



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y CONTEXTUALES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN PEDIÁTRICOS EN EL PERÍODO 2004-2012

Autor:

Lía Fernández Pellejero

Tutor:

Prof. Mg. Josefina Verde

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

Montevideo, 2018



Universidad de la República



Facultad de Enfermería

Centro de Posgrado

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

2004 - 2012

Lía Fernández Pellejero

Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de
Servicios de Salud en el marco del Programa de la Maestría

Gestión de Servicios de Salud

Tutora de Tesis Prof. Mg. Josefina Verde

Montevideo, diciembre de 2018

Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas

Nº ilustración	Nombre	Página
1	Factores de riesgo de R hospitalario	36
Nº cuadro	Nombre	Página
1	Definición conceptual y operacional de las variables	47
Nº tabla	Nombre	Página
1	Clasificación de las variables según el objeto de estudio	47 a 52
1	Distribución de los R en la población	54
2	Distribución de la edad de la población	54
3	Distribución del sexo en la población	55
4	Distribución de la población según procedencia	56
5	Distribución de la población según tipo de R	56
6	Distribución de los días de estancia de la población.	57
7	Distribución de los días de distancia entre el alta y el R	57
8	Distribución de las categorías diagnósticas de los R	58
9	Distribución del estado nutricional de la población al alta	59
10	Distribución del plan de inmunización en la población.	60
11	Distribución de la edad gestacional de los R	61
12	Distribución de la edad gestacional agrupada	61
13	Distribución del peso al nacer de los R	62
14	Distribución de las categorías diagnósticas al nacer de los R	63
15	Distribución de la alimentación en el primer año de vida	64
16	Distribución de la edad de la madre de los R	64
17	Distribución del nivel de estudio de la madre	65
18	Distribución del empleo de la madre	66
19	Distribución del control del embarazo	67
20	Distribución de las patologías del embarazo	68
21	Distribución del tipo de parto	69
22	Distribución de la edad del padre	69
23	Distribución del nivel de estudio del padre	70
24	Distribución del empleo del padre.	71
25	Distribución del tipo de familia	72
26	Distribución del número de integrantes de la familia	72
27	Distribución del número de hermanos	73
28	Distribución del material de las paredes de la vivienda	73
29	Distribución del material del techo de la vivienda	74
30	Distribución del agua en el interior de la vivienda	74
31	Distribución de la luz en el interior de la vivienda	74
32	Distribución de la sanitaria en el interior de la vivienda	75
33	Distribución de la eliminación de excretas	75
34	Distribución de la práctica de colecho	75
35	Distribución de la práctica de cohabitación	75
36	Distribución del contexto de contaminante: productos químicos	76
37	Distribución del contexto de contaminante: curtiembre	76
38	Distribución del contexto de contaminante: basurales	77
39	Distribución del contexto de contaminante: chatarrería	77
40	Distribución del contexto de contaminante: metalúrgica	77
41	Distribución del contexto: red de saneamiento	77
42	Distribución del hábito tabáquico en la familia.	78
43	Distribución de la patología índice en el RI temprano	78
44	Distribución de la patología índice en el RI relacionado	79
45	Distribución del tipo de R versus la edad: de 0 a 1 año	79
46	Distribución del tipo de R versus la edad: > 1 año < de 3 años	80
47	Distribución del tipo de R versus la edad: >3 < de 5 años	80
48	Distribución del número de R versus patologías	80
49	Distribución de la patología respiratoria versus tipo de R	81
Nº grafico	Nombre	Página
1	Distribución numérica de los R en la población	55
2	Distribución numérica de la edad de la población	55
3	Distribución porcentual del sexo en la población	56
4	Distribución numérica de la población según procedencia	56
5	Distribución porcentual de la población según tipo de R	58

6	Distribución numérica de los días de estancia por tipo de R	60
7	Distribución numérica de la distancia entre el alta y el R	60
8	Distribución numérica de las categorías diagnósticas de R	61
9	Distribución numérica del estado nutricional al alta del R	62
10	Distribución numérica de la vacunación de la población	62
11	Distribución porcentual de la edad gestacional de los R	63
12	Distribución numérica de la edad gestacional agrupada	63
13	Distribución numérica del peso al nacer	65
14	Distribución porcentual de las categorías diagnósticas al nacer	66
15	Distribución de la alimentación del R en el primer año de vida	67
16	Distribución numérica de la edad de la madre	67
17	Distribución porcentual del nivel de estudio materno	68
18	Distribución del contexto de contaminante: basurales	69
19	Distribución numérica del empleo de la madre	70
20	Distribución porcentual del control del embarazo	70
21	Distribución numérica del tipo de parto	71

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
 CCT. Control de calidad total
 CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades
 DOCUMED. Documentación Médica
 EBPN. Extremo bajo peso al nacer
 ECH. Encuestas Continuas de Hogares
 FESP. Funciones esenciales de salud pública
 FONASA. Fondo Nacional de Salud
 GDR. Grupos de Diagnósticos Relacionados
 HAVA. Hipertrofia Amigdalina Vegetaciones Adenoideas
 HC. Historia Clínica
 HTA. Hipertensión arterial
 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
 NLM. National Library of Medicine
 NLM/ MEDLINE. National Library of Medicine. Medicine Online
 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

Resumen

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 2004-2012. Material y Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, 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. El valor que adquirió la n del estudio fue de 289, 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 de las cuales, se realizó 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: el 64 % de los reingresos se asociaron a eventos relacionados con el episodio índice y correspondieron a patologías de origen respiratorio. La edad promedio de los R es de un año y tres meses y la edad con mayor incidencia es de dos años y veinticuatro días. El 60% corresponden al sexo femenino; la procedencia corresponde en 52% a Montevideo. El 38% viven en hogares monoparentales, cuyo jefe de familia es la madre; 46% de ellas no ha completado primaria; 32% son adolescentes y 18% no tiene trabajo remunerado. El contexto ecológico de donde provienen los niños no es saludable. Conclusiones: se identificó una relación significativa entre los reingresos y los factores individuales y del contexto.

Palabras clave: reingreso hospitalario, factores asociados, gestión hospitalaria

Abstract

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- 2012; 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 2004-2012.

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 year and three months and the biggest incidence rate is at the age of two years and twenty-four 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; 18% of this hasn't got a job. Conclusions: a significant relationship between readmissions and individual and context factors was identified.

Key words: readmission, associated factors, hospital management

Índice

Listado de cuadros, gráficos, ilustraciones y tablas	3
Lista de abreviaturas y siglas	4
Resumen	6
Abstract	7
Índice	8
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Problema de estudio	14
1.2 Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
1.3 Hipótesis del estudio	15
1.4 Antecedentes temáticos	15
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría de la administración científica	20
2.2 Enfoques de la ciencia de la administración	21
2.3 El análisis organizacional de los servicios de salud en la perspectiva de la gestión de la calidad total.....	23
2.4 Evaluación de la calidad en salud	24
2.5 Los indicadores como unidad de medida	27
2.6 El reingreso hospitalario como posible predictor de calidad asistencial.....	28
2.7 Importancia del reingreso en la estructura socio epidemiológica de la infancia en el Uruguay	34
2.8 Factores de riesgo	35
2.9 Familia como factor determinante de la salud y bienestar infantil	37
3. MARCO CONTEXTUAL	40
3.1 Contexto general	40
3.2 Contexto inmediato	41
4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	43
4.1 Acerca del diseño	43
4.2 Fuentes de información	44
4.3 Criterios de inclusión	44
4.4 Aspectos éticos	45
4.5 Limitaciones del estudio	46
4.6 Presentación de variables	46
4.7 Análisis y procesamiento de datos	52

4.8 Presentación de resultados	54
5 DISCUSIÓN	82
6. CONCLUSIONES	89
7. SUGERENCIAS	92
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
9. ANEXOS	102

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2012 fallecieron 6,6 millones de menores de cinco años (más de 750 niños cada hora), pero la mayoría de ellos podrían sobrevivir y crecer si tuvieran acceso a intervenciones simples y de bajo costo (OPS, 2013).

Dentro del estudio de la calidad de los servicios, el reingreso hospitalario se contempla como índice de calidad asistencial hospitalaria desde los años 60, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad de los centros asistenciales, aunque se ha señalado que no debería ser estimado como un resultado final estricto, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.

La tasa de reingreso puede ser uno de los índices de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores (factores clínicos, factores derivados del hospital y factores contextuales del propio paciente).

En el año 1999 se percibió un incremento en el número de lactantes que reingresaban al hospital pediátrico de referencia nacional, luego de haber sido dados de alta.

Se identificaron dificultades para cuantificar el fenómeno y analizar la tendencia del mismo pues no se contaba con información específica del número de reingresos dentro del total de los ingresos al hospital.

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 éste se pueden derivar, tales como adquisición de infecciones hospitalarias, reacciones adversas a medicamentos, otros accidentes como caídas, alteraciones en el crecimiento y desarrollo; y las repercusiones socio económicas en todo el núcleo familiar.

Según un estudio realizado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos (2008) del Hospital Sta. M^a de Lleida en España, se informa que el 20% de los pacientes ingresados en hospitales presentan reacciones adversas a fármacos. (Navarro y col., 2008)

Se presenta alta probabilidad que, en niños que ingresan en forma reiterada en un hospital las posibilidades de presentar alguna de estas consecuencias negativas derivadas de la hospitalización aumentan.

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 implementación de 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, además de no encontrarse datos sobre su utilidad como índice de calidad asistencial. A pesar de esto, el conocimiento del reingreso en servicios determinados, como el área pediátrica, puede servir como indicador de calidad local, dado que una tasa alta de reingreso en determinados contextos y con determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada. Además, pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índice de calidad. Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva.

Por lo antes mencionado, un estudio que contribuya al conocimiento de los motivos por los cuales algunos niños ingresan en forma reiterada en un hospital puede aportar al establecimiento de políticas de prevención de los mismos, detectando precozmente a los niños y familias de riesgo, avanzar en el estado del arte del fenómeno, reducir costos financieros institucionales, contribuir al bienestar de las familias, disminuir efectos adversos intrahospitalarios, evitar obstáculos en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, realizar aportes a la gestión hospitalaria, entre otros.

De acuerdo a las estadísticas que presenta Uruguay en relación al bajo porcentaje de nacimientos, escasas variaciones en la mortalidad infantil tienen grandes repercusiones en las tendencias de los indicadores del país.

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.

De acuerdo a Alonso Martínez, Llorente y col. (2001), el estudio de los reingresos hospitalarios como indicador de calidad de la prestación es una herramienta válida, que tiene dos puntos fundamentales de interés:

- i) la existencia de un grupo de usuarios, caracterizable genéricamente, que presentan patologías crónicas o agudas; los cuales mantienen un patrón de ingresos hospitalarios múltiples, en el que la identificación y el control adecuado, intra y extra hospitalario, podría evitar (o demorar) el reingreso, y
- ii) la posible utilidad de las tasas de reingreso hospitalario como indicador de efectividad de la atención hospitalaria, que permitiría evaluar problemas, tales como, el alta prematura y otros aspectos de la calidad asistencial.

La plausibilidad de la relación entre calidad asistencial y reingresos, así como la accesibilidad de su cálculo en las bases de datos de altas hospitalarias, han hecho que la tasa de reingresos sea propuesta como un indicador de calidad. (Anexo IV)

Los reingresos tienen la ventaja, en términos cuantitativos, de ser más frecuentes que otros resultados clínicos como la mortalidad hospitalaria.

En términos cualitativos presentan una riqueza de importancia capital, pero escasamente abordada para su estudio en nuestro medio. El fenómeno del reingreso reúne un trasfondo social, cultural, histórico y económico, que aparece como escasamente percibido por la comunidad sanitaria. De estos elementos surgen situaciones que pueden convertirse en factores de riesgo que contribuyen al reingreso. El estudio se enmarca dentro del ámbito de la gestión hospitalaria, con enfoque epidemiológico, brindando los fundamentos que podrían contribuir a la elaboración de una propuesta de programa a desarrollarse en el primer nivel de atención a la salud, constituyendo éste otro aporte del estudio.

