



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA
VALERA, ESTADO TRUJILLO**

**MORBILIDAD GENERAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”,
ENERO- DICIEMBRE 2015**

Dra. María Marlene Araujo Franco

Tutora:
Dra. Andreina La Corte

Asesor:
Dr. Rafael Santiago

Valera, 2016

**MORBILIDAD GENERAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”,
ENERO-DICIEMBRE 2015**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO
CIRUJANO, MARÍA MARLENE ARAUJO FRANCO, C.I. V- 9.172.535, ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.**

AUTOR:

MARÍA MARLENE ARAUJO FRANCO

Médico Cirujano.

Residente del tercer año de Postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

TUTOR:

ANDREINA LA CORTE

Médico especialista en Puericultura y Pediatría.

Médico Jefe del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

Profesora de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Extensión Valera.

ASESORES:

RAFAEL SANTIAGO

Pediatra Puericultor. Gastroenterólogo.

Médico Adjunto del Departamento de Pediatría, Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

Profesor de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Extensión Valera.

BELKIS GONZÁLEZ DE VALERY

Licenciada en Nutrición y Dietética del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

Nutricionista del Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

COLABORADOR:

TEODOMIRO PAREDES

Especialista en Gestión Educativa.
Especialista en Salud Pública.
Especialista en Gestión en Políticas de Recursos Humanos en Salud. Curso Medio en Epidemiología.

Médico Especialista del Servicio de Epidemiología del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios Todopoderoso**, por iluminarme en tolerancia, sabiduría y fortaleza para ver consolidado un nuevo logro profesional.

A mi tutora, **Dra. Andreina La Corte**, por sus brillantes, atinadas y desinteresadas sugerencias en la realización de mi trabajo de grado.

A mis asesores, **Rafael Santiago y Belkys González de Valery**, quienes contribuyeron con sus opiniones y experiencias en la elaboración de este trabajo.

A la ilustre **Universidad de Los Andes**, por permitirme la oportunidad de exponer mi potencial y formarme como verdadero profesional, con ética, vocación como aporte al sistema de salud en pro de la nación.

A mis **pacientes**, con mucho respeto, ya que sin ellos no lo hubiese podido llevar a cabo..

Al **personal** que labora tanto en los Servicios de Emergencia Pediátrica y de Epidemiología.

MARÍA MARLENE ARAUJO FRANCO

DEDICATORIA

A mis padres, **Rafael e Isabel**, mis hijos **Marlixsabel, Marbely, Josué y Marley**, mis nietos **Rafael, Paula Thiago**, por ser ellos, mi motivo para progresar.

MARÍA MARLENE ARAUJO FRANCO

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

	pp.
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación e Importancia.....	9
Factibilidad.....	10
Marco Teórico.....	11
Antecedentes.....	11
Bases Teóricas.....	14
Objetivos.....	17
MÉTODOS.....	18
Tipo y Modelo de Investigación.....	18
Población y Muestra.....	18
Sistema de Variables.....	19
Materiales y Métodos.....	19
Procedimiento para la recolección de información.....	20
Análisis Estadístico.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
APÉNDICES.....	42

ÍNDICE DE CUADROS

N°	pp
1	Causas de Morbilidad. Servicio de Emergencia Pediátrica Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. Enero-Diciembre 2015..... 23
2	Diarreas < 1 Año..... 24
3	Diarreas 1 – 4 Años..... 25
4	Síndrome viral..... 25
5	Escabiosis..... 25
6	Asma < 10 Años..... 26
7	Amigdalitis aguda..... 26
8	Asma > 10 Años..... 26
9	Fiebre..... 27
10	Dolor abdominal..... 27
11	Otros traumatismos..... 28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pp
1	Edad.....	21
2	Sexo.....	21
3	Procedencia.....	22
4	Procedencia (Otros municipios).....	22
5	10 Primeras Causas de Morbilidad.....	24

www.bdigital.ula.ve

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA**

**MORBILIDAD GENERAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”,
ENERO- DICIEMBRE 2015**

AUTOR:

María Marlene Araujo Franco

TUTOR:

Andreína La Corte

Fecha: Valera, 2016

RESUMEN

www.bdigital.ula.ve

La morbilidad general pediátrica permite reflejar las causas prevalentes con la finalidad de incidir en la atención médica, así como contribuir con el control y vigilancia epidemiológica. Objetivo: Determinar la morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero a Diciembre 2015. Métodos: Tipo y Modelo de investigación descriptiva, diseño documental, transversal y retrospectivo, con una población de 38.538 pacientes seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión. Resultados: 48,9% pacientes de 2 a 6 años, 53,1% de sexo masculino, 36,2% procedentes del municipio Valera. Las primeras 10 causas de morbilidad fueron Fiebre 14,8%, Síndrome viral, 6,7%, Asma < 10 años, 4,1%, Amigdalitis aguda, 2,9%, Asma > 10 años, 2,5%, Otros traumatismos, 2,4%, Dolor abdominal, 1,8%, Diarreas < 1 año, 1,5%, Diarreas 1–4 años, 1,4% y Escabiosis, 1,1%. Conclusiones: Predominó la Morbilidad General en niños de 2 a 6 años, sexo masculino, procedentes del municipio Valera y las primeras 10 causas de morbilidad fueron Fiebre, Síndrome viral, Asma < 10 años, Amigdalitis aguda, Asma > 10 años, Otros traumatismos, Dolor abdominal, Diarreas < 1 año, Diarreas 1–4 años y Escabiosis.

Palabras clave: Morbilidad, morbilidad general, pediatría.

**UNIVERSITY OF THE ANDES
FACULTY OF MEDICINE
UNIVERSITY HOSPITAL
"DR. PEDRO EMILIO CARRILLO"
CHILDCARE AND GRADUATE PEDIATRICS**

**GENERAL MORBIDITY IN PEDIATRIC EMERGENCY SERVICES UNIVERSITY
HOSPITAL "DR. PEDRO EMILIO CARRILLO", JANUARY-DECEMBER 2015**

AUTHOR:

María Marlene Araujo Franco

TUTOR:

Andreína La Corte

Date: Valera, 2016

ABSTRACT

General pediatric morbidity can reflect the prevalent causes in order to influence health care and contribute to the control and surveillance. To determine the overall morbidity in the Pediatric Emergency, Hospital Universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo, "January to December 2015. Methods: Type and Model descriptive, documentary, transversal and retrospective design, with a population of 38,538 patients selected under criteria of inclusion and exclusion. Results: 48.9% patients 2 to 6 years, 53.1% male, 36.2% .procedentes the municipality Valera. The 10 leading causes of morbidity were 14.8% fever, viral syndrome, 6.7%, Asma <10 years, 4.1%, acute tonsillitis, 2.9%, Asthma> 10 years, 2.5%, Other trauma, 2.4%, abdominal pain, 1.8%, Diarrhoea <1 year 1.5%, Diarrhoea 1 to 4 years Scabies 1.4% and 1.1%. Conclusions: The prevailing General Morbidity in children 2 to 6 years old, male, from the municipality Valera and the 10 leading causes of disease were fever, viral syndrome, Asthma <10 years, acute tonsillitis, Asthma> 10 years, other trauma, abdominal pain, Diarrhoea <1 year, Diarrhoea 1 to 4 years Scabies.

Keywords: Morbidity, general morbidity, pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria, porque hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población en un lapso determinado. De ahí, el alto significado social conferido a los hospitales, en virtud de albergar a personas con problemas de salud más serios y proporcionarles atención especializada y tecnológicamente avanzada. Sin embargo, la tasa de morbilidad, como indicador epidemiológico, varía de acuerdo a la gravedad de los pacientes¹ y si no se controlan las variables que reflejen sus características, tendrá escasa utilidad para atribuir diferencias a problemas de la atención médica.

En este sentido, la salud es un concepto con implicaciones en el medio ambiente social y natural, por lo tanto, un sistema sanitario es eficiente cuando logra un producto de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos.²

Por ello, los enfoques más comunes para el uso de las tasas de morbilidad, como indicador de atención, transitan por la búsqueda de métodos de ajuste apropiados para obtener variables confiables y resultados reales. Teóricamente, toda vigilancia sanitaria debería ser individualizada,³ ya que, según un viejo aforismo de la medicina, “no existen enfermedades sino enfermos” y la diversidad de los pacientes puede tildarse casi de infinita.

