



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE**



# **REINGRESOS HOSPITALARIOS EN NIÑOS/AS DE 0-2 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO : INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

## **AUTORES:**

Br. Guerrero, Valeria  
Br. Odera, Geovanna  
Br. Sánchez, Noemi  
Br. Saralegui, Cecilia

## **TUTORES:**

Prof. Agda. Mag. Viera, Annalet  
Lic. Enf. Alberro, Betina

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

**Montevideo, 2011**

## ÍNDICE

Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	5
Antecedentes.....	6
Marco conceptual.....	8
Diseño metodológico.....	17
Resultados.....	26
Análisis.....	58
Conclusiones.....	60
Bibliografía.....	62
Anexos.....	65

## RESUMEN

El presente trabajo intenta abordar la problemática de reingreso hospitalario, en niños de 0-2 años, teniendo como referente algunos conceptos tales como: reingreso, infancia, políticas públicas, determinantes de salud, factores de riesgo.

Como objetivo el grupo se propuso analizar las características principales de los niños de 0 a 2 años que presentaron por lo menos un reingreso entre los años 2004 al 2007 en un hospital público. La recolección de los datos se realizó en los meses de Julio-Setiembre 2010, en la ciudad de Montevideo. El propósito del estudio es la descripción estadística de las características de los niños y niñas que presentaron reingresos hospitalarios. En cuanto a la metodología utilizada, se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

De acuerdo a los datos recabados y el procesamiento de los mismos, se puede realizar una aproximación y determinar algunas conclusiones que permiten decir que no hay diferencias significativas por sexo, teniendo un 50,5% de población Masculina y un 49,5% de población Femenina. Los diagnósticos asociados con neumonía y diarrea fueron los que presentaron los mayores valores de riesgo relativo (37,6%; 21,5% respectivamente). El promedio de estancia hospitalaria fue de 1 a 10 días con un 79,6% al ingreso inicial, y al primer reingreso siguió con la misma frecuencia de 1 a 10 días con un 86%. La frecuencia entre hospitalizaciones del ingreso inicial al primer reingreso fue de 0 a 3 meses con un 62,4%, en cuanto al número de reingresos superan los niños a las niñas con un reingreso del 72,3%.

A manera de conclusión podemos decir que: los datos encontrados, no involucran a los factores de riesgo como protagonistas para causar reingreso, si apuntan a características predictoras generales que brindan un dato significativo como ser edad, patologías de ingreso, números de reingreso, intervalos en días de hospitalización y entre reingresos.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se contextualiza en el marco de una situación particular por la cual atravesó el Uruguay durante los años 2004-2007. Se propone una breve revisión de los conceptos que fueron, al entender del grupo investigador, determinantes para la elaboración del mismo incluyendo el contexto histórico social que se presentaba en ese momento. De acuerdo a lo anteriormente mencionado es pertinente tener en cuenta que en el año 2002 el país enfrentó una crisis económica produciendo una situación de empobrecimiento general, afectando principalmente a la población infantil. A partir del año 2005 se plantearon nuevas políticas sociales como medida por parte del Estado, con el propósito de abatir la situación antes mencionada. Entre las medidas se destacan el Plan de Emergencia y posteriormente el Plan de Equidad, destinados a la población de mayor vulnerabilidad, atendiendo principalmente temas tales como alimentación, educación y vivienda, siendo éstas determinantes de la salud.

En tanto el propósito fue plantear el estudio de las características principales de los niños y niñas de 0-2 años que presentaron reingresos hospitalarios, tema que está íntimamente ligado con la situación de pobreza y vulnerabilidad social que determinó el Uruguay que se detalló anteriormente.

Con respecto a lo expuesto, teniendo en cuenta las estadísticas brindadas por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2010 la Tasa de mortalidad infantil era de un 7,71%, disminuyendo en comparación con el año 2009 que se ubicaba en un 9,56% cada 1000 nacidos vivos. Dado estos datos Uruguay se planteó como meta para el 2015 disminuir la tasa de morbimortalidad infantil aplicando las nuevas políticas públicas.

Para el abordaje de esta temática el grupo pensó en otro pilar fundamental como lo es el costo que produce el reingreso hospitalario, como un círculo de retroalimentación donde a las partes implicadas se les generan gastos, tanto a nivel estatal como particular. Es por eso que se intenta unir la implementación de las políticas sociales como un medio que intenta disminuir o amortiguar el impacto de este círculo a través de la

concientización y el énfasis puesto en el primer nivel de atención basado la promoción y prevención ya que se parte de la premisa que cuando los niños utilizan los servicios de salud, cayendo reiteradas veces en dichos servicios, se incurre en gastos elevados para la institución y para la familia del niño/a.

Debido a lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente problema de investigación:  
¿Cuáles son las principales características que describen a los niños y niñas que fueron hospitalizados en un Centro Hospitalario Público de Montevideo, entre los años 2004 al 2007, teniendo en cuenta aquellos que presentaron por lo menos un reingreso?

Mediante esta formulación se realizó una aproximación para conocer algunos de los factores que se asocian al reingreso, e identificar a los niños con mayor riesgo de reingreso no electivo para que así se logren intervenciones más efectivas para el seguimiento de los pacientes tras el alta. Proyectándose como objetivo analizar dichas características que se asocian al reingreso en niños-as de 0 a 2 años.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales características de los niños de 0 a 2 años que fueron hospitalizados en un hospital público entre los años 2004 al 2007 y que presentaron por lo menos un reingreso?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Determinar las principales características de los niños/as de 0 a 2 años que presentaron por lo menos un reingreso hospitalario entre los años 2004 al 2007.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población en estudio de acuerdo a sexo, edad y procedencia.
- Realizar un relevamiento de los datos pre y perinatales de la población.
- Indagar sobre las características de las hospitalizaciones de los niños/as.
- Identificar las características socio económicas de la población de estudio.

## ANTECEDENTES

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

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

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

A nivel nacional no se tuvo acceso a estudios relacionados a reingresos hospitalarios, pero se contó con una publicación del Ministerio de Salud Pública que menciona que:

*"(... )Los pacientes que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la gestión hospitalaria. El reingreso hospitalario se considera un indicador de salud. Los indicadores de salud son instrumentos que se utilizan para medir el estado de salud de una población. Cuantifican los factores que inciden en el proceso salud -- enfermedad y sus*

*consecuencias. Miden hechos, sucesos o fenómenos vinculados directa o indirectamente al proceso salud enfermedad y que pueden expresarse en términos de su frecuencia absoluta o a través de relaciones como tasas, proporciones o razones (...)"<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Magnifico G. *Pujadas A Indicadores de salud. 2000* Disponible en [www.msp.gub.uy/andacaso/indicadores.aspx?3679,21532](http://www.msp.gub.uy/andacaso/indicadores.aspx?3679,21532)

## MARCO CONCEPTUAL

Para comenzar la fundamentación teórica es necesario empezar definiendo los conceptos más importantes que se utilizarán en este trabajo como son los conceptos de reingreso, salud y riesgo.

En primer lugar y como definición general, "(...) se puede definir el reingreso como 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, aquí se engloban problemas y situaciones diferentes: programado o urgente, ser el resultado de un ingreso previo, descompensación de una enfermedad crónica, enfermedad grave que requiere ingresos sucesivos o simplemente estar causado por un motivo diferente e independiente del ingreso anterior (...)"<sup>2</sup>.

Según otros autores, se pone de manifiesto que un reingreso es: "(...) *todo ingreso que se da en los 30 días posteriores al último egreso independiente del diagnóstico; y todo aquel ingreso después de los 30 días por el mismo diagnóstico. En este estudio se define reingreso como todo ingreso con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta (...)*"<sup>3</sup>.

En segundo término, se toma la definición de salud de San Martín, que menciona que

*"(...) La salud es un fenómeno psico biológico social, dinámico relativo muy variable, en la especie humana corresponde a un estado ecológico fisiológico social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social (...)"*<sup>4</sup>.

Esta definición tiene una postura marxista y sistémica que tiene también sus condicionantes:

---

<sup>2</sup> Nuñ M., Saldaña M., De Pedro M. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención Hospitalaria? Rev Calidad Asistencia (internet) 2002 Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v17n02a13031676pdf001.pdf>

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup> San Martín. "Salud y Enfermedad". La Prusa Médica. Mexicana S.A. México 1984. [www.psicoweb.com/salud/concepto\\_salud\\_02.htm](http://www.psicoweb.com/salud/concepto_salud_02.htm)

- Los diferentes sistemas de salud no se pueden entender si no es atendiendo a los contextos culturales que han generado sus modelos conceptuales.
- Los procesos de salud/enfermedad/atención son procesos culturales.

Varios autores recogen en sus definiciones la adaptación, tratándose de una adaptación dinámica al medio natural y socioeconómico-cultural que nos rodea, la cual está considerada por múltiples factores que influyen sobre el estado de salud y que denominan determinantes de salud.

Un elemento común en todas las definiciones es el estado de salud de una persona o de una población en un momento dado, como el resultado de la acción de distintos factores en momentos diferentes.

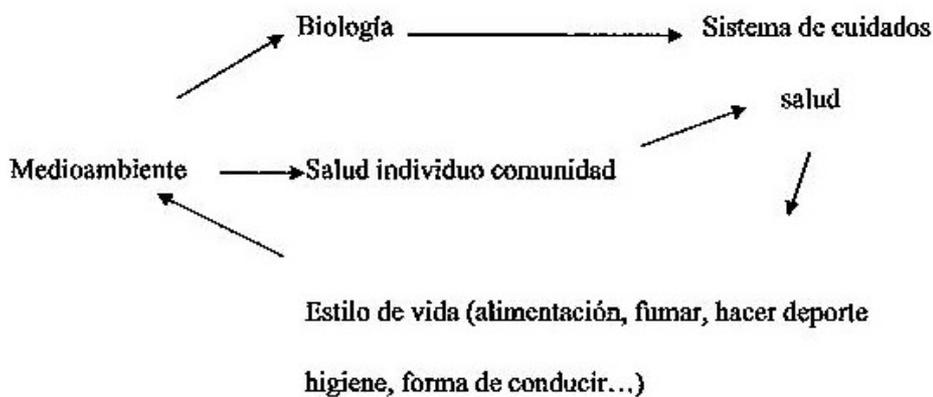
## **DETERMINANTES DE SALUD**

Son un conjunto de condicionantes de salud y de enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Lalonde (ministro de Sanidad de Canadá), analizó los determinantes de salud, elaborando un modelo de salud pública. En éste se considera que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables, a saber:

- Biología humana: genética y envejecimiento
- Medioambiente:
  - Contaminación biológica
    - Virus
    - Bacterias
    - Microorganismos
  - Contaminación atmosférica
    - Ruido
    - Radiaciones
    - Vibraciones
  - Contaminación química

- Óxido de azufre
  - Plaguicidas
  - Fertilizantes
  - Metales pesados
- o Contaminación psico-social y socio-cultural
    - Estrés
- Estilo de vida: ciertas conductas insanas como:
    - o Consumo de drogas
    - o Sedentarismo
    - o Consumo excesivo de alimentos ricos en grasas y en hidratos de carbono
    - o Conducción peligrosa o temeraria
    - o Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria
- Sistema de asistencia sanitaria
    - o Calidad
    - o Cobertura
    - o Gratuidad

Modelo de Lalonde



Estos factores son modificables, al menos teóricamente, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Otra característica es que están influenciados por factores sociales.

En los estudios de Lalonde se representó gráficamente, mediante diagrama de sectores, la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública.

