

# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

## **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DEL REINGRESO  
HOSPITALARIO DE LOS RECIÉN NACIDOS  
EGRESADOS DE LA SALA DE ALOJAMIENTO  
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO  
SABOGAL SOLOGUREN 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**JENNIFER CHÁVEZ VALLEJOS**

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
DIRECTOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
ASESOR DE LA TESIS

**LIMA – PERÚ**

**2016**

*A Dios, mis padres David y María Elena,  
y mi pequeño Christian*

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la prevalencia y las características clínicas de las readmisiones hospitalarias de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo Enero – Diciembre 2015

**Materiales y Método:** Se realizó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes egresados de la sala de alojamiento conjunto que fueron readmitidos a hospitalización y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. En total se estudiaron 76 casos.

**Resultados:** La prevalencia de readmisiones fue de 2,89%. La edad materna promedio fue de 25,01 años y el 52,6% fueron primíparas. El 56,6% de los recién nacidos fueron varones. La edad gestacional promedio fue de 36,8 semanas; los recién nacidos a término temprano y pretérmino tardío constituyeron el 93,42%. El 57,9% nació por vía vaginal. La edad media de reingreso fue de 8,5 días. El 48,68% tuvo un alta muy precoz, mientras que el 44,75% un alta precoz. El 69,7% fue alimentado por lactancia materna exclusiva. Los diagnósticos más frecuentes fueron hiperbilirrubinemia (44,7%), seguido de deshidratación (19,7%) y sospecha de sepsis (11,8%).

**Conclusiones:** La prevalencia de reingreso es acorde a las series de estudios analizadas. Los recién nacidos de sexo masculino, y los catalogados como recién nacidos a término temprano y pretérmino tardío reingresaron con más frecuencia. La mayoría de reingresos tuvo un alta catalogada como precoz o muy precoz. El diagnóstico más frecuente de reingreso fue hiperbilirrubinemia.

Palabras Clave: Readmisión hospitalaria; alojamiento conjunto

## ABSTRACT

**Objective:** *To determine the prevalence and characteristics of readmissions of newborns discharged from the baby nursery room of the National Hospital Alberto Sabogal Sologuren during the period January - December 2015*

**Materials and Methods:** *An observational retrospective study was performed. The population consisted of all patients discharged from the baby nursery room who were readmitted to hospital and met the inclusion and exclusion criterias. In total, were studied 76 cases.*

**Results:** *The prevalence of readmissions was 2.89%. The average maternal age was 25.01 years and 52.6% were primiparous. 56.6% of new born were male. The average gestational age was 36.8 weeks; late preterm and early term newborns constituted 93.42% of readmissions. 57.9% were born vaginally. The average age of reentry was 8.5 days. The 48.68% had a very early discharge, while 44.75% early discharge. 69.7% was fueled by exclusive breastfeeding. The most frequent diagnoses were hyperbilirubinemia (44.7%), followed by dehydration (19.7%) and suspected sepsis (11.8%).*

**Conclusions:** *The prevalence of readmissions is in line with the studies analyzed. The male newborns, and those classified as late preterm and early term readmitted more frequently. Most readmissions had a discharge classified as early or very early. The most frequent diagnosis of readmission was hyperbilirubinemia*

**Key Words:** *Hospital readmissions; baby nursery room*

## INTRODUCCIÓN

El recién nacido requiere que encaminemos nuestra atención hacia él, pues pertenece al grupo etario más vulnerable y en el que la mayoría de las condiciones que producen enfermedad pueden ser prevenibles o fácilmente tratables. (1)

La atención neonatal en alojamiento conjunto brinda cuidados integrales básicos al neonato con la participación activa de la madre dentro del ambiente hospitalario; estimulando el fortalecimiento del binomio madre – niño, apoyando a los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días post nacimiento y brindando información a la madre sobre los cuidados que este debe recibir, además de la identificación oportuna de signos de alarma para la atención correspondiente (2)

La readmisión neonatal es un tema muy importante con morbilidad significativa y costosa responsabilidad. Por representar un problema para el niño, la familia, y el sistema de salud. (3)

Las causas de readmisión hospitalaria de los recién nacidos son variadas, las más citadas son las asociadas a: edad materna, nuliparidad, situación socioeconómica, partos pretérmino, nacimientos por cesárea, antecedentes de hospitalización, prematuridad y el alta temprana que en la actualidad se considera factor determinante para la readmisión, asociándose con la insuficiente información recibida por las madres y la incompreensión de ésta. (4)

El lapso que debe permanecer bajo observación médica hospitalaria un neonato, con riesgo bajo de tener alguna complicación, aún no se ha definido. Hace cinco décadas había quienes recomendaban una estancia hospitalaria de seis días, pero poco después de 1970 se inició la costumbre de que permaneciese por 48 horas en observación y a partir de 1995 hay sanatorios y clínicas en los que los recién nacidos egresan a las 24 horas del nacimiento. (5).