En correspondencia, la morbilidad pediátrica ha sido uno de los principales problemas en países en vías de desarrollo y a pesar de ser un tema de vital importancia, hay países donde no existe un procesamiento adecuado de

información al respecto. Ni siquiera dentro de programas oficiales cuyos anuncios tienen como prioridad la reducción de las altas tasas de morbilidad, existe la seguridad de que la información sea exacta y sobre todo confiable. Las denominadas estadísticas vitales de los hospitales del Ministerio de Salud Pública sin duda, adolecen de muchas imprecisiones desde la recolección de datos, hasta el procesamiento de los mismos.²

En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS), como respuesta a esta necesidad, elaboró en el 2006 una propuesta de Sistema Informático, que en una primera fase contempló solo morbilidad perinatal y en la actualidad, impulsado a la generación de bases estadísticas confiables, está constituido por un Sistema Computarizado con programas para el procesamiento de la información a otras áreas.⁴

Desde la antigüedad, la cultura hindú ya dedicaba una parte de la medicina a las enfermedades de la infancia. En los libros hipocráticos (siglo IV a.C.) existe una monografía sobre la naturaleza del niño. Durante el periodo que predominó la medicina mágica y sacerdotal, las malformaciones congénitas fueron objeto de diversas interpretaciones, con el desarrollo simultáneo de una terapéutica botánica. La medicina Judeo-árabe contenía numerosos escritos relacionados con la medicina de los niños. En la Europa del Renacimiento, existía una clara distinción entre la patología infantil y la del adulto, así como la importancia de prescribir al niño primordialmente sin dañarlo, porque se sabía que él se debilitaba y deshidratava más fácilmente. A finales del siglo XIX, la pediatría se había posesionado mundialmente, multiplicándose los servicios de emergencia pediátrica.⁵

Si bien existen notables antecedentes históricos, la obra “Método y orden de curar las enfermedades de los niños”, escrita en el año 1600 por el médico trolense Jerónimo Soriano, podría ser el nacimiento y consolidación de la Pediatría moderna como una disciplina diferenciada, porque obedece a una serie de condicionamientos de orden social, demográficos, científico-médicos, los cuales han ampliado y precisado los diagnósticos, así como han permitido enormemente el progreso en la identificación de la etiología y patogenia de numerosas enfermedades infantiles.⁶

En correspondencia, la población infantil constituye una gran proporción a nivel mundial; una de cada tres personas es menor de 15 años y esta cifra aumenta en países menos desarrollados. En la distribución por edades, el mayor porcentaje corresponde a menores de cuatro años, seguido de los de 10 a 14 años de edad.⁷ La infancia, etapa de la vida en continuo cambio, se caracteriza, desde un punto de vista biológico, por el crecimiento y maduración hasta alcanzar la vida adulta. Esta inmadurez morfológica, estructural y funcional, explica su inherente vulnerabilidad.⁸

Por lo tanto, la Emergencia Pediátrica, condiciona la diferencia fundamental con el resto de las especialidades médicas, al abordar de una forma holística e integral la atención de una edad evolutiva de la vida, de un ser en permanente cambio (crecimiento, desarrollo, maduración), lo cual implica asumir significativas peculiaridades biológicas, médicas y sociales.⁶

Con el aumento de la situación demográfica, a nivel mundial, es explicable el incremento de la morbilidad pediátrica en países con mayor población infantil, así como grandes problemas sanitarios, higiénicos, nutricionales y educativos, porque

los niños se enferman con frecuencia, predomina la patología de la pobreza (prematurez, desnutrición, infecciones, parasitosis, entre otras), y paralelamente se elevan las patologías de la industrialización (enfermedades debidas a la contaminación, accidentes, drogas, suicidios, etc.).⁸

Sin embargo, la salud infantil y sus alteraciones varían en las distintas regiones del mundo, en relación a factores tales como frecuencia, ecología de los agentes infecciosos y sus huéspedes, clima, geografía, educación, economía o elementos socioculturales, y en algunos casos a la prevalencia de desórdenes genéticos.⁹ Con el paso del tiempo, han habido grandes cambios en las causas de morbilidad infantil, observándose diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de las naciones. Más aún, las diversas estrategias implementadas en países en desarrollo por recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han logrado disminuir considerablemente la tasa de morbilidad por enfermedades como la diarrea aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) y las inmunoprevenibles,¹⁰ las que hasta hace unos años continuaban siendo las primeras causas de muerte y consulta.¹¹

Al respecto, como principales causas de morbilidad en España resaltan las infecciones de vías respiratorias altas, seguidas por accidentes e intoxicaciones, infecciones del tubo digestivo, crisis asmática, neumonía, de las cuales, 70% fueron urgencias sentidas y 30% verdaderas urgencias,¹² cifras comparables con las registradas por hospitales latinoamericanos y de otras partes del mundo, lo cual evidencia un panorama con respecto a la sobredemanda de los servicios de emergencia pediátrica.¹³

Desde este contexto, los datos de morbilidad, en forma directa permiten conocer el panorama epidemiológico, con la finalidad de mejorar los programas de salud, desde la promoción hasta la rehabilitación, así como optimizar al máximo los recursos humanos y materiales destinados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aquejan a los niños. Por ello, la morbilidad registrada en los servicios de emergencia pediátrica deben enmarcarse en el concepto de una política integral multifactorial; capaz de incidir en la precisión del registro de los datos, en el proceso de detección de problemas, definiciones de casos, porque permiten captar sospechas que implican procesos para su confirmación diagnóstica,¹⁴ con la finalidad de significar una acción oportuna de intervención sanitaria y evitar la expansión del problema.¹⁵

En América Latina, al igual que en el resto del mundo, en los últimos 30 años han ocurrido cambios en la salud de la población. A finales del año 1989, en el simposio titulado «Bajo el Volcán: la investigación biomédica del Tercer Mundo», organizado por la Academia de Ciencias de Nueva York, se concluyó que en estos países vive el 75% de la población total del planeta y nacen el 86% de todos los niños.¹⁶

Por su parte, en estudios epidemiológicos realizados en México, los padecimientos que afectan con mayor frecuencia a los niños son la desnutrición y las enfermedades de origen infeccioso.¹⁷ Con respecto a la demanda de atención médica por emergencia pediátrica, continúan predominando las enfermedades infecciosas y problemas nutricionales, los cuales representan un alto porcentaje de morbilidad infantil. Por lo tanto, las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en los menores de 10

años de edad; la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) continúa dentro de las primeras tres causas de morbilidad y la Otitis Media Aguda ocupa el cuarto lugar, dentro de las primeras 20, en el mismo grupo etario. En la última década, las incidencias por Asma se han elevado hasta en cien por ciento en menores de 1 año. En la población de 1 a 4 años, la tasa de incidencia aumentó en 32.2 puntos porcentuales con respecto a la registrada en el 2000. Aunque el volumen de casos nuevos no sobrepasa de 10 por cada mil niños, se observa que la notificación va en continuo incremento.¹⁸

Mientras, en Colombia, en menores de 5 años la prevalencia de diarrea fue de 13,9%, desnutrición crónica o retardo en el crecimiento 13,5% y 12,6% para IRA. La neumonía es la primera causa de hospitalización con 20,1% en menores de un año y 24% en niños de 1-4 años. Le siguen, como causas de morbilidad pediátrica, otras enfermedades diarreicas en el grupo de menores de un año, así como enteritis y bronquitis en el grupo de 1-4 años. La morbilidad por IRAs ha pasado de 193,3 x 1.000 hb en 2000 a 258,7 x 1.000 hb en 2010; por EDA, en menores de 5 años, en 2000 era de 113,5 x 1.000 y la meta era alcanzar en el 2010 una tasa de 85,1.¹⁹

Con respecto a los indicadores de morbilidad en Venezuela, en los últimos años se han producido cambios en los patrones epidemiológicos reflejados en las estadísticas sanitarias, asociados a modificaciones en los estilos de vida relacionados con la salud producto de importantes variaciones tanto a nivel económico, social y demográfico,²⁰ incrementándose la atención masiva de pacientes en los servicios de emergencia, lo cual impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político,

económico y ético, implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención médica requerida por cada paciente.²¹ Sin embargo, esta situación acarrea disyuntivas e interrogantes sobre qué pacientes deben primero recibir auxilio, surgiendo la necesidad de establecer previamente criterios para dar mejor respuesta a los eventos.

