

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

**ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE
PEDIATRÍA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, ESTADO
TÁCHIRA, VENEZUELA. 2020**

Autora: Cristina Elizabeth Benavides Benavides

C.I. N° V - 19.877.118

Tutor: Dra. Alicia Pimentel

C.I. N° V – 9.153.520

San Cristóbal, octubre de 2021

Autora:

Dra. Cristina Elizabeth Benavides Benavides.

Médico Integral Comunitario de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora. Barinas, estado Barinas, Venezuela. Médico General Integral del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Maracay, estado Aragua, Venezuela. Residente de 3º año del Postgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes. Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira.

Tutor Académico:

Dra. Alicia Pimentel P.

Médico Cirujano egresado la Universidad de Los Andes. Peditra Puericultor egresado Universidad de los Andes. Mérida, estado Mérida, Venezuela. Adjunto al Servicio de Pediatría Médica del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira. Jefe del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira. Presidente de Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría filial Táchira. Promotora Lactancia Materna. Profesora de Pediatría de la Universidad de Los Andes.

ÍNDICE GENERAL

| | Página |
|---------------------------------|---------------|
| Portada..... | i |
| Contraportada..... | ii |
| Índice General..... | iii |
| Índice de Tablas..... | iv |
| Índice de Gráficos..... | v |
| Dedicatoria..... | vi |
| Agradecimiento..... | vii |
| Resumen..... | viii |
| Summary..... | ix |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| OBJETIVOS..... | 11 |
| Objetivo General..... | 11 |
| Objetivos Específicos..... | 11 |
| MATERIALES Y MÉTODOS..... | 12 |
| RESULTADOS..... | 14 |
| DISCUSIÓN..... | 19 |
| CONCLUSIONES..... | 24 |
| RECOMENDACIONES..... | 25 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 26 |
| ANEXOS..... | 29 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Página |
|--|--------|
| Tabla N° 1 Casos atendidos y hospitalizados en el Departamento de Pediatría, por grupo de edad y sexo, en cifras absolutas y relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 14 |
| Tabla N° 2 Morbilidad registrada en el Departamento de Pediatría, según causa, en cifras absolutas, relativas (%) y Tasa de Morbilidad por 100.000 habitantes. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 16 |
| Tabla N° 3 Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por grupo de edad y sexo, en cifras absolutas y relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 17 |
| Tabla N° 4 Mortalidad registrada en el Departamento de Pediatría, por servicio y causa de muerte, en cifras absolutas, relativas (%) y Tasa de Mortalidad por cada 100.000 habitantes. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020 | 19 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Página |
|--|--------|
| Gráfico N° 1 Casos atendidos y hospitalizados en el Departamento de Pediatría, por meses, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Comparativo año 2019-2020..... | 14 |
| Gráfico N° 2 Morbilidad registrada en el Departamento de Pediatría, según Distrito Sanitario de procedencia, en cifras relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 15 |
| Gráfico N° 3 Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por meses, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 17 |
| Gráfico N° 4 Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por Distrito Sanitario, en cifras relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020..... | 18 |
| Gráfico N° 5 Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por servicios, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Comparativo año 2019-2020..... | 20 |

DEDICATORIA

Hoy, quiero dedicar a Dios Todopoderoso esta Especialización en Puericultura y Pediatría.

A mi madre Hermencia y a mi papa Luis Alberto, por consentirme, apoyarme y cuidarme siempre, darme la oportunidad de vivir para lograr todo lo propuesto.

A mi familia, por estar pendiente de mi y acompañarme en esta travesía que significó la Especialización en Puericultura y Pediatría, que de forma incondicional entendieron mis ausencias y mis momentos de presión.

Cristina Elizabeth Benavides Benavides.

www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTO

En estas líneas quiero dejar constancia de mi reconocimiento para todos aquellos que de una u otra forma hicieron posible el logro de esta meta.

Primero a la voluntad de Dios, padre supremo quien me permitió culminar esta nueva especialidad.

A mis compañeros de trabajo en quienes me acompañaron hasta el final, gracias por todo su apoyo incondicional, que Dios les bendiga.

A mi segundo hogar, el Hospital Central de San Cristóbal, por conceder la posibilidad de seguir preparándome profesionalmente, muchas gracias.

Asímismo quiero agradecer a la Universidad de los Andes, mi nueva casa de estudios superiores donde se mantiene la calidad de la formación académica a pesar de las dificultades del país.

Tambien quiero dar gracias al equipo de docentes de la especialización, con mucho afecto al Dr. José Vivas, Dra. Alicia Pimentel, Dr. Marcos Labrador, todos aquellos que dieron lo mejor de si, de sus conocimientos y habilidades para mi formación académica como pediatra puericultor.

Cristina Elizabeth Benavides Benavides.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

**ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE
PEDIATRÍA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, ESTADO
TÁCHIRA, VENEZUELA. 2020**

Autora: Cristina Elizabeth Benavides Benavides

Tutora: Dra. Alicia Pimentel

Año: 2021

RESUMEN

La morbilidad infantil sigue siendo preocupante en el orbe y en Venezuela, a su vez, la mortalidad en ese grupo es muestra del nivel de desarrollo socioeconómico de las naciones, ambas son de interés por el sistema de salud. En aras de analizar la morbimortalidad presentada en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020, se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, documental y retrospectivo, no experimental, cuya unidad de análisis lo constituyeron los 1868 registros de morbilidad y los 209 de defunciones ocurridas en el referido Departamento. Los datos se recogieron de los Registros de Morbilidad y Mortalidad, respectivamente, los cuales con la técnica de observación y la estadística descriptiva permitieron obtener resultados. Sobre la morbilidad se atendieron recién nacidos (39,24%), varones (56,4%), provenientes de los municipios metropolitanos, cuyas causas de morbilidad fueron sepsis neonatal (9,5%-TMB 53,68 casos por cada 100.000 hab.), seguido de dengue (4,7%) y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (4,3%). En cuanto a la mortalidad, hubo mayor frecuencia en los grupos de 0 días a 11 meses (94,7%), varones (55%) y también procedentes del área metropolitana, las causas de mortalidad fueron: recién nacido pretérmino (34,93%-TME 242,05 defunciones por cada 100.000 hab.), Sepsis neonatal (21,05%) y Asfixia perinatal (11%). La Tasa de Morbilidad estuvo en 563,38 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que la Tasa de Mortalidad fue de 692,99 defunciones por cada 100.000 habitantes. Impera la atención médica (prenatal y perinatal) del equipo de salud, especialmente de los recién nacidos.

Palabras clave: Morbilidad. Mortalidad. Emergencia Pediátrica. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira.

UNIVERSITY OF THE ANDES
SCHOOL OF MEDICINE
SAN CRISTÓBAL CENTRAL HOSPITAL
POSTGRADUATE OF PUERICULTURE AND PEDIATRY

**ANALYSIS OF MORBIMORTALITY IN THE DEPARTMENT OF
PEDIATRICS. HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA
STATE, VENEZUELA. 2020**

Author: Cristina Elizabeth Benavides Benavides

Tuthor: Dra. Alicia Pimentel

Year: 2021

ABSTRACT

Infant morbidity continues to be a concern in the world and in Venezuela, in turn, mortality in this group is a sign of the level of socioeconomic development of nations, both are of interest to the health system. In order to analyze the morbidity and mortality presented in the Pediatric Emergency Service of the Central Hospital of San Cristóbal, Táchira state, Venezuela, during 2020, a quantitative, descriptive, documentary and retrospective, non-experimental study was developed, whose unit of analysis was they constituted the 1868 morbidity records and the 209 deaths that occurred in the aforementioned Service. The data were collected from the Morbidity and Mortality Registries, respectively, which with the observation technique and descriptive statistics allowed to obtain results. Regarding morbidity, newborns (39.24%), male (56.4%), from metropolitan municipalities, whose causes of morbidity were neonatal sepsis (9,5%-TMB 53.68 cases per 100.000 pop.), followed by dengue (4,7%) and Transient Tachypnea of the Newborn (4,3%). Regarding mortality, there was a higher frequency in the groups from 0 days to 11 months (94,7%), males (55%) and also from the metropolitan area, the causes of mortality were: preterm newborn (34,93 % -TME 242,05 deaths per 100,000 pop.), Neonatal sepsis (21., 5%) and Perinatal asphyxia (11%). The Morbidity Rate was 563,38 cases per 100,000 pop, while the Mortality Rate was 692,99 deaths per 100.000 pop. The medical care (prenatal and perinatal) of the health team prevails, especially of newborns.