En el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren los recién nacidos aparentemente sanos son admitidos en la sala de alojamiento conjunto, y tienen un tiempo de estancia hospitalaria mínima de 24 horas para los recién nacidos de parto vaginal y 48 horas para los nacidos por cesárea. Sin embargo dichos criterios de alta son los considerados para las puérperas y post operadas y son estipulados por el servicio de Ginecoobstetricia.

El servicio de Neonatología per se, no cuenta con criterios de alta definidos documentados específicamente para los recién nacidos admitidos a la sala de alojamiento conjunto. Y, debido a que la mayoría de los partos normales en las mujeres sanas y sus recién sanos evolucionan sin complicaciones, es prioridad de los cuidados posnatales el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad para intervenir en la forma que sea precisa. (6)

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de readmisiones hospitalarias de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto y los factores asociados al reingreso. Debido a que la mayoría de causas son potencialmente prevenibles, en un futuro se podrá desarrollar con la información obtenida planes de acción para disminuir la tasa de readmisiones.

# ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
2.2 BASES TEÓRICAS .....	15
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES .....	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	22
3.1 HIPÓTESIS .....	22
3.2 VARIABLES .....	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	23
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	23
4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	23
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	24
4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	24
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	25
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	26
5.1 RESULTADOS .....	26
5.2 DISCUSIÓN .....	41
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	45
CONCLUSIONES .....	45
RECOMENDACIONES .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	47
ANEXOS .....	50

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La readmisión neonatal es un tema muy importante con morbilidad significativa, y costosa responsabilidad por representar un problema para el niño, la familia y el sistema de salud.

El reconocimiento de la existencia de patologías del RN que pueden pasar por alto en el alojamiento conjunto, podrían permitir mejorar la atención de la madre y el recién nacido, definir acciones que disminuyan el reingreso del recién nacido dado de alta aparentemente sano, favorecer la interacción temprana de la madre con su hijo y apoyar la lactancia materna exclusiva así como un mejor y más eficiente uso de recursos. (7)

En el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren los recién nacidos aparentemente sanos son admitidos en la sala de alojamiento conjunto, y tienen un tiempo de estancia hospitalaria mínima de 24 horas para los recién nacidos de parto vaginal y 48 horas para los nacidos por cesárea. Sin embargo dichos criterios de alta son los considerados para las puérperas y post operadas y son estipulados por el servicio de Ginecoobstetricia.

El servicio de Neonatología per se, no cuenta con criterios de alta definidos documentados específicamente para los recién nacidos admitidos a la sala de alojamiento conjunto. Y, debido a que la mayoría de los partos normales en las mujeres sanas y sus recién sanos evolucionan sin complicaciones, es prioridad de los cuidados posnatales el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad para intervenir en la forma que sea precisa. (6)

Por tales consideraciones el presente estudio pretende responder a la siguiente interrogante.

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al reingreso hospitalario de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo Enero – Diciembre 2015?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La atención al recién nacido sano de bajo riesgo para complicaciones en el periodo neonatal, se cumple el alojamiento conjunto con la madre en la Sala de Maternidad donde se realizan controles pediátricos con elaboración de historia clínica y exploración completa en las primeras 24 horas de vida y previa al alta, se detectan y canalizan problemas médicos y/o malformaciones congénitas, se cumplen inmunizaciones, se fomenta la lactancia materna y el lazo afectivo madre-hijo.

Se vigilan también los hábitos fisiológicos (micciones, deposiciones), se detecta la aparición de problemas neonatales habituales (ictericia, infecciones cutáneas, conjuntivitis y onfalitis). Se debe aprovechar la estancia de la madre para profundizar en temas de educación sanitaria y puericultura.

Sin embargo en virtud de cumplir con la demanda hospitalaria, el tiempo de hospitalización de recién nacidos sanos ha disminuido.

Por otro lado se registra un número considerable de reingresos en el periodo neonatal temprano por patologías que varían desde hiperbilirrubinemia, deshidratación, hipoglicemia, sepsis, y otras, que pudieran asociarse al egreso temprano de las maternidades donde se pueden detectar y prevenir de forma precoz estas entidades.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren no se cuenta con estudios actuales sobre los factores que conllevan a la readmisión hospitalaria de recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto. En este sentido cabe el aportar información que puede constituir un instrumento para futuras intervenciones destinadas a mejorar la atención del neonato aparentemente sano, identificando precozmente factores de riesgo que pueden conducir a complicaciones inherentes a esta etapa de la vida.