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 2004-2012?

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 2004-2012.

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 Cibernetia, 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, apendicetomía, o bronquiolitis (5%) y el asma (3%).

En la investigación llevada a cabo en 2011 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, por Martín Martínez, M.A; Carmona Alférez, R.; Escortell Mayor, E.; Rico Blázquez, M.; Sarría, A.; denominado Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada, encontraron que un mayor número de medicamentos consumidos conlleva un incremento del riesgo de reingreso, al igual que padecer comorbilidades, establecidas mediante el índice de Charlson, también se ha asociado a mayor probabilidad de tener un reingreso en los seis meses siguientes al ingreso índice. En cuanto a las variables asociadas a la asistencia sanitaria, estancias hospitalarias prolongadas conllevan mayor probabilidad de reingreso. Otro de los resultados de este trabajo ha sido que los pacientes adscritos a un equipo de Enfermería en Atención Primaria, con mayor presencia asistencial de enfermería tienen menor riesgo de reingresar. Un objetivo fundamental de la actividad enfermera es potenciar el autocuidado y control de los problemas de salud en estos pacientes. Por ello, los Equipos de Atención Primaria con mayor actividad enfermera pueden ser en los que se identifiquen y resuelvan problemas que, de otra forma, requerirían un

reingreso hospitalario de estos pacientes. Este efecto protector apunta en la misma dirección a los resultados de otros trabajos en los que la función y la implicación del personal de enfermería en el proceso asistencial, tanto en atención primaria como en hospitalaria, son beneficiosas para el control de los reingresos. Si bien la selección de este estudio no integraría el grupo etario estudiado, los resultados son altamente significativos para tener en cuenta en la población infantil.

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 asistan 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 (SEUP), en su publicación *“Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria”* (Madrid, 2016) 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. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas

$$\frac{\text{Desde el alta de urgencias}}{\text{Nº de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$$

Entendiéndose por Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas.

Se trata de un indicador de resultado. La fuente de datos es la Documentación Clínica.

El estándar esperado es inferior al 7%.

El indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento, indique una mala praxis en todos los casos. Resultados superiores al estándar deben servir para revisar las causas de los retornos, al contemplar los reingresos programados o no.

También se hace la clasificación de las Readmisiones que requieren ingreso, cuyo estándar es del 15%.

Un capítulo aparte, lo merecería la situación de reingreso en relación a la edad, pues en los recién nacidos (RN) se presentan características particulares al fenómeno. 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.

A este hecho, se suma que en Uruguay el fenómeno de la prematurez (niños nacidos vivos antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación), ha mantenido una tendencia en aumento durante los últimos años. La OMS ha informado que se estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros, alrededor de un 10% de los nacimientos totales y la cifra va en aumento. Las complicaciones relacionadas con la prematurez son principal causa de muerte durante el primer año de vida. Muchas de las complicaciones vinculadas a la misma pueden disminuirse durante la atención inicial mediante intervenciones eficaces y no necesariamente de costos

elevados. Algunos de estos pacientes, requieren reingresos reiterados, particularmente aquellos de menor edad gestacional. Además, pueden presentar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, particularmente vinculadas al neurodesarrollo.

En el Hospital Pereira Rossell funciona la Unidad de Atención Temprana ya que allí, entre un 10 y un 12% de los 6500 niños que nacen anualmente ingresa por alguna razón a cuidados intensivos, intermedios o moderados y la causa más frecuente es la prematurez. Esos niños están internados por sus patologías un tiempo prolongado y luego son monitorizados, en una policlínica especial que tiene el servicio de recién nacidos en este hospital que es la Unidad de Atención Temprana (UAT). Estos niños que nacen con menos de 1500 gramos, entre 28 y 30 semanas, necesitan tener un seguimiento específico durante los dos primeros años de vida, que es cuando en general logran hacer “catch up”. Es decir, se “re enganchan” con los niños de su edad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El análisis organizacional de los servicios de salud desde la teoría de la administración científica

Para el estudio de los reingresos hospitalarios se realizará un encuadre teórico desde la ciencia de la administración para lograr una mejor comprensión del fenómeno. Se hará énfasis en elementos de la organización de los servicios y de la calidad y su evaluación. También se respaldará teóricamente el estudio con un acercamiento a factores contextuales macro y micro del individuo y la familia.

El proceso de organización de los servicios de salud, ya sea en las unidades de gestión nacional, regional y local, así como al interior de los propios establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud), exige el

conocimiento de la ciencia de la administración, sobre todo, de una de sus funciones importantes como lo es la organización.

2.2 Enfoques de la ciencia de la administración

De acuerdo con Chiavenato (2013), la teoría general de la administración acepta en su proceso evolutivo, la existencia de diferentes enfoques de la ciencia de la administración, los que han surgido coincidentemente con el desarrollo de la sociedad.

1. Enfoque científico y clásico de la administración: Se fundamenta en el trabajo operativo, en el estudio de tiempos y movimientos, en la fragmentación de las tareas y especialización del trabajador.
2. Enfoque humanístico de la administración: La prioridad es la preocupación por el hombre y el grupo social. Surge de la teoría de las relaciones humanas, que tiene que ver con el desarrollo de las ciencias sociales especialmente la psicología.
3. Enfoque neoclásico: Llamada también escuela operacional o del proceso administrativo, utiliza conceptos válidos y relevantes del enfoque clásico, eliminando sus distorsiones. Trata por ejemplo de resolver el tema centralización versus descentralización.
4. Enfoque estructuralista: Se preocupa por la relación entre los medios, los recursos utilizados y los objetivos que deben ser alcanzados por la organización burocrática.
5. Enfoque del comportamiento: Se relaciona con las ciencias del comportamiento en la búsqueda de soluciones democráticas y flexibles a los problemas organizacionales.
6. Enfoque sistémico: Se contrapone al microsistema del enfoque cerrado, se sustenta en los parámetros de: entrada (insumo), proceso, salida (producto), retroalimentación y ambiente. Las organizaciones son consideradas sistemas abiertos, que hacen parte

de una sociedad mayor constituida por partes menores que guardan relación entre sí, donde la organización necesita alcanzar una homeostasis o estado de equilibrio.

7. Enfoque contingencial: No existe una forma única y exclusiva que sea mejor para organizar con el propósito de alcanzar los objetivos que son diversos. La estructura de una organización y su funcionamiento son dependientes de su interrelación con el ambiente externo.

Según Carnota (1985), en relación a la organización, es la función administrativa que consiste en agrupar las actividades necesarias para realizar lo que se planeó. Dividir el trabajo, crear e interrelacionar las distintas unidades organizativas, constituyen parte de la función de la administración que se conoce con el nombre de organización (Carnota, 1985).

Se identifican los siguientes tipos de organización:

a) Organización formal, la misma se basa en una división del trabajo racional, mediante la diferenciación e integración de los participantes, de acuerdo con algún criterio establecido por aquellos que manejan el proceso de toma de decisiones. Es la organización planeada, la que está en el papel, generalmente aprobada por la dirección y explicada a todos a través de manuales de organización, de descripción de cargos, organigramas, reglas, procedimientos, etc. Es la organización formalizada oficialmente.

b) Organización informal, es la que emerge espontáneamente y naturalmente entre las personas que ocupan posiciones en la organización formal. Se forman por surgimiento de amistad, grupos informales no señalados en el organigrama; está constituida por interacciones y relaciones sociales entre las personas situadas en ciertas posiciones de la organización formal.

La organización surge a partir de las relaciones en interacciones impuestas por la organización formal para el desempeño de los cargos.

2.3 El análisis organizacional de los servicios de salud en la perspectiva de la gestión de la calidad total

La calidad en salud puede considerarse un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención a la salud y en la sociedad. Por lo tanto, es importante que la calidad de atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio apropiado.

Donabedian define la calidad en salud como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian, 2001)

Se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica adquiere un rol relevante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente.

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, 2001)

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del mismo. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, al hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no acrecientan la calidad.

Al enfocar el fenómeno “reingreso” como tema de estudio se está haciendo referencia a la seguridad, la oportunidad y continuidad de la atención y los costos que éste representa para la familia y el estado.

2.4 Evaluación de la calidad en salud

De acuerdo a Donabedián (1996), en las instituciones prestadoras de servicios de salud se debe propender a que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces necesario desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente; desde el punto de vista de los prestadores y

usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo. (Donabedián, 1996)

Por lo tanto, la noción de calidad puede ser entendida como la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los consumidores, o receptores del servicio, y puede ser ampliada con el concepto de calidad total, la cual se extiende a todos los factores, productos, servicios, a los procesos directivos y de producción, a los recursos técnicos y humanos. (Jurán, 2010)

Los profesionales y no las estructuras son las que consiguen la satisfacción del usuario. Por lo cual, los gestores y los trabajadores de la salud, cada vez más, deben interesarse por el objetivo de mejorar la salud a través de un mejor servicio, para luego medir sus intervenciones.

En un escenario contemporáneo, podemos concebir la reformulación de las realidades organizacionales, con sus valores, creencias, prácticas tradicionales, métodos, instrumentos, que los miembros de los grupos sociales construyen para integrar los pensamientos y las acciones de sus miembros, y pueden apreciarse las nuevas concepciones acerca de los factores constitutivos de los procesos de salud y enfermedad. (Deming, 1989)

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que, si no se tienen en cuenta el ahorro necesario

de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la globalidad de la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector salud.

La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. La falta de control y evaluación de la calidad y eficiencia en los servicios de salud se refleja a largo plazo en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales. (Ishikawa, 1994)

Por otro lado, la medición de conceptos abstractos como calidad y eficiencia de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa, por medio de

indicadores, que permita comparaciones en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros.

2.5 Los indicadores como unidad de medida

Los indicadores son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de funciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. En el área de la salud se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. (Malagón, 1997)

Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo, de las infecciones intrahospitalarias o de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como tales. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para que el proceso asistencial tenga en la calidad uno de sus componentes principales. El indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial.

Como lo define Silva (1997), de manera muy general, un indicador es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción

asociada a ese colectivo”. Precisamente, es lo que pretende el presente estudio, pues se necesitan números para medir conceptos abstractos: calidad y eficiencia. Muchos de los indicadores conocidos de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios (la tasa de mortalidad, la de reingresos, la de infecciones entre otros) varían de acuerdo con la atención que se brinde, pero, como se esbozó antes, también dependen de la gravedad de los pacientes que han servido como unidades de análisis.

2.6 El reingreso hospitalario como posible predictor de calidad asistencial

Dependiendo de la realidad socio sanitaria y cultural de los países es que se ha tomado el reingreso como posible indicador de calidad asistencial. De acuerdo a la literatura aún no existe un claro consenso al respecto.

De todas maneras, hay cuatro indicadores que, por su importancia, amplio uso y claro significado, se están utilizando a nivel internacional para tener un acercamiento a la realidad sanitaria de cada país, y son: la tasa de mortalidad, la tasa de reingreso, la tasa de complicaciones y el promedio de estadía. Los tres primeros se utilizan básicamente como indicadores de resultados que deben reflejar calidad de la atención prestada mientras que la estadía hospitalaria es un claro índice de eficiencia. (Silva, 1997)

Los reingresos hospitalarios presentan la ventaja de ser un fenómeno relativamente frecuente que se encuentra presente en todos los servicios. Como se mencionó, su estudio es realizado por diferentes motivos:

- Para identificar a los pacientes con un alto riesgo de reingresar, al objeto de implementar planes de cuidados específicos.

- Para estudiar la morbilidad, intentando describir la historia natural de una enfermedad.
- Para conocer su impacto económico.
- Por haber sido propuestos como un indicador de calidad, permitiendo la comparación de la efectividad de los hospitales o la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos.
- Para el estudio de las relaciones con la duración de la asistencia y la facturación económica.

Una de las limitaciones del trabajo fue la ausencia de un consenso tanto a nivel nacional como internacional en la conceptualización del término “reingreso”.

