enfermedad nueva (Martínez, 2002; Holloway, 1991). En la investigación realizada se encontró que los diagnósticos de *R* más frecuentes fueron los relacionados a patologías respiratorias (64%), a diarrea (11%), a convulsiones (8%), a infección urinaria (3,5%) y un 7% de otras causas.

Un hecho que se considera importante a la hora de valorar la tasa de *R* es diferenciar entre *R* programado y no programado (Weissman, 1999), a los efectos del presente estudio se encontró un 9% de reingresos programados.

Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de *R*, unos dependientes del paciente y su entorno social: edad, grado de dependencia, nivel económico, estado de salud auto percibido (García, Illa; 2000; Ferrari y otros, 1995), educación del paciente y de la familia (Des Harnais, 1991) respecto al problema de salud específico. La tasa de *R* es más alta en niños y ancianos, particularmente en el niño frágil, que presenta índices más altos (Experton, Ozminkowski, Pearlman, Li, Thompson, 1999). En el estudio se encontró que la edad promedio de los niños y niñas que reingresaron en el período 2004- 2014 en el servicio pediátrico de referencia es de 1 año 2 meses y 28 días (media). La edad que tiene mayor incidencia (moda) es de 2 años. El 50% de los *R* (mediana) no superan los 2 años y 2 meses. El 25 % (quintil 1) no supera 1 año y 1 mes.

Otros factores son dependientes del tipo de enfermedad (Ferrari y otros, 1995; Martínez, 2002), siendo en general la tasa de *R* más baja cuando la enfermedad es de tratamiento quirúrgico, se relaciona con el episodio índice, de la gravedad del proceso clínico y del seguimiento del enfermo (Horn, 1986). Se desprende del estudio, de manera coincidente con la literatura, que existe un bajo porcentaje (9%) de niños reingresaron por tratamientos quirúrgicos tales como estenosis esofágica, limpiezas quirúrgicas por cierre de ostomías, limpiezas quirúrgicas por quemaduras.

De acuerdo a la bibliografía, existe asociación entre la estancia media en ingresos previos, el número de ingresos anteriores y las complicaciones (Horn, 1986).

En relación a la cantidad de *R* que presentaron los niños de la muestra se encontró que 13% presentaron 1 *R*, 24% presentaron 2 *R*, 44% presentaron 3 *R* y 19% presentaron 4 *R*.

Un hallazgo del estudio en relación al tipo de *R* es la siguiente: el *RT* (el que ocurre antes de los 30 días) se presenta en el 18% de la muestra; el *RR* (se relaciona al episodio índice), se da en el 35% de la muestra; el *R* tardío o multi-ingreso se da en el 18% de la muestra; el *RP* se encuentra en el 9% de la muestra.

En relación al tiempo de estadía se consideraron rangos: de 1 a 10 días, de 11 a 20 días, de 21 a 30 días; teniendo en cuenta los niños que no volvieron a reingresar en cada uno de esos rangos.

En el primer *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyen el 66%; de ellos no reingresan el 9% (27 niños). En el segundo *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 62%, de ellos no reingresan el 14%. En el tercer *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 48%, de ellos no reingresan el 7%. En el cuarto *R*, de 1 a 10 días de estadía, lo constituyeron el 41%.

En el rango de 11 a 20 días: el 22% tiene 1 *R*, de ellos el 4% no presenta un segundo *R*. El 14 % tiene un segundo *R*, de ellos el 3% no presenta un tercer *R*. El 15% tiene un tercer *R*, de ellos el 2% no presenta un cuarto *R*. El 10% presentan 4 *R*.

Dentro del rango de 21 a 30 días, el 21 % tiene un *R*, de ellos 7% no presenta un segundo *R*. El 14% tienen un segundo *R*, de ellos el 8% no presenta un tercer *R*. El 5% tiene un tercer *R*, de ellos 2 % no presentan cuarto *R*. El 4% presentan cuatro *R*.