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia y las características clínicas de las readmisiones hospitalarias de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo Enero – Diciembre 2015

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características maternas de los recién nacidos readmitidos a hospitalización
- Conocer las características neonatales de los recién nacidos readmitidos a hospitalización
- Describir las frecuencias de las características asociadas al reingreso hospitalario (tiempo promedio de estancia hospitalaria, forma de alimentación, edad y otros) de los recién nacidos que fueron readmitidos a hospitalización
- Identificar los diagnósticos de readmisión más frecuentes de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto

## **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

*Navarro E, Mendieta E y cols.*; en un estudio prospectivo analítico, realizado en el Servicio de Alojamiento Conjunto del Departamento de Neonatología del Centro Materno Infantil San Lorenzo – Paraguay durante el periodo enero 2004 – a junio 2005, estudiaron el perfil del reingreso de 51 neonatos. Se evidenció que los diagnósticos más frecuentes fueron: Hiperbilirrubinemia (59%), de estos el 90% sin incompatibilidad de grupo, el 10% con incompatibilidad pero sin enfermedad hemolítica. El segundo diagnóstico más frecuente fue mala técnica de alimentación (18%), seguido de Infecciones (16%). (7)

La edad materna promedio 24 años; 76% de las madres realizaron controles prenatales (CPN) suficientes con un promedio de 5.5 controles. En el 24% restante de las madres realizó CPN insuficiente o en el límite. En cuanto a la paridad, el 57% eran nuligestas, no hubo datos de valor en cuanto a patología materna durante el embarazo y el parto. Nacieron por cesárea 52%

El peso promedio fue 3189g. La edad gestacional promedio fue de 38 semanas de los cuales el 41% fueron RN casi de término y limítrofe (35 sem. -37 sem). El 63% fueron masculinos y el 37% femeninos. Los días de vida al alta promedio de 3 +/- 1. En la readmisión un 80% de los RN recibían pecho materno exclusivo, pero en un 20% además de lactancia materna recibían complemento con fórmula de inicio. (7)

En un estudio de cohorte realizado por *Paul C. Young, Kent Korgenski*, durante el periodo 2000 a 2010 en Utah, se analizaron las causas y el perfil de reingreso en RN. Las causas más frecuentes de reingreso fueron: Mala técnica de alimentación (40.9%), Ictericia (35.3), Distress respiratorio (33%), Infección (21.2%), muchos de los cuales tuvieron más de un diagnóstico de readmisión. La edad promedio al momento de la readmisión varió según la causa del reingreso. El 89% de los readmitidos por ictericia y el 49% de los RN con problemas de alimentación, reingresaron en la primera semana de vida. En cuanto a la edad gestacional, se obtuvo que los RN pre término tardío (34-36 semanas), y los a término temprano (37-38 semanas) tuvieron una tasa de reingreso mayor (20.6%) con respecto a los RN a término entre las 39 – 42 semanas (14.6%). (8)

En otro estudio realizado en Australia, se analizaron los datos de 781 074 RN, durante el periodo 2001 a 2010. Se investigó la asociación entre la duración de la estancia post natal, la edad gestacional y a readmisión por ictericia en los primeros 14 días de vida. La mayor tasa de readmisiones (66%) ocurrió entre el tercer y el sexto día de nacimiento. Los neonato egresados en los primeros 2 días, tuvieron dos veces más probabilidad de reingresar comparado a los egresados al tercer o cuarto día.

La paridad fue un factor de riesgo importante, observándose que un 7.3% de los recién nacidos readmitidos por ictericia fueron hijos de primigestas, mientras que el 3.7% hijos de multíparas. (9)

*Laurel B.Moyer, Neera K. Goyal y cols.* En el 2009 realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles para evaluar los factores de riesgo para la readmisión hospitalaria de los recién nacidos pre término tardío. La causa más frecuente fue hiperbilirrubinemia (75%), seguido de problemas de alimentación (34%), hipotermia (12%), y sospecha de sepsis (4%). La edad promedio de reingreso fue 7.3 días, sin embargo esta varió según la causa. Siendo para los reingresados por Hiperbilirrubinemia 4.5 días. Se evidenció que cada día adicional de estancia hospitalaria se correlacionó significativamente con una reducción del OR para readmisión de los recién nacidos por vía cesárea (0.57), sin embargo aquellos recién nacidos por vía vaginal no hubo tal correlación (1.08). (10)

Un estudio retrospectivo realizado en Pennsylvania durante el periodo 1998 a 2002 analizó 407826 recién nacidos  $\geq 35$  semanas que fueron dado dados de alta. Según los criterios de inclusión y exclusión, solo se analizaron 2540 RN que fueron readmitidos en los primeros 10 días de vida. Se obtuvo que, el diagnóstico principal de readmisión fue ictericia (91.5%), y el restante 8.5% fue atribuido a deshidratación, problemas de alimentación ente otros.