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, 2012)

A la hora de definir el término, constatamos 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, 2012)

Según autores como Martínez Marco, E. y Aranaz, A. (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” (Martínez y Aranaz, 2002, p. 79)

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). Si se da por sentado que, durante el período de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe

mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior. Como esta consideración no es ni puede ser absoluta, el reingreso se incorpora a un índice de los llamados *agregados* y la tasa de reingreso forma parte importante de los indicadores de calidad de la gestión hospitalaria. Regularmente se eliminan de las tasas de reingresos aquellos que se han producido de forma programada (para iniciar radioterapia o quimioterapia, para realizar una intervención quirúrgica pendiente, etc.). Aun así, la tasa de reingresos, como indicador de calidad de la atención, no ha sido siempre reconocida como obvia, principalmente porque el reingreso también está determinado por otros factores relacionados con el paciente que no dependen de la calidad de la atención y que son difíciles de concretar.

Thomas y Holloway en 1991 evalúan el reingreso temprano como “indicador en los estudios de calidad de la atención”. Su objetivo era arribar a conclusiones mediante la respuesta a tres preguntas: ¿influye el destino del paciente (a su hogar o a otro centro de atención) sobre el reingreso? ¿El riesgo de reingreso es una función del tiempo de estadía del primer ingreso? ¿Difieren sistemáticamente las tasas de reingreso entre hospitales con distintas características como el porcentaje de ocupación? Concluyeron que el estudio proveía información adicional sobre la importancia de factores clínicos como determinantes del reingreso y señalaron la necesidad de estudiar más profundamente las relaciones entre la tasa de reingreso y la calidad de la atención. Según estos autores no se conocían aún cuestiones como: qué modelos deberían utilizarse para distintos tipos de pacientes o cuál era la

contribución de la gravedad de la enfermedad al reingreso. Consideraron que para determinar la validez del reingreso como indicador de calidad eran necesarias 3 premisas:

1. Establecer modelos específicos para cada tipo de paciente.
2. Identificar aquellos pacientes cuyo riesgo de reingreso fuese bajo y aun así fueran reingresados en el hospital.
3. Utilizar criterios de expertos para establecer si el egreso prematuro se asociaba con el reingreso.

En 1993, Ludke y otros evaluaron la relación entre el reingreso y los indicadores de calidad de la atención hospitalaria en el ingreso anterior pero no obtienen resultados concluyentes. En 1999, Weissman y otros concluyeron que las tasas de reingreso no planificado estaban asociadas con problemas de calidad, aunque no constituían herramientas útiles para la comparación entre hospitales.

No obstante, la tasa de reingreso se considera aún un indicador de calidad de la atención y se promueve su uso con ajustes por otras variables (Thomas, 1999). Las variables que deben contemplarse para el ajuste de la tasa de reingreso son similares a las mencionadas para otros indicadores de resultados: la edad, el sexo, el diagnóstico principal y la gravedad de la enfermedad, ya que se evidenció una mayor probabilidad de reingreso asociada al sexo masculino, a una mayor edad, a determinados diagnósticos y al servicio de alta (García, Illa; 2000)

La tasa de reingreso ajustada que proponen Des Harnais y otros, (1991) es similar a la propuesta para la tasa de mortalidad. Reagrupan los casos en Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) y construyen tablas de contingencia de 2

entradas (2 X 3) con la edad de los pacientes en tres grupos y la presencia o no de enfermedades asociadas o complicaciones ocurridas durante el ingreso original.

Luego calculan la probabilidad de reingreso para cada celda de la tabla en cada grupo de GDR y ésta constituye la estimación de la tasa de reingreso normal que servirá como punto de comparación.

En los años 60 se realiza en los Estados Unidos uno de los primeros intentos por clasificar a los pacientes de modo que se obtuvieran grupos homogéneos en cuanto a costos hospitalarios; surgieron así los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR en español y DRG de Diagnostic Related Groups, en inglés) cuyo origen se relaciona con la necesidad de reducir los gastos que la atención hospitalaria provocaba en uno de los programas más importantes del país (MEDICARE). Se formaron entonces 470 GDR (conformados por un panel de expertos) basados en cinco aspectos del paciente: el diagnóstico principal, la intervención quirúrgica, la edad, las complicaciones y el motivo del alta

Como se mencionó anteriormente, en los últimos años se ha introducido el estudio del fenómeno *reingreso como indicador de la calidad técnica* brindada en los centros sanitarios. El mismo se ha convertido en un gran problema para la administración de los servicios, fundamentalmente los servicios psiquiátricos y los geriátricos; desconociéndose la realidad en los pediátricos. (Horn y Horn; 1986)

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.

La experiencia de los últimos años demuestra que las acciones de salud no deben planificarse y ejecutarse independientemente sino como un elemento incorporado al esfuerzo total de desarrollo y en forma coordinada con los demás sectores que impulsan el progreso económico y social.

2.7 Importancia del reingreso en la estructura socio epidemiológica de la infancia en el Uruguay

Debido a las características de la estructura demográfica del Uruguay, los niños, las niñas y los adolescentes deban ser considerados en forma prioritaria. La población de 0 a 14 años ha disminuido paulatinamente en términos relativos desde el año 1963, donde representaba el 27.8% hasta el 23.86 % en la actualidad. (INE, OPP; 2013)

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.

En el presente trabajo se incluirán a los niños, niñas de 0 a 5 años de edad (Montero, 2001).

Está demostrado que las bases necesarias para conseguir una buena salud en la edad adulta se inician en las edades más tempranas del crecimiento y desarrollo. (OMS,

2013). El conocimiento de la situación de salud de la comunidad, así como de sus características demográficas es el punto de partida para conocer y entender el objetivo central hacia el cual se dirigen las acciones del sector.

Al desconocer aquellos factores que pueden constituirse en contribuyentes a las situaciones de reingreso, también se pierde una gran posibilidad de mejorar la gestión hospitalaria, destinada a una población tan vulnerable y dependiente como lo es la infancia.

2.8 Factores de riesgo

La posibilidad de identificar aquellas características que pueden convertirse en facilitadores del reingreso exige por parte de los servicios una “estimación de riesgos”.

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. 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)

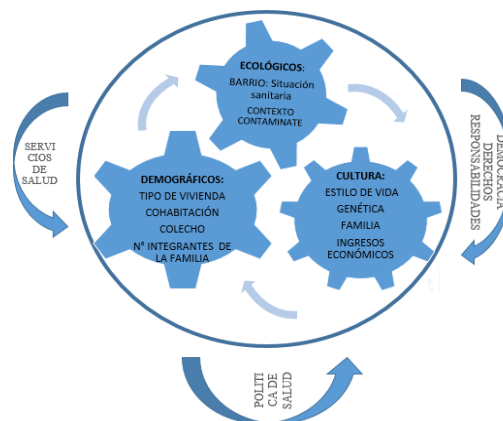
Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud. El enfoque de riesgo constituye un método de trabajo esencialmente preventivo. Puede considerarse como una estrategia que favorece el óptimo aprovechamiento de los recursos al permitir su adecuación a las necesidades.

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 concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico. Por lo tanto, deberá definirse claramente cuál es el daño al que se hace referencia y en función de ese daño se analizarán cuáles son los factores que se asocian. Es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinístico. (Sarué et al, 1996)

Como se representa en la siguiente figura, los factores que inciden en la salud pueden agruparse en tres conjuntos que están interrelacionados: demográficos, ecológicos y del sistema social (incluye al sistema de salud).

Ilustración N° 2.- Factores de riesgo de reingreso hospitalario
Adaptado de E. Layola y Col. (2006)



Los factores no son idénticos en todas las áreas y no son estáticos, sino que cambian desigualmente con el tiempo. Hay factores y cadenas de factores favorables a la salud, llamados factores de salud o factores protectores, como por ejemplo la buena nutrición o estar bien inmunizado; otros son desfavorables a la salud -factores de riesgo- como

por ejemplo la falta de control prenatal o falta de agua potable (Figueiras, A. C.; Neves de Souza, I. C.; Ríos, V.; Benguigui, Y.; 2011).

Estos elementos teóricos deben enmarcarse en la población infantil, la cual, como ya se mencionó presenta características particulares.

La mayoría de los estudios clasifican los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y postnatales, que resultan en la probabilidad de daño en el desarrollo. Los riesgos biológicos pueden separarse de aquellos ya establecidos, refiriéndose a problemas médicos definidos, especialmente los de origen genético. Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos. Entre los riesgos biológicos estarían la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc.

Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Como ejemplos de estos estarían las malas condiciones de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado, entre otros (Benguigui, Y.; 2011)

2.9 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.

(Díaz Martínez, Rodríguez Rodríguez, 2012)

Se observa esta feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas.

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. (Díaz Martínez, Rodríguez Rodríguez, 2018)

Continuando con los autores recientemente mencionados, se señala que, por los cambios ocurridos en la formación y disolución de las familias y la inserción laboral de las mujeres, 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. 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. (ONU, 1990)

Según Pellegrino (2006), son varios los cambios que enfrenta la familia en su crecimiento y evolución, en particular el aumento de la participación femenina en el

mercado laboral y que asociado a otras transformaciones de la familia es un factor que influye directamente en el estado de salud de los niños.

Continuando con la mencionada autora, 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: los casamientos descendieron a la mitad, la 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. (Pellegrino, 2006)

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.

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). Bajo nivel educativo de los jefes o jefas de hogar; feminización de los jefes de hogar, niveles de hacinamiento; niños y adolescentes que presentan mayores de niveles de rezago educativo; abandono prematuro del sistema educativo; número significativo de madres adolescentes, podría estar constituyendo el perfil de la familia actual cuyos niños reingresan en forma reiterada a servicios sanitarios. (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). 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.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 Contexto general

El Programa de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), manifiesta que la tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico negativo que depende de numerosos factores relacionados con los servicios de atención en salud, así como con las condiciones sociales de la población. Al respecto, el organismo manifiesta que, en Uruguay, desde 1960, a pesar de fluctuaciones interanuales, la tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia decreciente. Entre 1990 y 2012, la tasa se redujo de 20.6 a 9.3 por mil bebés nacidos vivos. A su vez, entre 2004 y 2012 se redujo de 13.2 a 9.3, por lo que el comportamiento es descendente, tanto para la tasa de mortalidad neonatal, que bajó en ese mismo período de 7.7 a 5.6, como de la postneonatal que bajó de 5.5 en 2004 a 3.7 en 2012. (MSP, 2013)

La mortalidad infantil es la muerte de niños menores a un año, y se divide en tres momentos: la mortalidad neonatal precoz son las muertes que se producen antes de los siete días de vida, mientras que la neonatal tardía va desde los siete días a los 28 días, y la posneonatal son las muertes entre los mayores de 28 días, pero menores de un año. Las cifras proporcionadas por el MSP, muestran que la mortalidad neonatal

precoz está mejorando sus valores de forma significativa, debido a que el diagnóstico de malformaciones congénitas permite generar una atención neonatal de mejor calidad. Esta es la mortalidad más difícil de descender mediante las intervenciones. De todas formas, las principales causas de la mortalidad infantil siguen siendo las malformaciones, la prematuridad y sus complicaciones.

En relación a la tasa de natalidad (número de nacimientos por cada mil habitantes en un año), éstos presentan una tendencia en descenso. En el año 2004 la misma fue de 15,20 0/00, lo que corresponde a 50.052 nacimientos (Índice de fecundidad (número medio de hijos por mujer) de 2,17), mientras que en el año 2012 la tasa de natalidad fue de 14,50 0/00, lo que corresponde a 48.200 nacimientos (Índice de fecundidad de 2,05). El hecho de que Uruguay tenga un índice de fecundidad inferior a 2,1 por mujer (fecundidad de reemplazo), supone que no se garantiza una pirámide de población estable. (MSP, 2013)

Este panorama sanitario hace que el país se enfrente a un delicado equilibrio demográfico que depende en gran parte de la salud infantil, y surja con una significativa importancia cómo el Estado en su conjunto se ocupa del estado sanitario de las niñas y niños del Uruguay.