Se evidencia que a medida que aumenta el número de *R* disminuye el número de niños, a medida que aumenta el tiempo de estadía, es menor el número de niños. 81

En relación a la asociación entre la patología del episodio índice, el tipo de *R* y la edad, podemos decir que: en el *RT*, la patología índice está presente en el 43% de los casos, y la edad prevalente es de 0 a 1 año. En el *RR*, la patología índice está presente en el 45% de los casos y la edad prevalente es entre 1 y 3 años. En el *R Tardío* la patología índice está presente en el 60% de los casos y la edad prevalente es de 3 a 5 años. Podemos concluir que el tipo de *R* está asociado a la patología y a la edad.

En relación a la cantidad de *R* y la categoría diagnóstica, se puede identificar que la patología respiratoria (64% de la muestra) causó 3 *R* en 46%, y 34% requirieron dos reingresos. A través de la *V* de Cramer se busca el grado de asociación entre las clasificaciones diagnósticas más frecuentes (respiratorio, convulsión, diarrea) y el número de *R*; obteniendo un valor que coincide con una asociación media. Se obtiene un valor de 0,38 que en la escala de Cramer corresponde una asociación media (la misma queda comprendida en el rango de 0,25 a 0,40).

En relación a la categoría diagnóstica diarrea (11,5%) reingresan dos veces el 48%.

En relación a la categoría diagnóstica convulsión (7%) reingresan cuatro veces el 55%.

Dentro de las patologías más frecuentes, la respiratoria se distancia en un 50%, aproximadamente de las otras patologías más frecuentes, pero aun así requiere menos *R* para su tratamiento. En cambio, la categoría diagnóstica convulsión, numéricamente menor, es causa de mayor número de *R* para su tratamiento. Para un mayor nivel de análisis es necesario un tipo de metodología mixta cualitativa-cuantitativa, con técnicas de observación participante y entrevistas.

En cuanto a la relación entre la procedencia y el tipo de *R* y el tiempo de estadía: el 49% es proveniente de Montevideo y presenta *RR* en 33% y 23 % como *RT* y su tiempo de estada es menor a 10 días en un 45%, 34% entre 10 y 20 días. Los *R* procedentes del interior tienen 46% de *R* tardío y el 16% como *RR* y un tiempo de estada entre 20 y 30 días en un 65%. El interior rural presenta 47% de los *RP* y un tiempo de estada entre 20 y 30 en un 60%. Se concluye que existe una asociación entre el número de *R*, el tipo de *R*, el tiempo de internación y la procedencia de los pacientes.

En coincidencia con lo manifestado por los autores sobre la importancia del estado previo al ingreso del usuario en relación al número de internaciones el hallazgo más significativo fue: que los niños eutróficos presentan menor número de *R*, predominando con un solo *R*; en los estados de desnutrición aguda, crónica y obesidad se observa un aumento de su presencia a medida que aumenta el número de *R*. Esto reafirma la importancia de la adecuada vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas en esta edad con adecuadas prácticas de crianza y una estrecha articulación con los equipos sanitarios del primer nivel de atención a la salud.

En relación a la vacunación de los niños se identificó que en el primer *R* tienen 36% del CEV inadecuado y en el transcurso de los diferentes *R* el mismo se fue adecuando, quedando un 8% sin vigencia en el último *R*.

En relación que la edad gestacional de los *R*, se identificó que el promedio se ubicó en las 34 semanas, siendo la mediana de 36 semanas. El análisis muestra que el 19% de los *R* han tenido una edad gestacional adecuada (37%). Existen *R* (5%) con edad gestacional entre 23 y 28 semanas; el 32% de los *R* tienen una edad gestacional mayor a 28 semanas y menor de 33 semanas. El 43% ha tenido una edad gestacional mayor a 33 semanas y menor a 37. Esto asociado con el peso al nacer constituye elementos de vulnerabilidad de los niños y niñas.

En relación al control del embarazo el 25% de los *R* es producto de un embarazo controlado, el 75% de los embarazos no se controló o si concurrió no lo hizo de acuerdo al protocolo establecido. El 15% de las madres presentaron amenaza de parto prematuro, en igual proporción hipertensión arterial y en un 14% infección urinaria. Sólo un 25% de embarazadas no presentó patologías durante el período

gestacional. En cuanto al tipo de parto, las cesáreas ocuparon el 60% y el parto vaginal el 40%. Es de inferir que el elevado número de embarazos no controlados y la presencia de las mencionadas patologías durante el embarazo, apoyarían la necesidad de finalizar el embarazo mediante la cesárea.