Keywords: Morbidity. Mortality. Pediatric Emergency. Central Hospital of San Cristóbal. Táchira State

INTRODUCCIÓN

En la Medicina de Urgencias y Emergencias se utiliza el patrón epidemiológico como uno de los criterios fundamental para la atención en salud; en ese sentido, la atención de emergencia se define como aquella situación de inicio o aparición brusca ante un riesgo vital en el cual, la vida del paciente puede estar en peligro por la gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.⁽¹⁾ Paralelamente, entes internacionales líderes en la salud definen urgencia como la aparición fortuita, improvisado e inesperado de inicio rápido pero no brusco que necesita asistencia rápida (horas), de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que sufre o su familia, presentando un componente subjetivo, sin embargo, la urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero que requiere asistencia médica en un lapso mediano de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.⁽²⁾

Adicionalmente, la palabra triage (de origen francés y es actualmente aceptada por toda la comunidad médica mundial), acepta una clasificación del paciente según su estado de salud; además, es un procedimiento utilizado para seleccionar, escoger o priorizar, permitiendo clasificar a los pacientes antes de su valoración, diagnóstico y terapéutica completa, la meta, es identificar a los pacientes o condiciones que ponen en peligro la vida, determinar el área de tratamiento más apropiado, asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, aportar información sobre el proceso asistencial, disminuir la congestión en la área de la sala de urgencias, proveer los mecanismos para la evaluación permanente de los pacientes, proveer información a los pacientes y sus familiares en relación a los cuidados, minimizar el tiempo de espera y aportar información exacta sobre la precisión del trabajo en urgencias.^(3, 4)

Es de entender, que la atención médica de emergencia, urgencia y triage, requiere la participación conjunta del equipo de salud, no solo para la atención médica, sino, para que el resto de los participantes del sistema de salud adopten estrategias gerenciales,

administrativas y operativas para asegurar materiales, medicamentos, insumos y equipos cónsonos con la realidad epidemiológica local.

Bajo esa premisa, durante las últimas décadas se ha evidenciado aumento en la demanda de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios, tanto generales como pediátricos.⁽⁵⁾ De hecho, se estima que más de la mitad de la población utiliza el servicio de emergencia al menos una vez al año;^(6, 7) donde el 80% de los pacientes acuden por iniciativa propia y de ellos, el 70% de las consultas se consideran procesos patológicos leves que pueden ser atendidos en centros de salud de primer nivel, siendo que este servicio de urgencia es fundamental para la obtención de un diagnóstico, tratamiento o plan de intervención de forma pronta y oportuna.^(8, 9)

Al respecto, el principal organismo internacional en salud del mundo señala que “las enfermedades infecciosas, entre ellas la neumonía, la diarrea y el paludismo, junto con el parto prematuro, la asfixia y los traumatismos perinatales y las malformaciones congénitas” siguen siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años.⁽¹⁰⁾ Añade, que para 2019, murieron aproximadamente “5,2 millones de niños menores de cinco años, en su mayoría por causas evitables y tratables”, de igual manera:

...las defunciones de niños de 1 a 11 meses de edad representaron 1,5 millones de esas muertes, mientras que las de niños de 1 a 4 años de edad ascendieron a 1,3 millones. Las restantes 2,4 millones de defunciones fueron de recién nacidos (menos de 28 días).⁽¹⁰⁾

Además, en ese mismo año murieron 500.000 niños mayores (5 a 9 años), cuyas principales causas de defunción de niños menores de cinco años fueron prevenibles o tratables mediante intervenciones sencillas y asequibles al sistema de salud y la comunidad bien por la inmunización, nutrición adecuada, disponibilidad de agua potable, consumo de alimentos inocuos y la atención de calidad por parte de un dispensador de servicios de salud.⁽¹⁰⁾

En ese orden de ideas, estudios realizados en Estados Unidos en 2014, advierten que se registraron más de 141.000.000 visitas y cerca de 30 millones fueron visitas de pacientes pediátricos menores de 16 años.^(11, 12) A su vez, en 2016 hubo 5,5 millones de hospitalizados en niños menores de 17 años con un promedio de estancia de 4 días, siendo la causa principal enfermedades respiratorias, otras en menor proporción apendicitis, convulsiones, infecciones y deshidratación.⁽¹²⁾

Por su parte, investigadores ecuatorianos señalan que la morbilidad sentida en población pediátrica es interpretada como “información proporcionada por el individuo acerca de sus problemas de salud más comunes”, dentro de las cuales destacan las digestivas, alérgicas, respiratorias y traumáticas; también, malnutrición, vacunación incompleta y malas condiciones socio-económicas/ambientales como fuertes factores de riesgo para su aparición, notándose una elevada incidencia de morbilidad ligados al trabajo pediátrico y juvenil que deben ser atendidas a fin de optimizar su calidad de vida.⁽¹³⁾

Por su parte, algunos autores nacionales señalan que “Venezuela vive una grave crisis política y económica que se refleja en el colapso de su sistema de salud”;⁽¹⁴⁾ tan es así, que el país “atraviesa una emergencia humanitaria compleja... la cual es el resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente”. Todo ello, conlleva a alteraciones en el “grado de bienestar de la población infantil venezolana en cuanto a nivel de pobreza, nutrición y seguridad alimentaria, salud, educación y otros determinantes sociales”, generado un “aumento de todas las formas de desnutrición e inseguridad alimentaria, un incremento de la mortalidad materna, neonatal e infantil, la aparición de enfermedades prevenibles por vacunas y aquellas transmitidas por artrópodos”.⁽¹⁵⁾

Al mismo tiempo, la mortalidad infantil en Venezuela venía descendiendo sostenidamente desde la década de 1940 hasta el año 2009, cuando de acuerdo con datos oficiales, se registró una tasa de mortalidad de 16,12 muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos; adicionalmente, en 2016 la mortalidad infantil estuvo en “21,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, cifra bastante similar a

la que el país registraba hace 20 años, cuando había 20,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos”.⁽¹⁴⁾

Ambos elementos, morbilidad y mortalidad son muestra del deterioro socioeconómico y las condiciones de vida de la población, que conforman factores de riesgo para la aparición de enfermedades en la población. De hecho, en el estado Táchira, para 2019 fallecieron 374 niños menores de 5 años debido a síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (30%), insuficiencia respiratoria del recién nacido (8,29%) y asfixia del nacimiento no especificada (6,42%), la tasa de mortalidad fue de 3,4 por cada 1000 niños menores de 5 años. Asimismo, para en 2020, fallecieron 236 niños, a causa de insuficiencia respiratoria del recién nacido (20%), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (15,6%) y neumonía congénita (10,16%), con una tasa de mortalidad de 2,18 por cada 1000 niños menores de 5 años.⁽¹⁶⁾

Dentro de estas causas de enfermar o morir en la población pediátrica, influyen la presencia de enfermedades transmisibles y enfermedades transmitidas por vectores, condiciones de salud materna y reproductiva, exposición a contaminantes orgánicos persistentes y plaguicidas, desastres y cambio climático, seguridad alimentaria y nutricional;⁽¹⁷⁾ También colaboran, aunque en diferente grado la facilidad de acceso al servicio de urgencias, exploraciones complementarias oportunas, facilitación de las primeras dosis de medicamentos, entre otras, que dificultan la prestación del servicio dada la afluencia de personas y el rol o interés del usuario hacia la salud.^(5, 18)

Todos estos elementos, son de preocupación al equipo de salud pues se invierte tiempo, dinero y esfuerzo de los profesionales médicos, enfermería, bioanálisis, técnicos de rayos x y otros, en la asistencia y seguimiento de pacientes; gasto de recursos para la atención de pacientes en situación de riesgo vital, sobrecarga laboral y el hacinamiento en los servicios de urgencia amenaza la seguridad de la paciente, aumentando con ello los errores médicos, prolonga estancia y se pone en peligro la confiabilidad y capacidad del sistema en atención médica local.

De hecho, la utilización inadecuada por muchos usuarios y la gran estacionalidad de patologías agudas infecciosas hacen que los servicios de urgencias se vean a menudo saturados por patologías aparentemente banales, con gran coste económico y de recursos humanos que ellos implican, generando importantes repercusiones sobre todo en el sistema sanitario.⁽¹⁹⁾ De igual manera, se genera cierto grado de insatisfacción tanto en profesionales de la salud, como a los propios usuarios con la consiguiente disminución de la calidad de la asistencia pediátrica.

Ante estas particularidades, “Venezuela atraviesa una emergencia humanitaria compleja... resultado de una combinación de inestabilidad política, conflictos y violencia, desigualdades sociales y una pobreza subyacente”.⁽¹⁵⁾ Tal situación influye sobre las condiciones de vida de la población, en especial, de la infancia donde “el grado de bienestar de la población infantil venezolana es mínimo, considerando el nivel de pobreza, nutrición y seguridad alimentaria, salud, educación y otros determinantes sociales relacionados con el estado de salud.”⁽¹⁵⁾

De acuerdo con lo descrito por algunos críticos y científicos, se estima que las proyecciones para los venideros años serán mucho peores puesto que las condiciones del país han empeorado; así, “las cifras pueden ser más altas que las estimaciones que hemos hecho porque los supuestos que estamos usando para la aplicación de modelos estadísticos son conservadores”.⁽¹⁴⁾ Añaden, que “en tiempos de crisis, no solo económica sino institucional, como la que está teniendo Venezuela, esto puede variar y puede ser mucho mayor la cantidad de muertes fuera del hospital que las que registraba el patrón histórico”.⁽¹⁴⁾

Ahora bien, en aras de justificar la investigación es bien sabido que en las últimas décadas el incremento progresivo o tal vez desproporcionado de las consultas médicas por patologías no graves o susceptibles de solucionarse en escalones asistenciales inferiores del sistema de salud genera demoras en la asistencia de los pacientes realmente urgentes, sobrecarga de los servicios y deterioro de la calidad asistencial.