3.2 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. El sector pediátrico del mencionado centro, cuenta con aproximadamente 287 camas, dispone de servicios de pediatría y cirugía general, especialidades médicas y quirúrgicas para atender la demanda de la consulta externa e internación. El centro cuenta también con un Departamento de Emergencia Pediátrica y Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos

De acuerdo a los datos brindados por la Administración de los Servicios Sanitarios del Estado (ASSE, 2003), el número de consultas en el Servicio de Emergencia del mencionado centro asciende a 28.887 por año, con un promedio mensual de 4.815 y un promedio diario de 160, relacionada a la estación del año. La Unidad de Reanimación de la Emergencia 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%.

El total anual de las consultas en policlínicas es de 47.300, de las cuales 5.624 corresponden a policlínica general y 41.676 corresponden a consultas en policlínicas de especialidades. En cuanto a la internación común organizada en tres servicios, 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 aparente 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%.

4. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

4.1 Acerca del diseño

El presente es un estudio de corte cuantitativo, descriptivo, transversal, que abarca el período de tiempo comprendido entre el 1° de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2012, sobre los reingresos hospitalarios, ocurridos en el centro pediátrico de referencia nacional ubicado en la ciudad de Montevideo.

La población de estudio 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 2012 se realizó un estudio documental de 1042 historias clínicas del archivo central del centro pediátrico, las cuales correspondían a los casos de reingresos durante el período mencionado. De ese total se seleccionaron 289, correspondiendo a la población de estudio, quienes contenían la información necesaria prevista para realizar el estudio.

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, durante el período mencionado.

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- 2012.

Los 289 niños o niñas que integraron la población de estudio presentaron reingresos programados o de urgencia, provenientes de Montevideo y del 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 10^a 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 realizado para el relevamiento de una base de datos localizada en el Departamento Salud del niño, niña y adolescente de la Facultad de Enfermería (UdelaR), 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 identificó cada caso con el número de ficha registrado en la historia clínica.

4.3 Criterios de inclusión

Edad: 0 a 5 años de edad

Período: desde el 1º de Enero del 2004 al 31 de diciembre de 2012, ambos incluidos.

Reingreso: haber tenido más de una hospitalización previa, independientemente de la causa y del tiempo transcurrido.

Existencia de los datos necesarios para el completo registro.

4.4 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. Se realizó la revisión del estudio por expertos que no estuvieron afiliados a la investigación.

4.5 Limitaciones del estudio

Una limitación del trabajo fue la ausencia de un claro consenso, fundamentalmente, a nivel nacional en la conceptualización del término “reingreso”.

Otra de las limitaciones 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.

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.

4.6 Presentación de variables

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

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
Reingreso	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	Si No
Edad	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
Sexo	Cualitativa nominal	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Características sexuales secundarias	Masculino, Femenino
Procedencia	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
Categoría diagnóstica	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.
Días estancia	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 UCI 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
Distancia entre reingresos	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
Estado nutricional	Cualitativa nominal	Situación en la que se encuentra un niño/a en relación con la	Evaluación nutricional que incluya parámetros clínicos registrados en la HC	Eutrófico Desnutrición aguda (peso/edad)

		ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.		y peso/talla baja, talla/edad normal); Desnutrición crónica (peso/edad, peso/talla, talla/edad baja); Obesidad (peso/edad alta, talla/edad normal o baja, peso/talla alta) Los desnutridos menores de 4 meses se clasifican como desnutridos del primer trimestre (peso/edad y peso/talla bajas).
Vacunas	Cualitativa nominal	Suspensión de microorganismos vivos, atenuados o porciones antigénicas de dichos agentes que, introducidos en un huésped, producen respuesta inmune para prevenir enfermedades	Número y dosis de inmunizaciones que ha recibido el niño desde el nacimiento, establecidas por el esquema de vacunación vigente registrados en la H. C.	Inmunización adecuada, Inmunización inadecuada.
Reingreso programado	Cualitativa ordinal	Acto mediante el cual se reitera un ingreso anterior a un servicio sanitario previamente acordado con el usuario	Datos registrados en HC	Si No
Reingreso temprano	Cualitativa ordinal	Ingreso reiterado que ocurre en los 30 días siguientes a la fecha de la última alta.	Datos registrados en HC que indiquen nueva internación hasta 30 días de la última alta	Si No
Motivo de reingreso temprano	Cualitativa nominal	Causa por la cual se produce un reingreso temprano	Diagnóstico por el cual se ingresa al usuario nuevamente y que se encuentre registrado en HC	Descompensación de la patología previa. Incumplimiento de tratamiento higiénico-dietético-farmacológico. Otros
Reingreso tardío	Cualitativa ordinal	Ingreso reiterado que ocurre después de 30 días de la fecha del último reingreso	Datos registrados en HC que indiquen nueva internación después de los 30 días de la última alta	Si No
Reingreso relacionado	Cualitativa nominal	Ingreso reiterado por la misma patología	Datos registrados en la HC que indiquen una nueva	Si No

Multi ingreso	Cuantitativa ordinal	que causó el o los ingresos previos, o por complicaciones de la misma. Ingreso reiterado de un usuario en un mismo o en diferentes servicios, independiente de la patología y del tiempo.	internación por motivos relacionados a internaciones anteriores Número de 4 ingresos de un mismo usuario en cualquier servicio independiente del tiempo y motivo.	Pacientes con 4 ingresos
---------------	----------------------	--	--	--------------------------

ANTECEDENTES PERINATALES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
Control del embarazo	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.
Patologías durante embarazo	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.
Tipo de parto	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
Edad gestacional	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	< de 37 semanas de gestación; entre 37 y 42 semanas de gestación; > de 42 semanas de gestación.

Peso al nacer	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) (\leq de 2500 grs.) R.N. con muy bajo peso (MBPN) (peso menor de 1500 grs.) R.N. con extremo bajo peso (EBPN) (peso $<$ de 1000 grs.) R.N. con peso elevado ($>$ a 4000 grs.)
----------------------	--------------------------	--	---	---

Patologías del recién nacido	Cualitativa 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 CIE 10 ^a R.
-------------------------------------	---------------------	--	---	---

Alimentación	Cualitativa 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
Edad materna	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

Nivel social	Cualitativa 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 es Completo o Incompleto.); conformación núcleo familiar, vivienda Variable compleja desagrega para su estudio	Los que correspondan
---------------------	------------------------	--	---	----------------------

Nivel de estudios materno	Cualitativa 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
----------------------------------	---------------------	-------------------------------	--	--

Ocupación materna	Cualitativa nominal	Trabajo realizado por la madre por el cual recibe una remuneración	Datos registrados en la H.C.	completa/incompleta; Estudios terciarios; Otros. El que corresponda
Edad paterna	Cuantitativa continua	Tiempo vivido en años, desde el nacimiento a la fecha.	Datos registrados en H.C.	La que corresponda
Nivel de estudios paterno	Cualitativa 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. El que corresponda
Ocupación del padre	Cualitativa nominal	Trabajo por el cual el padre recibe una remuneración	Datos registrados en la H.C.	El que corresponda
Integrantes del hogar	Cuantitativa discreta	Personas con quienes el niño comparte la vivienda.	Datos registrados en la H.C	Padre; Madre; Hermanos; abuelos, tíos, primos. Otros.
Tipo de familia	Cualitativa 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.	Datos registrados en la H. C	Nuclear Monoparental madre / padre/ hijos Extensa Ensamblada

DATOS SOBRE LA VIVIENDA

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS
Tipo de vivienda	Cualitativa nominal	Características de los materiales de construcción del espacio físico donde reside el niño.	Datos registrados en la H.C.	Precaria. Construcción de chapa, cartón. No precaria. Construcción de material. Otros
Agua potable	Cualitativa 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

Eliminación de excretas	Cualitativa 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. Otros
Luz Eléctrica	Cualitativa nominal	Presencia de luz eléctrica dentro de la vivienda.	Datos registrados en la H.C	Posee No posee
Cohabitación	Cualitativa nominal	Situación donde el niño comparte la misma habitación con otra/s persona/s.	Datos registrados en la H.C	Si No
Colecho	Cualitativa nominal	Situación donde el niño comparte la cama con otra/s persona/s.	Datos registrados en la H.C.	Si No
Hábito tabáquico en el hogar	Cualitativa nominal	Presencia de fumadores en el hogar	Datos registrados en la H.C	Si No
Contaminación ambiental en la zona de residencia	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

4.7 Análisis y procesamiento de datos

Luego del relevamiento de los datos mediante la auditoria 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 mediante la utilización de una hoja libre de cálculo, 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, aunque la misma excedió el alcance planteado en el estudio, pero dada la riqueza de la información, se tomó esa decisión para la fase del análisis.

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* (χ^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.

Para conocer el coeficiente de correlación de las variables cuantitativas, se aplicó la *R de Pearson*.

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, entre otras), se incluyó dentro de las mismas.

4.8 Presentación 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.

Variabes del Niño- Niña	Variabes de la Madre - Padre	Variabes 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 RN	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 2004-2012

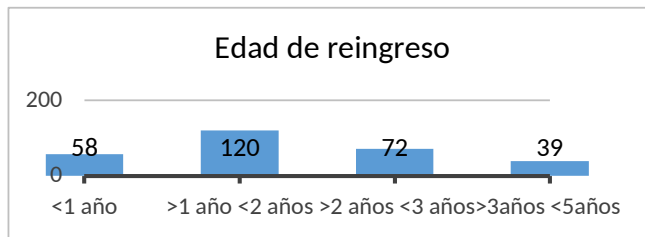
VARIABLES DEL NIÑO/ NIÑA

Tabla N°2. 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

Grafico N° 1 Distribución de la edad en la población



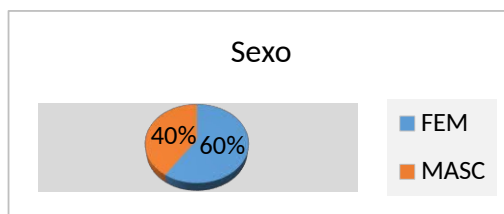
La edad promedio (media) de los niños reingresados en el período 2004- 2012, en los servicios del hospital pediátrico de referencia es de un año (1), dos (2) meses y veintiocho (28) días. La edad que tiene mayor incidencia (moda) en los reingresos es de dos (2) años. El 50% de los reingresos (mediana) 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 población estudiada no exceden la edad de tres (3) años, dos (2) meses y diecisiete (17) días, o que el 25% de la población excede esa edad.

Tabla N° 3 Distribución del sexo en la población

Sexo	FA	FR%
Femenino	172	60
Masculino	117	40

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 2 Distribución de la población según sexo



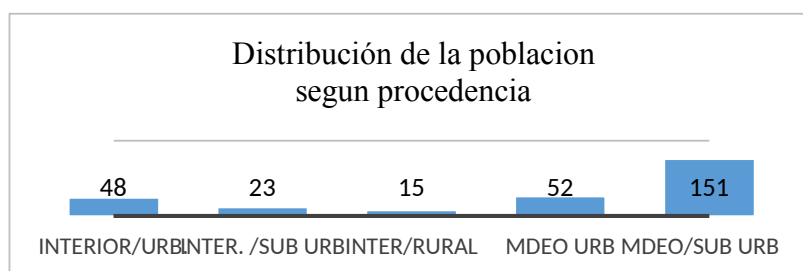
La población analizada de los reingresos hospitalarios a los servicios pediátricos tiene un 60% de población femenina y un 40% de población masculina

Tabla N° 4 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	3.12
TOTAL	289		100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 3 Distribución de la población según procedencia



De la población analizada, el 67 % procede del departamento de Montevideo, viviendo en zona suburbana 11. %; el 4% específica en Montevideo. El 33% proceden del interior del país. Correspondiendo al interior urbano el 17 %, área sub urbana el 8% e interior rural. Interior es el 3%.