En un principio los que tenían mayor importancia eran el medioambiente y el estilo de vida. Existía una imprecisión a la hora de definir quien tenía mayor importancia y cual ocupaba un lugar preponderante. Posteriormente se le adjudicó mayor importancia al sistema de asistencia sanitaria. Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos ocasionaban al sistema un elevado coste económico, como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo a un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria<sup>5</sup>.

En tercer lugar se define el riesgo, en base a Kleinbaum (1982), como "(...) *La probabilidad de que una persona libre de una enfermedad concreta desarrolle la enfermedad durante un periodo determinado (...)*"<sup>6</sup>.

En epidemiología se utiliza el término factor de riesgo para indicar cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada.

Teóricamente un factor puede modificar la probabilidad de una enfermedad tanto aumentándola (factor de riesgo), como disminuyéndola (factor protector).

Según Mac Mahon (1983) para que una exposición o característica sea considerada un factor de riesgo de una enfermedad debe cumplir los tres criterios generales siguientes:

a) el factor debe variar conjuntamente con la enfermedad, es decir, debe estar estadísticamente asociado a ella.

---

<sup>5</sup> Lalonde 1974 *Determinantes Ambientales de Salud* Disponible en: <http://www.albarrn.org/>

<sup>6</sup> Kleinbaum, D.; Kupper, L. y Morgenstern, H. *Epidemiologic Research Belmont, Lifetime Learning Publications, 1982.*

b) la presencia del factor, o un cambio relevante en el mismo, debe preceder en tiempo a la aparición de la enfermedad,

c) la asociación observada no debe ser atribuible al menos enteramente, a otra circunstancia: error aleatorio, presencia de factores extraños o de confusión<sup>7</sup>.

Es posible encontrar factores de riesgo en cualquiera de los ámbitos que puedan condicionar la aparición de la enfermedad: el medio ambiente físico, psíquico, social y las alteraciones genéticas.

Según John M. Last (1989): el término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

a) Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal.

b) Un atributo o exposición que aun, está la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.

c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud, para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Mac Mahón, *Principios y métodos de Epidemiología* 2a ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1988

<sup>8</sup> Last J.: *Diccionario de Epidemiología*, Barcelona: Salvat, 1989.

## **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS**

Crecimiento y el desarrollo son dos procesos íntimamente ligados, los cuales son mensurables, observables y factibles de estudio.

El crecimiento es un proceso dinámico e individual, que está regulado por múltiples factores, que se inicia con la fecundación y se continúa por etapas específicas hasta la adultez. El término crecimiento se utiliza para definir los cambios morfológicos y estructurales del niño, en que se produce un aumento de la masa corporal, debido al incremento del tamaño y del número de las células. El crecimiento es continuo desde la concepción hasta la adolescencia, pero no es uniforme en todas las etapas de la vida. Los períodos de mayor crecimiento a menudo van seguidos de mesetas; la velocidad de crecimiento varía de un niño a otro. Este proceso debe ser valorado a través de mediciones antropométricas de sencilla aplicación.<sup>9</sup>

El desarrollo, sin embargo, es un proceso más complejo, pero también puede y debe ser evaluado en sus diferentes esferas. Es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que involucra varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. Esto da como resultado un niño competente para dar respuesta a sus necesidades y a las de su medio, tomando en consideración su contexto de vida.

Ambos procesos deben ser valorados o evaluados de acuerdo a las pautas establecidas, en las instancias de control y seguimiento de un niño/a, ya que permiten detectar factores de riesgo y prevenir situaciones que pueden provocar enfermedades o incluso la muerte.<sup>10</sup>

Las etapas de crecimiento y desarrollo a las que se ha hecho referencia y que son tomadas en este estudio, son las siguientes:

---

<sup>9</sup> Castro, C, Maldonado, O, Benguigul, Y. *La niñez, la Familia y la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI. Washington, 2004.*

<sup>10</sup> *Idem*

La vida prenatal	Desde la concepción al nacimiento
Recién nacido o neonato	Del nacimiento hasta los 28 días de vida
Lactante	De 29 días a 2 años

Crecer y desarrollarse adecuadamente es un indicador de que los niños y niñas están en buenas condiciones de salud.

Sin embargo, existen factores que pueden alterar el crecimiento y el desarrollo, entre los cuales se destacan:

- Las enfermedades, desnutrición y situaciones de riesgo de la mujer embarazada.
- Condiciones del parto.
- Nutrición inadecuada o insuficiente de la madre durante el embarazo y del niño luego del nacimiento.
- Falta de afecto y de estímulo.
- Enfermedades de los niños y niñas.
- Condiciones ambientales deficientes.
- Falta de acceso a los servicios de salud.
- Contexto social.
- Hospitalizaciones prolongadas.
- Destete precoz.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRIMERA INFANCIA**

La aplicación de políticas públicas orientadas a la inversión de manera sostenida en Primera Infancia en el Uruguay, ha logrado resultados visibles en la baja de la tasa de mortalidad infantil. La oficina de UNICEF en Uruguay destacó el logro obtenido que se encuentra pautado por el compromiso asumido por el país en cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La meta planteada para el 2015 se propone alcanzar una tasa de 6,9%. La oficina de UNICEF en Uruguay resaltó los resultados obtenidos por el país en la baja de los índices de Mortalidad Infantil y felicitó al gobierno uruguayo por

las acciones desarrolladas, que aseguran el derecho a la vida y la sobrevivencia de los niños y las niñas. La Tasa de Mortalidad Infantil que Uruguay registra hoy, indica que si se continúa promoviendo la inversión en los primeros años de vida, fundamentales en el desarrollo de las personas, el país podrá lograr esa meta.

Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), en 2010 la Tasa de Mortalidad Infantil se ubicó en 7.71 por cada 1.000 nacidos vivos; en el 2009 la tasa se ubicó en 9.56 por 1000 nacidos vivos. Por otra parte, cuando los niños utilizan los servicios de salud, cayendo reiteradas veces en dichos servicios, se incurre en gastos elevados para la institución prestadora del servicio y para la familia del niño, acentuándose más si tomamos en consideración que en el Uruguay más del 50% de la población infantil está bajo la línea de pobreza.

Dado que en los hogares pobres se hallaban más del 50% de los niños/as menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir eran francamente superiores. Uruguay ha presentado una tendencia descendente en la tasa de mortalidad infantil.<sup>11</sup>

En el 2002 el país se enfrentó a una situación de fuerte empobrecimiento (sobre todo en la población infantil), altos niveles de desempleo y concentración de la riqueza.

En el año 2004 alcanzó valores de 13,2% mientras que en el año 2009 la tasa descendió a 9.6%, cumpliéndose la meta propuesta por el país para ese año, (alcanzar la disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil).

Recordemos que el país, estableció dentro de los ODM lograr una Tasa de Mortalidad Infantil de 6.9% para el año 2015.

A partir de 2005, se plantearon nuevas políticas sociales que en primera instancia estaban dirigidas a la atención de la emergencia social (PANES) y posteriormente hacia un sistema de protección social acorde al nuevo escenario de riesgos y necesidades en nuestro país (Plan de Equidad), cuyo objetivo es la redistribución del ingreso y la mejora de los niveles de igualdad.

<sup>11</sup> *Noticias destacadas. UNICEF felicita a Uruguay por baja de mortalidad infantil 2011. Disponible en: <http://espanol.unicef.com/Noticias-destacadas/2011/04/05/UNICEF-felicita-a-Uruguay-por-baja-en-mortalidad-infantil/UIPI-61751301994480>*

Con el Plan de Emergencia y posteriormente el Plan de Equidad se accedió entonces a grupos sociales vulnerables incidiendo en temas como alimentación, educación y vivienda, determinantes sociales de la salud.

Uno de los objetivos del gobierno que se desarrolló fue proteger a la primera infancia y en ese contexto proteger a la mujer, a la familia y por ende se beneficia el conjunto de la sociedad.<sup>12</sup>

En relación a la política general, Uruguay ha priorizado la infancia y en especial la primera infancia desde la gestación y eso se ha expresado en la Estrategia Nacional de la Infancia y Adolescencia (ENIA) y las políticas sociales que de allí derivan.

En el año 2010 se mantuvo y potenció la tendencia a la reducción de la tasa, alcanzando el valor de 7.71% lo que correspondió a 364 niños fallecidos menores de 1 año de vida, es decir 96 menos que en 2009; resultados muy cercanos a los propuestos en las metas de los ODM.

---

<sup>12</sup> UNICEF, *Objetivos del desarrollo del milenio, fomentar una alianza mundial para el milenio*. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/hncc/development.html> Uruguay al día, Periódico digital, *Cae la tasa de mortalidad infantil en el Uruguay 2011*

## DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los niños de 0 a 2 años, que fueron hospitalizados en un hospital público de Montevideo, en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2007.

Para la selección de la muestra se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, por conveniencia, constituida por 93 niños y niñas que tuvieron al menos un reingreso, los mismos fueron seleccionados a través del análisis de una fuente secundaria, las historias clínicas proporcionadas por los funcionarios del archivo general del hospital.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante un instrumento que consistió en un formulario estructurado en bloques que se subdividían en variables: de base, pre y perinatales, de hospitalización y sociodemográficas las cuales hacen referencia sobre el número de ingresos, tiempo hasta el reingreso, área de procedencia (rural, urbana), núcleo familiar, vivienda entre otros.

Las variables seleccionadas para el estudio, se operacionalizaron de la siguiente manera:

### VARIABLES DE BASE

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable y escala de medición	Dimensiones
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Cualitativa, Nominal	Masculino Femenino
Edad	Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cualitativa, Ordinal	Neonato (28 días), lactante (de 29 días a 2 años)

Procedencia	Lugar de origen de una persona	Cualitativa, Nominal	Montevideo Interior
Zona de residencia	Lugar de residencia del niño dentro del departamento	Cualitativa, Nominal	Urbano, sub urbano rural

### VARIABLES PRE Y PERINATALES

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable y escala de medición	Dimensiones
Tipo de parto	Periodo de salida del niño del útero materno	Cualitativa, nominal	Vaginal Cesárea
Control de embarazo	Es una serie de entrevistas ambulatorias (9 o más) entre la paciente embarazada y el equipo de salud, para vigilar y controlar el curso del embarazo y el crecimiento fetal	Cualitativa, nominal	Embarazo bien controlado (> a 5), embarazo controlado mal tolerado, embarazo mal controlado (< a 5), embarazo no controlado (ningún control)

Patologías en el embarazo	Complicaciones maternas que surgen durante la gestación	Cualitativa, nominal	Retardo del crecimiento intrauterino, Desprendimiento de placenta normo inserta, Placenta previa, Amenaza de parto pre termino, Enfermedad hipertensiva en el embarazo, Diabetes gestacional, Infección urinaria, Enfermedades de transmisión sexual, Otras
Edad Gestacional	Es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha de nacimiento del niño.	Cualitativa, Ordinal	Pretermino (< 37 sem) Termino (>37 sem a 42 sem) Posttermino (> a 42 sem)
Peso al Nacer	Peso en gramos	Cualitativa,	Extremadamente bajo(1000 gr o menos) Muy bajo peso ( 1500 gr o menos) Bajo peso (2500

	con el que nace el niño	Ordinal	gr o menos) Peso Adecuado (3500gr menos o más) Macrosomicos( 4000 gr o más
Apgar	Escore clínico que se realiza al primer y quinto minuto de vida.	Cualitativa, Ordinal	0 a 3 Depresión neonatal severa. 4 a 6 Depresión neonatal moderada. 7 a 10 Vigoroso.
Patología del recién nacido	Enfermedad que padece el niño al nacer.	Cualitativa, Nominal	No presenta Respiratorias, neuroológicas, tegumentario, cardiológicas, enfermedades congénitas, infecciones, linfático, endócrino, más de un sistema afectado

### VARIABLES DE HOSPITALIZACION

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable y escala de medición	Dimensiones
Immunización	Proceso mediante el cual se adquiere en forma artificial, la capacidad de defenderse ante una determinada agresión bacteriana, viral o parasitaria	Cualitativa, Nominal	Vigente No vigente
Internación	Número de veces que el niño se hospitaliza	Cualitativa, Ordinal	1°Reingreso 2°Reingreso 3°Reingreso 4°Reingreso
Días de internación	Cantidad de días que el niño se encuentra hospitalizado.	Cuantitativa, de intervalo	1 a 10 11 a 21 22 a 32 33 a 43 Más de 4
Días entre hospitalizaciones	Cantidad de días que transcurre entre la hospitalización inicial y el primer reingreso.	Cualitativa, nominal	0 a 3 meses, 3 a 6 meses, 6 a 9 meses, 9 a 12 meses, 12 meses, más.