En referencia al comportamiento de la morbilidad en el 2010, en el Estado Barinas, representa 13% en menores de 1 año del total de casos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) y en niños de 1 a 4 años de edad es similar al grupo anterior, cifras reflejadas a través de un estudio donde se determinó un total de 207.020 posibles causas, reflejándose como 10 primeras, las Infecciones Respiratorias Agudas, Diarreas, Amibiasis, Neumonías, Fiebre, Fiebre Dengue, Mordedura Sospechosa de Rabia, Varicela, Hepatitis No Específicas y Hepatitis Aguda Tipo A, las cuales concentran 99,69% de los casos notificados y el 80%, en los tres primeros lugares en ambos grupos etarios lo ocupan las Infecciones Respiratorias Agudas, Diarreas y Amibiasis, trastornos asociados a insuficiencia en el saneamiento ambiental, como déficit de agua potable, manipulación de alimentos, alcantarillado, servicio de aseo urbano y domiciliario, factores importantes que influyen, en mayor o menor medida, en su aparición.²²

La variable morbilidad hospitalaria brinda información valiosa de forma rápida, fácil y concisa acerca de cómo se está desempeñando una institución sanitaria y permite comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar. A partir de esta premisa, los registros epidemiológicos en el Estado Carabobo, en el 2001, reflejaron un total de 1.364.380 causas de consultas, evidenciándose como primeras 14: síndrome viral, asma, heridas,

diarrea, amigdalitis aguda, fiebre, cefalea, otitis, otros traumatismos, dolor abdominal, infección urinaria, hipertensión arterial, caries dental y faringitis aguda. Mientras, los 7 primeros lugares los ocupan síndrome viral, asma, heridas, diarrea, amigdalitis aguda, fiebre y cefalea.²³

De igual manera, en el 2014, en Maracaibo, Estado Zulia, se atendieron 37.255 pacientes en la emergencia pediátrica, para un promedio de 102 niños diarios, equivalente a 715 por semana, determinándose a las enfermedades respiratorias entre las cinco primeras causas de morbilidad, con 14.972 casos, seguida de la diarrea, 3.309, faringitis y amigdalitis, 1.496 y traumatismos: como caídas, golpes, 1.399 infantes atendidos.²⁴ Por otra parte, en un estudio donde se analizó la epidemiología en Caracas, en el año 2011, se registró un total de 79.544 consultas, promedio de 218 diarias, en su mayoría atendidas durante mañana y tarde. Al 25% no se le codifica el diagnóstico de las enfermedades recogidas, mientras, las del Sistema Respiratorio con 34%, Infecciosas y Parasitarias, 23%, Síntomas y Hallazgos Anormales, 19%, agrupan el 75% de los diagnósticos. Las infecciones respiratorias agudas, diarreas, asma, fiebre y síndrome viral son las causas más frecuentes de consulta y no han variado entre 1992 y 2011. El triaje tiene alta demanda por eventos concentrados en pocas entidades nosológicas. La gran mayoría de los diagnósticos son manejables en el primer nivel de atención médica, por lo tanto, se debe incentivar a la colectividad, a través de la educación sanitaria, a hacer uso adecuado de la emergencia pediátrica y no abusar del triaje.²⁵

En lo que respecta al Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Tipo IV,²⁶ de Valera, Estado Trujillo, hasta la fecha se desconoce el desarrollo de

estudios científicos sobre esta realidad, sin embargo, en la institución se evidencia saturación de pacientes en el Servicio de Emergencia Pediátrica por diversas patologías, muchas de las cuales deberían ser cubiertas en el nivel de Atención Primaria de Salud (Red Ambulatoria) y Atención Secundaria de Salud (hospitales Tipo I y II).

Justificación e Importancia de la investigación

La importancia de estudiar las causas de morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, es sumamente relevante, por reflejarse en el manejo y disponibilidad de la información en forma oportuna para la toma de decisiones, la perspectiva de los usuarios del Servicio y la práctica clínica, con la finalidad de incidir en su buen funcionamiento y así aumentar la eficiencia hospitalaria.

En este sentido, el estudio se justifica porque está dirigido a identificar por edad, género y procedencia los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica, igualmente, identificar y clasificar las primeras 10 causas de morbilidad, y la frecuencia por enfermedades, aparatos y sistemas, relacionándolas según edad y género, con la finalidad de obtener un registro epidemiológico orientado a elevar la atención médica infantil, por lo tanto, se considera necesario unificar criterios para prestar una mejor atención en el Servicio de Emergencia Pediátrica.

De igual manera, esta investigación tiene importancia desde el punto de vista clínico y epidemiológico ya que aporta beneficios tanto a la institución como a la Nación y a toda persona en formación académica. Por lo tanto, los constructos

teóricos y metodológicos del estudio, apoyado en un análisis descriptivo, proporcionaron información de utilidad a través de los registros epidemiológicos, sobre los postulados vinculados a las causas de morbilidad general en edad pediátrica.

Factibilidad

Desde una concepción científica, toda investigación en donde el eje esté centrado en humanos debe implicar respeto, credibilidad, confidencialidad y dignidad del ser, más aún cuando el tema analizado está relacionado al área de salud, por lo tanto, el presente estudio contempló la recolección de datos fidedignos, basados en los registros epidemiológicos emanados del EPI 15, garantizándose la validez de los aportes estadísticos suministrados.

Desde esta perspectiva, se estableció un control y monitoreo de las actividades de rutina en el Servicio de Emergencia Pediátrica, así como de los boletines epidemiológicos, enfocados en indicadores de morbilidad hospitalaria, contando con disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como de tiempo e información, lo cual no implicó costos financieros elevados, le imprimió un carácter de mayor factibilidad al estudio y pudo realizarse dentro de la planificación prevista.

Marco Teórico

Antecedentes de Investigación

En un estudio desarrollado en el año 2014 por Villalobos, en la emergencia pediátrica del Hospital Chiquinquirá de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela,²⁴ con 37.255 pacientes, se determinó como cinco primeras causas de morbilidad a las enfermedades respiratorias con 14.972 casos, (40,18%), seguida de la diarrea, 3.309 casos, (8,88%), faringitis y amigdalitis con 1.496 casos (4,01%) y traumatismos: como caídas, golpes, con 1.399 casos (3,75%).

De igual manera, en el año 2012, la Dirección General de Epidemiología sobre Análisis de Situación de Salud del Estado Barinas,²² estableció un total de 207.020 posibles causas de morbilidad, de las cuales, las 10 primeras fueron infección respiratoria aguda, diarreas, amibiasis, neumonías, fiebre, fiebre dengue, mordedura sospechosa de rabia, varicela, hepatitis no específicas y hepatitis aguda Tipo A, para un total de 99,69% de los casos notificados. Los tres primeros lugares lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, diarreas y amibiasis.

Por su parte, en España, en el año 2011, Durá y Gúrpide, realizaron un estudio titulado “Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales”,²⁷ cuyo objetivo fue aportar información sobre las características de la demanda asistencial pediátrica en Atención Primaria de Salud (APS) (presión asistencial, frecuentación, morbilidad, entre otros) y, en consecuencia, contribuir a un mayor conocimiento de la demanda asistencial pediátrica en atención primaria que permita plantear

oportunidades de mejora en la calidad asistencial en el Centro de Salud de Estella, Navarra. A través de un estudio retrospectivo, observacional, los investigadores determinaron una muestra de 6.611 consultas en emergencia pediátrica, durante el año 2009, de quienes registraron sexo, edad, tipo de consulta y problema de salud (CIPSAP-2), y se calcularon la frecuentación y presión asistencial en relación con la edad y tipo de consulta. La frecuencia por demanda fue mayor en preescolares (36,4%) y lactantes (43,3%). La presión asistencial total fue de 28,2, siendo menor ($p < 0,05$), resaltando como problemas de salud más prevalentes las enfermedades respiratorias (52,8%), infecciosas (7,5%), neurosensoriales (6,8%), accidentes (6,0%) y digestivas (4,7%). El conocimiento de las características de la demanda sanitaria de la población pediátrica (0-14 años) es importante, porque permite que cada centro pueda tener un diagnóstico de salud de su área de influencia y, de este modo, adaptar y/o modificar la cartera de servicios, distribución de recursos (tiempo, personal, material), entre otros, en función de sus necesidades asistenciales. Sin embargo, a pesar del interés y esfuerzo de distintos autores,²⁸⁻²⁹ en España, todavía se carece de una documentación suficiente que permita tener un conocimiento global de las necesidades sanitarias de la población infantil y adolescente. Como conclusiones, el estudio determinó la sobrecarga asistencial a la cual están sometidos los servicios de emergencia pediátrica de los centros de salud, siendo las enfermedades agudas del aparato respiratorio el motivo de consulta más frecuente y, en menor grado, las enfermedades infecciosas. Los exámenes de salud están adquiriendo progresivamente una mayor relevancia. Convendría mayor coordinación entre los EAP para unificar criterios diagnósticos y terapéuticos, ya que cuanto más rigurosa

sea la pediatría extrahospitalaria, mayor será su repercusión sobre la mejora de la calidad de la salud infantil.