Al momento del *R* los niños y niñas han tenido un peso promedio al nacer de 1.500 gramos. El 50% de los reingresados no supera los 2500 gramos y el peso con mayor incidencia al nacer, en el período 2004- 2014 es de 1610 gramos. El 25% de los reingresados en el servicio tiene un peso al nacer hasta 2600 gramos; el 25% tiene un peso que no supera los 3000 gramos al nacer. Dado que el peso al nacer es una variable fuertemente predictiva de las complicaciones a futuro, esto asociado a las prácticas de alimentación no recomendadas junto a la observación de que el 33% de la muestra presenta desnutrición aguda, presentando hasta 4 reingresos y junto con una edad gestacional que llega a presentar valores de 23 semanas, se analizó la asociación entre estas variables mediante la *R* de Pearson, encontrándose un grado de asociación muy alto (0,90).

A esta situación planteada se agrega el análisis de la alimentación del niño en el primer año de vida. El 44% de los *R* fueron alimentados a pecho ordeñado en el primer trimestre de vida; 14% con pecho directo exclusivo; 20% con leche artificial y 22% con leche modificada. En el segundo trimestre, de ese 14% de pecho directo de forma exclusiva, sólo continúa el 0,34% alimentándose de igual forma. Del 44% alimentado con pecho ordeñado, continúa con ello el 28%. Aumenta la alimentación con leche artificial a 42%, disminuyendo la alimentación con leche modificada a 20%. Aparece como forma de alimentación, agregados los sólidos en 8% de los niños y niñas.

En el tercer trimestre predomina la alimentación con leche artificial (55%) y con leche modificada un 35% de los niños y niñas.

En el último trimestre del primer año predomina la alimentación con leche modificada en 45% de los *R* y continúan los sólidos en 49%.

Los aspectos sociales maternos evidencian que 32% de las madres son adolescentes, con un promedio entre 15 a 18 años, con un nivel educativo de primaria incompleta en un 46%, habiéndose registrado que 13% de ellas no tiene ningún proceso de alfabetización. En relación a la ocupación 20% se desempeñan en el servicio doméstico, 18 % no trabajan fuera del hogar. Se identificó que 38% viven en hogares monoparentales siendo jefes de familia. Un 37% de la muestra

presentan un promedio de 3 hijos. Los valores de las variables analizadas permiten inferir que los niños y niñas de la muestra viven en situación de vulnerabilidad constituyéndose en factores de riesgo contribuyentes para el reingreso.

A diferencia de la edad de la madre de los R, la edad paterna presenta un 10% de adolescentes. En cuanto al nivel educativo 49% no culminaron primaria, habiéndose registrado que 13% de ellos no tiene ningún proceso de alfabetización. En relación al desempeño laboral se identificó que 27% no desempeñan ninguna tarea remunerada, el 20% se desempeñan en el reciclado de materiales, 11% en construcción y fábricas. Coincidiendo con la bibliografía se desprende del estudio que el nivel educativo es condicionante para la inserción laboral en trabajos mejor remunerados.

Considerando los aspectos ecológicos del contexto observamos que, en el contexto inmediato o micro contexto se identificó que en un 70% de los hogares existe la presencia de fumadores; el 36% de las viviendas tiene en su entorno la manipulación de productos químicos, 31% curtiembres. La presencia de basurales en el 54% y chatarrería. La presencia de metalúrgicas está presente en el 56% de los hogares. En cuanto a la conexión a la red de saneamiento el 76% no tiene conexión.

## **7. CONCLUSIONES**

El *R* hospitalario es un fenómeno altamente complejo. Presenta componentes no solamente clínicos y biológicos, sino aspectos sociales y culturales que lo determinan. .

Se plantea el logro de los objetivos, al identificar los factores de riesgo más frecuentes, relacionados al reingreso hospitalario en la población de niñas y niños de 0 a 5 años de edad en el centro pediátrico de referencia nacional en el período 2004-2014. Esto se alcanzó al describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños y niñas que reingresan por diferentes patologías en servicios de pediatría y al determinar las características contextuales.