<p>Patología al ingreso</p>	<p>Tipo de afección por la que el niño se encuentra hospitalizado</p>	<p>Cuantitativa, de intervalo</p>	<p>Diarrea  Neumonía  Fiebre sin foco  Convulsión  Tos coqueluchoide  Reflujo gastroesofágico  Infección urinaria  Crisis bronco obstructiva  Desnutrición aguda  Bronquiolitis</p>
-----------------------------	---	-----------------------------------	---

### VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS

Variables	Definición conceptual	Tipo de variable y escala de medición	Dimensión
Vive con el niño	Aquella persona que convive con el niño bajo el mismo techo.	Cualitativa, nominal	Madre Padre Madre/ Padre Madre/ Padre/Hermanos Madre/ Padre/ Hermanos/ Abuelos
Número de integrantes del núcleo familiar	Cantidad de personas que vive bajo el mismo techo que tenga lazos sanguíneos o no.	Cuantitativa, de razón	1, 2, 3, 4, 5, 6 y más
Condición de actividad de los padres	Situación laboral en la que se encuentra algunos de los progenitores	Cualitativa, nominal	Empleado, desempleado, inactivo
Material del techo de la vivienda	Material de construcción del techo de la vivienda donde reside.	Cualitativa, nominal	Hormigón, chapa, cartón.
Materiales de las paredes de la vivienda	Materiales que se utilizaron para la fabricación de la vivienda (paredes)	Cualitativa, nominal	Bloque, chapa, ladrillo, cartón

Número de habitaciones de la vivienda	Habitación se define como el espacio físico separado por paredes donde se duerme.	Cuantitativa, de razón	1, 2, 3, 4, 5 y más
Colecho	El Colecho o cama familiar es una práctica en la que bebés o niños pequeños duermen con uno o los dos progenitores o cualquier otra persona.	Cualitativa, nominal	Sí, No
Servicio de luz eléctrica	Servicio de prestación de energía eléctrica	Cualitativa, nominal	Sí, No
Servicio de agua potable	Servicio de prestación de agua potable	Cualitativa, nominal	Sí, No
Eliminación de excretas	Medio por el cual se eliminan las excretas	Cualitativa, nominal	Sí, No

Las actividades de procesamiento y análisis de la información obtenida en el trabajo de campo se efectuaron mediante el análisis estadístico de dicha información, elaborando tablas bivariadas, tablas de frecuencias, con la ayuda del programa informático SPSS®, se redactó el trabajo con los principales avances logrados con la Información estadística tabulada con el programa (MS Excel®)

Los recursos humanos utilizados para llevar a cabo dicho estudio fue el grupo de tesis, compuesto por 4 integrantes.

Los recursos materiales y financieros que se utilizaron se detallan a continuación.

<b>CANTIDAD</b>	<b>RUBRO DEL GASTO</b>	<b>SUBTOTAL (\$U)</b>
150	FOTOCOPIAS	300
100	TRANSPORTE	3200
8	IMPRESIONES	1600
*	INTERNET	2000
*	TELEFONOS	2500
*	COMIDAS	2200
5	ENCUADERNACION	300
3	CD	30
*	MATERIAL DE LIBRERIA	200
*	GASTOS EXTRAS	1000
<b>TOTAL SU</b>		<b>13330</b>

## RESULTADOS

Para organizar las variables y así darles un hilo conductor a los resultados se las agrupó en diferentes bloques: variables de base, que hacen referencia a los datos patronímicos, variables pre y perinatales que son datos que hacen alusión al embarazo y al nacimiento, variables de hospitalización que aluden a los datos de internación y de reingresos que presentó la población y variables socio demográficas donde se relevan datos del entorno del niño.

### VARIABLES DE BASE

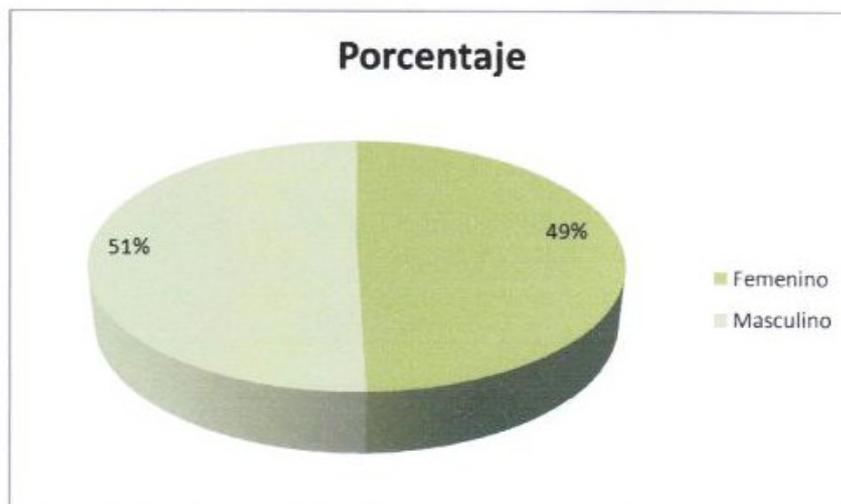
**Tabla N°1: Distribución de la población según Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Femenino	46	49,5	49,5	49,5
Masculino	47	50,5	50,5	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observa un predominio no muy significativo con un 50,5% el sexo Masculino

**Gráfico 1: Distribución de la población según Sexo**



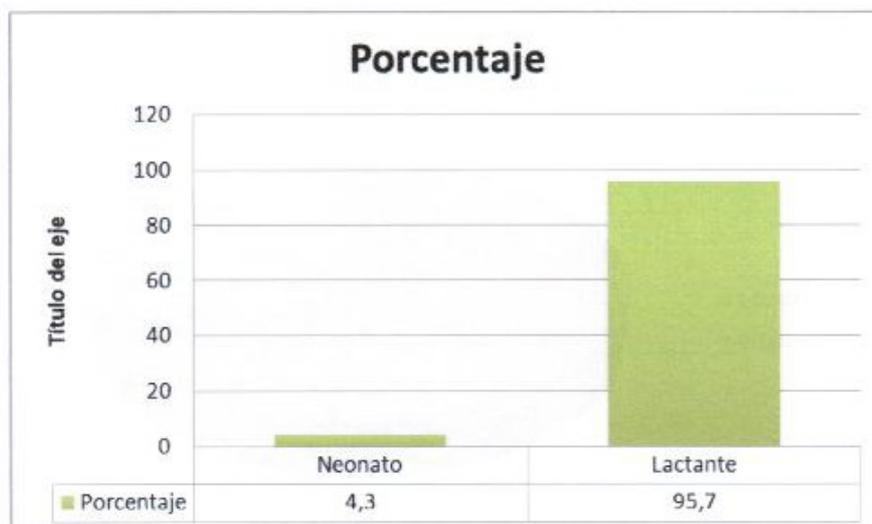
**Tabla N°2: Distribución de la población según Edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Neonato	4	4,3	4,3	4,3
Lactante	89	95,7	95,7	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

La muestra presentó una proporción mayor de Lactantes, con un 95,7%. Dentro de este grupo, el mayor porcentaje correspondió a los niños y niñas entre 2 y 6 meses de edad, con un 75,3% (63).

**Gráfico 2: Distribución de la población según Edad**



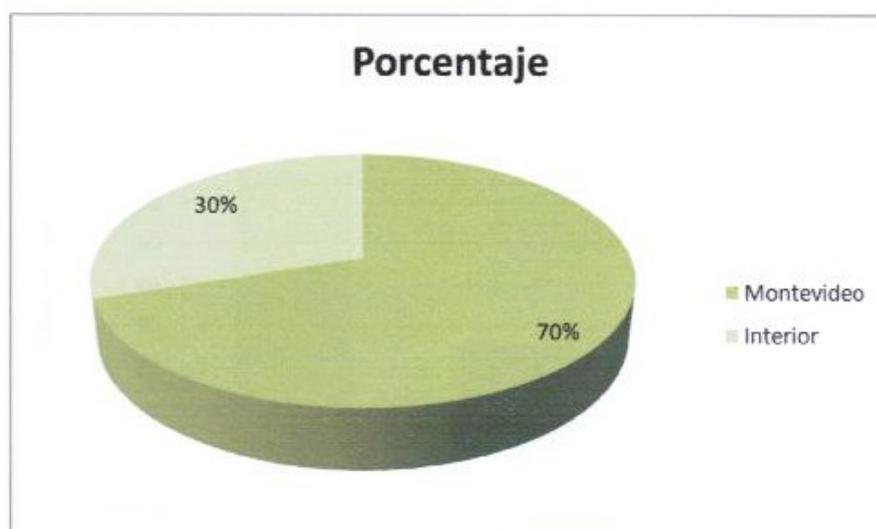
**Tabla N°3: Distribución de la población según Procedencia**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Montevideo	65	69,9	69,9	69,9
Interior	28	30,1	30,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observó que los niños que integran la muestra provienen en una proporción mayor de Montevideo con un 69,9%.

**Gráfico 3: Distribución de la población según Procedencia**



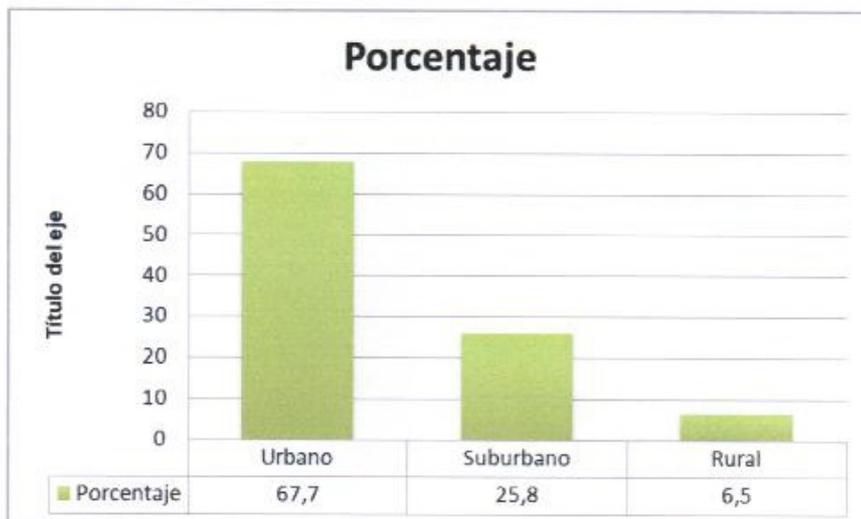
**Tabla N°4: Distribución de la población según Zona de residencia**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbano	63	67,7	67,7	67,7
Suburbano	24	25,8	25,8	93,5
Rural	6	6,5	6,5	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observa que la mayoría son de zona de residencia Urbana con un 67,7%, y con un 25,8% Suburbano.