En el año 2011, Risquez y Guevara²⁵ desarrollaron un estudio donde se analizó la epidemiología de la consulta por el Servicio de Urgencias y Triage del Hospital de Niños JM de los Ríos (HJMR), Caracas, Venezuela, registrándose un total de 79.544 consultas, un promedio de 218 diarias, atendidas mayormente durante mañana y tarde. Al 25% no se le codifica el diagnóstico de las enfermedades codificadas, y el restante 75% quedó distribuido en las del Sistema Respiratorio, 34%, seguido por las Infecciosas y Parasitarias, 23%, y Síntomas y Hallazgos Anormales, 19%. Las infecciones respiratorias agudas, diarreas, asma, fiebre y síndrome viral son las causas más frecuentes de consulta y las cuales no han variado entre 1992 y 2011.

Por otra parte, en el año 2010, Botero, Arango, Castaño, Castaño, Díaz, González y Puerto, llevaron a cabo una investigación con el propósito de realizar un estudio epidemiológico de la población que ingresa al Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja “Rafael Henao Toro” de Manizales, Colombia, durante los años 2006 y 2007,³⁰ para lo cual realizaron un estudio de corte transversal. Las variables empleadas fueron edad, género, procedencia, seguridad social, causa de ingreso, tiempo de estancia, procedimientos utilizados, causa de egreso, destino de alta y causas de morbilidad. Como resultados presentan una serie de 341 pacientes pediátricos críticos cuya edad media fue 6.8 años, género masculino, 61%, de áreas rurales, 56.2%. Las conclusiones de la investigación evidenciaron, como causas más frecuentes de ingreso a las emergencias pediátricas, las enfermedades infecciosas.

Bases Teóricas

Morbilidad hospitalaria

El concepto de agrupar los pacientes de acuerdo con la gravedad de la enfermedad que los afecta existe desde hace más de 100 años. Sin embargo, no empezó a hacerse realidad sino hasta la década de los cuarenta, momento en el cual aparecieron unidades de trauma y quemados, embrión de las unidades de cuidados intensivos (UCI) y tratamiento de pacientes en servicios de emergencia pediátrica.³¹

A través de los años han surgido condiciones de tipo ambiental, genético y social que asedian al ser humano y lo hacen susceptible para desencadenar en ellos estados que atentan contra su estabilidad tanto fisiológica como emocional y familiar. Al realizar una revisión de la literatura, a pesar del escaso constructo teórico referido a la morbilidad, permitió ratificar la pertinencia del presente estudio referido a determinar las causas de morbilidad general en la emergencia pediátrica, al evidenciarse criterios y condiciones que presentan los niños, cuyas patologías son responsables de su pobre calidad de vida.^{32,33}

En este sentido, es relevante analizar a la morbilidad hospitalaria, la cual es un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo del cual está enterado el individuo afectado, excluyendo pacientes que por su edad no están conscientes de su patología, incluye no sólo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es,

defectos crónicos o permanentes que están estáticos en la naturaleza y que son resultados de una enfermedad, traumatismos o mala formación congénita.³⁴

Estadísticamente, se define la morbilidad como el número proporcional de personas que enferman en población y tiempos determinados. En la mayoría de los países, las cifras de morbilidad general son muy incompletas, cuando las hay. La validez de las obtenidas en los hospitales es variable; son bastante fidedignas si el diagnóstico se efectúa cuando se da el alta al paciente, y lo son menos cuando se procede a la diagnosis en el momento de la hospitalización; además, en esas estadísticas, no se incluye al sector privado y sólo se tiene en cuenta la morbilidad causante de hospitalizaciones y no la morbilidad general.³⁰

Por ello, uno de los grandes retos de la medicina actual estriba en desarrollar mecanismos epidemiológicos, cuyos datos podrían ser importantes para conocer el comportamiento de diferentes condiciones patológicas, estrategias para su manejo, prevalencia de diferentes enfermedades, según edad y género y, lo más importante, las acciones que se pondrían en práctica para mejorar los servicios prestados, particularmente en las emergencias pediátricas después de los resultados obtenidos. Sin embargo, es difícil obtener datos precisos y exactos sobre las condiciones de morbilidad en la infancia, debido a que las enfermedades no transmisibles no son de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias, por lo cual la mayor parte de los enfermos atendidos por médicos particulares o instituciones de asistencia no lo hacen.³⁵

Al respecto, las cifras son objeto de un constante proceso de verificación y depuración de datos, porque de lo contrario, podrían provocar desajustes operativos e incoherencias entre diferentes tipos de informes epidemiológicos,

dependiendo de los tiempos de elaboración y emisión. Dentro de este contexto, es importante resaltar que todas las enfermedades que pueden significar un peligro potencial por sus niveles de expansión o gravedad como problema de salud pública, a nivel nacional e internacional, están contenidas en los registros epidemiológicos.³⁰

En las últimas décadas las enfermedades transmisibles representan una importante carga de morbilidad y mortalidad mundial. En este panorama ocupan un lugar primordial las enfermedades emergentes y reemergentes. Las principales causas de muerte han cambiado dando paso a enfermedades emergentes, trastornos nutricionales por exceso y patologías crónicas. El incremento de estas enfermedades está determinado por cambios demográficos, crecimiento de la población, alteraciones ecológicas, movimientos internacionales de personas, entre otros factores.³⁶

A futuro, es probable que las muertes infantiles se concentren en las afecciones congénitas, perinatales y en otras mal definidas del período neonatal precoz. El consumo de alcohol y drogas, así como la actividad sexual, son cada vez más tempranos; mientras el sedentarismo llega a magnitudes importantes y hay una alta proporción de nacidos fuera del matrimonio, en especial en adolescentes.³⁷

A partir de las consideraciones anteriores, para efectos de profundizar en la variable de estudio, se recogió información epidemiológica actualizada acerca de las causas de morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero a Diciembre de 2015, por lo cual los resultados de la presente investigación proporcionaron aportes valiosos que

podrán ser utilizados para implementar decisiones e intervenciones certeras en salud pública.

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar la morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.

Objetivos Específicos

- Identificar por edad, género y procedencia los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.
- Identificar las causas de morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.
- Clasificar las primeras 10 causas de morbilidad según la frecuencia, por Enfermedades, Aparatos y Sistemas, relacionados por edad y género, en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.

MÉTODOS

Tipo y Modelo de Investigación

El tipo de investigación fue descriptiva, con un diseño documental, transversal y retrospectivo,³⁸ ya que en el presente trabajo se describió la morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero a Diciembre de 2015.

Población y Muestra

En el presente estudio, la población total fue de 38.538 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, periodo Enero-Diciembre 2015.

Para efectos de la muestra, se seleccionó bajo los criterios de inclusión y de exclusión, donde la elección de los elementos dependió de los objetivos del estudio y del esquema de investigación.

Criterios de inclusión

- Todo paciente que acudió a consulta en edad pediátrica.
- Todo paciente que acudió a consulta en el Servicio de Emergencia Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.
- Pacientes de diferentes género y procedencia.

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad no pediátrica.

Sistema de Variables

Variable

El estudio estuvo enmarcado en las siguientes variables: dependiente, morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” y variable independiente, edad, género y procedencia.

Materiales y Métodos

La información se obtuvo a través de la observación directa (cara a cara), libro de morbilidad – EPI 15³⁹ y apoyo en revisiones bibliográficas. A partir del registro original denominado “Morbilidad Registrada por Enfermedades, Aparatos y Sistemas”, EPI 15,³⁹ se diseñó un instrumento modificado, el cual tiene validación y confiabilidad, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología y la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, como parte de sus competencias orientadas a desarrollar y dirigir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Procedimiento

A partir de los basamentos metodológicos para la consecución del propósito investigativo orientado a determinar las causas de morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, se llevó a cabo las siguientes fases:

1.- Seleccionó y revisó minuciosamente los registros epidemiológicos de acuerdo a las variables de estudio; posteriormente extrajo los datos de acuerdo a las dimensiones e indicadores de la variable.

2.- Registrada y debidamente clasificada la información obtenida, como segunda investigadora, procedió a convertirla en datos porcentuales sobre morbilidad, con el propósito de descifrar los resultados de la investigación.

3.- Previamente recopilada, organizada e interpretada la información obtenida, se transformó en cuadros y gráficos porcentuales, se aplicó el análisis lógico-deductivo e interpretó los hallazgos. Posteriormente, se desarrollaron conclusiones y recomendaciones.