Se concluye en relación a la población estudiada, que la misma presenta indicadores clínicos, epidemiológicos y de contexto que son contribuyentes al *R* hospitalario. Los mismos están dados por la característica de prematuridad, BPN, presencia de comorbilidades, alimentación inadecuada para la edad. A esto se agrega el predominio de madres adolescentes con deficiente nivel educativo, jefas de hogar, con embarazos no controlados, con un promedio de 3 hijos a su cargo.

En relación al contexto donde viven y se desarrollan los niños y las niñas, predomina un entorno ecológico no saludable, con viviendas en condiciones de precariedad, sin conexión a la red de saneamiento y sin agua potable dentro de la vivienda.

En relación a las prestaciones del servicio, no se encontraron elementos que identificaran un sistema de vigilancia, seguimiento y monitoreo a la población vulnerable que presenta reingresos reiterados. No se identificó un registro específico de niños y niñas que mantienen un patrón de múltiples reingresos.

No se encontraron registros que evidenciaran la articulación de los diferentes niveles de atención a la salud, así como tampoco planes de alta para fortalecer las oportunidades de mejores cuidados a los niños por parte de la familia.

Hay elementos trascendentales en los antecedentes del niño que son determinantes de comorbilidades y que dependerá de la gestión del cuidado que se le brinde en el hogar y en el servicio sanitario las probabilidades de presentar reingresos reiterados. El reingreso será más temprano cuantas más dificultades se presenten en el cuidado de los niños, y esto dependerá en gran parte del acompañamiento que se realice desde el servicio sanitario a las familias.

Uno de los elementos considerados trascendentales, que es un hallazgo de la investigación, es el alto porcentaje de niños que presentan reingresos definidos como tempranos (menor a 30 días).

Se concluye que la población estudiada, que reingresa en cualquiera de sus modalidades, constituyen los denominados “niños frágiles”, sin que se haya encontrado evidencia de una gestión sanitaria que establezca un enlace servicio-familia, que otorgue la contención necesaria para atenuar los factores que pueden determinar el reingreso.

Dados los altos índices de prematuridad, los hijos de madres adolescentes, los servicios enfrentan una situación de asumir responsabilidades en relación a fortalecer las prácticas de crianza de niños particularmente vulnerables, en un entramado social debilitado, donde no existen los referentes que tradicionalmente participaban en los cuidados de una infancia que está cambiando su perfil epidemiológico.

De acuerdo a estas características podemos plantear que los niños y las niñas de la muestra entran en la categoría de “*niños frágiles*”, dado que presentan alteradas más de una situación vital.

Un elemento que está presente es el reingreso por causales de índole social. El mismo a pesar de no ser un elemento que surja de la presente investigación se plantea

el hecho que el personal sanitario mantiene una representación social donde se acepta que determinada franja de población procedente de medios carenciados presente un patrón de reingresos diferencial

El hecho de que un volumen considerable de historias clínicas correspondientes a reingresos tuviera un mínimo de datos registrados y el hecho de la escasa evidencia científica generada en nuestro medio, permite el planteo que el manejo del reingreso no está debidamente sistematizado y no se encuentra en la agenda de los investigadores como un hecho relevante.

## **8. SUGERENCIAS**

Se sugiere continuar con esta línea de investigación, dado que se observan cambios en los perfiles de edades de reingreso, así como también en las categorías diagnósticas. Se propone realizar un estudio de diseño mixto de corte cualitativo - cuantitativo, con técnicas de observación participativa y entrevistas. Sería necesario retomar las variables estudiadas para realizar una proyección de “*supervivencia*” del fenómeno con el método no paramétrico de Kaplan-Meier o de tiempo de acontecimiento de un suceso, de esta forma se obtendría una visión general y longitudinal del fenómeno reingreso.

