Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento y seguimiento de los ingresos domiciliarios pediátricos en el consejo popular San Lázaro.

Follow up and behavior of pediatric home admission in San Lazaro´s popular council in Cienfuegos Province.

Caridad Hernández Gutiérrez[1] Carmen E. Guerra Cabrera[2] Teresita Rodriguez Izaguirre.[2] Roxilena Manso Martín.[2]

[1] Policlínica Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Hernández-Gutiérrez C, Guerra-Cabrera C, Rodriguez-Izaguirre. T, Manso-Martín. R. Comportamiento y seguimiento de los ingresos domiciliarios pediátricos en el consejo popular San Lázaro.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 8]; 2(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/38

Resumen

Fundamentos: El desarrollo de la Salud Pública en Cuba, y en especial de la Atención Primaria de Salud, ha permitido el rescate de alguna modalidades antiguas de atención médica entre las que se encuentra el ingreso en el hogar, proceder este que tiene sus orígenes desde tiempos inmemoriales, pero con características distintivas dependientes de la forma de actuación médica, sistema social, recursos económicos, entre otros.
Objetivo: Valorar el seguimiento y comportamiento del ingreso domiciliario pediátrico en el Consejo Popular San Lázaro de Cienfuegos.
Métodos: Investigación retrospectiva de todos los pacientes de 0-14 años con ingresos en el hogar del Consejo Popular San Lázaro perteneciente a la Policlínica Docente ¨Octavio de la Concepción y de la Pedraja¨ del Municipio Cienfuegos, durante la etapa de enero a diciembre del 2002. Fueron medidas las siguientes variables: edad, sexo, evaluación nutricional, causa que motivó el ingreso, si resultó un ingreso indicado por el médico de familia o fue egresado del hospital Pediátrico, si fue bien seguido, así como las complicaciones presentadas y la estadía.
Resultados: La corta edad fue un factor determinante en los ingresos domiciliarios; 78,4 % de los pacientes ingresados fueron eutróficos; las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas motivaron la mayor cantidad de ingresos.

Palabras clave: ingreso domiciliario, niño, servicios de atención de salud a domicilio

Abstract

Fundaments: The development of Public Health in Cuba, especially in public health assistance has permitted the rescue of old modalities in regards to medical assistance, among of them home admissions, procedure that has its origin in our ancestors but now with the distinctive features of the ways of medical assistance, social system and economic resources among others.
Objective: To assess the behaviour and follow up of paediatric home admissions in San Lázaro Popular Council.
Method: Retrospective study of all the patients aged 0-14 years with home admissions in San Lázaro Popular Council who belong to the teaching policlinic ¨Octavio de la Concepción y de la Pedraja¨ from Cienfuegos Municipality, from January to December 2002. The variables under study were: age, sex, nutritional assessment , cause of admission, admission by the general comprehensive doctor, hospital discharge, follow up, complications and stay.
Results: short age was a determinant factor in home admissions: 78,4 % of the admitted patients were eutrophic; respiratory infections and acute diarrheas were the main reasons for admissions

Key words: home admission, child, services of health assistance at Home

Aprobado:

Correspondencia: Caridad Hernández Gutiérrez. caridad@cmc.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Salud Pública en Cuba y en especial de la Atención Primaria de Salud, ha permitido el rescate de algunas modalidades antiguas de atención médica entre las que se encuentra el ingreso en el hogar, proceder este que tiene sus orígenes desde tiempos inmemoriales, pero con características distintivas dependientes de la forma de actuación médica, sistema social, recursos económicos, entre otros.[1]

Muchos han sido los estudios que a nivel mundial han repercutido en la historia del desarrollo del ingreso en el hogar como proceder necesario para mejorar la calidad de los usuarios y proveedores de los sistemas de salud en el mundo, se reportan experiencias en Japón con enfermedades mentales,[2,3] los cuidados de pacientes con cáncer,[4] las terapias con medicina natural y tradicional,[5] cuidados geriátricos,[6] entre otros.