Análisis Estadístico

Los aportes investigativos se precisaron a través de la codificación y tabulación de los datos recogidos; en este sentido, se aplicó el tratamiento estadístico y los valores se representaron en cuadros y gráficos de barra con su correspondiente análisis e interpretación en función del nivel de pensamiento y conocimiento sobre la morbilidad general pediátrica.

RESULTADOS

En las consultas del Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, durante Enero a Diciembre de 2015, se registró un total de 38.538 pacientes atendidos, evidenciándose las 10 primeras causas de morbilidad general, presentadas a continuación, con la finalidad de visualizar con mayor exactitud el propósito investigativo.

Gráfico 1: Edad

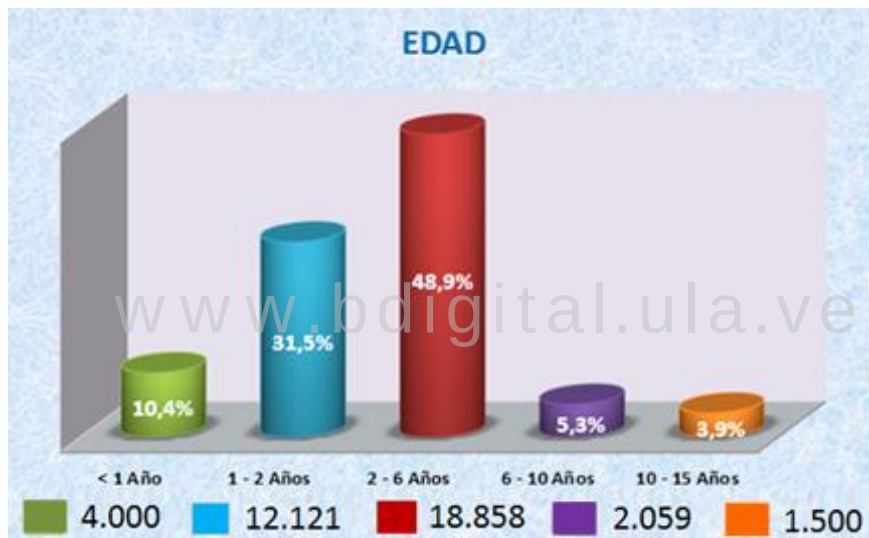


Gráfico 2: Sexo

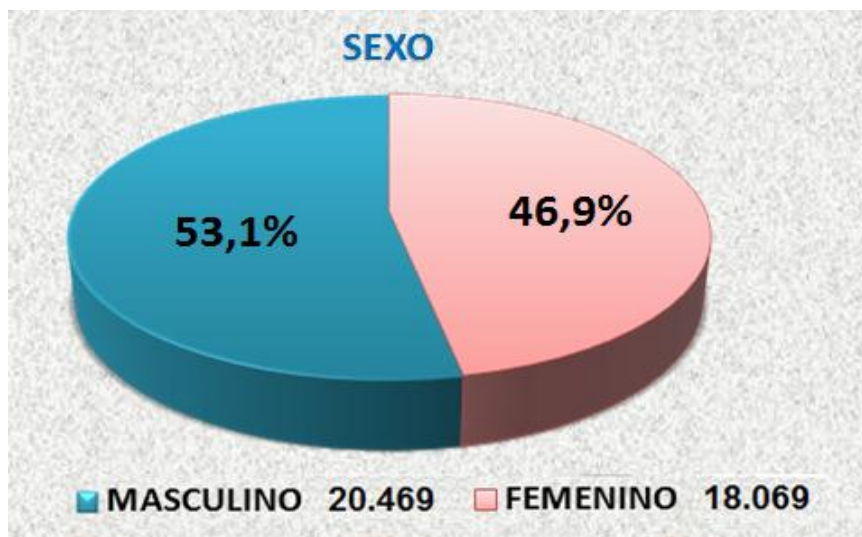


Gráfico 3: Procedencia



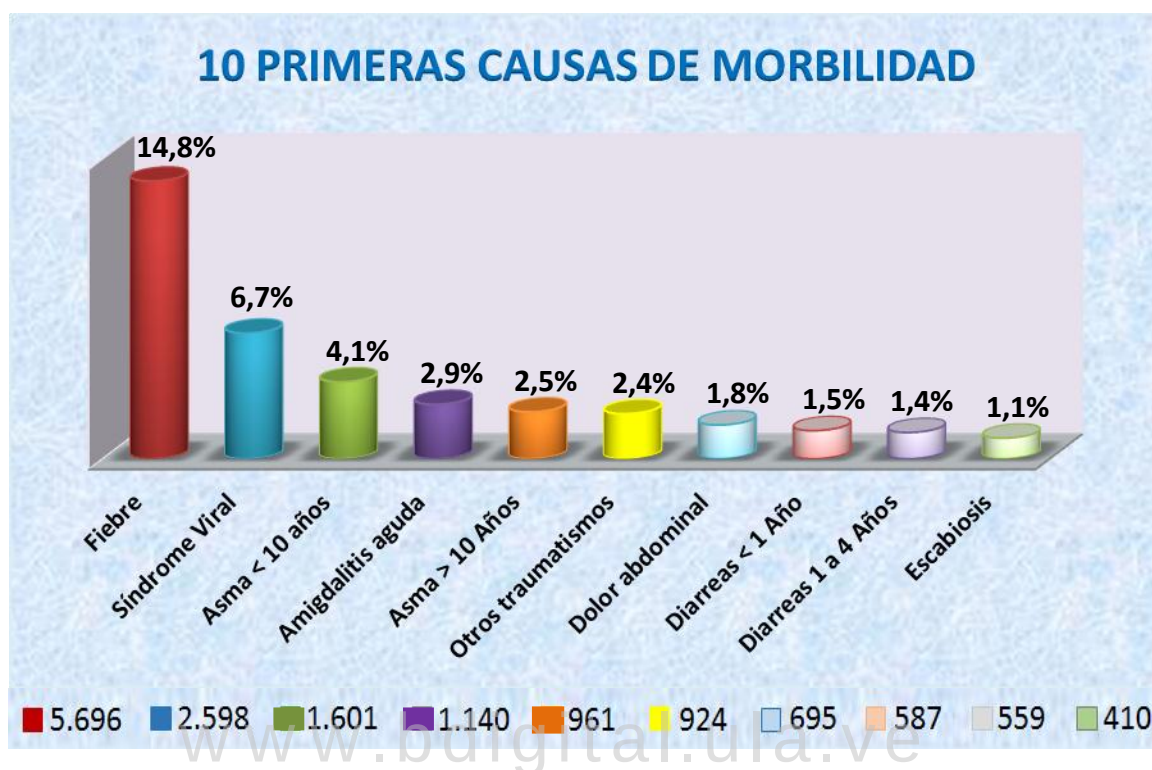
Gráfico 4: Procedencia (Otros municipios)



Cuadro 1. Causas de Morbilidad. Servicio de Emergencia Pediátrica Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. Enero-Diciembre 2015

ENFERMEDADES	FRECUENCIA
Amibasis	50
Diarreas < 1 año	587
Diarreas 1 – 4 años	559
Diarreas 5 años y más	337
Giardiasis	148
Dengue sin signos de alarma	41
Dengue con signos de alarma	325
Síndrome viral	2.598
Varicela	86
Hepatitis no específica	83
Escabiosis	410
Micosis superficial	211
Anemia	230
Obesidad	68
Epilepsia	87
Migrañas	54
Conjuntivitis	160
Otras enfermedades de los ojos	161
Otitis externa	83
Otitis media aguda < 5 años	306
Otitis media aguda > 5 años	186
Faringitis aguda < 5 años	153
Amigdalitis aguda	1.140
Neumonía < 1 año	141
Neumonía 1 – 4 años	164
Asma < 10 años	1.601
Asma > 10 años	961
Caries dental	171
Apendicitis de todas las formas	130
Hernias cavidad abdominal	202
Abscesos	168
Dermatitis	235
Infección urinaria	400
Cefalea	372
Fiebre	5.696
Convulsiones	201
Dolor abdominal	695
Cuerpo extraño	159
Otros traumatismos	924

Gráfico 5. 10 Primeras Causas de Morbilidad General. Servicio de Emergencia Pediátrica Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. Enero-Diciembre 2015



MORBILIDAD REGISTRADA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS. SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO-DICIEMBRE 2015

I - ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Ia - TRANSMISIÓN HÍDRICA Y ALIMENTOS

Cuadro 2. Diarreas < 1 Año

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	587	390	1	197	0,5
TOTAL	587	390	1	197	0,5