Como parte de las intervenciones que deben de realizar los equipos sanitarios se encuentra el acompañamiento al alta de las familias y usuarios para su total recuperación e inserción en la comunidad. No se encontraron registros que evidenciaran acciones tendientes al autocuidado (dichos registros se limitan a escuetas valoraciones y a consignar la administración de fármacos indicados); orientaciones sobre prácticas de buena crianza. Teniendo en cuenta el perfil educativo y la edad de las madres, la conformación de las familias, el bajo nivel de control del embarazo, la presencia de niños prematuros, estas familias se constituyen en núcleos vulnerables que los equipos de salud deben de entender como una responsabilidad ineludible. En este aspecto el trabajo de la Enfermera comunitaria es de vital importancia para la captación de estos niños y/o familias vulnerables, por lo que se entiende necesario reforzar los vínculos entre el primer y segundo nivel de atención a la salud, desde el momento que existe un porcentaje de usuarios que reingresan por incumplimiento de los tratamientos farmacológicos, higiénico-

dietéticos. Desde la UDE, estos niños son referenciados como de riesgo socio sanitario al primer nivel de atención para que con la política de atención primaria en salud puedan contribuir a la construcción de una matriz de protección social, que brinde accesibilidad y Longitudinalidad a la atención sanitaria que necesite tanto el niño como su familia

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Cordero, M. J. (2003). *Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos*. Volumen I y II. Barcelona: OCEANO / Mosby.

Alonso Martínez et al. (2001). Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)*. 18(5), 28-34. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021271992001000500005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992001000500005&lng=es&nrm=iso)

Aranga de Bedoya, Y *Reflexiones sobre la AP, proposición de un marco conceptual*. *Edu Med Salud* 1979;13 (4): 341- 50.

Barba Martín R, Marco Martínez J, Plaza Canteli S et al. (2000). Estudio retrospectivo de los reingresos precoces en un servicio de medicina interna. *Rev. Clin. Esp.*, 200, 252-256.

Benguigui, Y.; Cerezo, R. (2011). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Castel Florit Serrate P *Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad*. *Revista Cubana Salud publica* 2007; 33 (2) Recuperada de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50864-34662007000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50864-34662007000200009&lng=es)

Consejo Nacional de Políticas Sociales. Poder Ejecutivo. *La Reforma Social. La Nueva Matriz de Protección Social del Uruguay. Plan de Acción*. Montevideo, Uruguay: Presidencia de la ROU, 2011, 1.

Diccionario de la Lengua Española. (2014). Real Academia Española. 23 ed. Madrid: RAE. Asociación de Academias de la Lengua Española.

Delgado M. (2003). Estudios de cohortes. UD 4. En M. Delgado y J. Llorca (Eds.). *Metodología de la investigación sanitaria*. Barcelona: Signo.

Fernández, L.; Alamilla, M.; Huguet, A. et al. (2009). *Abordaje Teórico Práctico en la Atención de Enfermería en Niños, Niñas y Adolescentes*. Montevideo: CSE

Fernández García J, Martínez González MA, García Rodríguez J, Bueno Cabanillas A, Lardelli Claret P, García Martín MA. (1997). Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. *Med Clin (Barc)*, 108, 4-8.

Figueiras, A. C.; Neves de Souza, I. C.; Ríos, V.; Benguigui, Y. (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Graham H, Livesly B. (1983). Can readmission to a geriatric medical unit be prevented. *Lancet* 1983; 1: 404-6.

Herzlich, C. (1979). La representación social: sentido del concepto. En Moscovici, S. (Compilador). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Planeta.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M<sup>a</sup>. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Horn, S.D.; Horn, R.A. (1986). Reliability and validity of the severity of illness index. *Med Care*, 24(2), 159-78.

Jenicek, M., Cléroux, R. (1993). *Epidemiología Principios-Técnicas-Aplicaciones*. Barcelona: Masson-Salvat.

Laurell, A. C. (2008). *Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud y la acción política*. México D.F.: ALAMES.

Matorras, T. (1990). El paciente multingresado en medicina interna como tipo especial de readmisión hospitalaria. *An. Med Interna (Madrid)*, 7, 353-357.

Ministerio de Desarrollo Social. (2008). *Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación*. Montevideo: Tradinco S.A.

Montero, L. (2001). *Enfermería materno-infantil*. Caracas: Doyma.

Montoro P, Agudo P, Casado O, Contreras E, Conthe P. (2000). Reingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca en un hospital general. *An Med Interna (Madrid)*, 17, 71-74.

Nuin MA, Saldaña ML, de Pedro MT. (2002) ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria? *Rev Calidad Asistencial*, 17, 67-78.