En otro orden de ideas, es preciso citar algunos antecedentes de investigación, en el ámbito internacional, investigadores en la Comunidad de Madrid, España, desarrollaron el estudio titulado “Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria”, con el objetivo de describir las características, prevalencia de comorbilidades y utilización de servicios en atención primaria de los pacientes crónicos pediátricos y analizar factores asociados al peso de complejidad, la metodología fue descriptiva, transversal y observacional, incluyendo los pacientes menores de 18 años de una zona básica de salud clasificados como crónicos. Así, se recogieron variables sociodemográficas, clínico-asistenciales y de uso de servicios en atención primaria. Los resultados señalan que de los 2.961 pacientes menores de 18 años se identificaron como crónicos 423 (15,7%), de los que 408 (96,5%) eran de bajo riesgo. Su edad media fue 9,5 (DE = 4,7) años y el 54,1% eran varones. La media de enfermedades crónicas fue 1,1 (DE = 0,4) y el 11,3% tenían multimorbilidad. Las enfermedades más prevalentes fueron: asma (6,1%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (1,8%) y obesidad (1,4%). La media de visitas año al pediatra fue 4,9 (DE = 6,3). Se asoció a mayor peso de complejidad la edad < 5 años (coeficiente B [CB] = 2,6; IC 95% = 2,1; 3,1), número de enfermedades crónicas (CB = 1,6; IC 95% = 1,1; 2,1) y contactos anuales con AP (CB = 0,1; IC 95% = 0,06; 0,11). De ese modo, concluyeron que en población pediátrica, existe un número importante de pacientes con enfermedades crónicas, siendo el asma, el TDAH y la obesidad las enfermedades más prevalentes. El uso de servicios de atención primaria fue elevado; también, la mayor complejidad responde a la edad lactante y la preescolar, a la multimorbilidad y a los mayores contactos con el sistema de salud primario. ⁽²⁰⁾

Así mismo, investigadores chilenos presentaron el estudio “Mortalidad Infantil en las comunas de la Región Metropolitana, periodo 2005-2014”, planteando como objetivo describir las tasas de mortalidad infantil (TMI) y mortalidad infantil tardía (TMIT) de las comunas de la Región Metropolitana (RM) y evaluar su tendencia en el periodo 2005-2014. Para lo cual, aplicaron un estudio ecológico que describe las tasas en las 52 comunas de la Región Metropolitana (RM). Para el análisis se construyó la TMI y

TMIT para cada año y comuna y se compararon mediante riesgo atribuible poblacional (RAP), Riesgo atribuible porcentual (RAP%) y razón de tasas (RT). Las tendencias se evaluaron con el modelo Prais-Winsten. Se consideró una tendencia estadísticamente significativa un valor $p < 0,05$. Los resultados señalan, que la comuna de Independencia mostró la TMI y TMIT más altas con 12,7 y 4,05 por mil RNV respectivamente; 1,75 y 2,05 veces comparado con la TMI y TMIT de la RM. Las tasas más bajas se observaron en Las Condes (TMI) y en Vitacura (TMIT). La tendencia de la TMI respecto al 2005 aumentó en Lo Barnechea, Lo Espejo y Recoleta y disminuyó en Las Condes, Macul, Pudahuel y San Bernardo. La TMIT disminuyó en Peñalolén, Puente Alto, Las Condes, Providencia, San Bernardo, Macul, Pudahuel, Talagante, Pedro Aguirre Cerda y Quilicura y aumentó en Peñaflores. En conclusión, la TMI y la TMIT regional ocultan el leve incremento de las tasas y la persistencia de la heterogeneidad entre las comunas, lo que obliga a explorar las causas de estas inequidades en estudios analíticos a futuro.⁽²¹⁾

A su vez, en México, publicaron el artículo “Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un hospital institucional”, con el objetivo de determinar las características de la mortalidad neonatal en un hospital institucional, se desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo, de todos los neonatos muertos del año 2008 al 2012, en una institución de salud, identificando las defunciones por medio del registro de la Jefatura de Pediatría en el período señalado, excluyendo aquellos expedientes incompletos o extraviados, para luego, ser analizados con estadística descriptiva. Los resultados señalan que hubo 308 defunciones neonatales, la edad gestacional al nacimiento fue de 30 ± 5 semanas (media y desviación estándar); el peso en gramos de 1944 ± 990 . La causa principal de mortalidad fue inmadurez extrema en 19% (58) seguida de asfixia neonatal con 13% (41). Concluyeron, que las principales características de la mortalidad neonatal son semejantes a las reportadas en la literatura, considerando que la inmadurez extrema y prematuridad son las características en las que se presentó mayor mortalidad, sugiriendo incidir a través del adecuado control prenatal.⁽²²⁾

Del mismo modo, en Ambato, Ecuador, publicaron el artículo “Consideraciones sobre el impacto de la morbilidad y mortalidad neonatal y pediátrica en la salud pública ecuatoriana”, pretendiendo sistematizar en la literatura algunos elementos relacionados con el impacto de la morbi-mortalidad neonatal y pediátrica en la salud pública ecuatoriana para reflexionar sobre el tema. Una vez hecha la revisión, concluyen que se hace evidente las inequidades que aún persisten en la sociedad ecuatoriana, en particular, el acceso a servicios de salud, aunque se identificaron pautas para su transformación se requiere de un programa de seguimiento que ayude a su reducción. Insisten en la necesidad de incrementar la atención básica en el nivel primario de atención pues desempeña un importante papel para la promoción del cuidado a los neonatos de riesgo y a los infantes.⁽²³⁾

También en Ecuador, se consiguió el estudio titulado “Morbilidad sentida en población pediátrica de Cerrito de los Morreños. Guayas 2015”, realizado en la Universidad de Guayaquil, Ecuador, con el objetivo de determinar la incidencia de morbilidad sentida en la población pediátrica de esa localidad, mediante una investigación-acción de tipo descriptiva, transversal y observacional en 152 niños entre 1 y 19 años, realizada en diciembre 2015, con modelo historia clínica del Ministerio de Salud Pública, en búsqueda de incidencia global por enfermedades específicas según edad, sexo, vacunación, y condiciones socioeconómicas/ambientales. Los resultados determinaron 71 enfermedades entre las cuales destacan las digestivas, alérgicas, respiratorias y traumáticas, con predominio en adolescentes y en varones; destaca el 21% de sobrecarga por malnutrición; la vacunación incompleta en el 14,5% y las malas condiciones socioeconómicas/ambientales como fuertes factores de riesgo. Concluyeron, que existe una elevada incidencia de morbilidad sentida del sistema digestivo, respiratorio y atopias, traumatismos ligados al trabajo juvenil y malnutrición que urgen ser atendidas a fin de optimizar la calidad de vida de esa población siendo importante el empoderamiento poblacional en salud para manejo integral bio-psico-socio-económico y ambiental.⁽¹³⁾

Por su parte, investigadores de la Universidad de Paraguay, presentaron el trabajo “Morbilidad de la primera infancia en la ciudad de Encarnación prevalencia en el periodo 2.006-2.010”, donde resaltan la necesidad de cumplir con los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, especialmente “Reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes para el año 2015”, con ese marco, señalan que la situación de salud en el continente y en ese país se caracteriza por una alta prevalencia e incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, la mayoría de ellas prevenibles. Reconocen que para implementar políticas públicas de salud eficaces en la primera infancia se debe conocer su epidemiología; en función de ello, el estudio aplicado fue descriptivo, analítico y retrospectivo, tomando datos de las fichas de pacientes en el área pública y privada. Accedieron al 100% de las instituciones públicas y al 29% de las privadas, donde analizaron 25.632 fichas pediátricas (25,76% del objetivo trazado). Estadísticamente, la prevalencia fue desagregada en: 1) Infecciones Respiratorias Agudas leves (61%), 2) Infecciones Respiratorias Agudas moderada (19%), 3) Diarreas (9%) y; 4) Otros (11%).⁽²⁴⁾

En el ámbito nacional, en Venezuela publicaron un trabajo titulado “Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja”, donde se revisaron los indicadores que permitieron evaluar el grado de bienestar de la población infantil venezolana en cuanto a nivel de pobreza, nutrición y seguridad alimentaria, salud, educación y otros determinantes sociales. Concluyeron, que como consecuencia de la emergencia humanitaria compleja, la infancia venezolana está amenazada por el incremento de la pobreza, a partir de la cual, se ha generado un aumento de todas las formas de desnutrición e inseguridad alimentaria, un incremento de la mortalidad materna, neonatal e infantil, la aparición de enfermedades prevenibles por vacunas y aquellas transmitidas por artrópodos, un grave deterioro del sistema educativo y la obligación de muchas familias a migrar para sobrevivir. Recomiendan al pediatra para que ejecute el papel fundamental en la atención de niños, niñas y adolescentes al identificar factores de riesgo, denunciar la violación de sus derechos y aglutinar esfuerzos para garantizar su bienestar.⁽¹⁵⁾