En cuanto a las características maternas, las primíparas (OR 1.75) y aquellas con patología obstétrica: diabetes (OR 1.88), hipertensión (OR 1.56), hipertensión Inducida por el embarazo (OR 1.67) y ruptura prematura de membranas (OR 2.03) tuvieron más probabilidad de tener un RN readmitido con los OR descritos.

Con respecto a las características neonatales se observó que: las mujeres tuvieron menor riesgo de ser readmitidas que los varones (OR 0.75). La edad gestacional fue un predictor importante: aquellos entre 35-36 semanas tuvieron mayor riesgo de ser readmitidos (OR 5.96), 37 y 38 semanas (OR 2.52) comparados con aquellos entre 39 y 40

semanas (OR 0.65). Los RN con peso <3000 fueron readmitidos con mayor frecuencia (OR 1.60).

Aquellos recién nacidos por parto vaginal que quedaron hospitalizados  $\leq 48h$ , no tuvieron mayor riesgo de ser readmitidos (OR 0.92) comparado con aquellos que estuvieron hospitalizados  $> 48h$ . Sin embargo una estadía  $< 72h$  de los recién nacidos por cesárea, es un factor predictor significativo de readmisión (OR 1.44) cuando se compara con aquellos que quedaron  $\geq 72h$ . (11)

En el Hospital de Niños de Slovenia, se realizó un estudio retrospectivo de los RN readmitidos en los meses de Junio y Noviembre de 2012. Se obtuvo que la proporción de readmisiones fue de 6% y 5,9% respectivamente. La edad promedio de las madres de los recién nacidos readmitidos fue 29.6 años. Los varones tuvieron más frecuencia de reingreso que las mujeres. (60% y 40% respectivamente). (12)

En el Children's Mercy Hospital, se realizó un estudio en 125 neonatos alimentados por lactancia materna que reingresaron por hiperbilirrubinemia, deshidratación y problemas de alimentación. Se observó que la edad gestacional promedio fue 38.6 semanas. La duración de la hospitalización al nacer fue de 1.8 días para recién nacidos de parto vaginal y 3.4 días para los recién nacidos por cesárea. Se encontró que los recién nacidos que inicialmente quedaron hospitalizados por más de 3 días tuvieron menos tasa de reingreso ( $p < 0.002$ ) (13)

*Paulino Islas, Ortiz Almeralla y Verduzco Gutiérrez;* revisaron los expedientes clínicos de neonatos que egresaron tempranamente y fueron readmitidos en el año 2001 en el Hospital General de México. Se encontró que los RN readmitidos un 62% nacieron vía vaginal, y el 38% restante por vía abdominal. A su reingreso el peso promedio fue de 3250g. Los diagnósticos de reingreso fueron: hiperbilirrubinemia en un 62%, deshidratación (38%) (14)

*Fajardo Ochoa y Olivas Peñuñuri,* En el Hospital Infantil del Estado de Sonora realizaron un estudio retrospectivo observacional durante 1997 a 2001. Se encontró que la prevalencia de re hospitalización fue del 2.2%, o un caso por cada 45 egresos. Las causas de reingreso fueron sepsis/infección en el 62% de casos, bajo aporte a la vía oral el 1.5%, la hiperbilirrubinemia 10%. Estancia hospitalaria promedio general fue de 7 días y la mortalidad del 3%. Por lo que concluyen en que la frecuencia de re hospitalización y mortalidad fueron bajas, y las infecciones, la

pobre alimentación y la hiperbilirrubinemia fueron las causas más frecuentes (15)

*Ali Bayoumi, Ahmed Bassiouny y cols.* En un estudio prospectivo observacional randomizado, observaron a 1495 pacientes que fueron dados de alta a las 24 horas y 1503 que fueron dadas de alta a las 72 horas, para determinar la incidencia de complicaciones maternas y neonatales después de una cesárea. Se encontró que no hubo diferencia en la readmisión hospitalaria materna entre los dos grupos; sin embargo, hubo una significativa tasa de readmisión neonatal en el grupo dado de alta a las 24 horas, predominantemente por ictericia neonatal. (16)

## 2.2 BASES TEÓRICAS

El periodo de recién nacido (RN) constituye un especial desafío para el pediatra, debido a la inespecificidad y labilidad con que el RN reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar. (17)

### *Clasificación del Recién Nacido:*

Se sabe que desde el siglo pasado había ya interés por clasificar a los recién nacidos respecto a la morbilidad que pudieran manifestar.