Cuadro 3. Diarreas 1 – 4 Años

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	-	-		-	
1 – 2 AÑOS	345	305	0,8	40	0,1
2 - 6 AÑOS	214	45	0,1	169	0,4
TOTAL	559	350	0,9	209	0,5

Ig - OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Cuadro 4. Síndrome Viral

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	284	140	0,4	144	0,4
1 - 2 AÑOS	1.140	886	2,3	254	0,6
2 - 6 AÑOS	962	575	1,5	387	1
6 – 10 AÑOS	124	85	0,2	39	0,1
10 – 15 AÑOS	88	62	0,1	26	0,1
TOTAL	2.598	1.748	4,5	850	2,2

Cuadro 5. Escabiosis

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	102	86	0,2	16	0,04
1 - 2 AÑOS	186	152	0,4	34	0,1
2 - 6 AÑOS	50	30	0,1	20	0,05
6 – 10 AÑOS	60	40	0,1	20	0,05
10 – 15 AÑOS	12	7	0,01	5	0,01
TOTAL	410	315	0,8	95	0,3

MORBILIDAD REGISTRADA DEL SISTEMA RESPIRATORIO. SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO-DICIEMBRE 2015

X - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Cuadro 6. Asma < 10 Años

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	147	52	0,1	95	0,2
1 - 2 AÑOS	294	112	0,3	182	0,5
2 - 6 AÑOS	801	186	0,5	615	1,6
6 – 10 AÑOS	359	289	0,7	70	0,2
TOTAL	1.601	639	1,6	962	2,5

Cuadro 7. Amigdalitis Aguda

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	-	-	-	-	-
1 - 2 AÑOS	315	118	0,3	197	0,5
2 - 6 AÑOS	443	195	0,5	248	0,6
6 – 10 AÑOS	198	48	0,1	150	0,4
10 – 15 AÑOS	184	96	0,3	88	0,2
TOTAL	1.140	457	1,2	683	1,7

Cuadro 8. Asma > 10 Años

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
10 – 15 AÑOS	961	320	0,8	641	1,7
TOTAL	961	320	0,8	641	1,7

MORBILIDAD REGISTRADA DE SÍNTOMAS. SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES. SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO-DICIEMBRE 2015

XVIII – SÍNTOMAS. SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES

Cuadro 9. Fiebre

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	1.520	770	2	750	1,9
1 - 2 AÑOS	1.959	846	2,2	1.113	3
2 - 6 AÑOS	1.692	698	1,7	994	2,6
6 – 10 AÑOS	300	30	0,1	270	0,7
10 – 15 AÑOS	225	78	0,2	147	0,4
TOTAL	5.696	2422	6,2	3.274	8,6

Cuadro 10. Dolor Abdominal

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	-	-	-	-	-
1 - 2 AÑOS	44	18	0,1	26	0,1
2 - 6 AÑOS	192	94	0,2	98	0,2
6 – 10 AÑOS	244	58	0,1	186	0,5
10 – 15 AÑOS	215	40	0,1	175	0,5
TOTAL	695	210	0,5	485	1,3

**MORBILIDAD REGISTRADA DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS.
SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR.
PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO-DICIEMBRE 2015**

XIX - TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS

Cuadro 11. Otros Traumatismos

EDAD	FRECUENCIA	SEXO			
		M	%	F	%
< 1 AÑO	29	14	0,04	15	0,04
1 - 2 AÑOS	143	72	0,2	71	0,2
2 - 6 AÑOS	512	384	1	128	0,3
6 – 10 AÑOS	160	100	0,3	60	0,2
10 – 15 AÑOS	80	45	0,1	35	0,1
TOTAL	924	615	1,6	309	0,8

www.bdigital.ula.ve

DISCUSIÓN

La atención por emergencia pediátrica es fundamental para la correspondiente valoración médica de las causas de morbilidad, como fundamento de calidad y eficiencia en el sector salud. Para efectos de la presente investigación, con el propósito de determinar la morbilidad general, se tomó en consideración, a través del libro de morbilidad, a 38.538 pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015.

Los servicios de emergencia pediátrica, en general, con sus salas de observación resuelven una proporción importante de los casos atendidos sin necesidad de hospitalizar y tienen alta demanda. Al respecto, el Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo” confirma esta premisa, lo cual evidencia que la morbilidad percibida es de urgencias, cuando en realidad la gran mayoría de ellas detallan categorías diagnósticas de enfermedades que pueden ser resueltas por consulta ambulatoria, sin mayores complicaciones.

En relación a los aspectos demográficos analizados, en el Gráfico 1 referido a la edad, prevaleció el 48,9% en el grupo etario de 2 a 6 años (preescolares), similar al estudio de Durá y Gúrpide,²⁷ (36,4%); seguido del rango de 1 a 2 años con 31,5% y 10,4% correspondió para los menores de 1 año. Al medir el comportamiento de la variable correspondiente al sexo, en el Gráfico 2, predominó el género masculino con 53,1%, en contraste con el femenino con 46,9%, lo cual coincide con lo reportado por Botero y cols.³⁰ (61%) y Durá y Gúrpide,²⁷ (51,1%). De acuerdo a la procedencia de la población pediátrica atendida, en el Gráfico 3 el

mayor porcentaje lo obtuvo el municipio Valera, con 36,2%, área geográfica correspondiente al Distrito Sanitario donde se encuentra ubicada la institución en estudio. Contrariamente, Botero y cols.³⁰ reportaron como población atendida de mayor frecuencia la de áreas rurales, con 56.2%. Mientras, en el Gráfico 4, predominó Trujillo con 6,9%, con respecto a la población pediátrica proveniente de otros municipios.

Al analizar la totalidad de causas de morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, en el Cuadro 1 se seleccionaron las 10 primeras causas de morbilidad registradas por enfermedades, aparatos y sistemas, según frecuencia, edad y género, de acuerdo a la clasificación de Morbilidad Registrada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, a través de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, EPI-15,³⁹. En cuanto a frecuencia, prevalecieron las siguientes: Fiebre, 14,8%, Síndrome viral, 6,7%, Asma en < 10 años, 4,1%, Amigdalitis aguda, 2,9%, Asma > 10 años, 2,5%, Otros traumatismos, 2,4%, Dolor abdominal, 1,8%, Diarreas < 1 año, 1,5%, Diarreas 1 – 4 años, 1,4% y Escabiosis, 1,1%, coincidiendo con 6 de las 10 primeras causas estudiadas por la Dirección General de Epidemiología sobre Análisis de Situación de Salud del Estado Barinas,²² las cuales son fiebre, infecciones respiratorias (asma < y > 10 años, amigdalitis aguda), diarreas (en < 1 año y de 1 a 4 años) y con 4 de las 5 primeras causas de morbilidad reportadas por Villalobos,²⁴ reflejándose enfermedades respiratorias, diarreas, amigdalitis y traumatismos.

Con respecto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, de transmisión hídrica y alimentos, las diarreas (en < 1 año y de 1 a 4 años), Cuadro 2 y Cuadro

3, respectivamente, obtuvieron un total de 3%, lo cual se asemeja a los estudios de Risquez y Guevara²⁵ (23%) y Villalobos²⁴ (8,8%).

En cuanto a la clasificación obtenida por enfermedades, aparatos y sistemas, según frecuencia, el síndrome viral, Cuadro 4, reporta 6,7%, asemejándose con los reportes de Risquez y Guevara²⁵ (19%). En lo referente a otras enfermedades transmisibles, clasificadas dentro de las enfermedades infecciosas y parasitarias, en el Cuadro 5, la escabiosis obtuvo 1,1%, no reportado como causa de morbilidad en ninguno de los estudios. Por su parte, la sumatoria de los valores obtenidos en las enfermedades respiratorias (asma < 10 años, amigdalitis aguda y asma > 10 años), Cuadro 6, Cuadro 7 y Cuadro 8, respectivamente, se obtuvo 9,5%, representando la tercera, cuarta y quinta causa, lo cual no coincide con los estudios de Durá y Gúrpide,²⁷ ni con el de Risquez y Guevara,²⁵ 52,8% y 34%, respectivamente, por significar la primera causa de morbilidad en ambos reportes.

Al determinar la frecuencia de la fiebre, Cuadro 9, se obtuvo 14,8%, similar a los resultados de Risquez y Guevara²⁵ con 19%. Con respecto a los síntomas, signos y hallazgos anormales, en el Cuadro 10, el dolor abdominal prevaleció 1,8%, lo cual no se correlaciona con lo reportado por Risquez y Guevara,²⁵ quienes obtuvieron 19%. Finalmente, en cuanto a otros traumatismos, Cuadro 11, predominó con 2,4%, lo cual coincide con los estudios de Durá y Gúrpide²⁷ (6%) y Villalobos²⁴ (3,7%).