En el plano local, se presentó el trabajo de tesis titulado “Análisis de la mortalidad neonatal. Hospital Ernesto Segundo Paolini. Estado Táchira, Venezuela. Trienio 2015-2017”, con el objetivo de analizar la mortalidad neonatal registrada en ese centro hospitalario mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, documental y no experimental, tomando como unidad de análisis y muestra censal los 38 certificados de defunción de los neonatos fallecidos en el periodo en estudio. Aplicando la técnica de la observación y apoyado en un “Formato de recolección de Datos” mediante un registro de observación documental, los datos fueron procesados con estadística descriptiva. Los resultados mostraron que la mortalidad neonatal se mantiene en aumento; la tasa de mortalidad en el periodo fue de 27,8 por cada 1000 nacidos vivos (NV), con mayores defunciones en el año 2017 y 2015, ambas con 14 fallecidos que representan el 36,8% y la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) equivalente a 10,2 por cada 1000 NV en el 2017 y 6,9 por cada 1000 NV en 2015, a expensas de la mortalidad neonatal precoz (89,5%), más frecuente en recién nacidos del sexo hembra (89,5%) y especialmente en la mortalidad precoz (68,4%). Como causa, la prematuridad (15,8%), con una TMN de 4,4 por cada 1000 NV en ese periodo. La mortalidad neonatal constituye un problema de salud y a la vez es un indicador de calidad de la atención materno-infantil. Se recomiendan acciones de vigilancia y control materno-infantil en esa área de influencia.⁽²⁵⁾

En este contexto surge la necesidad de analizar la morbimortalidad en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020, teniendo como premisa la caracterización sociodemográfica la población infantil allí atendida así como conocer las principales causas de enfermar y morir en la población infantil asistida en ese Departamento en el periodo correspondiente.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la morbilidad y mortalidad en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020.

Objetivos específicos

1. Caracterizar según variables socio-demográficas la población infantil ingresada en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020.
2. Identificar las causas de morbilidad en la población infantil admitida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020.
3. Interpretar la mortalidad ocurrida en la población infantil ingresada en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para desarrollar la investigación, se planteó un estudio enmarcado en el paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo, documental y retrospectivo, dispuesto a analizar la morbimortalidad en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020, el cual es un hospital tipo IV y ente piloto de referencia principal en esta entidad federal. En cuanto a la perspectiva temporal y su secuencia, la investigación es retrospectiva, por cuanto, se analizarán cambios en un período de tiempo y en una población general, estimando el año 2020. También, el estudio es considerado no experimental, ya que se describen las variables, más no se manipulan, se analiza el problema sugiriendo posibles soluciones.

En referencia a la población, estuvo representada por los 1868 registros de morbilidad y los 209 registros de defunción, respectivamente, acontecidos en niños y niñas en edades comprendidas entre 0 a 11 años y 12 meses que fueron admitidos o atendidos en los servicios adscritos al Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el año 2020; en consecuencia, la muestra es censal pues se seleccionó el 100% de la unidades de análisis.

En cuanto a la técnica usada para la recolección de la información se usó, la observación y análisis de los registros epidemiológicos y estadísticos de morbilidad y mortalidad. En este mismo orden, se consideró el uso de instrumentos de recolección de datos, por una parte, para la morbilidad los “Registros de Morbilidad” utilizados rutinariamente en el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital Central de San Cristóbal y por la otra, para el análisis de la mortalidad, se utilizó el “Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos” manejado en cada servicio adscrito al Departamento de Pediatría. En ambos casos, se extrajeron los elementos de interés según las variables en estudio, utilizando un registro de observación documental, para ello, se elaboró un formato de recolección de datos, con los indicadores de las variables descritas en la operacionalización de variables

(anexo N° 3), que permitió la recopilación y posteriormente, el manejo estadístico de los datos. Obviamente, por ser de uso rutinario y estandarizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, no ameritó validación ni confiabilidad.

Dando continuidad, el plan de análisis de datos señala que toda la información obtenida en el proceso de recolección de datos fue manejada a través de la estadística descriptiva, utilizando las bondades ofrecidas por el programa de Microsoft Excel 2013, a través del cual se calcularon frecuencias absolutas y relativas expresadas porcentajes según los tipos de variables presentadas en cuadros y gráficos indistintamente.

También, para el cálculo e interpretación de la morbilidad y mortalidad se emplearon las fórmulas correspondientes, la primera, es una medida de frecuencia la cual corresponde al número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado;⁽³⁰⁾ se calcula, dividiendo los casos de enfermedad entre el total de la población en riesgo al comienzo del seguimiento por 100.000, como sigue:

www.bdigital.ula.ve

$$\text{Morbilidad} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de enfermedad(es)}}{\text{Población expuesta}} \times 100.000$$

La segunda, la mortalidad se aplicó la Tasa de Mortalidad Específica (TME), se calculó mediante la división del total (o específica) de defunciones entre la población expuesta al riesgo, según se expresa más adelante;⁽³⁰⁾

$$\text{TME} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones por causas}}{\text{Población}} \times 100.000$$

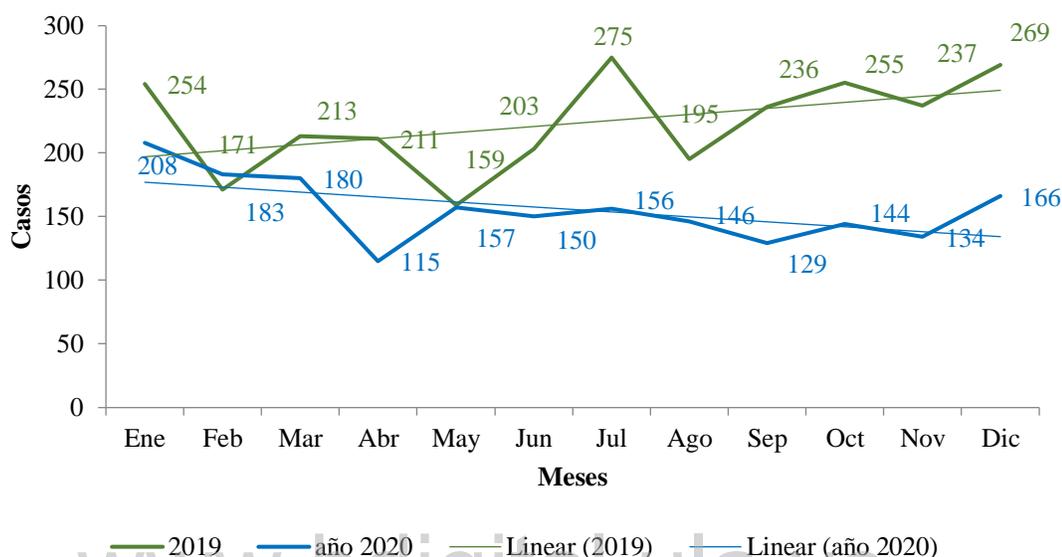
En esta investigación, se tiene que la población demográfica expuesta según proyección del censo 2011 de entes oficiales nacionales en salud es de 331.573 habitantes menores de 12 años.⁽¹⁶⁾

Con ello, se procedió a describir los resultados y a analizarlos para dar respuesta a los objetivos de la investigación, discutiendo con las bases teóricas y antecedentes antes descritos.

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Gráfico N° 1: Casos atendidos y hospitalizados en el Departamento de Pediatría, por meses, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Comparativo año 2019-2020.



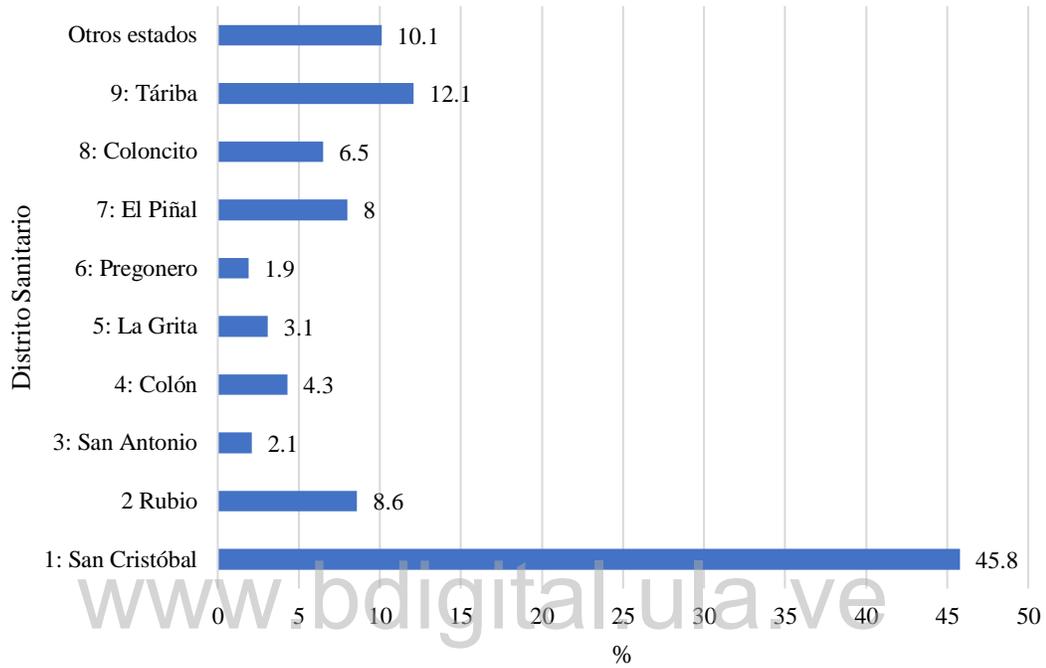
Fuente: Registros de Morbilidad. Servicio de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2019-2020.