**Gráfico 4: Distribución de la población según Zona de residencia**



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

## VARIABLES PRE Y PERINATALES

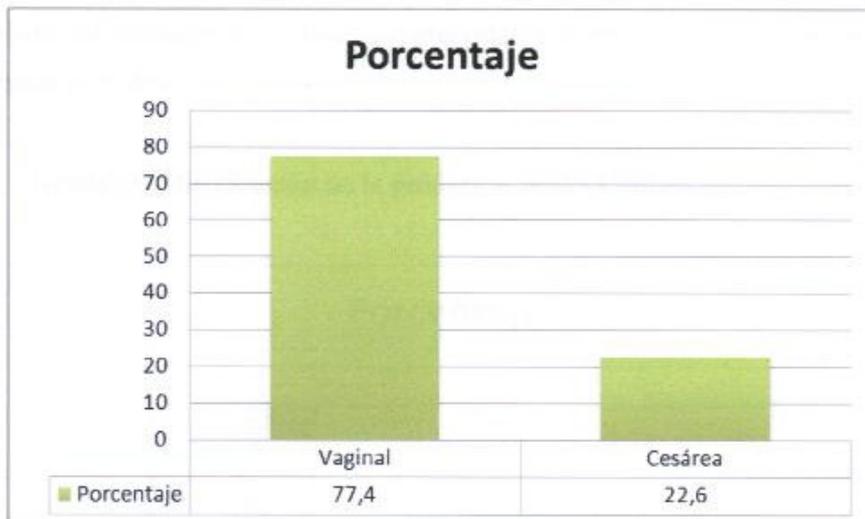
Tabla N°5: Distribución de la población según Tipo de Parto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vaginal	72	77,4	77,4	77,4
Cesárea	21	22,6	22,6	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

El más frecuente es el vaginal con un 77,4%.

Gráfico 5: Distribución de la población según Tipo de parto



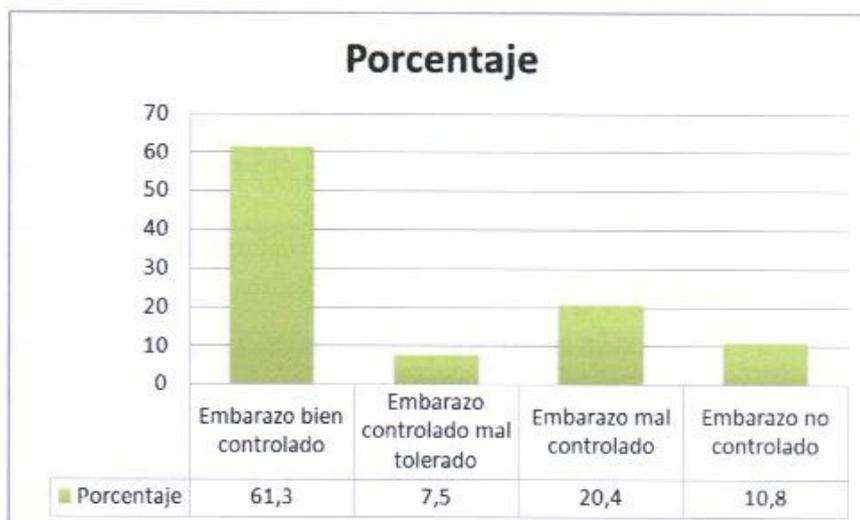
**Tabla N°6: Distribución de la población según Control de Embarazo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Embarazo bien controlado	57	61,3	61,3	61,3
Embarazo controlado mal tolerado	7	7,5	7,5	68,8
Embarazo mal controlado	19	20,4	20,4	89,2
Embarazo no controlado	10	10,8	10,8	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se puede decir que el 61,3% de la población materna presentó un embarazo bien controlado, mientras que las mujeres que presentaron un embarazo mal controlado alcanzaron el 20,4%.

**Gráfico 6: Distribución de la población según Control de embarazo**



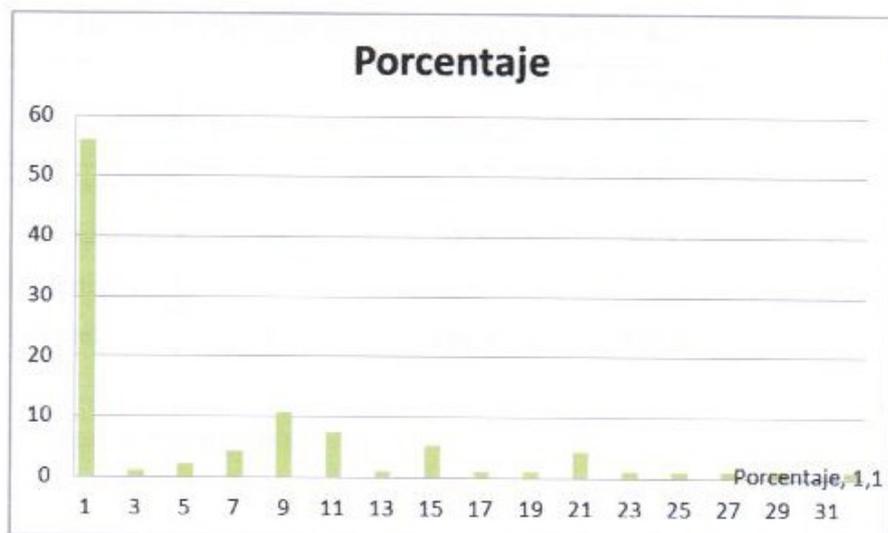
**Tabla N° 7: Distribución de la población según Patologías en el Embarazo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin patología	5	55,9	55,9	55,9
Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	1	1,1	1,1	57
Desprendimiento de placenta normal inserta (DPPNI)	2	2,1	2,1	59,1
Placenta previa (PP)	4	4,3	4,3	63,4
Amenaza de parto pre término (APP)	10	10,7	10,7	74,1
Enfermedad hipertensiva en el embarazo (EHB)	7	7,5	7,5	81,6
Diabetes gestacional (DG)	1	1,1	1,1	82,7
Infección urinaria (IU)	5	5,3	5,3	88
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	1	1,1	1,1	89,1
Inmunoglobulinas (IGB)	1	1,1	1,1	90,2
Anemia	4	4,3	4,3	94,5
Oligoamnios	1	1,1	1,1	95,6
VDRL	1	1,1	1,1	96,7
Toxoplasmosis	1	1,1	1,1	97,8
Placenta previa, Infección urinaria, Amenaza parto pre término (PP, IU, APP)	1	1,1	1,1	98,9
Anemia, Amenaza parto pre término	1	1,1	1,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

El 55,9% no presentó patologías mientras que el 10,7% de la muestra presentó amenaza de parto pretérmino.

**Gráfico 7: Distribución de la población según Patologías en el embarazo**



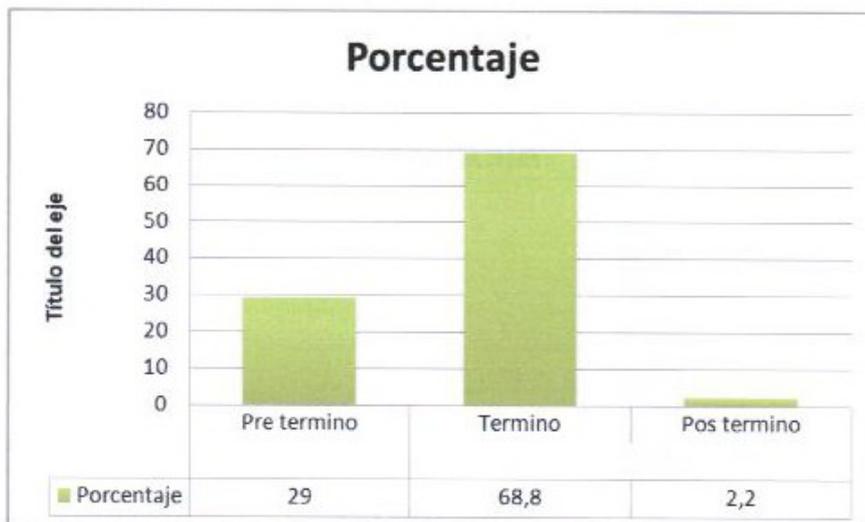
**Tabla N° 8: Distribución de la población según Edad Gestacional**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pre termino	27	29	29	29
Termino	64	68,8	68,8	97,8
Pos termino	2	2,2	2,2	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observó que la mayoría de los niños con un 68,8% fueron de gestación a término.

**Gráfico 8: Distribución de la población según Edad Gestacional**



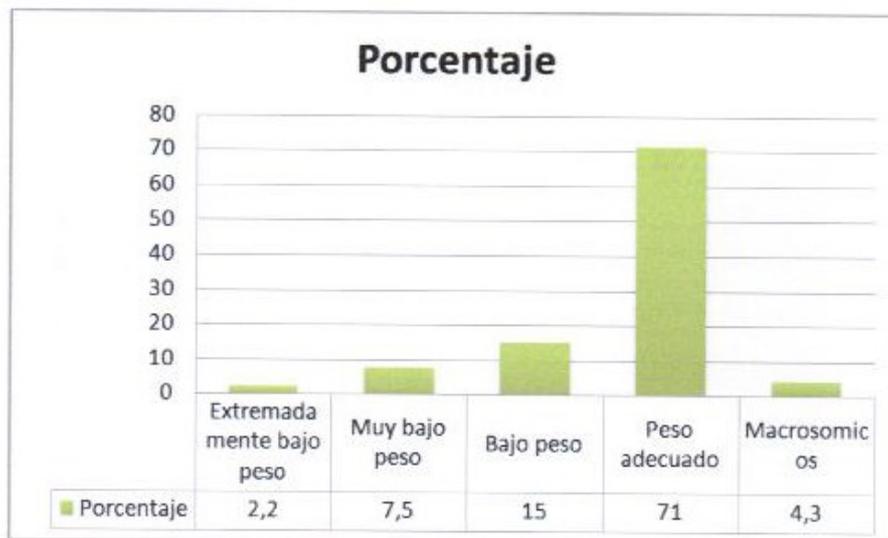
**Tabla N° 9: Distribución de la población según Peso al nacer**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Extremadamente bajo peso	2	2,2	2,2	2,2
Muy bajo peso	7	7,5	7,5	9,7
Bajo peso	14	15	15	24,7
Peso adecuado	66	71	71	95,7
Macrosomicos	4	4,3	4,3	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Podemos afirmar que el 71% presentó un peso adecuado.

**Gráfico 9: Distribución de la población según Peso al nacer**



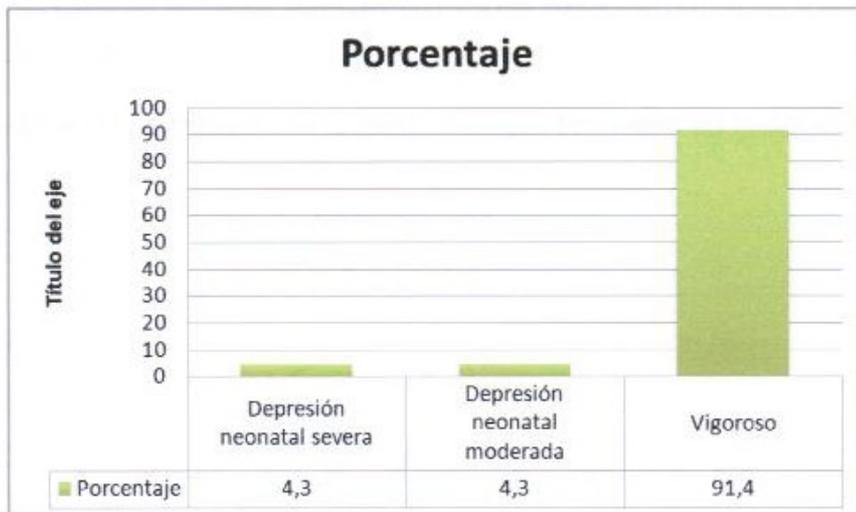
**Tabla N° 10: Distribución de la población según APGAR**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Depresión neonatal severa	4	4,3	4,3	4,3
Depresión neonatal moderada	4	4,3	4,3	8,6
Vigoroso	85	91,4	91,4	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: grupo de investigación

Se destaca dentro de la población los niños con APGAR vigoroso con un 91,4%.