La determinación de la edad gestacional es fundamental para conocer el grado de madurez neonatal, y al relacionarla con el peso se puede precisar el riesgo neonatal, determinar precozmente diagnósticos específicos en cada grupo de niños y se pueden planificar métodos preventivos de atención médica. (18)

A partir de que L. Lubchenko en el año 1966 publicara sus gráficos para el registro del crecimiento intrauterino conocidos como curvas de Colorado, las cuales basó en la relación de la edad gestacional con la antropometría al nacer, se reconocen varias clasificaciones en función de la edad gestacional y del peso, tales como:

- Valoración que incluye sólo la edad gestacional:
  - a) Pretérmino, si la edad gestacional es menos de 37 semanas.
  - b) A término, si la edad gestacional es de 37 a 41 semanas.
  - c) Posttérmino, si la edad gestacional es igual o mayor de 42 semanas.
  
- Valoración que incluye sólo el peso al nacer:
  - a) Macrosómico: peso de 4 000 g y más.
  - b) Bajo peso: peso inferior a 2 500 g.
  - c) Muy bajo peso: peso inferior a 1 500 g.
  - d) Extremadamente pequeño o de muy muy bajo peso: peso inferior a 1000 g. (19)

En el pasado se estimaba que el período comprendido entre 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada

del parto era considerado "a término", con la expectativa de que los resultados neonatales en este intervalo fueran uniformes y buenos.

Cada vez más, sin embargo, las investigaciones han demostrado que los resultados neonatales, la morbilidad respiratoria especialmente, varían en función del momento del parto dentro de este rango de 5 semanas de gestación.

Es por ello que El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno - Fetal apoyan y fomentan el uso de la denominación uniforme del grupo de trabajo con las nuevas designaciones de edad gestacional por todos los médicos, investigadores y funcionarios de salud pública para facilitar la presentación de datos, prestación de atención de salud de calidad y la investigación clínica.

El grupo de trabajo recomendó que la denominación de "término" se sustituya por las denominaciones: "término temprano", "término completo", "término tardío" y "posttérmino" para describir con mayor precisión los partos que ocurren en o después de las 37 semanas de gestación.

- Término temprano: 37 0 /7 semanas a 38 6/ 7 semanas
- Término completo: 39 0 /7 semanas hasta 40 6/ 7 semanas
- Término tardío: 41 0 /7 semanas hasta 41 6/ 7 semanas
- Posttérmino: 42 0 /7 semanas y más allá (20)

De igual manera en el 2005, la US National Institute of Child Health and Human Development Workshop, cambia la designación de los productos de gestaciones entre 34 a 36 6/7 semanas de "near term" a "late preterm" (pre término tardío), haciendo énfasis en la diferencia de morbilidad y mortalidad con los recién nacidos a término, debido a la prematuridad. (20)

Todas estas consideraciones ayudan a una mejor definición del recién nacido en cuanto a los riesgos que estos pueden tener al salir al medio ambiente.

La estimación de la edad gestacional del recién nacido, se realiza en la sala de partos. Existen diferentes métodos que correlacionan características morfológicas para dar un aproximado de edad, dentro de los cuales cabe citar:

### Método de Capurro:

Este método inicial simplificado por clínicos pediatras y bioestadísticos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), en el Uruguay y utiliza cinco características físicas externas;

Este es el método ideal que se ha de utilizar si el recién nacido presenta depresión neurológica; presenta un margen de error de  $\pm 9,2$  días y los signos que se han de evaluar son los siguientes:

- Forma de la oreja
- Tamaño de la glándula mamaria.
- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Pliegues plantares.

Para realizar el cálculo de la edad gestacional se realiza la siguiente operación:

Edad gestacional (días) = 204 + Total de puntos (18)

### *Definición Alojamiento Conjunto:*

El alojamiento conjunto es un concepto que ha sido aplicado para que el recién nacido comparta con su madre y sus familiares, de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos.

Desempeña un papel importante en el enfoque centrado en la familia para cuidados de maternidad, no solo provee un ambiente que promueve una relación madre-hijo natural, sino también apoya a la educación de los padres, y está basada en el reconocimiento y la comprensión de las necesidades de cuidados de la madre y el niño.

Algunos hospitales disponen de la unidad de alojamiento conjunto contiguo a la sala de partos, aunque esta sea la distribución ideal, no siempre es posible encontrarla así; por falta de una apropiada distribución física del hospital. Pero se recomienda que esté lo más cerca de los salones de partos. Los beneficios del alojamiento conjunto no deben ser denegados a los familiares por situaciones estructurales. (21)

La atención neonatal en alojamiento conjunto brinda cuidados integrales básicos al neonato con la participación activa de la madre dentro del ambiente hospitalario; estimulando el fortalecimiento del binomio madre – niño, apoyando a los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días post nacimiento y brindando información a la madre sobre los cuidados que este debe recibir, además de la identificación oportuna de signos de alarma para la atención correspondiente. (2)