A partir de la implementación en 1984 del Modelo de Atención del Médico y la Enfermera de la Familia en el policlínico Lawton, se incorporaron a la Atención Primaria de Salud técnicas de atención para aplicarse por un equipo llamado a convertirse en "Guardián de la Salud" de la comunidad donde labora. En este momento, además, se revitalizaron y ampliaron técnicas ya aplicadas en etapas anteriores y entre ellas el ingreso en el hogar, aunque con las adecuaciones que los objetivos de este modelo requería.[7]

El ingreso en el hogar es la atención médica y de enfermería en el hogar a pacientes que necesiten ingreso con cuidados y seguimiento continuos, cuya enfermedad implica encamamiento, aislamiento o reposo, pero no necesariamente en un medio hospitalario.[8,9]

En los últimos años la Atención Primaria ha alcanzado la posición más relevante en nuestro sistema de salud, pues es en la comunidad donde ocurre la mayor parte de los eventos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general.

Constituye en la actualidad una de las estrategias de impacto seguidas por la Atención Primaria del país y contenida en la Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública.[8]

La determinación del ingreso en el hogar está supeditada al criterio del médico, el cual en su decisión evalúa las características de la enfermedad, el estado general del paciente, las condiciones socio-económicas del hogar, las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda, la posibilidad de la familia de poder participar según carpeta metodológica, para llevar a cabo el ingreso en el hogar hay que tener en cuenta los siguientes requisitos:

- Situación o problema que no ponga en peligro la vida del paciente.
- Voluntad del paciente y de la familia para aceptar el ingreso en el hogar.
- Condiciones socio-económicas favorables en la familia para desarrollar el ingreso en el hogar.
- Condiciones higiénicas y ambientales favorables en la vivienda.
- Que el paciente no requiera de cuidados médicos o de enfermería continuos.
- Factibilidad de que se cumpla el tratamiento médico y de que se puedan realizar los exámenes paraclínicos necesarios.[10]

Estudios realizados en diferentes áreas de salud[11,12] demuestran que existen problemas que afectan la calidad de la atención del paciente ingresado en el hogar, se citan, entre otros:

- No evaluación de la totalidad de los ingresos por los interconsultantes de los grupos básicos de trabajo.
- Seguimiento incorrecto del paciente.
- No disponibilidad de medios diagnósticos.

A pesar de haberse trazado lineamientos para perfeccionar el ingreso en el hogar, esta forma de atención no se aplica en toda su potencialidad económica, docente y social por lo que nos motivó a la realización de este trabajo para ver el comportamiento y seguimiento de los ingresos domiciliarios y comprobar su seguimiento por el médico según grupo básico de trabajo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los niños que fueron ingresados en el domicilio, pertenecientes al Consejo Popular San Lázaro del municipio de Cienfuegos, del Policlínico Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de enero a diciembre del año 2002.

El universo estuvo constituido por 227 niños, 113 pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo # 1 y 114 pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo #

2, tanto los ingresados por los médicos de familia del área, así como los egresados del Hospital Pediátrico "Paquito González Cueto", según establece carpeta metodológica.

Se confeccionó una encuesta que recogió las siguientes variables: edad, sexo, evaluación nutricional, causa que motivó el ingreso, si resultó un ingreso indicado por el médico de familia o fue egresado del hospital Pediátrico, si fue bien seguido, así como las complicaciones presentadas y la estadía.

Se revisaron todas las historias clínicas individuales, así como las hojas de cargo de los médicos de familia y de los especialistas pediatras interconsultantes, además se revisó el movimiento hospitalario para ver los pacientes pediátricos egresados.

Según carpeta metodológica para realizar un ingreso en el hogar se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Situación o problema que no ponga en peligro la vida del paciente.
- Voluntad del paciente y de la familia de aceptar el ingreso en el hogar.
- Condiciones socio-económicas favorables de la vivienda.
- Que el paciente no requiera de cuidados médicos o de enfermería continuos.
- Factibilidad de que se cumpla el tratamiento médico y de que se puedan realizar los exámenes paraclínicos necesarios.

Se consideró un ingreso domiciliario bien seguido cuando se cumplieron los requisitos expuestos anteriormente y se visitaron diariamente o cuantas veces fue necesario por el médico y la enfermera de la familia, según edad o patología y además cuando fue interconsultado antes de las 72 horas por el pediatra o el especialista de Medicina General Integral designado y mal seguido cuando no se cumplieron los requisitos anteriores.

Los resultados se expresan en las tablas de frecuencia y relación de variables expresadas en números y por cientos.