**Gráfico 10: Distribución de la población según APGAR**



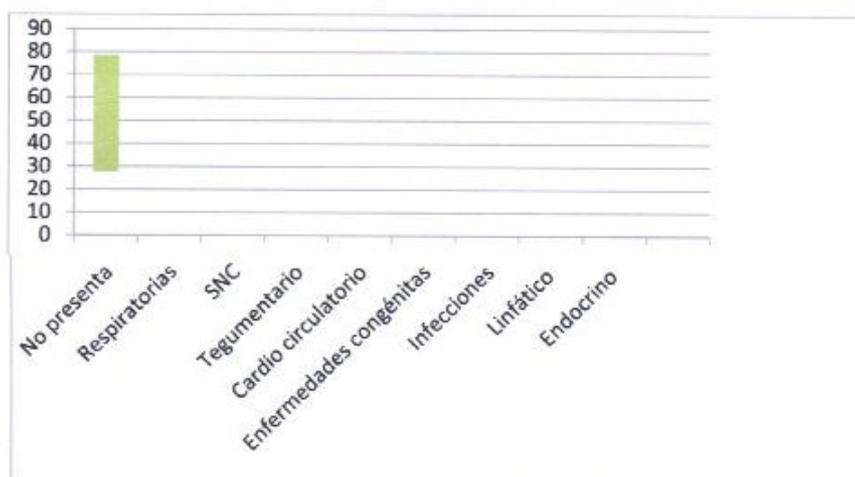
**Tabla N° 11: Distribución de la población según Patología del recién nacido por sistema afectado**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta	73	78,5	78,5	78,5
Respiratorias	3	3,2	3,2	81,7
Nervioso Central	2	2,1	2,1	83,8
Tegumentario	1	1,1	1,1	84,9
Cardiocirculatorio	2	2,1	2,1	87
Enfermedades congénitas	5	5,4	5,4	92,4
Infecciones	2	2,1	2,1	94,5
Linfático	1	1,1	1,1	95,6
Endocrino	1	1,1	1,1	96,7
Más de un sistema afectado	3	3,2	3,2	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: grupo de investigación

Predominan con un 78,5% los niños que no presenta patología, con un 5,4% le sigue las enfermedades congénitas.

**Gráfico 11: Distribución de la población según Patologías del recién nacido**



## VARIABLES DE HOSPITALIZACIÓN

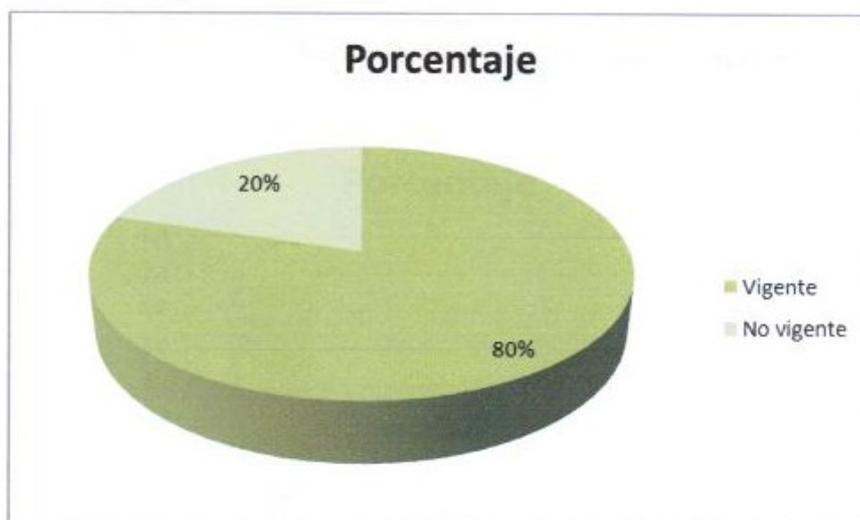
**Tabla N° 12: Distribución de la población según vigencia del CEV  
(Certificado Esquema de Vacunación)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Vigente	74	79,6	79,6	79,6
No vigente	19	20,4	20,4	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observó con un 79,6% los niños con estado de vacunación vigente.

**Grafico 12: Distribución de la población según vigencia del CEV**



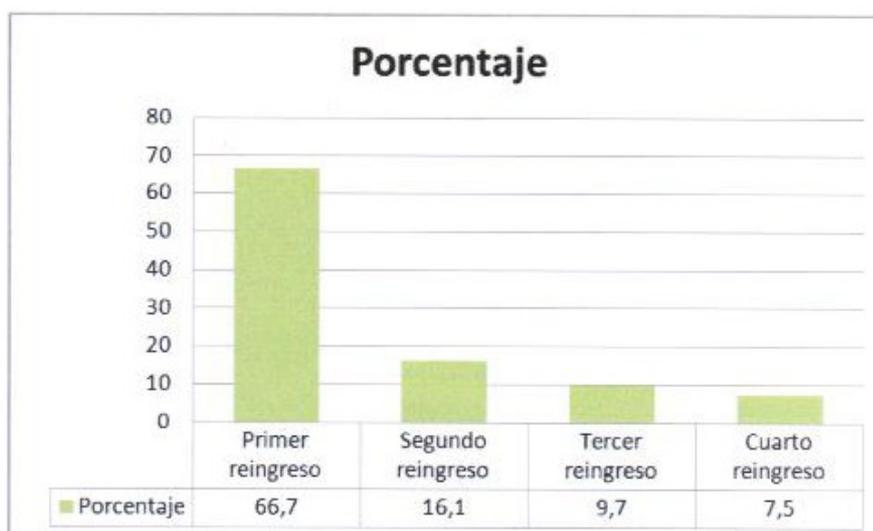
**Tabla N° 13: Distribución de la Población según Reingresos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primer reingreso	62	66,7	66,7	66,7
Segundo reingreso	15	16,1	16,1	82,8
Tercer reingreso	9	9,7	9,7	92,5
Cuarto reingreso	7	7,5	7,5	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Predomina con un 66,7% los niños que presentaron un Primer reingreso, le sigue con un 16,1% los niños con dos reingresos.

**Gráfico 13: Distribución de la población según Reingresos**



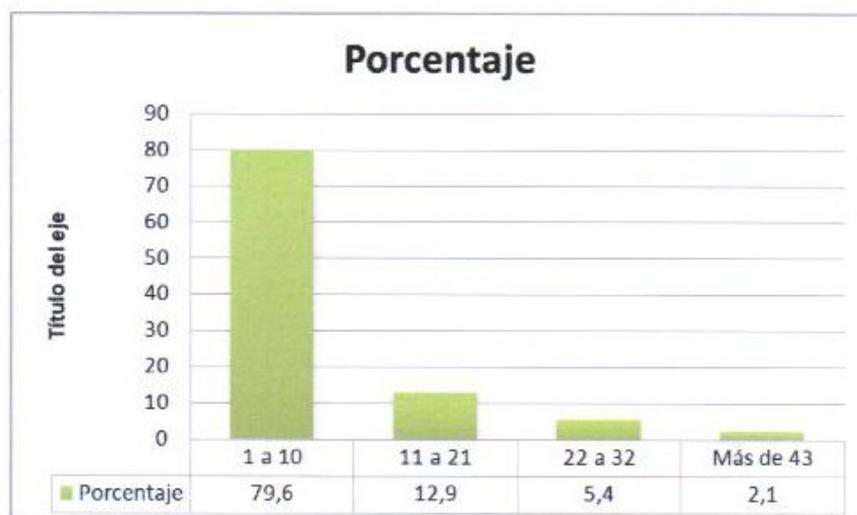
**Tabla N° 14: Distribución de la población según Días de internación inicial**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 a 10	74	79,6	79,6	79,6
11 a 21	12	12,9	12,9	92,5
22 a 32	5	5,4	5,4	97,9
Más de 43	2	2,1	2,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observó con una frecuencia de 1 a 10 días de internación inicial como la franja que predomina con un 79,6%.

**Gráfico 14: Distribución de la población según días de internación inicial**



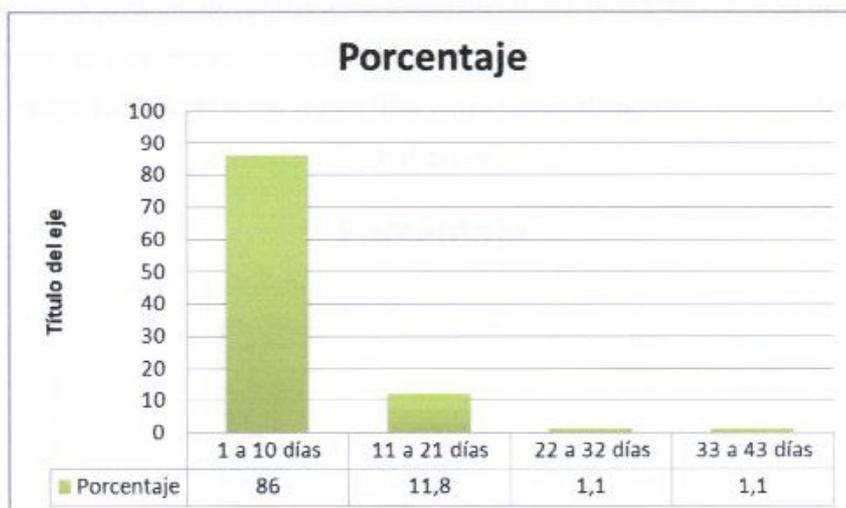
**Tabla N° 15: Distribución de la población según Días de internación del primer reingreso**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
V	80	86,0	86,0	86,0
11 a 21 días	11	11,8	11,8	97,8
22 a 32 días	1	1,1	1,1	98,9
33 a 43 días	1	1,1	1,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Predomina con un 86% los niños que presentaron de 1 a 10 días de internación en el primer reingreso.

**Gráfico 15: Distribución según Días de internación del primer reingreso**



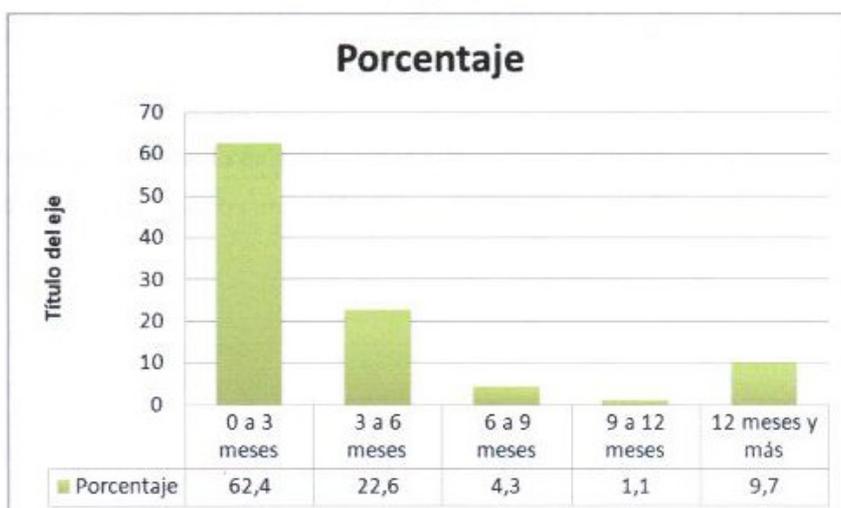
**Tabla N° 16: Distribución de la población según Días entre hospitalización inicial y primer reingreso**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 a 3 meses	58	62,4	62,4	62,4
3 a 6 meses	21	22,6	22,6	84,9
6 a 9 meses	4	4,3	4,3	89,2
9 a 12 meses	1	1,1	1,1	90,3
12 meses y más	9	9,7	9,7	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Se observó un predominio de días entre hospitalizaciones de 0 a 3 meses con un 62,4%, siguiéndole de 3 a 6 meses con un 22,6%.