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York: UN. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, 2008*. Washington, DC: Commission on Social Determinants

- of Health, OMS. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2013) *10 datos sobre la salud infantil*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/child\\_health2/es/](http://www.who.int/features/factfiles/child_health2/es/)
- Roige J, Miquel C. (1994). El reingreso en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*, 103, 317.
- Sano Soberats, Marquez, M Alonso Galvan, P *Medicina General- Medicina Familiar. Experiencia Intrenacional y Enfoque Cubano*. La Habana. Edición Ciencias Médicas; 2011
- Sarué, E.; Díaz, A. G., Fescina, R. H., Simini, F., Giacomini, H., Schwarcz, R. (1996). *Enfoque de riesgo*. Publicación Científica CLAP N° 1264. Montevideo: CLAP/OPS/OMS.
- Starfield, B. (2004). *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Madrid: Masson. 2004; 1 (4): 3-25
- Tejada de Rivera DA. *Lo que es atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma- Ata*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; (2): 283-7
- Thomas, J. W., Holloway, J. J. (1991). Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care*, 29(4), 377-94.
- UNICEF- UDELAR. (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Montevideo: UNICEF- UDELAR.
- Vaquiroy, S., Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext)
- Villareal Amaris GE. *Atención Primaria. Marco Regulador de los Sistemas de Salud*. Revisalud. Unisucré. 2013; 1 (1):63-6
- Weinstein, L. (1978). *Salud y autogestión. La antimedicina a examen*. Montevideo: Nordan.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

**Grado de asociación entre variable cualitativas: cálculo de la v de Cramer**  
 Tabla nº 56 Patología según Numero de reingresos

PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES				
REINGRESOS	RESPIRATORIO	CONVULSION	DIARREA	
	18	2	8	28
<b>1</b>	63	3	16	82
<b>2</b>	85	4	8	97
<b>3</b>	20	11	1	32
<b>4</b>	186	20	33	239

$$V = \frac{\sqrt{X^2}}{\sqrt{N \cdot m}} \quad \text{m: de las variables es la que menos categoría toma menos 1.}$$

$$X^2 = \sum \frac{(\text{obs} - \text{esp})^2}{\text{esp}}$$

#### FRECUENCIAS ESPERADAS:

$\frac{28 \times 180}{239} = 21.79$	$\frac{28 \times 20}{239} = 2.34$	$\frac{28 \times 33}{239} = 3.86$
$\frac{82 \times 186}{239} = 63.81$	$\frac{82 \times 20}{239} = 6.86$	$\frac{82 \times 33}{239} = 11.32$
$\frac{97 \times 186}{239} = 75.48$	$\frac{97 \times 20}{239} = 8.11$	$\frac{97 \times 33}{239} = 13.39$
$\frac{32 \times 186}{239} = 24.90$	$\frac{32 \times 20}{239} = 2.67$	$\frac{32 \times 33}{239} = 4.41$

$$X^2 = \sum \frac{(\text{obs} - \text{esp})^2}{\text{esp}}$$

$$X^2 = \frac{(18-21.79)^2}{21.79} + \frac{(2-2.34)^2}{2.34} + \frac{(8-3.86)^2}{3.86} + \frac{(63-63.81)^2}{63.81} + \frac{(3-6.86)^2}{6.86} + \frac{(16-11.32)^2}{11.32} +$$

$$\frac{(85-75.48)^2}{75.48} + \frac{(4-8.11)^2}{8.11} + \frac{(8-13.39)^2}{13.39} + \frac{(20-24.90)^2}{24.90} + \frac{(11-2.67)^2}{2.67} + \frac{(1-4.41)^2}{4.41} =$$

$$0.65 + 0.049 + 4.440 + 0.010 + 2.171 + 1.934 + 1.200 + 2.082 + 2.169 + 0.009 + 25.98 + 2.63 =$$

43.324. (chi cuadrado)

$$V = \frac{\sqrt{43.324}}{N \cdot m} = \frac{\sqrt{43.324}}{289 - 2} = \frac{\sqrt{43.324}}{287} = \sqrt{0.150} = 0.38 \text{ nivel o grado de asociación}$$

Grado de asociación



10: nula

0.10- 0.25: débil

0.25- 0.40: media

0.40- 0.60 alta

0.60- 0.80: muy alta

0.80- 1 asociación total.