RESULTADOS

El comportamiento de los pacientes ingresados en el domicilio, según edad y sexo mostró un predominio de los menores de un año con 125 pacientes para un 55,0 % seguidos por el grupo de 1 a 4 años con 64 pacientes (28,1%). El sexo estuvo representado por 110 femeninos con 48,4 % y 117 masculinos (51,1%) . (Tabla 1).

Tabla No. 1. Comportamiento de los ingresos domiciliarios según edad y sexo.

Grupos Etáreos	Femenino	%	Masculino	%	Total
0-3 meses	15	13,7	25	21,4	40
4-6 meses	19	17,2	20	17,1	39
7-9 meses	19	17,2	13	11,2	32
10-12 meses	7	6,4	7	5,9	14
1-4 años	34	30,9	30	25,6	64
5-9 años	9	8,2	11	9,4	20
10-14 años	7	6,4	11	9,4	18
TOTAL	110	100,0	117	100,0	227

Predominaron en todos los grupos de edades los pacientes eutróficos con 178 niños para un 78,4 % del total, seguidos de los delgados y desnutridos con 35 pacientes para un 15,4 %. (Tabla 2)

ISSN 1727-897X

Tabla No. 2. Comportamiento de los ingresos domiciliarios según edad y evaluación nutricional.

Grupos Etáreos	Evaluación Nutricional				Total
	Desnutridos	Delgados	Eutróficos	Sobrepesos	
< de un año	1	14	102	8	125
1-4 años	1	9	48	6	64
5-9 años	1	4	15	-	20
10-14 años	1	4	13	-	18
Total	4	31	178	14	227

De la totalidad de los ingresos domiciliarios realizados en el área durante todo el año 2002 sólo el 18,5 % fue sugerido por la atención secundaria y el 81,5 % correspondiente a 185 pacientes fueron realizados, seguidos y evaluados por el grupo básico de trabajo. (Gráfico 1).



Las principales causas que motivaron ingreso domiciliario por el médico de familia fueron las infecciones respiratorias agudas altas con 60 pacientes para un 32,5 % y bajas 44 pacientes para un 23,7 %, seguidas por las enfermedades diarreicas agudas con 34 pacientes (18,4 %) y las afecciones dermatológicas con 22 pacientes (11,8 %). (Tabla 3).

Descargado el: 8-11-2026
ISSN 1727-897X

Tabla No. 3. Principales causas de ingresos domiciliarios por médicos de la familia.

Principales causas		Número	%
IRA	Altas	60	32,5
	Bajas	44	23,7
EDA		34	18,4
Dermatológicas		22	11,8
Virosis Inespecíficas		15	8,2
Otras causas		10	5,4
Total		185	100

Las principales causas de ingreso domiciliario según egreso hospitalario, sitúan en primer lugar a las infecciones respiratorias agudas bajas con 45,3 % seguidas por las enfermedades diarreicas agudas con 8 pacientes para un 19 % y en tercero, cuarto y quinto lugares, con 4 casos cada uno, los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico, las causas neurológicas y las sepsis urinarias. (Tabla 4).

Tabla No. 4. Principales causas de ingresos domiciliarios según egreso hospitalario.

Principales causas	Número	%
IRA Baja	19	45,3
EDA	8	19,0
Tratamiento Quirúrgico	4	9,5
Causas Neurológicas	4	9,5
Sepsis Urinaria	4	9,5
Otras causas	3	7,2
TOTAL	42	100

En el gráfico # 2 podemos apreciar que de 227 pacientes ingresados en el hogar sólo se complicaron 11 niños para un 4,8 % y tuvieron evolución favorable 216 pacientes para un 95,2 %. (Gráfico 2).



Las complicaciones más frecuentemente presentadas por los pacientes ingresados en el hogar fueron las enfermedades diarreicas agudas con 6 pacientes (54,5 %) seguidas por las infecciones respiratorias agudas con 2 niños (18,2 %) y las afecciones neurológicas, cardiovasculares y dermatológicas con 1 paciente cada una (9,1 %). (Tabla 5).

Tabla No. 5. Complicaciones presentadas por los pacientes ingresados en el hogar.

Complicaciones	Numero	%
EDA	6	54,5
IRA Bajas	2	18,2
Neurológicas	1	9,1
Cardiovasculares	1	9.1
Dermatológicas	1	9.1
TOTAL	11	1oo

Comprobamos que 116 pacientes (51,2 %) tuvieron una estadía de menos de 5 días; 77 pacientes (33,9 %) entre 5-7 días y 34 niños (14,9 %) más de 7 días. (Tabla 6).