**Gráfico 16: Distribución según Días entre hospitalización inicial y primer reingreso**



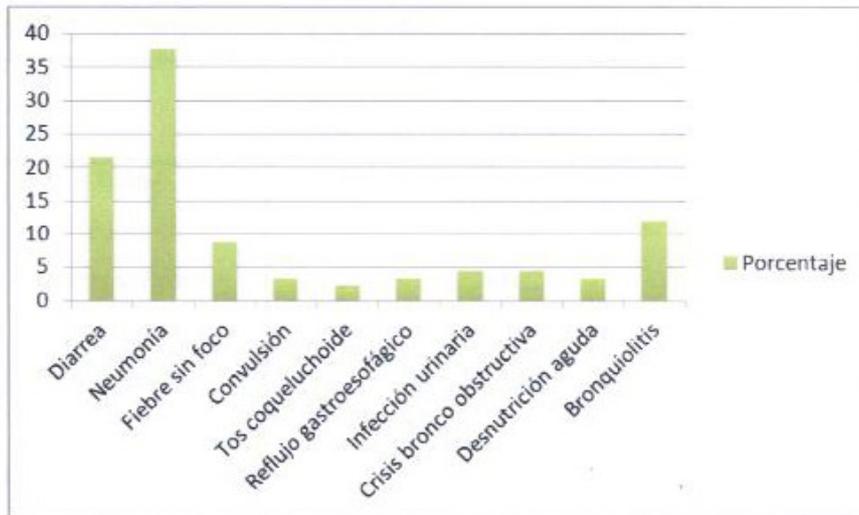
**Tabla N° 17: Distribución de la población según patologías al ingreso**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Diarrea	20	21,5	21,5	21,5
Neumonía	35	37,6	37,6	59,1
Fiebre sin foco	8	8,6	8,6	67,7
Convulsión	3	3,2	3,2	70,9
Tos coqueluchoide	2	2,2	2,2	73,1
Reflujo gastroesofágico				
Infección urinaria	3	3,2	3,2	76,3
Crisis bronco obstructiva	4	4,3	4,3	80,6
Desnutrición aguda	4	4,3	4,3	84,9
Bronquiolitis	3	3,2	3,2	88,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>11,8</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>
	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observó un predominio de patologías al ingreso, con un 37,6% a las Neumonías, seguido de las Diarreas con un 21,5%, Bronquiolitis con un 11,8%.

**Gráfico 17: Distribución de la población según Patologías al ingreso**



## VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS

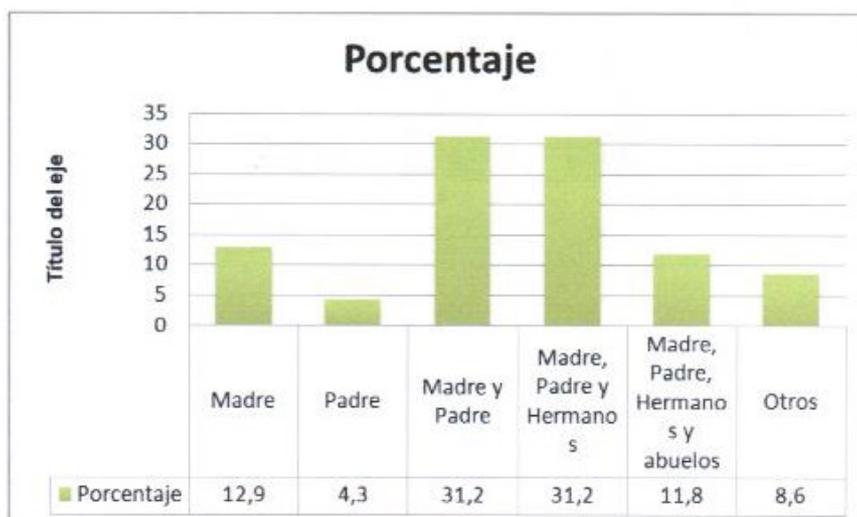
**Tabla N° 18: Distribución de la población según quienes Conviven con el niño**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Madre	12	12,9	12,9	12,9
Padre	4	4,3	4,3	17,2
Madre y Padre	29	31,2	31,2	48,4
Madre, Padre y Hermanos	29	31,2	31,2	79,6
Madre, Padre, Hermanos y abuelos	11	11,8	11,8	91,4
Otros	8	8,6	8,6	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Se observa un predominio de un 31,2% para ambas categorías Madre, Padre y Madre, Padre y Hermanos.

**Gráfico 18: Distribución de la población según quienes Conviven con el niño**



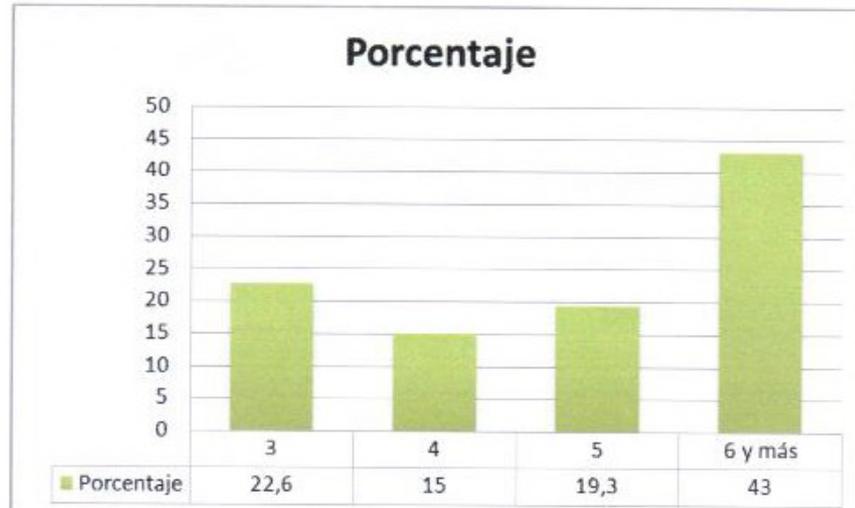
**Tabla N° 19: Distribución de la población según Número de integrantes del núcleo familiar**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3	21	22,6	22,6	22,6
4	14	15	15	37,6
5	18	19,3	19,3	56,9
6 y más	40	43	43	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación

Destacándose con un 43% los niños que presentan de 6 a más integrantes en el núcleo familiar, siguiéndole con un 22,6% de 3 integrantes del núcleo.

**Gráfico 19: Distribución de la población según Número de integrantes del núcleo familiar**



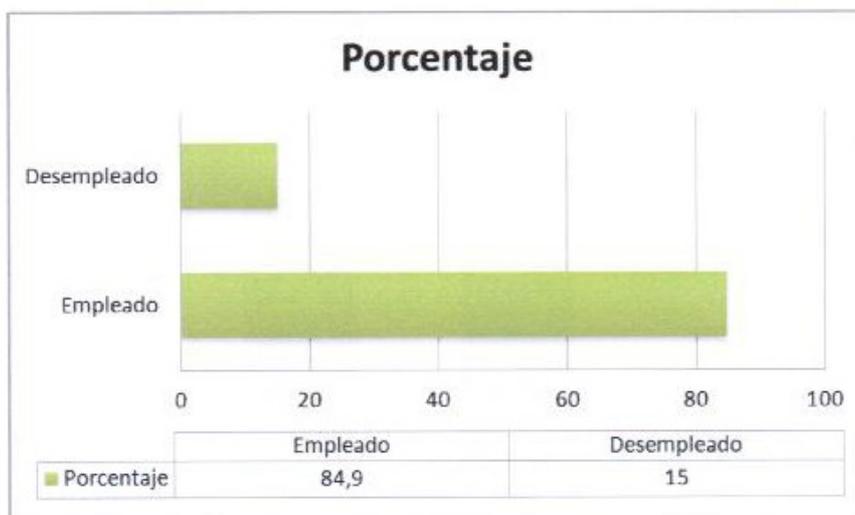
**Tabla N° 20: Distribución de la población según Condición de actividad de los padres**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleado	79	84,9	84,9	84,9
Desempleado	14	15	15	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Con un 84,9% predomina la condición de actividad de los padres empleados.

**Gráfico 20: Distribución de la población según Condición de actividad de los padres**



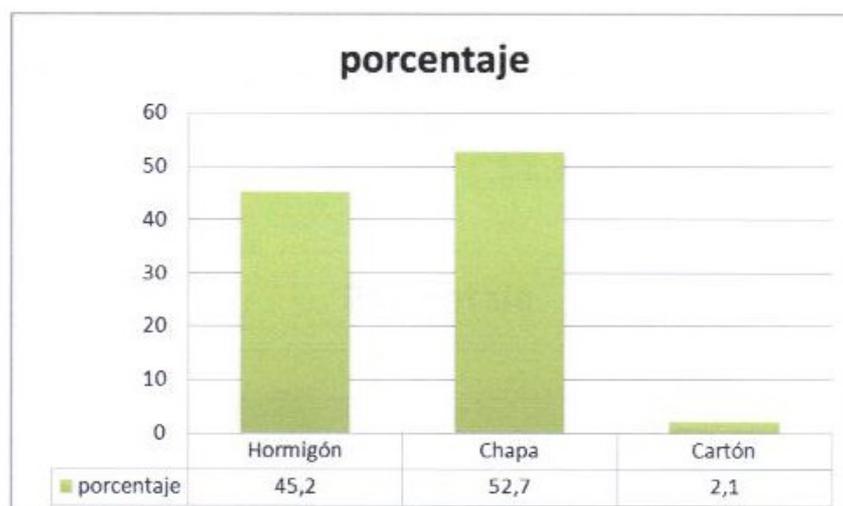
**Tabla N° 21: Distribución de la población según Materiales del techo de la vivienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hormigón	42	45,2	45,2	45,2
Chapa	49	52,7	52,7	97,9
Cartón	2	2,1	2,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Predomina como material del techo de la vivienda la chapa con un 52,7%.

**Gráfico 21: Distribución de la población según Material del techo de la vivienda**



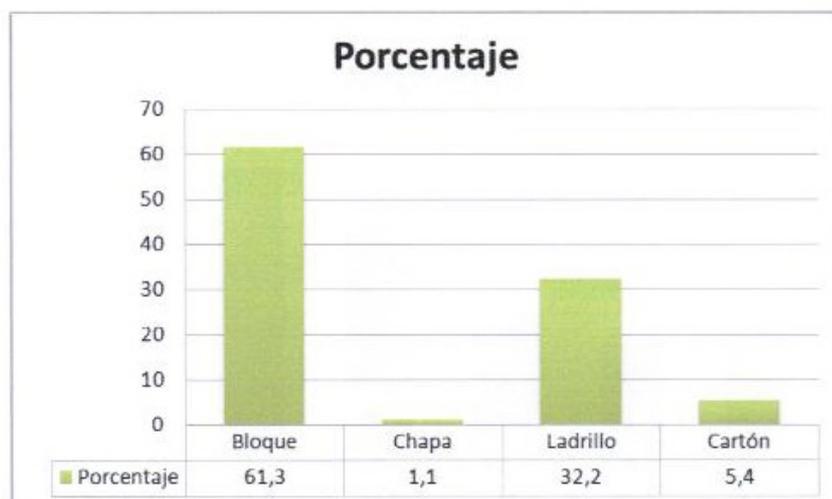
**Tabla N° 22: Distribución de la población según Materiales de las paredes de la vivienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bloque	57	61,3	61,3	61,3
Chapa	1	1,1	1,1	62,4
Ladrillo	30	32,2	32,2	94,6
Cartón	5	5,4	5,4	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Predomina con un 61,3% el bloque como material de las paredes de la vivienda.