La estancia en el hospital debe ser lo suficientemente larga como para permitir la identificación de problemas y para asegurar que la madre está suficientemente recuperada y preparada para atenderse a ella misma y atender a su hijo en casa. También hay problemas maternos, que aparecen después de las 24 horas y que pueden obligar a estancias más prolongadas. En todo caso se debe hacer el máximo esfuerzo para que madres e hijos no se separen y salgan juntos de la maternidad. (2) (22)

#### *Estancia Hospitalaria del Recién Nacido*

El nacimiento dentro de un hospital era un evento poco común antes de la década de los veinte, incluso en los países desarrollados. Luego, con la creciente disponibilidad de obstetras y de recursos anestésicos y quirúrgicos, el parto institucional fue considerado progresivamente como un método seguro y más confortable para la madre. La idea inicial del egreso precoz se originó como una respuesta a la escasez de camas resultante de un auge en la tasa de nacimientos después de la Segunda Guerra Mundial. (23)

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha definido como alta precoz y alta muy precoz al egreso del recién nacido luego de una estancia hospitalaria de 48 y 24 horas, respectivamente, luego de un parto vaginal no complicado (24)

No se conoce con certeza cuál es la duración de una estadía hospitalaria segura para la madre y su niño. Idealmente, ambos deberían permanecer durante un tiempo suficiente que permita constatar la transición fisiológica exitosa a la vida extrauterina, la identificación de complicaciones tempranas, el cumplimiento de inmunizaciones y pruebas metabólicas normativas, y la confirmación de que la familia está preparada para el cuidado del

niño en casa. Es presumible que aún una hospitalización mayor de dos días sea insuficiente para completar estos objetivos.

La duración promedio de estancia hospitalaria madre-niño ha declinado sostenidamente desde 1970 hasta mediados de 1990. El egreso precoz del recién nacido fue implementado a mediados de los 90's, sin embargo como respuesta al debate originado muchos estados americanos promulgaron una legislación que asegura la estancia hospitalaria de un mínimo de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas tras un parto por cesárea. (25)

### *Criterios de Egreso Hospitalario de un Recién Nacido A Término*

La Asociación Americana de Pediatría establece los siguientes criterios mínimos para el egreso de un recién nacido término, definido como un RN con edad gestacional entre 37 0/7 – 41 6/7 semanas:

1. La evolución clínica y el examen físico no revelan condiciones que ameriten continuar hospitalización.
2. Las funciones vitales están dentro de los rangos normales por lo menos desde 12 horas antes del egreso. Incluyendo T° axilar (36,5 – 37.4), frecuencia respiratoria <60, frecuencia cardíaca entre 100 -190 despierto y hasta 70 dormido.
3. El recién nacido ha orinado y defecado al menos una vez espontáneamente.
4. Ha completado al menos dos alimentaciones exitosas con la madre, si alimentación por biberón, se ha verificado la coordinación succión deglución respiración.
5. Si ictericia evidente, el recién nacido ha sido evaluado y la madre informada sobre el plan a seguir de manera ambulatoria.
6. Si el recién nacido presenta factores de riesgo para sepsis, todos los exámenes de laboratorio han sido realizado.
7. Los exámenes de laboratorio maternos y neonatales han sido revisados incluyendo: sífilis materna, VHB anticuerpo de superficie, VIH, grupo y factor del RN, test de Coombs si fuera necesario.
8. La vacuna para hepatitis B ha sido administrada de acuerdo al estado de riesgo y al esquema de inmunización.
9. Si la madre no ha sido previamente vacunada, debe recibir toxoide tetánico, toxoide para difteria y pertussis acelular inmediatamente después de que nace el niño. Otros

adultos y adolescentes que participarán en el cuidado del RN deben recibir una dosis de DPT acelular si no han sido previamente inmunizados.

10. Todos los test de screening metabólico, auditivo, y otros disponibles han sido realizados.
11. La madre ha comprendido la importancia de la lactancia materna, como se realiza, conoce los signos de alarma, y conoce los cuidados mínimos del cordón umbilical, sabe medir la temperatura
12. La madre y los familiares encargados del cuidado del RN conocen los signos de alarma relacionados con la ictericia, deshidratación, problemas de alimentación.
13. La madre conoce como acudirá a su primera atención postnatal, y de ser posible contará con cita para ello
14. Si hubiera algún problema social, debe estar previamente notificado con la asistenta social tomando las medidas legales pertinentes si lo ameritara. Ej.. Madre consumidora de drogas, historia de abuso infantil, enfermedad mental madre adolescente (26)

Las factores de riesgo para la readmisión hospitalaria de los recién nacidos son variadas, las mayor citadas son: edad materna, nuliparidad, situación socioeconómica, partos pretérmino, nacimientos por cesárea, antecedentes de hospitalización, prematuridad y el alta temprana que en la actualidad se considera factor determinante para la readmisión, asociándose con la insuficiente información recibida por las madres y la incomprensión de ésta. (4)