Tabla N° 1: Casos atendidos y hospitalizados en el Departamento de Pediatría, por grupo de edad y sexo, en cifras absolutas y relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.

| Grupo de edad | Varones | | Hembras | | Total | |
|--------------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|------------|
| | n° | % | n° | % | n° | % |
| Menor a 28 días | 422 | 22,6 | 311 | 16,6 | 733 | 39,24 |
| 28 días a 11 meses | 189 | 10,1 | 144 | 7,71 | 333 | 17,83 |
| 1 – 4 años | 166 | 8,89 | 157 | 8,4 | 323 | 17,29 |
| 5 – 9 años | 188 | 10,1 | 137 | 7,33 | 325 | 17,4 |
| 10 – 12 años | 88 | 4,71 | 66 | 3,53 | 154 | 8,24 |
| Total | 1053 | 56,4 | 815 | 43,6 | 1.868 | 100 |

Fuente: Registros de Morbilidad. Servicio de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

Gráfico N° 2: Morbilidad registrada en el Departamento de Pediatría, según Distrito Sanitario de procedencia, en cifras relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.



Fuente: Registros de Morbilidad. Servicio de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

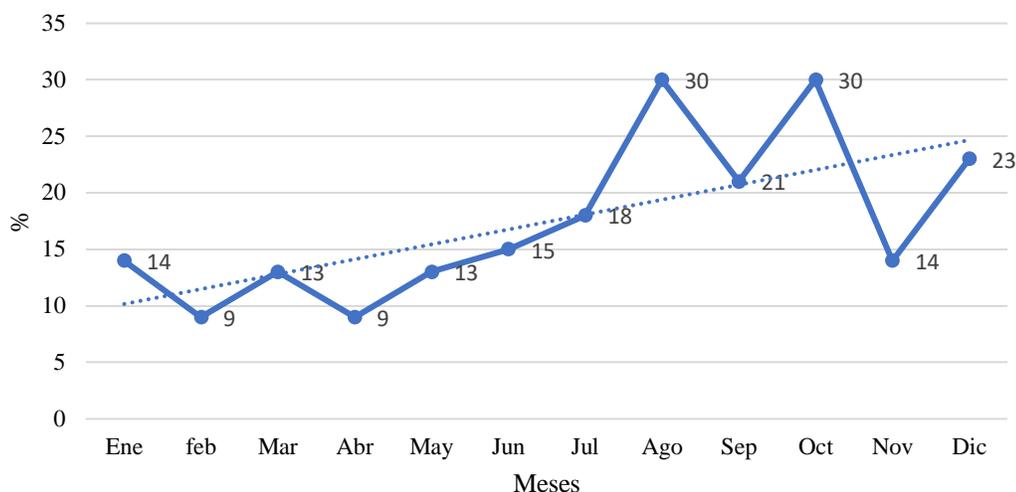
Tabla N° 2: Morbilidad registrada en el Departamento de Pediatría, según causa, en cifras absolutas, relativas (%) y Tasa de Morbilidad por 100.000 habitantes. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.

| Causa de Morbilidad | n | % | Tasa de Morbilidad |
|--|-------------|--------------|---------------------------|
| Sin diagnóstico | 205 | 11,0 | 61,83 |
| Sepsis neonatal | 178 | 9,5 | 53,68 |
| Dengue | 88 | 4,7 | 26,54 |
| Taquipnea transitoria del recién nacido | 81 | 4,3 | 24,43 |
| Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso | 79 | 4,2 | 23,83 |
| Traumatismo encéfalo craneano | 79 | 4,2 | 23,83 |
| Neumonía, no especificada | 68 | 3,6 | 20,51 |
| Apendicitis aguda, no especificada | 55 | 2,9 | 16,59 |
| Apendicitis aguda con peritonitis generalizada | 52 | 2,8 | 15,68 |
| Fractura del húmero | 51 | 2,7 | 15,38 |
| Absceso cutáneo, furúnculo. | 49 | 2,6 | 14,78 |
| Infección del tracto urinario | 47 | 2,5 | 14,17 |
| Ictericia neonatal | 46 | 2,5 | 13,87 |
| Meningitis. | 45 | 2,4 | 13,57 |
| Convulsiones | 44 | 2,4 | 13,27 |
| Efecto tóxico de sustancia no especificada | 38 | 2,0 | 11,46 |
| Alto riesgo infeccioso por RPM | 36 | 1,9 | 10,86 |
| Sífilis congénita | 33 | 1,8 | 9,95 |
| Malformaciones del SNC | 28 | 1,5 | 8,44 |
| Epilepsia, tipo no especificado | 25 | 1,3 | 7,54 |
| Malformación congénita del intestino | 24 | 1,3 | 7,24 |
| Fractura múltiples del antebrazo | 23 | 1,2 | 6,94 |
| Quemaduras. | 22 | 1,2 | 6,64 |
| Ingesta de cuerpo extraño | 21 | 1,1 | 6,33 |
| Síndrome coqueluchoide | 20 | 1,1 | 6,03 |
| Otras causas de morbilidad | 431 | 23,1 | 129,99 |
| Total. | 1868 | 100,0 | 563,38 |

SNC: Sistema Nervioso Central RPM: ruptura prematura de membranas

Fuente: Registros de Morbilidad. Servicio de Registros y Estadísticas de Salud. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

Gráfico N° 3: Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por meses, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.



Fuente: Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos. Departamento de Pediatría. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

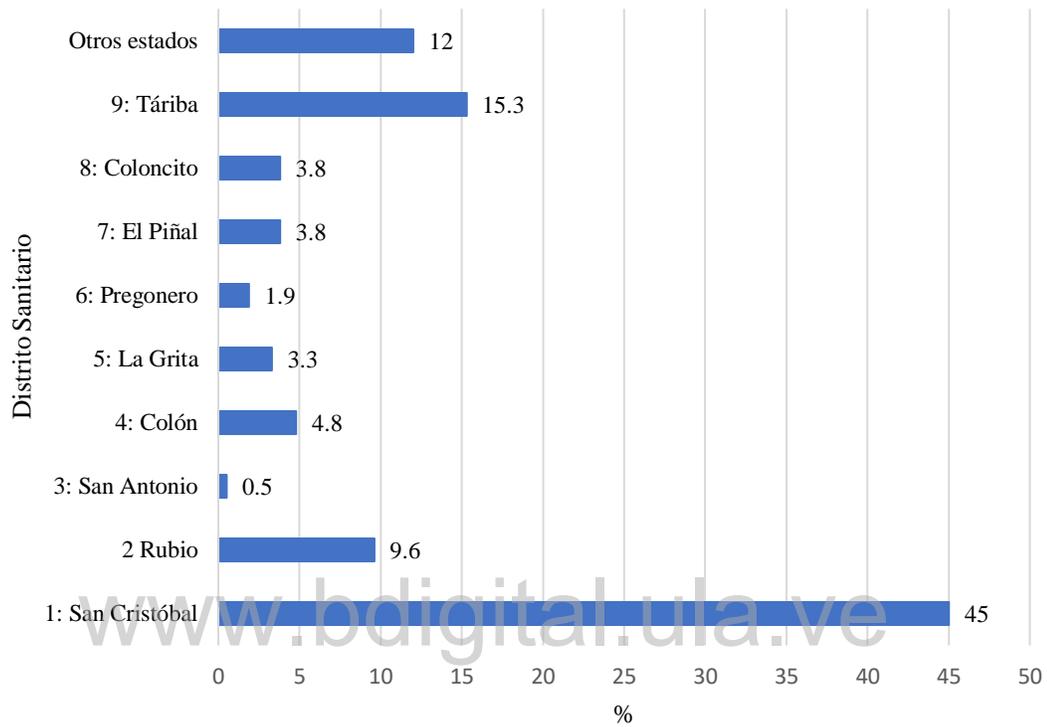
www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 3: Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por grupo de edad y sexo, en cifras absolutas y relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.

| Grupo de edad | Varones | | Hembras | | Total | |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| | n° | % | n° | % | n° | % |
| Menor a 28 días | 94 | 45,0 | 81 | 38,8 | 175 | 83,7 |
| 28 días a 11 meses | 15 | 7,2 | 8 | 3,8 | 23 | 11,0 |
| 1 – 4 años | 3 | 1,4 | 2 | 1,0 | 5 | 2,4 |
| 5 – 9 años | 2 | 1,0 | 1 | 0,5 | 3 | 1,4 |
| 10 – 12 años | 1 | 0,5 | 2 | 1,0 | 3 | 1,4 |
| Total | 115 | 55 | 94 | 45 | 209 | 100,0 |

Fuente: Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos. Departamento de Pediatría. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

Gráfico N° 4: Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por Distrito Sanitario, en cifras relativas (%). Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.