Tabla N°5. Distribución de la población según el tipo de reingreso

Tipo de Reingreso	FA	FR%
Temprano	195	67,47
Tardío	94	32,53
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

De la población analizada, el 67,47 % corresponde a los reingresos definidos como “tempranos”. Los reingresos relacionados constituyeron el 56%, el multiingreso 35% y el programado 9%.

Tabla N° 6 Distribución de los días de estancia según N° de reingreso

Días	1er Reingreso	2do Reingreso	3er Reingreso	4to Reingreso
De 1 a 10 días	165 niño/a	170	160	120
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	27	70	128
Total	289 niños/a	289	289	289

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En el primer reingreso hay 27 niños y niñas que no reingresan nuevamente, lo que constituye el 9%. En dicho reingreso el 64%, (165, tiene un tiempo de estadía de 1 a 10 días; 64 reingresados, el 22%, su tiempo de estadía es de 11 a 20 días; el 20%; 60 niños o niñas, tiene entre 21 y 30 días de estadía

En el segundo reingreso, hay 70 niños o niñas, 24%, que no tiene un tercer reingreso. Ciento setenta, 63%, tiene un tiempo de estadía de 1 a 10 días. 20%, 52, una estadía de 11 a 20 días y 14%, 40 niños o niñas, una estada de 21 a 30 días.

En el tercer reingreso, hay 128 reingresados, 44%, que no tienen un cuarto reingreso. Ciento sesenta niños o niñas de la población, 48%, tienen una estada de 1 a 10 días; 15%; 43 tienen una estadía de 11 a 20 días; dieciséis, 6%, su tiempo de estadía es de 21 a 30 días.

En el cuarto y último reingreso estudiado, hay 120 niños o niñas de la población, 42%, que tienen un tiempo de estadía de 1 a 10 días; el 10% treinta

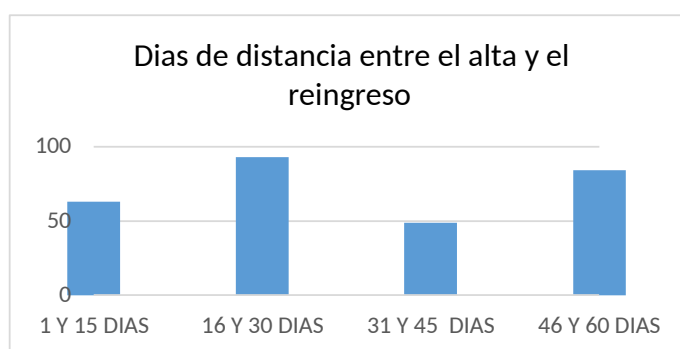
(30) reingresados, su tiempo de estada es de 11 a 20 días y 4%, once (11), un tiempo de 21 a 30 días.

Tabla N°7. Distribución de las distancias entre 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N°4 Intervalo de tiempo entre reingresos



De la población 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 ultimo reingreso, constituyendo el 32% de la población, 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 población 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 ultimo reingreso, que son ochenta y cuatro (84), 29%.

Tabla N°8 Distribución de las categorías diagnósticas de los reingresos

Diagnósticos	FA	FR
Bronquiolitis	65	22.49
Neumonías	54	18.68
IRA	49	16.95
NA recurrente	3	1.03
Laringitis	5	1.73
NA c/derr	9	3.11
Celulitis	7	2.42
Infec. herida	7	2.42
Convulsión	20	6.92
Diarrea	33	11.41
Infección urinaria	10	3.46
Lúes congénita	3	1.03
NAC c/derr	9	3.11
Alergia atb	3	1.03
Otros	12	7.25
Total	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 5 Distribución de las categorías diagnósticas

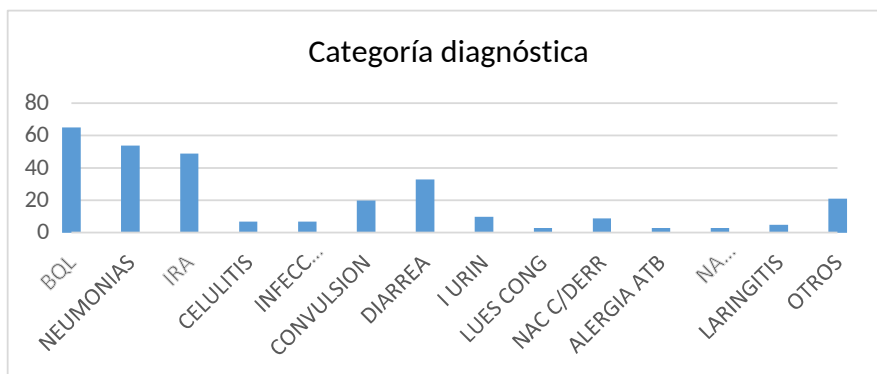
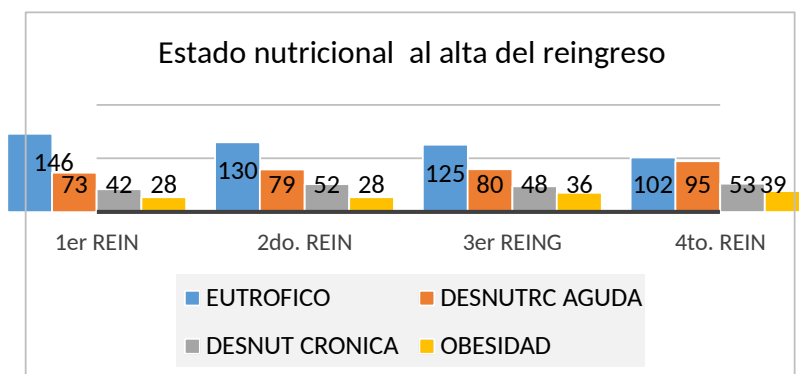


Tabla N° 9. Distribución del estado nutricional de la población.

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 6 Estado nutricional de la población al alta



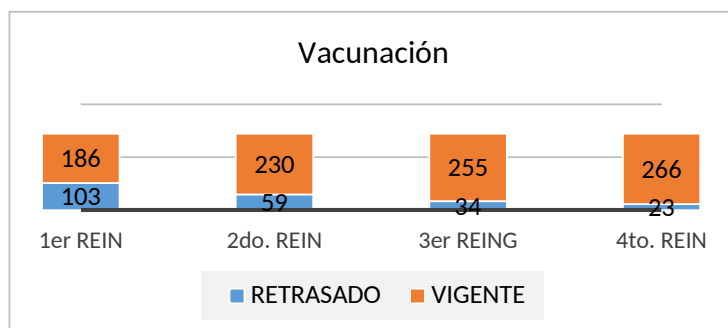
Se puede inferir que el estado nutricional al alta, está relacionado con el reingreso dado que los niños o niñas con estado nutricional eutrófico, mayoritariamente predominan con un reingreso y los reingresos con desnutrición aguda tienen aumentada su presencia a medida que aumenta el número de reingresos

Tabla N° 10. Distribución de la vacunación en la población

Esquema	1er Reingreso	2do Reingreso	3er Reingreso	4to Reingreso
Retrasado	103	59	34	23
Vigente	186	230	255	266
TOTALES	289	289	289	289

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 7 Distribución de la vacunación en la población



Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

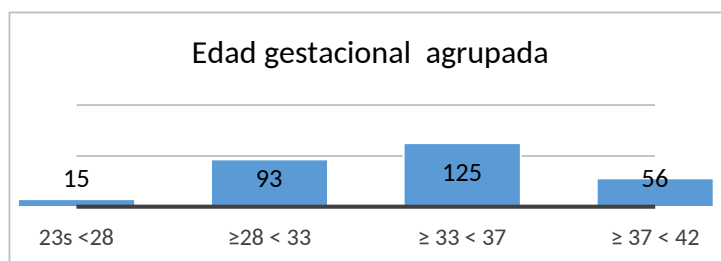
De la población analizada puede observarse que el 36% tiene el certificado esquema de vacunación no vigente, en el primer reingreso, y que, en el transcurso de los diferentes reingresos, se ha actualizado, quedando del valor atrasado 8%.

Tabla N° 11. 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 8 Distribución de la edad gestacional agrupada en la población



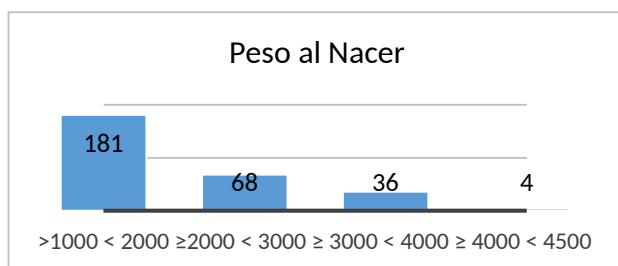
En la población analizada, el promedio de la edad gestacional que han tenido los reingresos al nacer es de 34 semanas; siendo la mediana de 36 semanas; o que el 50% de los reingresos han nacido con una edad gestacional de 36 semanas.

Tabla N° 12. Distribución del peso al nacer de los reingresos

Rango	FA	FAA	FR%	Centro	Amplitud
				Intervalo	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		

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Gráfico N° 9 Distribución del peso al nacer de los reingresos



Al momento del reingreso los niños y niñas tienen un peso promedio de 1503 grs. al nacer. El 50% de los reingresados, no supera los 2536.55 grs. y el peso con mayor incidencia en el periodo 2004- 2012 es de 1610 grs. El 25% de los reingresados en el periodo 2004- 20012 tiene un peso al nacer, hasta de Kg 2600. El 75% de los ingresados no excede los 3.000 grs. de peso; o el 25% de los ingresados tiene un peso que no supera los 3000 grs.

Tabla N° 13 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 10 Distribución de las categorías diagnósticas al nacer de los reingresos



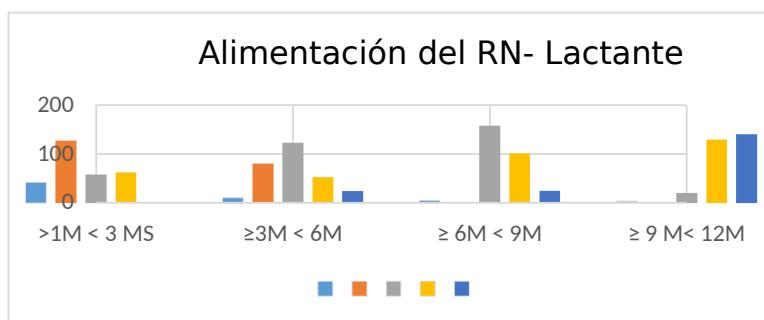
De la población analizada el 44% fueron pequeños para la edad gestacional, el 29% presentaron al momento del nacimiento depresión neonatal y el 20% presento síndrome funcional respiratorio.

Tabla N° 14 Distribución de la alimentación en el primer año de vida en los reingresos

Periodo	Pecho D	Pecho	Leche Artificial	Leche	Sólidos	TOTAL
	Exclusivo	Ordeñado		Modificada		
>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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N°11. 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 8% de los niños.

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

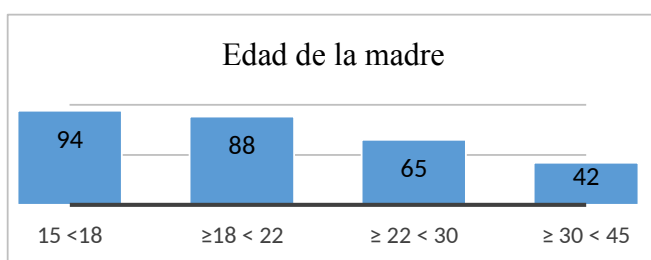
En el último trimestre del año predomina la alimentación con leche modificada en el 45% de los reingresos y continúan aumentando los sólidos en 49%.