Como aporte investigativo del presente estudio, se relacionaron las causas de morbilidad registradas en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, según frecuencia por enfermedades, aparatos y sistemas, de acuerdo a edad y género, sin

embargo, los resultados obtenidos no se pudieron comparar con los antecedentes de la investigación motivado a que ninguno de ellos reportó datos al respecto.

De los resultados obtenidos se desprende la importancia de realizar estudios más continuos sobre la morbilidad general en los servicios de emergencia pediátrica de los establecimientos de salud del Estado Trujillo, por haberse reflejado en el presente estudio, como enfermedad de mayor relevancia, los síntomas, signos y hallazgos anormales, con mayor prevalencia la Fiebre, por lo tanto, el llamado es a los entes encargados de la vigilancia epidemiológica, como responsables de emanar políticas de salud pública, ya que el paradigma de salud es promoción y prevención, a fin de que establezcan pautas de conducta en su manejo integral, las cuales ayuden al médico encargado del servicio a tomar decisión de manera correcta y oportuna en estos pacientes, evitando sus complicaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En correspondencia a las evidencias investigativas, el presente estudio determinó la morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, a través de las diferentes variables estudiadas.

En cuanto a la edad, prevaleció el grupo etario de 2 a 6 años, con 48,9%, género masculino, 53,1%, procedentes del municipio Valera, con 36,2%.

Se identificaron como causas de morbilidad a la Amibasis, Diarreas < 1 año, Diarreas 1 – 4 años, Diarreas 5 años y más, Giardiasis, Dengue sin signos de alarma, Dengue con signos de alarma, Síndrome viral, Varicela, Hepatitis no específica, Escabiosis, Micosis superficial, Anemia, Obesidad, Epilepsia, Migrañas, Conjuntivitis, Otras enfermedades de los ojos, Otitis externa, Otitis media aguda < 5 años, Otitis media aguda > 5 años, Faringitis aguda < 5 años, Amigdalitis aguda, Neumonía < 1 año, Neumonía 1 – 4 años, Asma < 10 años, Asma > 10 años, Caries dental, Apendicitis de todas las formas, Hernias cavidad abdominal, Abscesos, Dermatitis, Infección urinaria, Cefalea, Fiebre, Convulsiones, Dolor abdominal, Cuerpo extraño y Otros traumatismos.

Al clasificar las primeras 10 causas de morbilidad, por frecuencia, se observó que la Fiebre representó 14,8%, Síndrome viral, 6,7%, Asma < 10 años, 4,1%, Amigdalitis aguda, 2,9%, Asma > 10 años, 2,5%, Otros traumatismos, 2,4%, Dolor abdominal, 1,8%, Diarreas < 1 año, 1,5%, Diarreas 1 – 4 años, 1,4% y Escabiosis,

1,1%. Haciendo énfasis en la primera causa de morbilidad, llama la atención que predominó la Fiebre, lo cual pudiera tratarse de un diagnóstico mal definido, porque de acuerdo al EPI 15,³⁹ es considerada como Síntomas. Signos y Hallazgos Anormales, por lo tanto, se estaría enmascarando un diagnóstico específico al tomarse como prioridad a la paraclínica y no a la anamnesis, al examen físico y a los antecedentes epidemiológicos como principales elementos de un diagnóstico, los cuales deben complementarse entre sí para determinar un diagnóstico definitivo.

De igual manera, esta prevalencia coincidió con elevados casos de Chikungunya durante el periodo de estudio, los cuales no se definieron por no contar con el aislamiento viral, debido a la falla de recursos necesarios en el Instituto Nacional de Higiene, a nivel central.

Se relacionaron las primeras 10 causas de morbilidad según frecuencia, por enfermedades, aparatos y sistemas, de acuerdo a edad y género, de un total de 38.538 pacientes atendidos, en edad pediátrica, donde predominaron los Síntomas. Signos y Hallazgos Anormales, con 6.391 casos (16,6%), evidenciándose que en la Fiebre (14,8%), el grupo etario afectado fue 1 a 2 años, sexo femenino (6,2%); en cambio en el Dolor abdominal (1,8%), el grupo etario afectado fue de 6 a 10 años, coincidiendo con el sexo femenino, 1%. El segundo lugar, corresponde a las enfermedades infecciosas y parasitarias, con 4.154 casos (10,7%), demostrándose que el Síndrome viral obtuvo 6,7%, grupo etario de 1 a 2 años, sexo masculino (4,3%), las Diarreas < 1 año, (1,5%), sexo masculino, 1,9%, Diarreas 1 a 4 años, 1,5%, grupo etario 1 a 2 años, sexo masculino, 1,5% y Escabiosis, 1,1%, grupo etario 1 a 2 años, sexo masculino, 0,7%. El tercer lugar lo

ocupa las enfermedades del sistema respiratorio, con 3.702 casos (9,6%), resaltando el Asma < 10 años (4,2%), grupo etario de 2 a 6 años, sexo femenino, 3,4%, Amigdalitis aguda (2,9%), grupo etario de 2 a 6 años, sexo femenino, 1,4% y Asma > 10 años (2,5%), grupo etario de 10 a 15 años, sexo femenino, 3,5%. Y en cuarto y último lugar lo ocupó Traumatismos y envenenamientos, con 924 casos (2,4%), grupo etario de 2 a 6 años, sexo masculino, 1,9%.

Recomendaciones

Como aporte investigativo, se determinó la morbilidad general en el Servicio de Emergencia Pediátrica, Hospital Universitario “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, Enero-Diciembre 2015, por lo tanto, se sugiere unificar criterios en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, haciendo énfasis en la información epidemiológica registrada.

De igual manera, educar al colectivo para hacer uso óptimo y adecuado de los servicios ambulatorios de atención primaria, así se contribuirá con el descongestionamiento del servicio de Emergencia pediátrica y permitirá acelerar la atención de pacientes que presenten situaciones de riesgo vital. Por otra parte, se promoverá una imagen favorable de la institución hospitalaria, al evitarse la falta de espacio físico, sobrecarga de los laboratorios, rayos X, alargamiento en la espera de atención e ingresos, insatisfacción de los usuarios e, incluso, del personal médico asistencial.

En virtud de evidenciarse como causas de morbilidad, enfermedades que hubiesen podido ser cubiertas a través de la red ambulatoria, se sugiere

implementar un sistema de registro de la consulta automatizado, para evitar el margen de error y sub-registro que se presenta en estos casos, así como innumerables horas de labor administrativa en papeleo y tiempo que podrían ser usados en una asistencia de mayor calidad y costos financieros en los organismos de salud a nivel estatal.

En concordancia, se recomienda clasificar, con diferentes rangos, la valoración de la gravedad/tiempo de aparición de la enfermedad del paciente pediátrico, para darle prioridad a las verdaderas emergencias, así como determinar las situaciones clínicas específicas con indicadores de diagnósticos, factores de riesgo, grado de afectación orgánica, tratamientos previos, sin resolución satisfactoria, entre otros.

El sustento de los aportes científicos obtenidos proporcionará a las universidades formadoras de profesionales de la salud, un conjunto de conocimientos inherentes a trabajos de investigación, como consulta, antecedente o continuidad de estudios relacionados con morbilidad en los servicios de emergencia pediátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez RE, Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual. Rev Salud Pública (Cub) 2004; 30 (1): 17-36.
2. Galvéz AM. Concepto de Eficiencia en el Contexto de la Salud Pública Cubana. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Febrero, 1999, Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana.
3. Rodríguez L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
4. Correa F, Encalada V, Espinoza V. Morbilidad y Mortalidad Materno- Neonatal y Calidad de Atención en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, 2010-2011. Ecuador; 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3514/1/MED62.pdf>
5. Padrón PF. La evolución de la Pediatría. Variaciones sobre el tema. Bol Med Hosp Inf Mex. 2000; 57: 537-540.
6. Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas. © Asociación Española de Pediatría. Madrid. Edición y realización: Exlibris Ediciones, S.L. Vol. I.2012. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_especialidades.pdf
7. Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Morbilidad, México SSA; 1998.
8. Ortiz M. Devenir de la Salud Pública en México durante el Siglo XX. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México; 2000.