Fuente: Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos. Departamento de Pediatría. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

Tabla N° 4: Mortalidad registrada en el Departamento de Pediatría, por servicio y causa de muerte, en cifras absolutas, relativas (%) y Tasa de Mortalidad por cada 100.000 habitantes. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Año 2020.

| Servicio | Causas de mortalidad | Defunciones | % | TME |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------|---------------|---------------|
| Reten (UPN, URN y UCIN) | Recién nacido pretérmino | 73 | 34,93 | 242,05 |
| | Sepsis neonatal | 44 | 21,05 | 145,89 |
| | Asfixia neonatal | 23 | 11,00 | 76,26 |
| | Extremadamente bajo peso al nacer | 17 | 8,13 | 56,37 |
| | Neumonía neonatal | 8 | 3,83 | 26,53 |
| | Malformación congénitas* | 8 | 3,83 | 26,53 |
| | Malformación del SNC | 2 | 0,96 | 6,63 |
| | Sub-total | 175 | 83,73 | 580,25 |
| UCIP, Oncología y Emergencia | Quemadura mayor de 20% en piel | 1 | 0,48 | 3,32 |
| | Otras no especificados | 33 | 15,79 | 109,42 |
| | Sub-total | 34 | 16,27 | 112,73 |
| Total | | 209 | 100,00 | 692,99 |

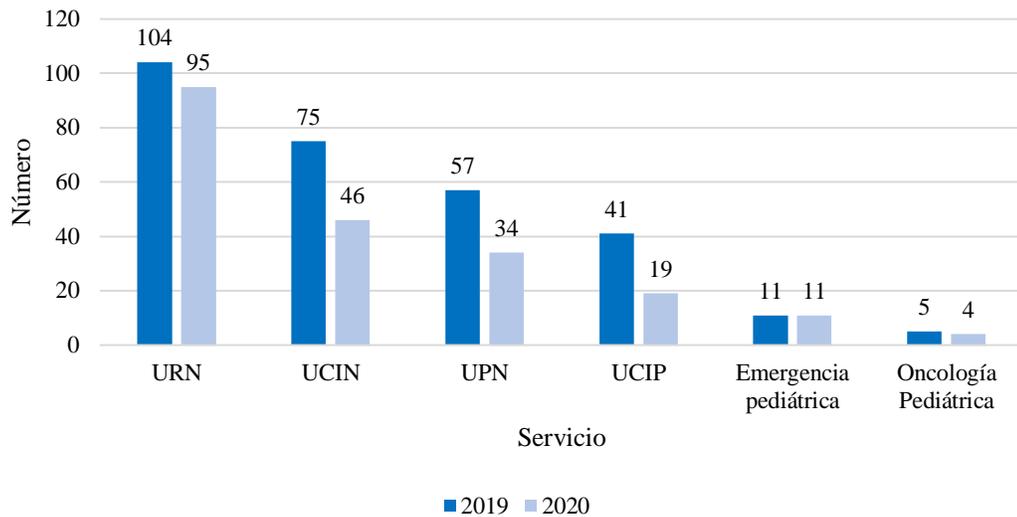
*cardíacas y digestiva

SNC: Sistema Nervioso Central.

UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Fuente: Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos. Departamento de Pediatría. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

Gráfico N° 5: Defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por servicios, en cifras absolutas. Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Comparativo año 2019-2020.



URN: Unidad de Recién Nacido. UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
 UPN: Unidad Patológica Neonatal. UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Fuente: Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos. Departamento de Pediatría. Hospital Central de San Cristóbal. Estado Táchira. Año 2020.

DISCUSIÓN

El Departamento de Pediatría del Hospital IV Central de San Cristóbal, está conformado por las áreas o servicios de Emergencia, Observación de Emergencia, Unidad de Cuidados Especiales Pediátricos (UCEP), Sala de Triage y Hospitalización para pacientes sintomático respiratorios, sin embargo, el área de emergencia es la zona de choque de bebés, niños y adolescentes menores de 12 años quienes ingresan por alguna eventualidad de salud a este centro asistencial para su atención de patologías propias de la edad.

De tal manera, durante el año 2020, se atendieron 1868 niños con problemas de salud que ameritaron valoración médica y fueron hospitalizados en las áreas de observación, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Especiales Pediátricos y Unidad de Cuidados Neonatales (Gráfico N° 1), siendo necesario señalar, que este año (2020), fue pandémico, observando una marcada disminución en el número de asistencias médicas realizadas durante ese lapso, pues en enero debutaron 208 pacientes, con marcado descenso en abril y otro pico en el mes de diciembre. Asimismo, en el gráfico N° 1, se muestra el comparativo de casos atendidos en 2019 con respecto al 2020, en el primero, se suman 2678 atenciones a predominio del mes de julio (275), notándose un incremento sostenido durante todo el lapso.

Bajo esa perspectiva, conviene recordar que según Nuñez (2019), Venezuela sufre una grave crisis política y económica que se refleja en el colapso del sistema de salud predisponiendo a mayor morbilidad y mortalidad, la primera, mostró descenso, mientras que la mortalidad fue incrementándose durante al año; ambas, afirma Herrera (2018), deterioran el grado de bienestar de la población infantil venezolana y por supuesto tachirenses incrementando la aparición de enfermedades.

Ahora bien, para dar respuesta al objetivo número 1, referido a caracterizar según variables socio-demográficas la población infantil atendida en el Departamento de

Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, en el año 2020, en la Tabla N° 1 se muestran los 1868 casos de niños atendidos e ingresados en esa área, notando predominio del grupo de edad menores de 28 días con 39,24% (n=733), seguido de grupo entre 28 días y 11 meses con 17,83% (n=333), también le siguen en importancia aquellos de 1 a 4 años con 17,29% (n=323), en su mayoría varones con 56,4% (n=1053). A su vez, en el Gráfico N° 2, se aprecia la procedencia por distrito sanitario, donde el Distrito Sanitario N° 1: San Cristóbal es el más asistencia con 45,8% (n= 855), seguido de Distrito Sanitario N° 9: Táriba, con 12,1% (n=226), así como de otros estados del país con 10,1 (n= 118), equivalentes a Apure y Barinas en su mayoría.

Tales hallazgos, muestran la importancia de la atención prenatal e intraparto, pues los recién nacidos y lactantes menores son los grupos de riesgo más vulnerables en pediatría, requiriendo la atención precoz y de calidad para garantizar la salud, en cuanto al sexo, aunque no es tan peculiar, usualmente se reciben más pacientes varones en las salas de atención pediátrica. En cuanto a la procedencia y al comparar con el anexo N° 4, el área metropolitana es de mayor consulta hospitalaria, entendiendo que los municipio San Cristóbal y Cárdenas contienen la mayor densidad poblacional del estado (conforman la zona metropolitana de la entidad), sin menospreciar la atención de emergencia que se presta a los estados circunvecinos (Apure y Barinas), con mayor carga en la atención médica pediátrica.

En ese sentido, cobra fuerza las definiciones de teóricos como Townes (1998), Murphy (1997) y Warren (2001), sobre la atención especializada en emergencias, urgencias y triage, como una forma de clasificar a los usuarios y garantizar la atención oportuna de niños y adolescentes en el sistema de salud, a su vez, Camp (1991) y Martínez (2018), señalan la necesidad de atención hospitalaria en los servicios de urgencia, cuando algunas patologías pueden ser atendidas en los centros de atención primaria.

Así mismo, para cumplir con el objetivo número 2 y en función de identificar las causas de morbilidad en la población infantil atendida e ingresada en el Departamento

de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, en año 2020, en la Tabla N° 2, llama la atención que de la revisión metodológica realizada el ítem “Sin diagnóstico” es el más frecuente con 11% (n=205); sin embargo, puede asumirse que sepsis neonatal es la primera causa de morbilidad y hospitalización en este Servicio con 9,5% (n=178) y una tasa de morbilidad de 53,68 casos por cada 100.000 habitantes, siguen dengue y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con 4,7% (n=88) y 4,3% (n=81), respectivamente con tasas de morbilidad de 26,54 y 24,43 casos por cada 100.000 habitantes; diarreas, traumatismos craneoencefálicos y neumonías siguen en frecuencia, resaltando que todas son de gran importancia para el sistema de salud. Otras de interés corresponden a apendicitis con o sin peritonitis con 5,7% (n=107) y fracturas de húmero con 2,7%, pertenecientes al área quirúrgica y traumatológica.