## **2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

- **Readmisión Hospitalaria:**  
Recién nacido egresado de la sala de alojamiento conjunto, que es admitido dentro de los 28 primeros días de vida a las áreas de hospitalización del servicio de neonatología
- **Edad Materna**  
Número de años de vida de las madres de los recién nacidos readmitidos. Se las clasificó en 3 categorías:  
<=18: madres adolescentes; 19-34 años y >= 35 años: madres añosas.
- **Paridad**  
Número de hijos previos al recién nacido readmitido
- **Patología Obstétrica**  
Enfermedades relacionadas al estado de gestación
- **Tipo de Parto**  
Vía de nacimiento ya sea vaginal o cesárea
- **Tipo de Alimentación**  
Alimentación recibida por neonato readmitido, desde su estancia en la sala de alojamiento conjunto. Se identificaron 3 tipos: LME (lactancia materna exclusiva), FM (fórmula maternizada) y Mixta
- **Sexo**  
Caracteres externos que definen al recién nacido como masculino o femenino
- **Peso al Nacer**  
Peso expresado en gramos del recién nacido
- **Edad Gestacional**  
Edad en semanas del recién nacido
- **Tiempo de Hospitalización**  
Número de días de hospitalización del recién nacido en la sala de alojamiento conjunto desde su nacimiento.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### **3.1 HIPÓTESIS**

No necesaria por la naturaleza del trabajo de investigación

### **3.2 VARIABLES**

Variable Dependiente

Readmisión Hospitalaria

Variables Independientes

Edad Materna

Paridad

Patología Obstétrica

Tipo de Parto

Tipo de Alimentación

Sexo

Peso al Nacer

Edad Gestacional

Tiempo de Hospitalización

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

No Experimental  
Estudio Descriptivo Observacional Retrospectivo  
Enfoque cuantitativo

### **4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

Estudio Descriptivo

### **4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Población de Estudio:

Todos los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto (2623 pacientes) durante el periodo Enero – Diciembre 2015 del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Tamaño de Muestra:

Número total de recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto que fueron readmitidos a hospitalización en los primeros 28 días de vida y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. En total 76 pacientes.

Tipo de Muestreo:

No probabilístico, por conveniencia

Unidad de Análisis:

Recién nacido readmitido a hospitalización que fue egresado de la sala de alojamiento conjunto

#### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Criterios de Inclusión:

Todos los recién nacidos egresados del servicio de alojamiento conjunto que fueron readmitidos a hospitalización del departamento de Neonatología del HNASS en los primeros 28 días de vida, durante el periodo Enero a Diciembre 2015.

Criterios de Exclusión:

- Recién nacidos con malformaciones congénitas mayores diagnosticadas al nacer.
- Recién nacidos que inicialmente estuvieron en una sala de alojamiento pero que fueron referidos de otra institución
- Recién nacidos egresados por alta voluntaria
- Recién nacidos que por morbilidad materna y razones sociales son readmitidos a la sala de alojamiento conjunto

#### **4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Procedimiento para la recolección de datos:

Se obtuvo una copia de la base de datos del Libro de Censo de la sala de alojamiento conjunto de los meses Enero a Diciembre

En el libro de Censo de Ingresos de las unidades de hospitalización de neonatología se constataron las readmisiones de los recién nacidos que figuraban en la lista anteriormente mencionada, se excluyeron aquellos casos que figuraban como referencias. No se encontraron casos con malformaciones que hayan estado hospitalizados en alojamiento conjunto.

Se realizó la solicitud de historia clínica y se acudió al departamento de archivo para la obtención de las mismas. Los datos fueron consignados en la ficha de recolección; y se confeccionó en el programa de Excel la base de datos del presente estudio.

Instrumento

Ficha de Recolección de Datos (Ver anexo 2)

## **4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para la tabulación de datos se utilizaron los programas Microsoft Office Excel 2013 y SPSS versión 23.

Los datos cualitativos fueron expresados como frecuencias/porcentajes, mientras que las variables cuantitativas fueron expresadas como media/desviación estándar si presentaron distribución normal o como mediana/rango intercuartilar si no presentaron distribución normal.

Se asociaron variables categóricas mediante regresión lineal binaria, y se consideró una asociación significativa a un valor  $p < 0,05$

## 5.1 RESULTADOS

Durante el año 2015, ingresaron durante las primeras horas de vida 2623 recién nacidos a la sala de alojamiento conjunto, de los cuales reingresaron 76, constituyendo el 2,89%.