Tabla N° 15 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Gráfico N° 12 Distribución de la edad de la madre de los reingresos



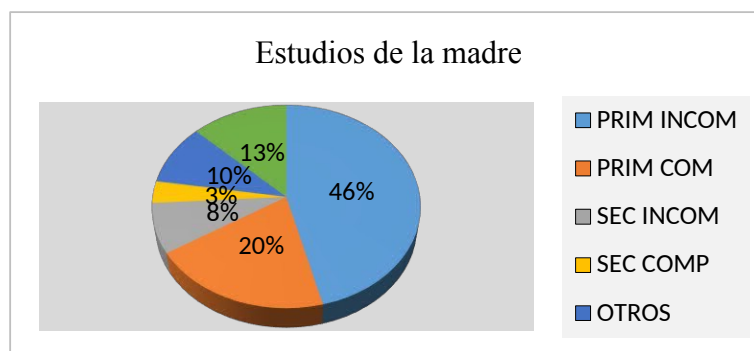
Las madres de la población analizada, tienen entre 15 y 18 años el 33%, el 30% tienen entre 18 y 22 años; el 22.49% entre 22 y 30 años y entre 30 y 45 años el 14%.

Tabla N° 16 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 13 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° 17 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Gráfico N° 14 Distribución del empleo materno.



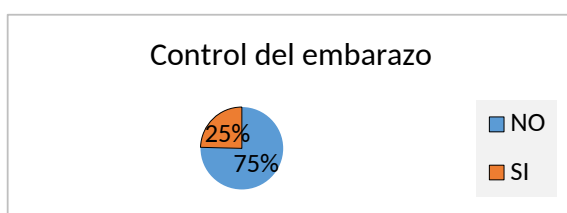
En la población analizada 20% de las madres (57) se desempeñan como domésticas; 11% trabajan en el reciclado; 8,65% trabajan en una fábrica; 8% recibe plan de emergencia y no posee trabajo remunerado, 18% de las madres de los reingresos de la población no tienen empleo remunerado.

Tabla N° 18 Distribución del control del embarazo

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 15 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° 19 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
Diabetes gestacional	18	6
Herpes genital	4	1.38
Hipertensión	42	15
I.U	40	14
Lúes S/Tratamiento	5	1.73
Lúes C/Tratamiento	8	2.76
Obesidad	23	7.95
Preeclampsia	9	3.11
TVP	5	1.73
NO	73	25
TOTALES	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

De la población 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 presento patología durante el embarazo el 25.25%.

Grafico N° 16 Distribución de las patologías en el embarazo.

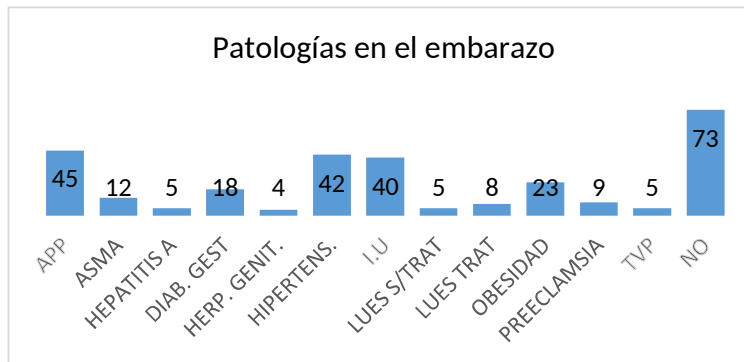
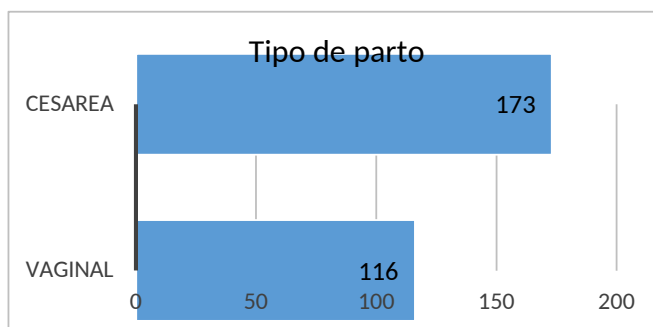


Tabla N° 20 Distribución del tipo de parto.

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

Grafico N° 17 Distribución del tipo de parto



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

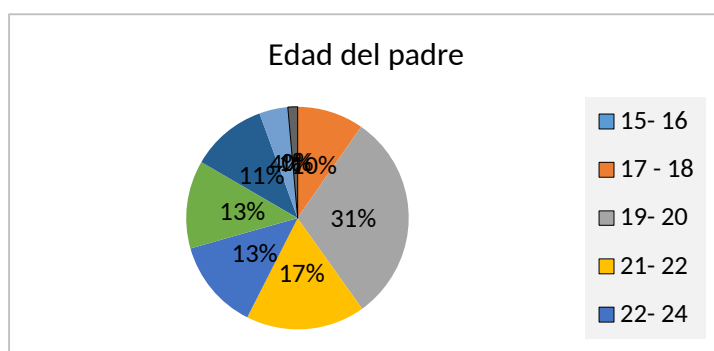
Tabla N° 21 Distribución de la edad del padre

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N°18 Distribución de la edad del padre



Los padres de los reingresos de la población, 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° 22 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 19 Distribución del nivel de estudio del padre



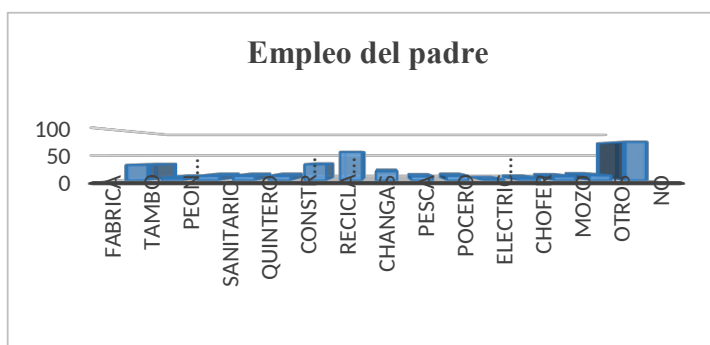
En la población analizada, 49% de los padres no han completado la escolaridad primaria; la han completado el 22%. En cuanto a la escolaridad secundaria, no han completado 4.5% y finalizaron secundaria 1%. El 10% se han capacitado en otro nivel, no universitario. No han recibido educación formal 13.5%.

Tabla N° 23 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 20 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° 24 Tipo de familia

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En la población 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

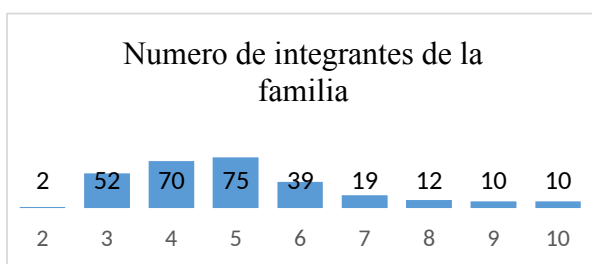
Tabla N° 25 Distribución del número de integrantes en la familia

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Grafico N° 21 Distribución del número de integrantes en la familia



En la población analizada, 26% los reingresos en el período 2004- 2012, viven en una familia que tiene cinco (5) integrantes; 24% tienen cuatro (4) integrantes y 13.5% tiene seis (6) integrantes.

Tabla N° 26. 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En la población 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° 27. 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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° 28. 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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

Tabla N° 29. Distribución del agua potable en el interior de la vivienda.

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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

Tabla N° 30. Distribución de la luz eléctrica en el interior de la vivienda

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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

Tabla N° 31. Distribución de red sanitaria en el interior de la vivienda

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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

Tabla N° 32. Distribución de la eliminación de excretas.

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

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

Tabla N° 33. Distribución de la práctica de colecho

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

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

Tabla N° 34. Distribución de la práctica de cohabitación

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

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.

Tabla N° 35. Distribución del contexto contaminante: manipulación de productos químicos

QUIMICOS	FA	FR%
NO	184	64
SI	105	36
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Un 64% de las familias viven en contextos donde se realiza manipulación de productos químicos

Tabla N° 36. Distribución del contexto contaminante: curtiembre

Curtiembre	FA	FR
NO	200	69
SI	89	31
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

De las familias de los reingresos 69% tienen en su entorno una curtiembre

Tabla N° 37. Distribución del contexto contaminante: basurales

	Basural	FA	FR%
	No	132	46
	Si	157	54
	TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Las viviendas en 54% tienen en su contexto un basural y 46% no lo tienen.

Tabla N°38. Distribución del contexto contaminante: chatarrería

Chatarrería	FA	FR%
No	134	46
Si	155	54
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

El 54% de los hogares tienen en su contexto una chatarrería

Tabla N°39. Distribución del contexto contaminante: metalúrgicas

Metalúrgica	FA	FR%
No	128	44
Si	161	56
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

El 56% de los hogares tiene en su contexto una metalúrgica y el 44% no.

Tabla N°40. Distribución del contexto contaminante: red de saneamiento

Saneamiento	FA	FR%
No	193	67
Si	96	33
TOTAL	289	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

El 67% de las viviendas no están conectadas a la red de saneamiento.

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

- Que el 64% de los reingresos vive en la zona donde se elaboran productos químicos
- Que en el 69% 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 posee red de saneamiento

Tabla N°41. Distribución del hábito tabáquico en la familia

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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En el hogar de los niños y niñas reingresadas en el período 2004 al 2012 existe la presencia de fumadores en 70% de las familias.

TIPO DE REINGRESO EN RELACIÓN A LA PATOLOGÍA ÍNDICE

Tabla N°42. 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 Respirat. alta	Bronquiolitis y/ o diarrea	
23	10	10	10	53

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

En el reingreso “temprano”, la patología índice que determina el mismo, esta, presente en 53 de los casos de dicho reingreso.

Tabla N°43. Distribución de la patología índice en el reingreso “relacionado”

REINGRESO RELACIONADO

1er reingreso	2do reingreso	3er reingreso	4to reingreso
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	neumopatía 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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En el reingreso de tipo “relacionado”, la patología índice se encuentra presente todos los diagnósticos de reingreso.

TIPO DE REINGRESO EN RELACIÓN A LA PATOLOGÍA DEL NIÑO-NIÑA

Tabla N°44. Distribución del número de reingresos según las patologías más significativas

Patología	FA	FR%
Respiratorios	185	75
Convulsión	20	8
Diarrea	33	13
Inf. urinaria	10	3
Total	248	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

La patología respiratoria es la que se presenta con mayor frecuencia (75%) en los reingresos pertenecientes a la población estudiada.

Tabla N°45. Distribución de la patología respiratoria según n° de reingreso.

Patología respiratoria	FA	FR
1er. reingreso	17	10
2do. reingreso	63	34
3er. reingreso	85	45
4to. reingreso	20	11
Total	185	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

El 45% de los niños y niñas que reingresan lo hacen por tercera vez por la patología respiratoria, el 34% tiene dos reingresos. El tipo de reingreso se asocia a la edad del niño en la población estudiada.

Tabla N°46. Distribución de la patología diarrea según el n° de reingreso

Diarrea	FA	FR
1er. reingreso	8	20
2do. reingreso	16	40
3er. reingreso	8	20
4to. reingreso	1	20
Total	33	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

En la población estudiada, los niños y niñas que reingresan con diagnóstico de diarrea lo hacen dos veces en 40%.

Tabla N°47. Distribución de la patología convulsión según el tipo de reingreso

Convulsión	FA	FR%
1er. reingreso	2	10
2do. reingreso	3	15
3er. reingreso	4	20
4to. reingreso	11	55
Total	20	100

Grafico N°
47

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

Los reingresos que tienen diagnóstico de convulsión, 55% reingresan cuatro veces.

El número de reingresos está asociado a la patología en la población seleccionada.

Tabla N°48. Distribución de los reingresos según días de estada y procedencia

	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

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004-2012

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. Existe una asociación entre el tiempo de internación y la procedencia de los reingresos.