Al respecto, debe aclararse que la casilla “Sin diagnóstico” obedece a fallas del equipo médico al no cerrar las historias clínicas, bien por déficit de personal médico, exceso de trabajo del equipo de residentes de postgrado, debido a la llamada “situación país” que obliga a cumplir roles de guardias alternos según sea semana flexible o radical en la entidad tachirense, también a la cantidad de pacientes o usuarios recibidos en la emergencia, a las altas médicas contra opinión médica que impiden confirmar un diagnóstico o situaciones que dificultan la confirmación diagnósticas por ausencia de estudios de laboratorio o imágenes; todos ellos ameritan revisión y correctivos pues al ubicarse en primer lugar, amerita evaluación por parte de los gestores en salud de ese departamento. En cuanto a la sepsis neonatal, se asocia con el principal grupo de edad abordado representado por los recién nacidos, en conjunto con la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, ambas ampliamente prevalentes en ese grupo de riesgo; así como el dengue que afecta a los menores de 12 años por ser susceptibles al virus del dengue debido a que no han sido expuestos en tiempos anteriores a pandemia o epidemia de la enfermedad.

Estos hallazgos, son contrarios a los descritos por los entes internacionales en salud, pues, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) denotan las enfermedades

infecciosas como las principales causas de morbilidad, pero cónsonas cuando señalan que parto prematuro y asfixia perinatal son las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años (OMS, 2020).

En contraste, Barrio *et al.* (2021), consiguieron en Madrid, España, prevalencia de enfermedades crónicas como asma (6,1%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (1,8%) y obesidad (1,4%), relacionadas con grupos de preescolares. Además, Zambrano (2015), obtuvo mayor morbilidad en el grupo de adolescentes varones, a expensas de patologías digestivas, alérgicas, respiratorias y traumáticas y malas condiciones socio-económicas/ambientales como fuertes factores de riesgo; mientras que Cabrera (2012), señaló presencia de infecciones respiratorias agudas leves (61%), infecciones respiratorias agudas moderada (19%) y diarreas (9%) en la primera infancia.

Dando continuidad para el objetivo número 3 descrito para interpretar la mortalidad ocurrida en la población infantil atendida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, en el año 2020, el Gráfico N° 3 señala que durante el año, la mortalidad presentó tendencia al aumento, pues de 14 defunciones en el mes de enero, hubo dos picos de 30 muertos en agosto y octubre, cerrando el año con 209 defunciones; asimismo, hubo predominio de fallecidos en los grupos menores de 29 días y de 28 a 11 meses, con 83,7% (n=175) y 11% (n=23), respectivamente; también importante señalar, que hubo mayor mortalidad en varones con 55% (n=115), tal y como se aprecia en la Tabla N° 3. En cuanto a la procedencia, se repite la mortalidad en los Distritos Sanitarios San Cristóbal con 45% (n=97) y Táriba con 15,3% (n=32), respectivamente, siendo conveniente mencionar que en tercer lugar está la mortalidad de niños provenientes de otros estados con 12% (n=25).

Estas cifras llaman a atención considerando los grupos de edad, menores de 1 año, que influyen en la mortalidad infantil, indicador de desarrollo económico y social de las naciones según los organismos internacionales en salud; al mismo tiempo, fallecen los niños del área metropolitana, entendible por la alta densidad poblacional

y lamentablemente aquellos que provienen de otros estados, como se dijo Apure y Barinas, como los principales usuarios del occidente del país hacia el Hospital Central de San Cristóbal.

Seguidamente, para analizar las causas de mortalidad, la Tabla N° 4 muestra que de las 209 defunciones en menores de 12 años, las causas más frecuentes corresponden al área de reten (UPN, URN y UCIN), las cuales suman 175 defunciones, equivalentes al 83,73%, reflejando una tasa de mortalidad específica de 580,25 por cada 100.000 habitantes; al desagregarla, los recién nacidos pretérmino (15,3%), asfixia perinatal (10%) y sepsis (10%), extremado bajo peso al nacer (8,1%) y neumonía neonatal 83,8%, todas exclusivas de los niños menores de 28 días, por ende, con mayor tasa de mortalidad para el año 2020 (datos sólo del Hospital Central de San Cristóbal). A su vez, en el resto de los servicios la Tasa de mortalidad específica estuvo en 112,73 defunciones por cada 100.000 habitantes, a expensas de causas no especificadas y quemaduras mayores del 20% de superficie corporal. Todas estas afecciones son propias de los grupos de edad correspondientes y corresponden a problemas de salud pública a solventar oportunamente. Cabe señalar, que el rubro “otras no especificadas” obedecen a muertes sin historias clínicas cerradas correctamente, bien déficit de personal y por ende, exceso de trabajo del equipo médico como antes se dijo (situación país, pandemia del Covid-19, flexibilización en horarios laborales) y también a la normativa de llenado de “Certificado de muerte” y otra de “Solicitud de Autopsia”, esta última impide el cierre de la Historia Clínica, pues el cadáver pasa a la morgue y es allí donde se cierra el caso, sin advertir al servicio médico pediátrico correspondiente.

En suma, el Gráfico N° 5 muestra el comparativo 2019-2020 de las defunciones registradas en el Departamento de Pediatría, por servicios, mostrando que existe mayor mortalidad en los servicios neonatales, vale decir, Unidad de Recién Nacido, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Unidad Patológica Neonatal y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con comportamiento similar en ambos años,

ratificando lo descrito anteriormente refiriendo mayor mortalidad en los grupos de recién nacidos y lactantes menores.

Estas cifras son similares a las reportadas por la Corporación de Salud del estado Táchira, cuando en 2019, señaló que habían fallecido 374 niños menores de 5 años, cuyas causas de mortalidad fueron síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (30%), insuficiencia respiratoria del recién nacido (8,29%) y asfixia del nacimiento no especificada (6,42%); al igual que en 2020, cuando en la entidad tachirenses fallecieron 236 niños, debido a insuficiencia respiratoria del recién nacido (20%), síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (15,6%) y neumonía congénita (10,16%), todas asociadas a ese grupo vulnerable.

Por su parte, Mora (2018), encontró una mortalidad neonatal de 27,8 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en el Hospital Ernesto Segundo Paolini de Colón, municipio Ayacucho del estado Táchira, Venezuela en el periodo 2015-2017, siendo prematuridad la principal causa (15,8%) con una Tasa de Mortalidad Neonatal de 4,4 por cada 1000 NV en ese periodo. De igual manera, Pérez *et al.* (2018), reseñaron que las causas de mortalidad en México fueron prematuridad (19%) y asfixia neonatal (13%), al tiempo que, González, Alfaro y Horna (2020), señalaron que en Chile hubo heterogeneidad en las tasas de mortalidad de las comunas metropolitanas mostrando un leve incremento sugiriendo mayor exploración de las inequidades locales.

En síntesis, la Tasa de Morbilidad en la población pediátrica atendida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, se calculó en 563,38 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que la Tasa de Mortalidad fue de 692,99 defunciones por cada 100.000 habitantes, ambas consideradas altas para esa población de riesgo.

CONCLUSIONES

A pesar de las adversidades y limitaciones operativas, el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, se mantiene activo y prestando atención oportuna, con personal calificado y acompañamiento de especialistas en la materia. De tal manera, para el año 2020, se atendieron 1868 niños menores de 12 años para su atención de patologías propias de la edad, con leve tendencia al descenso según transcurrió el año; a predominio de recién nacidos (39,24%) y lactantes menores (17,83%), en su mayoría varones (56,4%) y provenientes de los municipios del eje metropolitano (San Cristóbal y Cárdenas), propios de los Distritos Sanitario 1: San Cristóbal (45,8%) y 9: Táriba (12,1), ameritando atención materna prenatal y al momento del parto.

Paralelamente, se identificaron las causas de morbilidad en la población infantil atendida en ese Departamento, donde la Sepsis Neonatal es la primera causa de morbilidad (9,5%) con una tasa de morbilidad de 53,68 casos por cada 100.000 habitantes, seguido de dengue (4,7%) y una tasa de morbilidad de 26,54 casos por cada 100.000 habitantes, por último Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (4,3%) y una tasa de morbilidad de 24,43 casos por cada 100.000 habitantes, las cuales también involucran a los grupos de recién nacidos y lactantes menores.

En referencia a la mortalidad, fallecieron 209 niños entre 0 días y 12 años, calculando la tasa de mortalidad en 692,99 defunciones por cada 100.000 habitantes, a predominio de los grupos menores de 29 días (83,7%) y de 28 a 11 meses (11%), varones (55%) y procedentes de los Distritos Sanitarios San Cristóbal (45%) y Táriba (15,3%). Dentro de las causas de mortalidad, destacan Recién nacido pretérmino (34,93%), Sepsis neonatal (21,05%) y Asfixia perinatal (11%), Extremado bajo peso al nacer (8,13%) y neumonía neonatal (3,83%), todas exclusivas de los niños menores de 28 días, siendo determinante la atención médica y del equipo de salud en este grupo vulnerable.

RECOMENDACIONES

Ante los hallazgos de esta investigación, se requiere hacer una evaluación exhaustiva de la atención médica en pediatría, pues siguen falleciendo recién nacidos y lactantes por causas predecibles en el embarazo o en la atención perinatal. A su vez, se requiere monitorear la parte administrativa del manejo de la historia clínica, la cual debe cerrarse con los diagnósticos de egreso en casa caso.