El grado de asociación entre las patologías más frecuentes y el número de reingreso es media (0.38). Corresponde a un nivel de asociación medio.

## ANEXO II

**Grado de asociación entre variable cuantitativas:**

**Calculo de la r de Pearson**

Tabla n° 57: Peso al nacer según número de reingresos

VARIABLE INDEPENDIENTE: EL PESO AL NACER (X)

VARIABLE DEPENDIENTE: NUMERO DE INGRESOS (Y)

PESO AL NACER

	>1000<2000	>2000<3000	>3000<5000	
<b>REINGRESOS</b>	60	30	15	105
<b>1</b>	68	10	12	90
<b>2</b>	30	10	10	50
<b>3</b>	23	18	3	43
<b>4</b>	181	68	40	239

$$R = \text{cov}(x,y)$$

$$\text{cov}(x,y) = \sum (x^i - \bar{x})(y_i - \bar{y})n_i$$

$\overline{Sx.Sy}$

$$\bar{x} = \frac{\sum .ci.ni}{N} = \frac{1500+2500+4000}{289} = 2.768 \text{ (media de x)}$$

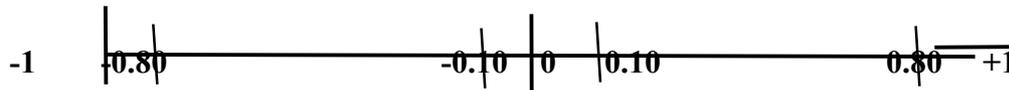
$$\bar{y} = \frac{105+180+150+172}{289} = \frac{607}{289} = 2.1 \text{ (media de y)}$$

$$\begin{aligned} \text{Cov} = (x.y) &= (1500-2768)(1-2.1).60 + (1500-2768)(2-2.1).68 + (1500-2768)(3-2.1).30 + \\ &+ (1500-2768)(4-2.1).23 + (2500-2768)(1-2.1).30 + (2500-2768)(2-2.1).10 + (2500-2768) \\ &+ (2500-2768)(3-2.1).10 + (2500-2768)(4-2.1).18 + (4000-2768)(1-2.1).15 + (4000-2768)(2-2.1).12 + \\ &+ (4000-2768)(3-2.1).10 + (4000-2768)(4-2.1).3 = \frac{479486.4}{289} = \mathbf{1.659 \text{ (covarianza de x.y)}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} Sx &= \sqrt{\frac{\sum (x^i - X)^2}{N}} = \sqrt{\frac{(60-2768)^2 + (30-2768)^2 + (15-2768)^2 + (68-2768)^2 + (10-2768)^2 + \\ &+ (12-2768)^2 + (90-2768)^2 + (30-2768)^2 + (10-2768)^2 + (10-2768)^2 + (23-2768)^2 + (18-2768)^2 + \\ &+ (3-2768)^2}{289}} = \sqrt{97524.76} = \sqrt{337.45} = \mathbf{Sx \ 18.36} \end{aligned}$$

$$Sy = \sqrt{\frac{\sum (Yi - \bar{Y})^2}{N}} = \sqrt{\frac{(1-2.1)^2 + (2-2.1)^2 + (3-2.1)^2 + (4-2.1)^2}{289}} = \sqrt{0.01} = \mathbf{01}$$

$$R = \frac{\text{COV}(X.Y)}{Sx.Sy} = \frac{1.659}{18,36 \cdot 0.1} = \frac{1.659}{1.83} = \mathbf{0.90}$$



### ANEXO III

#### Instrumento de recolección de datos

Nº de Historia Clínica

Sexo: Masculino                      Femenino

Peso al nacer:

Conformación del núcleo familiar:

Nivel socio económico:

Tiempo transcurrido (días) entre cada hospitalización:

Episodio índice y 1er reingreso:

1er reingreso y 2º reingreso:

2º reingreso y 3er reingreso:

3er reingreso y 4º reingreso:

Edad (meses) al ingreso en el episodio índice:

Edad (meses) 1er reingreso:

Edad (meses) 2º reingreso:

Edad (meses) 3er reingreso:

Edad (meses) 4º reingreso:

Diagnóstico médico en el episodio índice:

Dg. Médico en el 1er reingreso:

Dg. Médico en el 2º reingreso:

Dg. Médico en el 3er reingreso:

Dg. Médico en el 4º reingreso:

Procedencia:

Montevideo:

Zona Urbana

Zona Sub-urbana

Zona rural

Interior:

Zona Urbana

Zona Sub-urbana

Zona rural

Tiempo de estadía (en días) durante el episodio índice:

Tiempo de estadía durante el 1er reingreso:

Tiempo de estadía durante el 2º reingreso:

Tiempo de estadía durante el 3er reingreso:

Tiempo de estadía durante el 4º reingreso:

Exámenes de laboratorio

Interconsultas realizadas



Universidad de la República-Facultad de Enfermería  
Centro de Posgrado



**INSTRUMENTO**

Nº Registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: F: ----- M: -----

**Reingreso programado:**

**Reingreso no programado:**

**Reingreso temprano**

**Reingreso tardío**

**Procedencia del Ingreso:**

**Servicio de emergencia**

**Policlínica primer nivel**

**Traslado de otro servicio sanitario**

**Otro**

---

**Diagnóstico médico en  
episodio índice**

**Diagnóstico médico en  
1º reingreso**

**Diagnóstico médico en  
2º reingreso**

**Diagnóstico médico en  
3º reingreso**

**Diagnóstico médico en**

---

---

**4° reingreso**

---

**Comorbilidades:**

Si.....Cuales...

No.....

---

**Meses: Días**

Edad al ingreso en episodio índice: Años:

Edad 1° reingreso:

Edad 2° reingreso:

Edad 3° reingreso:

Edad 4° reingreso:

---

**Tiempo transcurrido (días) entre cada hospitalización****Episodio índice y 1° reingreso:**

1° reingreso y 2° reingreso:

2° reingreso y 3° reingreso:

3° reingreso y 4° reingreso:

---

**Procedencia**

Montevideo urbano \_\_\_ / Montevideo suburbano \_\_\_ / Montevideo rural \_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Interior urbano \_\_\_ / Interior suburbano \_\_\_ / Interior rural \_\_\_

**Nivel socio-económico:**

&gt; Nivel pobreza \_\_\_ / &lt; Nivel pobreza \_\_\_ / indigente \_\_\_\_\_

**Estado Nutricional:**

Desnutrición aguda \_\_\_ / desnutrición crónica \_\_\_ / obesidad \_\_\_\_\_

**Vacunas:**

Inmunización adecuada \_\_\_ / inmunización inadecuada \_\_\_\_\_

**Control embarazo:**

Controlado \_\_\_ / no controlado \_\_\_\_\_

**Tipo de parto:**

Vaginal \_\_\_ / cesárea \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Patologías embarazo** \_\_\_\_\_**Edad gestacional al nacer:** <37 sem \_\_\_ / 37-42 sem \_\_\_ / >42 sem \_\_\_\_\_**Test de Apgar:** 1° min \_\_\_\_\_ / 5° min \_\_\_\_\_**Peso al nacer:** \_\_\_\_\_ en gr.**Patologías del RN:** \_\_\_\_\_**Alimentación en el primer año de vida****Lactancia materna exclusiva** \_\_\_\_\_ **Lactancia artificial** \_\_\_\_\_ **Alimentos sólidos** \_\_\_\_\_

**Controles de salud:** adecuado para la edad \_\_\_/no adecuado a la edad

Madre Padre Integrantes hogar	Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
	Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
	Padre ___ madre ___ hermanos ___ (N° ) otros ___ (N° )

Vivienda	Material ___/ chapa ___/ cartón ___
	N° habitaciones _____
	Agua potable: dentro del hogar ___/fuera del hogar _____
	Eliminación excretas: red pública ___/fuera hogar ___ dentro hogar _____
	Luz eléctrica: si ___/ no _____
	Colecho: comparte cama ___/ no comparte _____
	Hábito tabáquico en hogar: si ___ no _____
Basurales cercanos vivienda, curtiembres, fábricas, chatarrería: si ___/ no _____	

**Medidas de seguimiento (en caso de RR). Cuales:** \_\_\_\_\_

**Registro sobre Plan de alta** \_\_\_\_\_