**Gráfico 22: Distribución de la población según Material de las paredes de la vivienda**



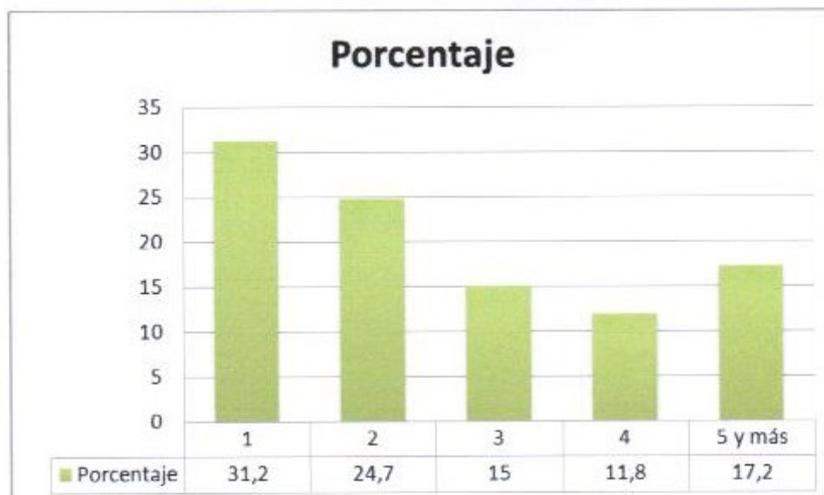
**Tabla N° 23: Distribución de la población según Número de habitaciones de la vivienda**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	29	31,2	31,2	31,2
2	23	24,7	24,7	55,9
3	14	15	15	70,9
4	11	11,8	11,8	82,7
5 y más	16	17,2	17,2	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Con un 31,2% predomina 1 habitación en la vivienda, seguido de 2 habitaciones con un 24,7%.

**Gráfico 23: Distribución de la población según Número de habitaciones de la vivienda**



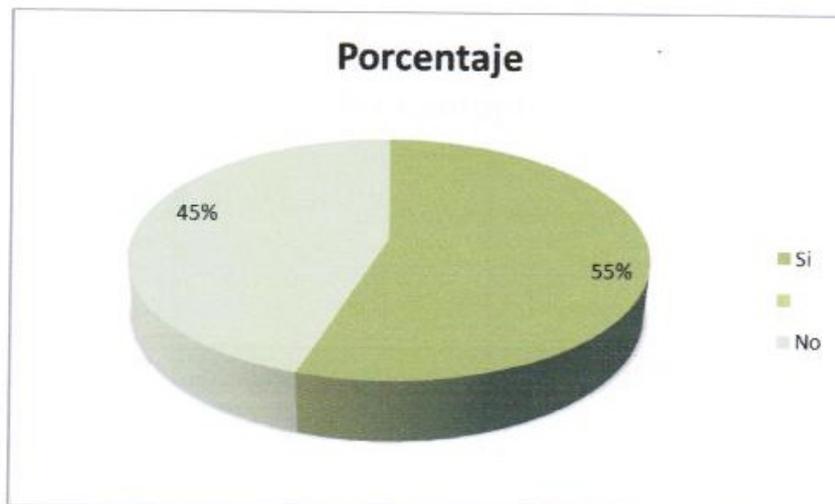
**Tabla N° 24: Distribución de la población según presencia de Colecho**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	51	54,8	54,8	46,2
No	42	45,2	45,2	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

El 54,8 de los niños presentaron colecho

**Gráfico 24: Distribución de la población según presencia de Colecho**



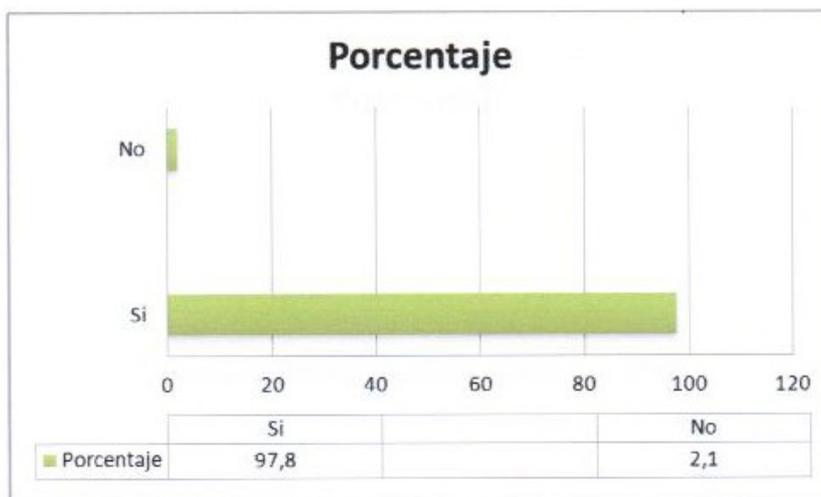
**Tabla N° 25: Distribución de la población según Servicio de luz eléctrica**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	91	97,8	97,8	97,8
No	2	2,1	2,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

El 97,8% de los niños presentaron luz eléctrica.

**Gráfico 25: Distribución de la población según Servicio de luz eléctrica**



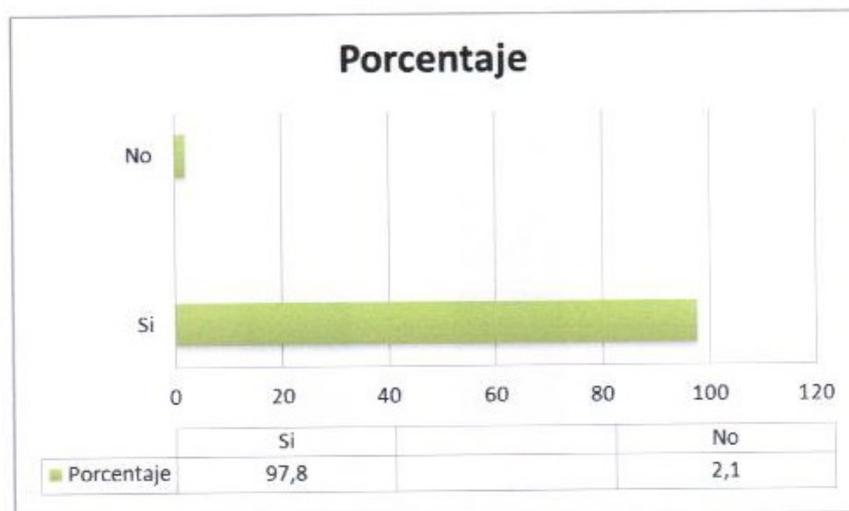
**Tabla N° 26: Distribución de la población según Presencia de Servicio de agua potable**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	91	97,8	97,8	97,8
No	2	2,1	2,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Un 97,8% presenta servicio de agua potable.

**Gráfico 26: Distribución de la población según Presencia de agua potable**



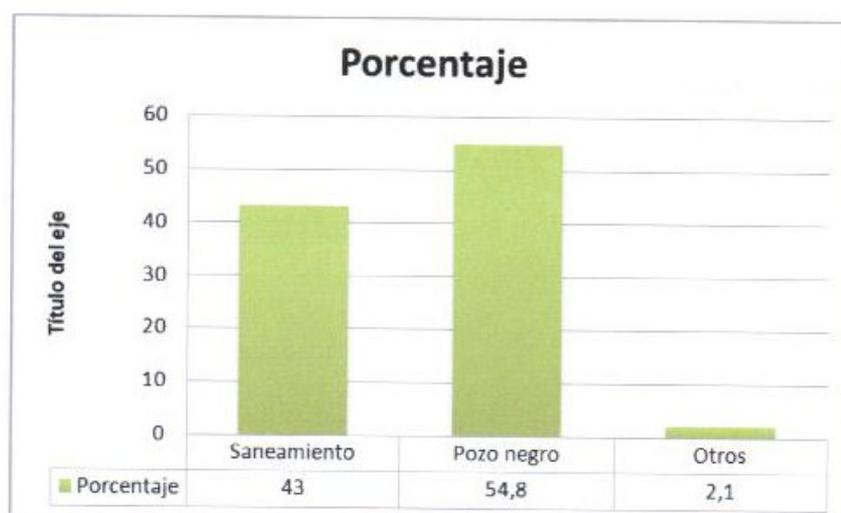
**Tabla N° 27: Distribución de la población según Eliminación de excretas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Saneamiento	40	43	43	43
Pozo negro	51	54,8	54,8	97,8
Otros	2	2,1	2,1	100,0
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Grupo de investigación.

Se observó un mayor porcentaje con un 54,8% al Pozo negro.

**Gráfico 27: Distribución de la población según Eliminación de excretas**



**TABLAS BIVARIADAS**

**Tabla N° 28: Distribución de la población según Internación y Sexo**

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Internación	Primer reingreso	Casos	28	34	62
		% Sexo	60,9%	72,3%	66,7%
	Segundo reingreso	Casos	9	6	15
		% Sexo	19,6%	12,8%	16,1%
	Tercer reingreso	Casos	5	4	9
		% Sexo	10,9%	8,5%	9,7%
	Cuarto reingreso	Casos	4	3	7
		% Sexo	8,7%	6,4%	7,5%
	<b>Total</b>	<b>Casos</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>93</b>
		<b>% Sexo</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla N° 29: Distribución de la población según Patologías y Sexo**

Patologías	Casos sexo %	Femenino	Masculino	Total
Diarrea	Casos Sexo %	11 24%	9 19,1%	20 21,5%
Neumonías	Caso Sexo %	16 34,8%	19 40,4%	35 37,6%
Fiebre sin foco	Caso Sexo %	5 10,8%	3 6,4%	8 8,6%
Convulsión	Caso Sexo%	1 2,2%	2 4,3%	3 3,2%
Tos coqueluchoide	Caso Sexo %	1 2,2%	1 2,1%	2 2,1%
Reflujo gastro esofágico	Caso Sexo%	2 4,3%	1 2,1%	3 3,2%
Infección urinaria	Caso Sexo%	3 6,5%	1 2,1%	4 4,3%

Crisis bronco obstructiva	Caso	1	3	4
	Sexo%	2,2%	6,4%	4,3%
Desnutrición	Caso	1	2	3
	Sexo%	2,2%	4,3%	3,2%
Bronquiolitis	Caso	5	6	11
	Sexo%	10,8%	12,8%	11,8%
Total	Caso	46	47	93
	Sexo%	100%	100%	100%

## ANÁLISIS

La investigación tomó curso en el año 2009 al tomar contacto con las historias clínicas de la población de estudio.

El presente análisis representa la sistematización de las características de los niños y niñas de 0 a 2 años que presentaron reingresos hospitalarios entre los años 2004 al 2007 inclusive.