Tabla No. 6. Comportamiento del ingreso domiciliario seqún estadía.

Estadía	Número	%
Menos de 5 días	116	51,2
5-7 días	77	33,9
Más de 7 días	34	14,9
TOTAL	227	100

El comportamiento de los ingresos domiciliarios según seguimiento por grupo básico de trabajo expresa que el 69,9 % (79 pacientes) pertenecientes al grupo básico de trabajo # 1 fueron bien seguidos y 30,1% (34 pacientes) mal seguidos; de forma similar ocurrió en el grupo básico de trabajo # 2 donde 78 pacientes (68,4 %) fueron bien seguidos y el 31,5 % (36 pacientes) mal seguidos. (Tabla 7).

Tabla No. 7. Comportamiento de los ingresos domiciliarios según seguimiento por grupo básico de trabajo.

GBT	Bien seguido	%	Mal seguido	%	Total
GBT # 1	79	69,9	34	30,1	113
GBT # 2	78	68,4	36	31,5	114
TOTAL	157	69,1	70	30,8	227

DISCUSIÓN

Los niños menores de 1 año son más susceptibles a enfermar y morir por el pobre desarrollo inmunológico que poseen, los menores de 6 meses son los más afectados por constituir el grupo más lábil por su inmadurez anatómica y fisiológica.[13]

En Bogotá, Colombia, como en muchas partes del mundo es el menor de un año el más afectado a padecer enfermedad y a morir[14] como lo refleja también en su trabajo otro colombiano, Flores Guerrero.[15]

En nuestro país por estrategias del programa materno infantil se prioriza el seguimiento de cerca a este grupo por ser el más vulnerable a complicaciones, lo cual queda demostrado en nuestro estudio.

En nuestra población infantil predominan los niños eutróficos gracias a la atención especial brindada por el estado y el Ministerio de Salud Pública.

No podemos desestimar en esta investigación a los pacientes con trastornos nutricionales por defecto (35 pacientes para un 15,4 %), por la importancia que se le atribuye al estado nutricional en la evolución favorable o no de una enfermedad; según bibliografía los niños con trastornos nutricionales presentan respuestas inmunológicas deficientes particularmente a nivel celular y consecuentemente tienen infecciones más graves que los niños con un estado nutricional adecuado.[16-17]

Coinciden nuestro resultados con muchos estudios realizados a nivel nacional e internacional, los cuales plantean que uno de los grandes problemas de salud en la actualidad lo constituyen las infecciones respiratorias agudas.[18]

El comportamiento de esta entidad es igual en países desarrollados que en los subdesarrollados, pero las complicaciones y mortalidad son mayores en los segundos. No obstante constituyen la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas en los países desarrollados y en el nuestro.[19]

Con respecto a las enfermedades diarreicas agudas que constituyeron la segunda causa de ingreso en el hogar coincidimos con otros autores[20-22] que las señalan como una de las enfermedades más frecuentes en el menor de 5 años.

Nuestros resultados están acorde con lo establecido por Carpeta Metodológica que debe ingresarse en el domicilio a todo paciente menor de un año con estas afecciones, grupo que ocasionó la mayor cantidad de ingresos, según resultados de esta investigación.

La tercera causa de ingreso correspondió a las afecciones dermatológicas lo que coincide con otros autores como Nelson y colaboradores que señalan que del 20-30 % de los niños que acuden

al pediatra presentan alguna alteración cutánea, fundamentalmente la infección bacteriana constituye el diagnóstico dermatológico más frecuente que representa el 17 % de las visitas al pediatra.[23]

Estos resultados coinciden con Gómez Amaury en Rodas y Hernández Padrón en Cruces que plantean estas enfermedades como las más frecuentes.[24-25]

Debemos señalar que el número de complicaciones presentadas fue escaso en nuestro estudio y correspondieron a las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas que son las causas que más incidieron en los pacientes ingresados en el domicilio, como reporta la literatura estas entidades son causa frecuente de morbilidad pediátrica.[18-22]

En ambos grupos básicos de trabajo las deficiencias encontradas en el seguimiento fueron:

- La totalidad de los pacientes no tenían interconsulta con el pediatra.
- No discusión diagnóstica o mala calidad de esta en algunas historias clínicas.
- No seguimiento diario o deficiente calidad de este.
- No alta médica lo que prolonga en algunos casos la estadía.