Se propone la revisión de los protocolos de atención médica y gestionar ante las autoridades del Hospital Central de San Cristóbal, la Corporación de Salud del estado Táchira o el Ministerio del Poder Popular para la Salud, la garantía de contar con insumos, medicamentos y material médico-quirúrgico para la atención de pacientes con las afecciones más frecuentemente encontradas en la emergencia pediátrica, que permitan la atención oportuna de calidad y con calidez que se pregona en el Sistema Público Nacional de Salud.

Sería prudente, reforzar medidas extremas en la atención prenatal mediante acciones preventivas del Programa Salud Sexual y Reproductiva de la Corporación de Salud del estado Táchira y Ministerio del Poder Popular para la Salud, pues son punto de partida para minimizar la morbimortalidad perinatal, apoyando las acciones del pediatra en su área de influencia.

Por otra parte, se requiere que, desde la Universidad de los Andes, se afiancen conocimientos en el área de neonatología, pues son el grueso de los pacientes atendidos y que lamentablemente fallecen, reforzando así acciones técnicas teórico-prácticas en el abordaje de recién nacidos, conjuntamente con el Departamento de Pediatría, Servicio de neonatología y Comité de Infecciones Intrahospitalarias, todos involucrados con la atención de los bebés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Townes, D.; Lee T.; Gulo S. & Van Rooyen M.J. Emergency medicine in Russia. *Ann Emerg Med* 1998; 32:239-242.
2. Organización Mundial de la Salud. Marco de Respuesta a Emergencias. Consultado en 16 de septiembre de 2020 en la dirección electrónica: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89604/9789275317853_spa.pdf;jsessionid=8A5FFE7A74D77903C8DD97160C3A2D8F?sequence=1
3. Murphy K. *Pediatric Triage Guidelines*. St Louis: Mosby, 1997. Consultado en 16 de septiembre de 2020 en la dirección electrónica: <https://www.amazon.com/Pediatric-Triage-Guidelines-Kathleen-Murphy/dp/0815173334>
4. Warren D.; Jarvis A. & Leblanc L. The National Triage Task Force members. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation guidelines for emergency departments. *Can J Emerg Med* 2001; 3 (4 suppl): S1-27.
5. Camp J. Caos en los servicios de urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables? *Med Clin (Barc)* 1991; 96:132-134.
6. Raso S.; Fernández J.; González S.; Fernández A.; Albistegui M. y Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales de Pediatría*, 61: 156 – 161. Barcelona, España. 2004.
7. Negro J.; Guerrero M. y Ferrándiz R. El protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización en alergología. *Revista Española de Alergología e Inmunología Clínica*. 1998; 13: 171-180.
8. Sánchez J.; Luna J.; Jiménez J.; Delgado A.; Lopez B. y Bueno A. Propuesta y validación del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias modificado. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 177- 179.
9. Barber J., King W.; Monroe M. & Nichols M. Evaluation of Emergency Department Referrals by Telephone Triage. *Pediatría*. 2000; 105. 819-821.
10. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. Datos y cifras. Septiembre de 2020. Consultado el día 26/07/2021, en la dirección electrónica: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
11. Augustine J. Los datos de la encuesta de atención médica ambulatoria de hospitales nacionales muestran un aumento en las visitas al departamento de emergencias. ACEP ahora [serial en línea]. 20 de enero de 2015.
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Encuesta nacional de atención médica ambulatoria en hospitales: cuadros resumidos del departamento de emergencias de Estados Unidos. 2014.
13. Zambrano Génesis. Morbilidad sentida en población pediátrica de Cerrito de los Morreños. Guayas 2015. Tesis de grado para optar al título de Médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. Consultado el 27 de julio de 2021, en la dirección electrónica: <https://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33266>

14. Nuñez Marielba. Venezuela retrocede 20 años en mortalidad infantil. 2019. Publicación web de SciDev.Net. Consultado el 29/07/2021 en la dirección electrónica: <https://www.scidev.net/america-latina/news/venezuela-retrocede-20-anos-en-mortalidad-infantil/>
15. Herrera Marianella. Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja. *Anales Venezolanos de Nutrición*. Volumen 31, Número 2, 55-65. 2018. Consultado el 29 de julio de 2021, en la dirección electrónica: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2018/2/art-3/>
16. Corporación de Salud del estado Táchira. Informes Epidemiológicos de Morbilidad y Mortalidad. División de Epidemiología. Dirección de Salud Colectiva y Redes de Servicios de Salud. 2019-2020.
17. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2012. Consultado el 29 de julio de 2021, en la dirección electrónica: https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=64:venezuela&Itemid=168&lang=es
18. Antón M.; Peña J.; Santos R.; Sempere E.; Martínez J. y Pérula L. Demanda inadecuada en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:743-746.
19. Jiménez R. y Navarro F. Aprendiendo a gestionar mejor la consulta. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2013*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 383-90.
20. Barrio J. *et al.* Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *Revista Anales de pediatría*. Volumen 93, Issue 3. Septiembre de 2020. Páginas 183-193. Consultado el 27 de julio de 2021, en la dirección electrónica: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320300242>
21. González F.; Alfaro T. & Horna-Campos O. Mortalidad Infantil en las comunas de la Región Metropolitana, periodo 2005-2014. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(1), 34-45. Consultado el 11 de marzo de 2020, en la dirección electrónica: <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1205>
22. Pérez R.; Rosas A.; Islas F.; Baltazar R. & Mata M. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta pediátrica de México*, 39(1), 23-32. 2018. Consultado el 22 de julio de 2020, en la dirección electrónica: <https://doi.org/10.18233/apmlno1pp23-321537>
23. Martínez Jessica. Consideraciones sobre el impacto de la morbilidad y mortalidad neonatal y pediátrica en la salud pública ecuatoriana. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. 2018. Consultado el 22 de julio de 2020, en la dirección electrónica: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6246983>
24. Cabrera G. Morbilidad de la primera infancia en la ciudad de Encarnación prevalencia en el periodo 2.006 - 2.010. *Revista sobre estudios e investigaciones del saber académico*, Volumen 6, páginas 39-43. 2012. Consultado el 22 de julio de 2020, en: <http://publicaciones.uni.edu.py/index.php/rseisa/article/view/84>

25. Mora, Mayra. Análisis de la mortalidad neonatal. Hospital Ernesto Segundo Paolini. Estado Táchira, Venezuela. Trienio 2015-2017. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Epidemiología del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”. San Cristóbal, estado Táchira. 2018
26. Canales, M. Metodología de investigación Social. Santiago de Chile, Chile. Ediciones LOM. 2006.
27. Palella S. y Martins F. Investigación bibliográfica. 2011. [Página en línea]. Disponible en: http://planificaciondeproyectosemirarismendi.blogspot.com/2013/04/tipos-y-diseño-de-la-investigación_21.html. Consultado: 22 de octubre de 2017.
28. Hernández R.; Fernández C. y Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial: McGraw-Hill; 5ta Edición. México. 2014.
29. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 7ma. Edición. Caracas, Venezuela. Editorial Episteme. 2016.
30. Merino T. Medidas de frecuencia de enfermedad. 2007. [Página en línea]. Consultado el 23 de julio de 2021, en la dirección electrónica: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/IndEpi2.htm>.
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

Anexo N° 1: Hospital IV Central de San Cristóbal. Estado Táchira.



Fuente:

https://www.google.co.ve/search?q=hospital+central+de+san+cristobal&safe=active&rlz=1C1NNVC_enVE492VE492&espv=2&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi0qpyqksrSAhXJhFQKHZTsAD4Q_AUIBigB&biw=1366&bih=638

Anexo N° 2: Servicio de Emergencia, adscrito al Departamento de Pediatría. Hospital IV Central de San Cristóbal, estado Táchira.



Fuente. Benavides, 2021.

Anexo N° 3: Operacionalización de variables

Objetivo general: Analizar la morbimortalidad en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020.

| Objetivos Específicos | Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Instrumento | Items |
|---|------------------------------|--|-------------|---|---|-------|
| Caracterizar según variables socio-demográficas la población infantil atendida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020. | Variables socio-demográficas | Se refiere a la descripción sobre la edad, sexo y procedencia de los usuarios. | Edad | - Edad | Registros de Morbilidad | 1 |
| | | | Sexo | - Hembra - Varón | | 2 |
| | | | Procedencia | - según Distrito Sanitario | | 3 |
| Identificar las causas de morbilidad en la población infantil atendida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020. | Causas de morbilidad | Clasifica las enfermedades o procesos patológicos por lo que acude la población pediátrica a consulta por el Servicio de Emergencia. | Morbilidad | - Diagnóstico - Tasa de morbilidad | Registros de Morbilidad | 4 |
| Interpretar la mortalidad ocurrida en la población infantil atendida en el Departamento de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2020. | Mortalidad | Se refiere a las razones que conllevaron a la muerte del paciente pediátrico. | Mortalidad | - Edad y sexo - Procedencia según Distrito Sanitario - Causas de Mortalidad - Tasa de mortalidad | Libro de registro de pacientes ingresados, egresados y fallecidos | 5 |

Fuente: Benavides, 2021.

Anexo N° 4: Distritos Sanitarios de la Corporación de Salud del estado Táchira



Fuente. División de Epidemiología. Corporación de Salud del estado Táchira. 2021.