Para emprender dicho análisis, se toma la definición de reingreso que se adaptó para este estudio; se desprende que el tiempo que pasa entre el ingreso inicial y el primer reingreso fue de 0 a 3 meses, a su vez los días de internación que pasan la mayoría de los niños es de 1 a 10 días. Este dato es negativo, ya que dicha internación genera costos para la familia del niño y para el Estado. Por otra parte, las patologías que aparecen en el primer reingreso están relacionadas o no con las del ingreso inicial; dichas patologías son las más prevalentes en el Uruguay. Es importante aclarar que se desconoce si los reingresos son programados o urgentes porque en la elaboración de los cuadros no se discriminaron de esta manera.

Tomando como eje la definición de salud de San Martín se puede decir que la población se encuentra en un estado de adaptación fisiológica, biológica y ambiental, adaptándose el niño al patrón socio cultural de la familia a la que pertenece.

Continuando con el análisis, y en base al modelo de Lalonde con sus cuatro determinantes de salud, se puede afirmar que con respecto a la biología humana, no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo en el ingreso inicial. A su vez, con respecto al primer reingreso, se observó que las niñas son las que reingresan más, en comparación con los niños. Esto indica una contradicción, ya que varios estudios muestran que son los niños los que reingresan más.

En lo que se refiere al determinante denominado medio ambiente, se puede decir que en base a los datos analizados se observó un porcentaje muy alto de hogares con pozos negros, afectando las condicionantes del proceso salud y enfermedad de los integrantes del hogar y de la comunidad en general.

Por último, analizando el concepto de factor de riesgo, entendido como cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada, los datos mostraron que no se encontraron factores de riesgo significativos, debido a que los niños integrantes de la muestra analizada viven en hogares que tienen servicio de agua potable y luz eléctrica y los materiales predominantes del hogar son el bloque y la chapa.

Sin embargo, se podría aludir a la presencia de un factor protector como lo es la asistencia sanitaria. Esto es muy importante, debido a que las políticas sociales diseñadas en los últimos años, focalizadas a la población que se encuentra en situación de marginalidad y extrema pobreza, concientizan e incentivan a dichas personas a utilizar los servicios de salud, haciendo hincapié en el primer nivel de atención como forma de prevenir, detectar y brindar tratamiento precoz de las patologías prevalentes en la infancia a través de la implementación de la estrategia AIEPI de la OPS/OMS, en la cual se contemplan diferentes enfermedades como son: diarrea, fiebre, neumonía, desnutrición, así como también el estado de vacunación y los problemas de alimentación.

## CONCLUSIONES

Como se planteó al comienzo de la investigación uno de los propósitos de este trabajo ha sido determinar las principales características de los niños y niñas de 0 a 2 años que presentaron por lo menos un reingreso hospitalario entre los años 2004 al 2007.

Aunque este trabajo ha presentado una sencilla descripción en base a los objetivos que se plantearon, los datos encontrados, no involucran a los factores de riesgo como protagonistas para causar reingresos, sí se evidencian ciertas características, como ser: el sexo, la edad, las patologías, números de reingresos, intervalos en días de hospitalización y entre reingresos.

Al analizar la distribución de los reingresos por sexo, se comprueba que no existen diferencias significativas entre niños y niñas al momento de hospitalizarse; por lo contrario, esto se aprecia cuando se trata de reingresos.

En este estudio la edad representa un factor pronóstico por sí mismo de reingreso, concentrándose el mayor número en los lactantes de 2 a 6 meses de edad.

Las patologías predominantes en este estudio son la neumonía y la diarrea, enfermedades prevalentes en el país.

Con respecto a los datos de hospitalización, si bien son de estadía corta, incurren en gastos para la institución y la familia, pero evitan las complicaciones que conlleva una internación prolongada, como pueden ser las infecciones intra hospitalarias y el alejamiento del entorno del niño. En cuanto a días entre hospitalizaciones si bien este dato es significativo, no se puede concluir ya que no se lo trató como una variable dependiente en donde hay factores que juegan un papel fundamental como puede ser un alta precoz, un plan de alta ineficaz, discontinuidad del tratamiento.

El equipo de enfermería basándose en las patologías más prevalentes en la infancia, debe optimizar y/o desarrollar las intervenciones tendientes a determinar los factores susceptibles de ser modificados para contribuir a disminuir la tasa de reingresos, mediante la disciplina científica y la investigación la cual constituye un factor determinante para el desarrollo de una ciencia.

Lo importante es que la construcción del saber está sujeta al momento histórico, cultural y sociopolítico en los cuales están inmersos los investigadores.

Podría decirse que la construcción científica de la Enfermería es un proceso acumulativo que se desarrolla con el aporte, de todos los que a lo largo de la historia participaron de forma progresiva en los cuidados y estudios.

## BIBLIOGRAFÍA

Ander Egg E, Técnicas de Investigación sociales. 21 ed. Himanitas. Bs Aire:Humanitas; 1992.

Busto R, Laileche O, Aldao J. Temas de pediatría para pre grado, departamento de neonatología Hospital Pereyra Rossell. Oficina del libro FEFMUR, Montevideo; Noviembre 2005.

Canales, Alvarado E, Pineda E, Metodología de la Investigación. México: Limusa; 2002.

Diz Lois Palomares, F. de la Iglesia Martínez, R. Nicolás Migucl, C. Pellicer Vázquez, V. Ramos Polledo, F. Diz-Lois Martínez. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta en una unidad de corta estancia médica. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992002000500002&script=sci\\_arttt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992002000500002&script=sci_arttt).

Filgueira F. Alegre, El sistema de protección social y de relaciones laborales en Uruguay: balance y perspectivas (1985-2009).

García Ortega C., Almenara Barrios J., y García Ortega J. Tasa de reingreso de un hospital Comarcal .Rev. Española de Salud Pública (internet) 1998  
Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271998000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271998000200003&script=sci_arttext).

Guilar M° J, Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. Madrid: Elsevier; 2003

Ketzoian C, Aguirrezala X, Alonso, Estadística Médica, Universidad de la República, Facultad de Medicina, conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica UDELAR, 1 ed. Montevideo, Marzo 2004.

Magnífico G, Iglesias D, Murillo N. Indicadores de salud. Temas de medicina *social*. Montevideo; 2000.

Mundo latino Uruguay, Pobreza infantil afecta a casi 81 millones de menores en América, publicado jueves 19 de Mayo 2011. Disponible en: <http://www.mundolatinohoy.com/noticias/uruguay/tag/pobreza>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Uruguay; 2001..

Pineda E, Alvarado E, Metodología de la Investigación. Washington DC: Limusa; 2008.

Plan de estudio '93. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Uruguay

Pirez C, Montano A, Rubio I, Bello O. Atención pediátrica pautas de diagnósticos, tratamiento y prevención. 6 ed. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR, Montevideo; 2007.

Polto J, Arena Faropa J, Berro P, Pereira J. Pautas terapéuticas en la obstetricia. Montevideo, Uruguay: FEFMUR, Montevideo; Noviembre 1999

Sabino C, El Proceso de Investigación. Buenos Aires: Lumen Himanitas Viamonte; 1996.

Sacharin R, Enfermería Pediátrica. España: MC. Gras Hill; 1989.

Schulte E, Price D, Gwin J, Enfermería pediátrica de Thompson. 8 ed.

Sampieri Hernández R, Fernández Callado C, Pilar Baptista L, Metodología de la Investigación. 4 ed. México: Mac. Graw Hill; 2006.

San Martín. "Salud y Enfermedad". La Prensa Médica, Mexicana S.A. México 1984.

Tamasco M y Tamayo. Metodología formal de la Investigación Científica. 4 ed. Noriega. México: Limusa; 1990.

Uruguay al día, Periódico digital, Cae la tasa de mortalidad infantil en el Uruguay, 28 de marzo 2011. Disponible en: <http://www.uruguayaldia.com/2011/03/cae-la-tasa-de-mortalidad-infantil-en-uruguay/>

Waley y Wong, Enfermería Pediátrica. España: Harcourt; 1998

Wong D, Enfermería pediátrica. 4 ed. Madrid, España: Mosby/Doyma; 1995.

# Anexos

**ANEXO 1**

**Instrumento para la recolección de datos**

**“Reingresos hospitalarios en niños de 0-2 años en un hospital público”**

Ficha N°: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Procedencia: Montevideo \_\_\_ Interior \_\_\_

Zona: Urbano \_\_\_ Suburbano \_\_\_ Rural \_\_\_

**DATOS PRENATALES Y PERINATALES**

Control embarazo: Embarazo Controlado \_\_\_ Embarazo controlado mal tolerado \_\_\_  
Embarazo mal controlado \_\_\_ Embarazo no controlado \_\_\_ Embarazo bien controlado

Embarazo controlado

Tipo de parto: Vaginal \_\_\_ Cesárea \_\_\_

Lugar de parto: Institucional \_\_\_ Vía Pública \_\_\_ Domicilio \_\_\_

Patología embarazo: Retardo del crecimiento intrauterino \_\_\_ Desprendimiento de  
placenta normo inserta \_\_\_ Placenta previa \_\_\_ Amenaza de parto pretermino \_\_\_

Infección urinaria \_\_\_ Enfermedad hipertensiva en embarazo \_\_\_ Diabetes  
gestacional \_\_\_ Conflicto RH \_\_\_

Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_ otras \_\_\_ No presenta \_\_\_

Tabaco en embarazo SI \_\_\_ NO \_\_\_ Otras sustancias adictivas. Cuales \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Edad gestacional: Termino \_\_\_ Pretérmino \_\_\_ Postérmino \_\_\_

Leve \_\_\_ Moderado \_\_\_ Severo \_\_\_

APGAR: Depresión neonatal severa \_\_\_

Depresión neonatal moderada \_\_\_

Vigoroso \_\_\_

Patologías recién nacido: SI \_\_\_ NO \_\_\_ cuales \_\_\_\_\_

#### HOSPITALIZACIONES

Internación	Ingreso inicial	1°Reingreso	2°Reingreso	3°Reingreso	4°Reingreso
Fecha					
Edad					
Inmunización					
Crecimiento y desarrollo BCD, MCD					
Días de internación					
Diagnóstico					
Días entre hospitalizaciones					

\*BCD Buen crecimiento y desarrollo

\*MCD Mal crecimiento y desarrollo

Antecedentes familiares: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

### NUCLEO FAMILIAR

Viven con niño: Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Madrast/Padrastro \_\_\_ Hermanos \_\_\_ Abuelos \_\_\_  
Tíos \_\_\_

Nº de integrantes familiares \_\_\_

Nº de hermanos \_\_\_

Edad Madre \_\_\_ edad Padre \_\_\_

Empleo madre: \_\_\_\_\_ Empleo padre: \_\_\_\_\_

### VIVIENDA

Material paredes: Bloque \_\_\_ Ladrillo \_\_\_ Chapa \_\_\_ Cartón \_\_\_

Material techo: Hormigón \_\_\_ Chapa \_\_\_ Cartón \_\_\_

OSE: SI \_\_\_ NO \_\_\_      UTE: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Nº Habitaciones \_\_\_ Colecho SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cohabitación SI \_\_\_ NO \_\_\_

Eliminación de excretas: Saneamiento \_\_\_ Pozo negro \_\_\_ otro: \_\_\_

Residuos: Recolector \_\_\_ Basural \_\_\_

**ANEXO 2**

**CRONOGRAMA AÑOS 2010-2011**

		Mayo a Julio	Agosto a Oct	Nov a Enero	Feb a Abril	Mayo a Julio	Agosto a Dic
DISEÑO	Elaboración del Protocolo						
	Selección de la muestra						
CAMPO	Relevamiento y supervisión						
	Critica u codificación						
ANALISIS	Procesamiento estadístico						
	Análisis de los datos recogidos						
PRESENTACION	Redacción del trabajo final						