Estos resultados se corresponden con lo de otros autores,[11-12] aspectos que pudieran ser solucionados si se toman las mediadas oportunas que garanticen un adecuado seguimiento a todos los ingresos en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naranjo J, Delgado A, Forcelledo C, Amejo M. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 ; 16 (6): 606-8.

2. Kawamuto R, Doi T, Satho M, Kaju E. A study of mental health in community- develling older persons- influence of cared elderly. Nippon Donen Igakkai Zambi. 2000 ; 37 (11): 912-20.

3. Okada Fico LM, Nibe Pasos H, Kerr Cornea F. Home Treatment for psychiatric patients is a wurthwhile. Rev ABP- APAL. 1994 ; 16 (3): 94-8.

4. Yushizawa A, Yushizawa T, Gyonda Y, Ahiguro T, Yoshida S, Shioya A, et al. Death at home and hospital of home terminal cancer patients. Ganto Kagaku Ryoho. 2000 ; 27 Suppl 3: S772-4.

5. Clinical training and home Therapy in our clinic. Ganto Kagaku Ryoho. 2000 ; 27 Suppl 3: S769-71.

6. Miyota K. Factors influencing continuation of home life after returning from geriatric intermediate care facilities in a metropolitan suburb. Nippon Donen Igakkai Zasmbi. 2000 ; 37 (11): 928-36.

7. Márquez Morales N, Jiménez Cangas L, Torres Díaz JH. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 ; 14 (5): 445-9.

8. Saura de la Torre I, Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 ; 14 (5): 479-83.

9. Silveira J. Evaluación de la calidad del ingreso en el hogar.1999-2000 [Trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Medicina General Integral]. Ciudad de La Habana: Policlínico Docente " 26 de Julio"; 2000.

10. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2000.

11. Álvarez IR. Ingreso en el hogar del lactante en cinco consultorios en el período de 1987 a 1993. Policlínico Docente Playa [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral]. Ciudad de La Habana: Policlínico Docente Playa; 1993.

12. Torres JHD. Evaluación de la calidad del ingreso en el hogar. Policlínico Docente "26 de Julio" [Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud]. Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública; 1997.

13. Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. 8va. ed. Barcelona: Espaxs; 1998. p. 1654 -5.

14. Echeverry RJ. Pediatría y Epidemiología Clínica. Morbilidad y dinámica de lactantes. In: Flores CE. Enfermedades diarreicas. Bogotá: Cometa; 1999. p. 41-54.

15. Flores CE, Guerrero B. Morbilidad general. Bogotá: Cometa; 1977.

16. Benguigui Y, Lopez Antuñaco G. Infecciones respiratorias en niños. Washington: OPS; 1997. p. 2-6.

17. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral de atención y control de las infecciones respiratorias agudas. La Habana: Pueblo y Educación; 2000.

18. Batista MR, Feal CP. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. Resumed. 1998 ; 11 (2): 63-6.

19. Taylor R. Medicina de Familia. Principios y Prácticas. 5ta. ed. Madrid: Espaxs; 1999.

20. Cohen MB. Etiology and mechanisms of acute diarrhoea in infants in the United States. J Pediatr. 1991 ; 118: 534-39.

21. Tucker AW. Cost-Effectiuness analysis of a Rotavirus inmunization Program in the United States. JAMA. 1998 ; 279 (13): 1371-6.

22. Guías Médicas para el manejo de la diarrea aguda [Internet]. 2003 [cited 16 Sep 2003] Available from: http://tm.tm.conae.gov.ar/telemedicina/guias/DIARREA1.html.

23. Darmstadf GL. Infecciones cutáneas bacterianas. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson. Tratado de Pediatría. 15va. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 2355-64.

24. Hernández Padrón E. Comportamiento de los ingresos hospitalarios en menores de 14 años: Municipio Cruces [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. Cienfuegos, Cuba: Policlinico Docente de Cruces; 1997.

25. Gómez A. Comportamiento de los ingresos hospitalarios en la edad Pediátrica del municipio Rodas [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. Cienfuegos, Cuba: Policlinico Docente “Raúl Suárez”, Rodas; 1999.