Tabla N°49. Distribución de la patología índice, respiratoria según tiempo de estada

Días de estadía	FA	FRA%
< a 10 días	118	64
≥ 10 < 20 días	45	25
≥ 20 < 30 días	12	7
30 + días	10	4
Total	185	100

Fuente: Historias clínicas de los reingresos del hospital de referencia nacional en el periodo 2004- 2012

El 64% de los reingresos con diagnóstico respiratorio (patología índice) tienen un tiempo de estada menor a 10 días. El 25% tiene una estadía ≥ 10 y < 20 días.

5 DISCUSIÓN

El reingreso (*R*) hospitalario se contempla como índice de calidad asistencial hospitalaria desde los años 60 (Ludke, 1993), habiéndose defendido como uno de los estándares de calidad más importante (Matorras, 1990, Gómez, 1998, Martínez, 2002). En algunos países se ha dudado de su utilidad como índice general (Martínez Marco, Aranaz, 2002), aunque en los últimos años, se han establecido protocolos para identificar cuales *R* podrían evitarse o cuales son los procesos mórbidos de los cuales se esperan *R* frecuentes (p. ej., insuficiencia cardiaca, asma bronquial) (Thomas, 1996; Holloway, 1991, Cortés, 2013).

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- 2012 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 población estudiada 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 (Fernández 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* (75%) 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 (75%), a diarrea (13%), a convulsiones (8%), a infección urinaria (3,5%) y un 7% de otras causas.

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 pequeños, 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.

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 población tomada en ese rango.

En los reingresos de 3 a 5 años, predomina en 44% de tipo tardío, en la población seleccionada.

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). Se destaca que al aumentar el número del ingreso aumentan las complicaciones presentadas por los niños. Ejemplo de ello es que, en el episodio índice, la categoría diagnóstica corresponde a bronquiolitis, en el primer reingreso corresponde a CBO, en el segundo ingreso a neumonía, en el tercer ingreso a neumonía con derrame pleural.

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 67,47 % de la población; el *RR* (se relaciona al episodio índice), se da en el 46,37 % de la población; el *R* tardío se da en el 32,53 % de la población; el *RP* se encuentra en el 9% de la población.

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 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 (75% de la población) 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 (13%) reingresan dos veces el 48%. En relación a la categoría diagnóstica convulsión (8%) 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 del usuario previo al ingreso y sus antecedentes prenatales (peso al nacer, niños eutróficos, con estados de desnutrición aguda, crónica y obesidad); éste puede tener un impacto en el reingreso. 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 no vigente y en el transcurso de los diferentes *R* el mismo se fue actualizando, 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 población 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- 2012 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 población 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 población presentan un promedio de 3 hijos. Los valores de las variables analizadas permiten inferir que los niños y niñas de la población 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 64% de las viviendas tiene en su entorno la manipulación de productos químicos, 69% 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 67% no tiene conexión.

6. 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 2004-2012. 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, incumplimiento del plan de inmunización, 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 población estudiada entran en la categoría de “*niños frágiles*”, dado que presentan alteradas más de una situación vital.

Dados los motivos observados de los reingresos hospitalarios, la idea primaria del presente estudio, fue realizar una investigación donde se analizara la asociación entre la calidad de los cuidados brindados a los niños y niñas y la tendencia de los reingresos. Esto no se pudo llevar a cabo debido a las deficiencias en los registros de las historias clínicas. Sería necesario en una segunda etapa, profundizar el estudio para delimitar en qué medida se determina el riesgo de reingreso por el nivel de calidad de los cuidados otorgados.

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.

Según la bibliografía internacional el reingreso debido a mal cumplimiento terapéutico tiene un valor específico importante. En la presente investigación no se planteó su análisis, ya que el mismo requiere plantear otro tipo de estudio. (Martínez, 2002; Holloway, 1991).

La tasa bruta de reingreso, la tasa de reingreso verdadero, la de reingreso temprano y la de reingreso evitable pueden servir como indicadores de calidad asistencial, y posibilitan el planteo de intervenciones específicas donde desarrollar potentes actuaciones de prevención.

No se pudo medir el Reingreso Evitable (*RE*), que es aquel que no cumple criterios pre establecido desde el servicio, dado que los mismos no están definidos.

7. SUGERENCIAS

Luego de finalizada la investigación, se evidencia la necesidad de plantear el fenómeno del reingreso hospitalario en pediatría como un tema central para el estudio de la calidad asistencial, para generar evidencia sobre la forma de trabajo entre los diferentes niveles asistenciales, luego de que el niño es dado de alta. Es necesario conocer las tendencias del comportamiento del reingreso y cuáles son las intervenciones del equipo para disminuir los reingresos evitables.

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.

Se sugiere la elaboración y aplicación de un Protocolo de Registro de Adecuación del Ingreso Hospitalario, donde se estipulen las características de todos los usuarios que presentes ingresos reiterados, así como también constatando individuos de riesgo dadas las características biológicas, psico emocionales, sociales y culturales, que conviertan al usuario y/o familia en núcleos vulnerables. Se lograría una base de datos accesible y de suma importancia para la gestión hospitalaria, donde se estipularían los Reingresos Evitables y los Reingresos Adecuados. En base a la

creación de un modelo de los reingresos evitables se establecerían normas para la prevención de los mismos, donde el equipo de enfermería tendría un rol preponderante.

Se evidencia como una necesidad, fundamentalmente, de los equipos directivos de promocionar la importancia estratégica de la calidad asistencial en el desarrollo de los fines del servicio de salud.

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.

Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y resultados en relación a la prevención de nuevos reingresos, identificando la importancia del registro del plan de alta, que se supone se realiza al 100% de los usuarios.

Como sugerencia principal hay que señalar que es importante poseer una versión pediátrica de los indicadores y potenciar su difusión y aplicación entre los servicios de urgencias para poder desarrollar un plan de calidad basado en datos objetivos y permitir a los profesionales adecuar y solicitar los recursos necesarios para asumir el nivel máximo de eficiencia en su labor diaria en la atención pediátrica.

Se sugiere desarrollar la formación del personal en el área de gestión de calidad, comprometiendo a todo el equipo sanitario en la evaluación del grado de consecución de los objetivos institucionales.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cordero, M. J. (2003). Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos. Volumen I y II. Barcelona: OCÉANO / Mosby.
- Alonso Martínez et al. (2001). Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)*. 18(5), 28-34. Disponible online Recuperado agosto 2016
- Alonso, L.; Fernández Rodríguez, C. (2006). Roland Barthes y el Análisis del Discurso. Madrid: UAM.
- 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.
- Barquin, M. (1980). Administración de Hospitales. México: Interamericana.
- Barquin, M. (1981). Dirección de hospitales de la atención médica. México: Interamericana.
- Bartalanffy, L. V. (1972). Teoria Geral dos Sistemas. Petropolis: Vozes.
- 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.
- Calvo Ayaviri, A. (2003). Análisis organizacional de los servicios de salud. La Paz: OPS. OMS.
- Caminal J. (2002). La calidad en la atención primaria, un reto para el sistema de salud. *Gaceta Clínica y Sanitaria*, 4 (4), 121.
- Caminal J, Silvestre F. (2003). Actividad hospitalaria, pacientes y atención primaria. *Rev. Calidad Asistencial*, 18(2), 164-170.
- Canguilhem, G. (1978). Lo normal y lo patológico. México: Siglo Veintiuno.
- Canosa, A.; Prat, A.; Lledó, R.; Asenjo, M. A. (1997). El reingreso hospitalario como gestión de calidad. *Med Clin (Barc)*, 108, 317.
- Carnota, O. (1985). Teoría y práctica de la dirección. La Habana: Revolucionaria.
- Carvajal, L. (1997). Introducción a la metodología científica. Curso para Egresados Universitarios y de nivel Terciario. Montevideo: Facultad de Medicina/Universidad de la República.
- 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.

- Convención de los Derechos del Niño. (1990). Organización de las Naciones Unidas. W. D.C. ONU.
- Cuesta Gómez, A., Moreno Ruiz, J. A., Gutiérrez Martí, R. (1986). La calidad de la asistencia hospitalaria. Madrid: Doyma.
- Chiavenato I. (1986). Administración de Recursos Humanos. México: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (2007). Introducción a la teoría general de la administración. Séptima edición. México: Mc Graw-Hill.
- Chiavenato, I.; (2013). Introducción a la teoría general de la administración. 8Ed. México: Mc Graw Hill.
- Delgado M. (2003). Estudios de cohortes. UD 4. En M. Delgado y J. Llorca (Eds.). Metodología de la investigación sanitaria. Barcelona: Signo.
- Deming, E. (1989). Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis. México: Díaz de Santos.
- Des Harnais, S. I., Mc Mahon, L. F., Wroblewski, R. T. Measuring outcomes of hospital care using multiple riskadjusted indexes. Health Serv Res 1991; 26(4): 425-45
- Dever, A. (1991) Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Washington: OPS/OMS.
- Díaz Martínez, J. A.; Rodríguez Rodríguez, R. M. (2012). Introducción a la Sociología. Madrid: UNED.
- Diccionario de la Lengua Española. (2014). Real Academia Española. 23 ed. Madrid: RAE. Asociación de Academias de la Lengua Española.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1996, 44: 166–203. 49.
- Donabedian, A, Calidad Asistencial. Revista del Órgano de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial, Suplemento nº 1/2001 Vol. 16 (S10, 39,68). Disponible online Recuperado en mayo 2017
- Espinar Martínez, J. M., Rodríguez Cortés, G., Espinar Martínez, L. (2012). Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital San Juan de la Cruz. Andalucía: Agencia de Calidad Sanitaria.
- 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.

Ferrari, A. M^a, Picón, T.; Magnífico, G.; Mascaró, M^a. (1997). Hospitalización pediátrica. Estudio de la población asistida: Clínica Pediátrica “A”. 1991-1995. *Rev. Med. Uruguay*, 13, 77-92.

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.

García Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. (2001). Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asist*, 16,107-116.

García Ortega, C. (1997). Los reingresos hospitalarios como indicador de calidad. *Revista: Todo Hospital*, 138, 35-39.

Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Mayoral Martin L, Grilo Reina A. (1998). El reingreso hospitalario en medicina interna. *Med Clin (Barc)*, 110, 479.

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

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M^a. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.

Hernández Rodríguez, S. (2002). Administración: pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia. México: McGraw- Hill/ Interamericana editores.

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

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

Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. (2016). Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Censo 2004. Fase I. Disponible online en Consultado junio 2005.

Instituto Nacional de Estadística. Uruguay. Censo 2011. Disponible online en . Consultado en diciembre 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Oficina de Planeamiento y Presupuesto. (2013). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Primeros resultados de la ENDIS. Montevideo: INE/ OPP.

Ishikawa, K. (1994). Introducción al control de calidad. Barcelona: Díaz de Santos.

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

Jiménez Puente, J. (2000). Análisis crítico de la tasa de reingresos como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga.

Jiménez Puente, A. et al. (2003). Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. *An. Med. Interna (Madrid)*, 20(7), 8-18. Disponible online Recuperado mayo 2017

Juran, J.; Tryna, F.M. (2010). Análisis y planeación de la calidad. México: Mc Graw Hill

Ketzoian y col. (2004). Estadística Médica, conceptos aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR.

Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En: Rodríguez, M^a I. (coord.). Lo biológico y lo social (1-12). Washington DC: OPS.

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

Lévi Strauss, C. (1968): Antropología estructural. Buenos Aires: Ed. Universitaria de Buenos Aires,

Lévi Strauss, C. (1980): Antropología estructural II. México: Siglo XXI.

Lied, T. R., Kazandjian, V. A., Hohman, S. F. (1999). Impact of risk adjusted clinical outcomes methodology quality measures on hospital mortality data: a statistical and case study approach. *Med Qual*, 14(6), 255-261.

Ludke, R.L., Booth, M. (1993). Relationship between early readmission and hospital quality of care indicators. *Inquiry*, 30, 95-103.

Malagón Londoño, G.; Galán, M. R.; Pontón, LG. (1997). Administración hospitalaria. Colombia: Médica Panamericana.

Mariano, H., Ramos, M., Fernández, A. (2001). Salud y juventud. Recuperado de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/cje/cje0029.pdf

Martínez, E. A., Aranaz, A. (2003). ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? *Rev. Calidad Asistencial*, 17(2), 79-86.