9. Gautier-Abréu T, Lember N, Vólquez D. Mortalidad infantil durante el año 1990 en la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Acta Méd Dom. 1992; 14(1):1-3
10. Pérez E. Acciones en la Atención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en la República Dominicana: La Investigación, Enseñanza y Estrategias para la Reducción de su Morbi-Mortalidad. CEMSMI: Serie de Reuniones Técnicas II; 1995
11. González J, Mendoza HR. Morbi-mortalidad en el HRRC. Bol Est, Esp Hosp Niños RRC. 1986; 1(7): 14.
12. Quizamán R, Neri M. Padecimientos más Frecuentemente Atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un Hospital de Tercer Nivel. Artículo original. Coordinación de Pediatría. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". Ciudad de México, D.F., México.
13. Menabrito TJ. Temas de Pediatría Urgencias. Asociación Mexicana de Pediatría, A.C. México: McGraw-Hill Interamericana.1-54.
14. UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2000. Naciones Unidas, Nueva York, NY, USA, 2000.
15. Nelson EW, Tratado de Pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana (Méx) 1998; I: 1-6.
16. Reyes HE, Guerra BB. Estudio Piloto sobre la Frecuencia, Determinantes y Resultados de la Continuidad en la Atención Médica. An Esp Pediatr 2004: 24-28.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS), La Salud en las Américas. (Méx) 1998, Vol. II: 403-418.
18. Perfil Epidemiológico de la Infancia en México. 2010.

19. Juliana S. Causas de Morbilidad en Colombia. Disponible en: <http://suchy543-juliana.blogspot.com/2008/04/resumen-morbilidad-en-colombia.html>
20. Mendoza A. Organización de un Servicio de Emergencia. Ambulatorio Urbano Tipo II “Dr. Rafael Pereira”. Municipio Iribarren. Estado Lara. 2010.
21. Organización Mundial de la Salud. Perfil de los Sistemas de Servicios de Salud de la República de Venezuela. 2010.
22. Dirección General de Epidemiología sobre Análisis de Situación de Salud. 2012. Estado Barinas. Fuente: EPI 15.
23. INSALUD. Dirección de Epidemiología Regional del Estado Carabobo. División de Información de Salud.
24. Secretaría de Salud, Estado Zulia. Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. Fuente: Diario Versión Final. Disponible en: <http://versionfinal.com.ve/locales/hospital-chiquinquira-atiende-37-255-ninos-fueron-durante-del-2004/>
25. Risquez A, Guevara X. Servicio de Urgencias y Triage del Hospital de Niños JM de los Ríos (HJMR). 2011.
26. Suárez Y. Diseño de un Programa de Bioseguridad para la Prevención y el Control de Riesgos en la Emergencia Pediátrica del Hospital Central de Valera Dr. Pedro Emilio Carrillo [tesis]. Maracaibo (ZUL): Universidad del Zulia, Venezuela; 2008. Disponible en: URL: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/161/TDE-2012-03-02T11:08:53Z-2557/Publico/suarez_yris.pdf
27. Durá T, Gúrpide N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. Vol. 27; Núm. 04.

- Centro de Salud de Estella (Navarra); 2011. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-presion-asistencial-frecuentacion-morbilidad-pediatrica-10021679>
28. Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría, Estudio del Contenido de las Consultas en Pediatría Extrahospitalaria. An Esp Pediatr 1990; 32: 241-245. Medline
 29. García LA, Asensi A, Grafiá C, Coll P. Estudio de la Demanda en Atención Primaria Pediátrica. An Esp Pediatr 1996; 44: 469-474.
 30. Botero-González PA, Arango-Posada CA, Castaño DM, Castaño-Castrillón JJ, Díaz-Guerrero SL, González-Muñoz L, Puerto-Tamayo LG. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario de Manizales, Colombia, durante los años 2006 y 2007. Rev.Fac.Med. 2010; 58: 3-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v58n1/v58n1a02.pdf>
 31. Pardo JC. Unidades de Cuidados Intensivos: ¿Quién podrá beneficiarse? Murcia: La verdad digital; 2006.
 32. Trenchs V, Cambra F, Palomeque A, Balcells J, Serina C. Limitación Terapéutica y Cuidados Intensivos. An Esp Pediatr. 2002; 57: 511-517.
 33. Goh, Goh AY, Mok Q. Identifying futility in a pediatric critical care setting: a prospective observational study. Arch Dis Child. 2001; 8: 265-268.
 34. Godoy C, Flores S, Arostegui M. Morbimortalidad en Pediatría. Vol 9-1-1982; 12. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1982/pdf/Vol9-1-1982-12.pdf>
 35. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED. 1997-2001.

36. Suárez C, Berdasquera D. Enfermedades Emergentes y Reemergentes: Factores Causales y Vigilancia. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (6): 593-7. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi11600.htm .2/6/10.
37. Vargas N, Quezada A. Epidemiología, Nueva Morbilidad Pediátrica y Rol del Pediatra. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 103-110. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600009
38. Balestrini M. Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación (Para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos, Formulación de Hipótesis Causales, Experimentales y los Proyectos Factibles). 7ª ed. Caracas: BL Consultores Asociados; 2007.
39. Registro Epidemiológico EPI-15, HUPEC, Valera, Trujillo. Venezuela. 2014.

www.bdigital.ula.ve

APÉNDICE A
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

www.bdigital.ula.ve

IMG-EP-MMARAUJO2015

**MORBILIDAD GENERAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. PEDRO EMILIO CARRILLO”. ENERO-DICIEMBRE 2015**

HOSPITAL CENTRAL – VALERA

Del N° _____ Al _____

EMERGENCIA PEDIÁTRICA

[illegible]

APÉNDICE B
MORBILIDAD REGISTRADA POR ENFERMEDADES, APARATOS Y SISTEMAS
EPI-15

www.bdigital.ula.ve

Viceministerio de Redes de Salud Colectiva

Dirección General de Epidemiología
Dirección de Vigilancia Epidemiológica

MES:

AÑO:

MORBILIDAD REGISTRADA POR ENFERMEDADES, APARATOS Y SISTEMAS.

Identificación del Establecimiento

Entidad Federal: Municipio:

Parroquia: Localidad:

Nombre del Establecimiento: Tipo:

ENFERMEDADES	NUMERO DE CASOS				Acumulado del año
	P	S	X	P + X TOTAL	
I.- ENFERM. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS					
Ia.- TRANSMISION HIDRICA Y ALIMENTOS					
1 COLERA (A00.-)					
2 AMIBIASIS (A06.-)					
3 DIARREAS <1años (A08.-,A09) (*)					
4 DIARREAS 1-4años(A08.-,A09) (**)					
5 DIARREAS 5años Y MAS (A08.-,A09) (***)					
6 GIARDIASIS (A07.1)					
7 HELMINTIASIS (B65-B68,B70-B83)					
8 FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)					
9 ETA N° DE BROTES					
10 CASOS ASOC. A BROTES DE ENFERM. TRANSM. POR ALIMENTOS					
11 HEPATITIS AGUDA TIPO A (B15.-)					
Ib.- TRANSMISION AEREA					
12 TUBERCULOSIS (A15-A19)					
13 INFLUENZA (J09-J11) ENF.TIPO INFLUENZA					
Ic.- TRANSMISION SEXUAL					
14 INFECCION GONOCOCICA (A54.-)					
15 SIFILIS (A51-A53)					
16 SIFILIS CONGENITA (A50)					
17 INFECCION ASINTOMATICA VIH (Z21)					
18 ENFERMEDAD VIH/SIDA (B20-B24)					
Id.- PREVENIBLES POR VACUNAS					
19 POLIOMELITIS (A80.-)					
20 TOSFERINA (A37.-)					
21 PAROTIDITIS INFECCIOSA (B26.-)					
22 TETANOS NEONATAL (A33) (*)					
23 TETANOS OBSTETRICO (A34) (**)					
24 OTROS TETANOS (A35)					
25 DIFTERIA (A36.-)					
26 SARAMPION (B05.-)					
27 RUBEOLA (B06.-)					
Ie.- TRANSMITIDAS POR VECTORES					
28 DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA (A90)					
29 DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (A90)					
30 DENGUE GRAVE (A91)					
31 ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA (A92.2)					
32 FIEBRE AMARILLA (A95.-)					
33 PALUDISMO A FALCIPARUM (B50.-)					
34 PALUDISMO A VIVAX (B51.-)					
35 PALUDISMO A MALARIAE (B52.-)					
36 PALUDISMO MIXTA (B50.-, B51.-, B52.-)					
37 LEISHMANIASIS VISCERAL (B55.0)					
38 LEISHMANIASIS CUTÁNEA (B55.1-)					
39 LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA (B55.2-)					
40 LEISHMANIASIS NO ESPECÍFICA (B55.9)					
41 ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA (B57.0-B57.1)					
42 ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA (B57.2-B57.5)					
43 ONCOCÉRCOSIS (B73)					
If.- ENFERMEDADES ZOONOTICAS					