Martín Martínez, M. A.; Carmona Alférez, R.; Escortell Mayor, E.; Rico Blázquez, M.; Sarría Santamera, A. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en personas de edad avanzada. *Rev. Atención Primaria*. Vol. 43. Núm. 3 marzo 2011. páginas 113-164. Madrid: Elsevier.

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

Milne R, Clarke A. (1990). Can readmission rates be used as an outcome indicator? *BMJ*, 301(6761), 1139-1140. Disponible online Recuperado abril 2017

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

Ministerio de Salud Pública. (2018). Datos y Estadísticas. Disponible online en Recuperado en noviembre de 2018

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

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

Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.

Navarro, E., Mendieta, E, Mir R, Caballero B. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Arch Pediatr Urug* 2008; 79:86-91.

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. Disponible online Recuperado octubre 2012

Organización Mundial de la Salud. Subsanan 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. Disponible online Recuperado setiembre 2012

Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Washington DC: OMS.

Organización Mundial de la Salud, UNESCO. (2005). Primera revisión de los ODM. Disponible online en Consultado en marzo 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2010). Introducción a las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Disponible online Recuperado enero 2016

Organización Panamericana de la Salud. (2013) 10 datos sobre la salud infantil. Disponible online Recuperado mayo 2017

Ortega, M^a. Suárez, M^a. (2006). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. México DF: Editorial Médica Panamericana.

Passos Nogueira, R. (1997). Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2.000 N^o4. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Peiró, S.; Librero, J.; Benages Martínez, B. (1996). Factores asociados al reingreso hospitalario urgente en enfermedades digestivas y hepatobiliares. *Revista Medicina Clínica*, 107(4), 124-129.

Pellegrino, A. (2006). La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. Santiago de Chile: CEPAL.

Peters, J. P. (1992). El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona: Masson.

Phillips CO, Wright CM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a metanalysis. *JAMA*, 291, 1358-1367.

Pineault, R. (1990). La planificación sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. Montreal: Masson.

Roemer, Milton, I. (1980). Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo XXI.

Roige, J.; Miquel, C. (1994). El reingreso en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*, 103, 317.

Rovere, M. (2000). Redes, salud en el municipio de Rosario, hacia la construcción de redes en salud. Buenos Aires: IJL.

Rovere, M. (1990). Trabajos sobre planificación estratégica. OPS/OMS.

Sarué, E.; Díaz, A. G., Fescina, R. H., Simini, F., Giacomini, H., Schwarcz, R. (1996). *Enfoque de riesgo*. Publicación Científica CLAP N^o 1264. Montevideo: CLAP/OPS/OMS.

- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. (2004). Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons Issue 4. Cochrane Database Syst Rev. 2004 ;(1):CD000313. Disponible online Recuperado octubre 2016
- Schulte, E.; Price, D. L.; Gwin, J. E. (2002). Enfermería Pediátrica de Thompson. Octava Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Silva, L.C. (1997). Escalas e indicadores. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos.
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. (2001). Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Servei Català de la Salut.
- Sonis, A. (1987). Técnicas de dirección: enfoque sistémico en la administración de salud, análisis de las organizaciones de salud. Washington: OPS.
- Starfield, B. (2004). Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Madrid: Masson.
- Thomas, J. W., Holloway, J. J. (1991). Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. *Med Care*, 29(4), 377-94.
- Thomas, W.I.; Hofer, T.P. (1999). Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care. *Med Care*, 37(19), 83-92.
- Torrado, S. (2000): Antes que la muerte los separe. La nupcialidad en Argentina durante 1960-2000. *Sociedad* 16: 115-151. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
- UNICEF- UDELAR. (2006). Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Montevideo: UNICEF- UDELAR.
- Vaquiroy, S., Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. Disponible online Recuperado abril 2016
- Weinstein, L. (1978). Salud y autogestión. La antimedicina a examen. Montevideo: Nordan.
- Weissman, J. S.; Ayanian, J.Z.; Chasan Taber, S.; Sherwood, M.J.; Roth, C.; Epstein, A.M. (1999). Hospital readmissions and quality of care. *Med Care*, 37, 490-501.

9. ANEXOS

ANEXO I

Grado de asociación entre variables cualitativas: cálculo de la V de Cramer

Tabla N° 56 Patología según Numero de reingresos

PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

REINGRESOS	RESPIRATORIO	CONVULSION	DIARREA	
	18	2	8	28
1	63	3	16	82
2	85	4	8	97
3	20	11	1	32
4	186	20	33	239

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

$N \cdot m$

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

FRECUENCIAS ESPERADAS:

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

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

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

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

$$75.48 \quad \frac{8.11}{289-2} \quad \frac{13.39}{287} \quad \frac{24.90}{287} \quad \frac{2.67}{287} \quad \frac{4.41}{287}$$

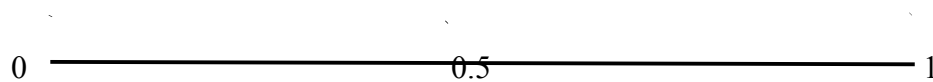
$$0.65 + 0.049 + 4.440 + 0.010 + 2.171 + 1.934 + 1.200 + 2.082 + 2.169 + 0.009 + 25.98 + 2.63 =$$

43.324. (chi cuadrado)

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

$$N. m \quad \frac{289-2}{287}$$

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	
REINGRESOS	60	30	15	105
1	68	10	12	90
2	30	10	10	50
3	23	18	3	43
4	181	68	40	239

$$R = \frac{\text{cov}(x,y)}{\sqrt{S_x \cdot S_y}}$$

$$\text{cov}(x,y) = \frac{\sum (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})n_i}{N}$$

$$\bar{x} = \frac{\sum c_i \cdot n_i}{N} = \frac{1500 + 2500 + 4000}{289} = 2.768 \text{ (media de x)}$$

$$N = 289$$

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

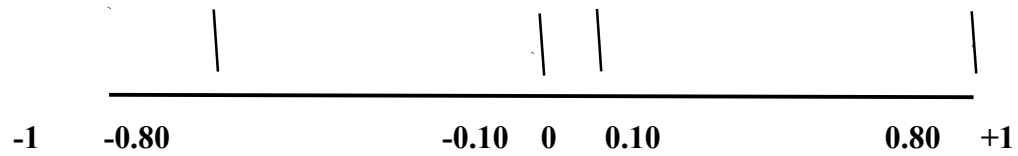
$$\text{Cov} = \frac{(x \cdot y) = (1500-2768)(1-2.1) \cdot 60 + (1500-2768)(2-2.1) \cdot 68 + (1500-2768)(3-2.1) \cdot 30 + (1500-2768)(4-2.1) \cdot 23 + (2500-2768)(1-2.1) \cdot 30 + (2500-2768)(2-2.1) \cdot 10 + (2500-2768)(3-2.1) \cdot 10 + (2500-2768)(4-2.1) \cdot 18 + (4000-2768)(1-2.1) \cdot 15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

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{X})^2}{N}} = \sqrt{\frac{(60-2768)^2 + (30-2768)^2 + (15-2768)^2 + (68-2768)^2 + (10-2768)^2 + (12-2768)^2 + (90-2768)^2 + (30-2768)^2 + (10-2768)^2 + (10-2768)^2 + (23-2768)^2 + (18-2768)^2 + (3-2768)^2}{289}} = \sqrt{97524.76} = \sqrt{337.45} = S_x \mathbf{18.36}$$

$$\frac{289}{289}$$

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum (Y_i - \bar{Y})^2}{N}} = \sqrt{\frac{(1-2.1)^2 + (2-2.1)^2 + (3-2.1)^2 + (4-2.1)^2}{289}} = \sqrt{0.01} = 0.1$$

$$R = \frac{\text{COV}(X, Y)}{S_x \cdot S_y} = \frac{1.659}{\sqrt{18} \cdot 36.01} = \frac{1.659}{1.83} = 0.90$$



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



Formulario de recolección de datos

N° 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 1° reingreso

Diagnóstico médico en 2° reingreso

Diagnóstico médico en 3° reingreso

Diagnóstico médico en 4° reingreso

Comorbilidades:

Si.....Cuales...

No.....

Edad al ingreso en episodio índice: Años:

Meses: Días

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:

> Nivel pobreza _____ / < 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 excreta: 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 _____

TASA DE REINGRESOS

DEFINICIÓN	Porcentaje de ingresos que se producen en un periodo de tiempo delimitado (periodo ventana) después de un alta previa (episodio índice)	
DESCRIPCIÓN	<p>Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Esta definición supera otras vinculadas a limitar el concepto a un reingreso por un diagnóstico principal relacionado con el ingreso previo, ya que se ha comprobado que existen numerosos reingresos claramente relacionados con el ingreso previo pero cuyo diagnóstico principal no está relacionado con el diagnóstico del primer ingreso.</p> <p>Los reingresos tienen una dependencia con la morbilidad atendida en el hospital y con la comorbilidad de los pacientes. Un parte relevante de los mismos están vinculados a la patología crónica respiratoria y cardiaca que son los grupos de enfermedad que concentran un número importante de los reingresos.</p> <p>Con carácter general, los reingresos pueden ser indicativos de dos situaciones diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La estabilidad clínica en el curso evolutivo de la patología atendida: En este caso, los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta pudiendo, entonces, reflejar un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta. -La estabilidad clínica del paciente en el momento del alta hospitalaria: En este caso, los reingresos pueden indicar un alta de hospitalización prematura. <p>Se utilizan dos periodos de ventana para subclasificar los reingresos: Antes de los 8 días tras el alta previa y desde el 8º al 30º tras el alta previa</p>	
FÓRMULA DE CÁLCULO	CONDICIONES DEL CÁLCULO	DATOS QUE INTERVIENEN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR
<p>Numerador: Nº de altas de reingresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reingresos totales: reingresos en un periodo ≤ 30 días desde la fecha del alta previa. Reingresos < 8 días: reingresos en un periodo < 8 días desde la fecha del alta previa. Reingresos entre 8 y 30 días: reingresos en un periodo ≥ 8 días y ≤ 30 días desde la fecha del alta previa. <p>Denominador: Número de altas en el periodo de cálculo</p>	<p>Casos excluidos en el numerador:</p> <p>Ingresos urgentes</p> <p>GRD de la CDM 21 de Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Trauma múltiple significativo.</p> <p>Casos excluidos en el denominador:</p> <p>Altas por éxitus</p>	<p>Nº de altas con reingresos</p> <p>Altas de hospitalización</p>
		DEFINICIÓN
		Número de casos CMBD hospitalización
		FUENTE
		CMBD de hospitalización

Junto con este indicador, aplicando el combo de selección se puede obtener el indicador de **Reingresos por Enfermedades Mentales** que se calcula solo en las altas de pacientes no fallecidos con un diagnóstico principal perteneciente del capítulo V de enfermedades mentales (denominador). En el cálculo del numerador no se aplican las excepciones de GRDAPR de la CDM 21 de lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Politraumatismos, pero se mantiene la exclusión de los ingresos urgentes como ocurre en el indicador de reingresos totales


Lia Fernandez <liaofer@hotmail.com>
Para: direccion.rap@asse.com.uy



15 mar. 2011 a las 13:24

Estimada Dra. Sosa. En adjunto envío nota de solicitud de autorización para realizar una investigación sobre "Reingresos hospitalarios de niños de 0 a 5 años de edad" en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Quedo a la espera de su pronta respuesta. Saludos cordiales

Lia Fernandez <liaofer@hotmail.com>

 [Descargar todos los archivos adjuntos como archivo comprimido](#)



Dirección - RAP - ASSE <direccion.rap@asse.com.uy>

11 abr. 2011
15:03

para mí

Buenas tardes

Por éste medio comunicamos que la Dirección de la RAP Metropolitana no encuentra inconvenientes de realizar dicho trabajo en el hospital pediátrico del CHPR.
Sin otro particular, saluda atentamente

Dra. Alicia Sosa