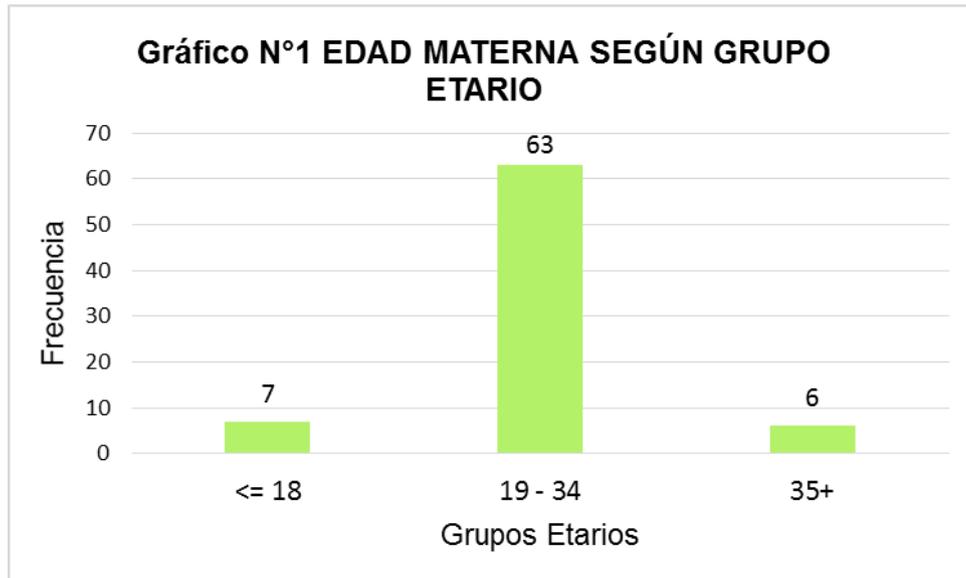
En cuanto a las características maternas analizadas se encontró que: La edad materna promedio fue de 25,01 años (Tabla N°1), siendo madres adolescentes <18 años un 9,21%; el 82,8% fueron madres entre 19 años -34 años y madres años >35 años un 7,9%. (Tabla N°2)(Gráfico N°1)

Tabla N°1. EDAD MATERNA				
Edad	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
n=76	25,01	16	40	5,575

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.  
n=total de casos

Tabla N°2 EDAD MATERNA SEGÚN GRUPO ETARIO				
Edad Grupos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 18	7	9,2	9,2	9,2
19 - 34	63	82,9	82,9	92,1
35+	6	7,9	7,9	100,0
<b>Total</b>	76	100,0	100,0	

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.



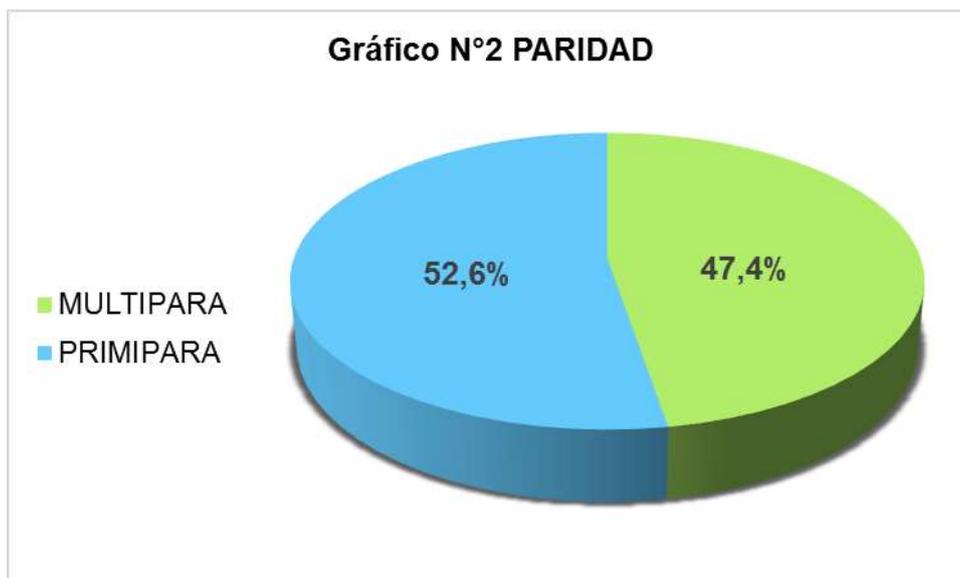
Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.

En cuanto a las características obstétricas de las mismas, se encontró que un 52,6% de los recién nacidos readmitidos eran hijos de primíparas, mientras que el 47,7% restante multíparas. (Tabla N°3) (Gráfico N°2)

Además se consignó si es que las madres de los recién nacidos readmitidos tuvieron algún tipo de patología obstétrica. El 55,26% no presentó ninguna patología asociada a la gestación. (Tabla N°4)

Tabla N°3 PARIIDAD				
Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Primípara</b>	40	52,6	52,6	52,6
<b>Multípara</b>	36	47,4	47,4	100
<b>Total</b>	76	100,0	100,0	

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.



Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.

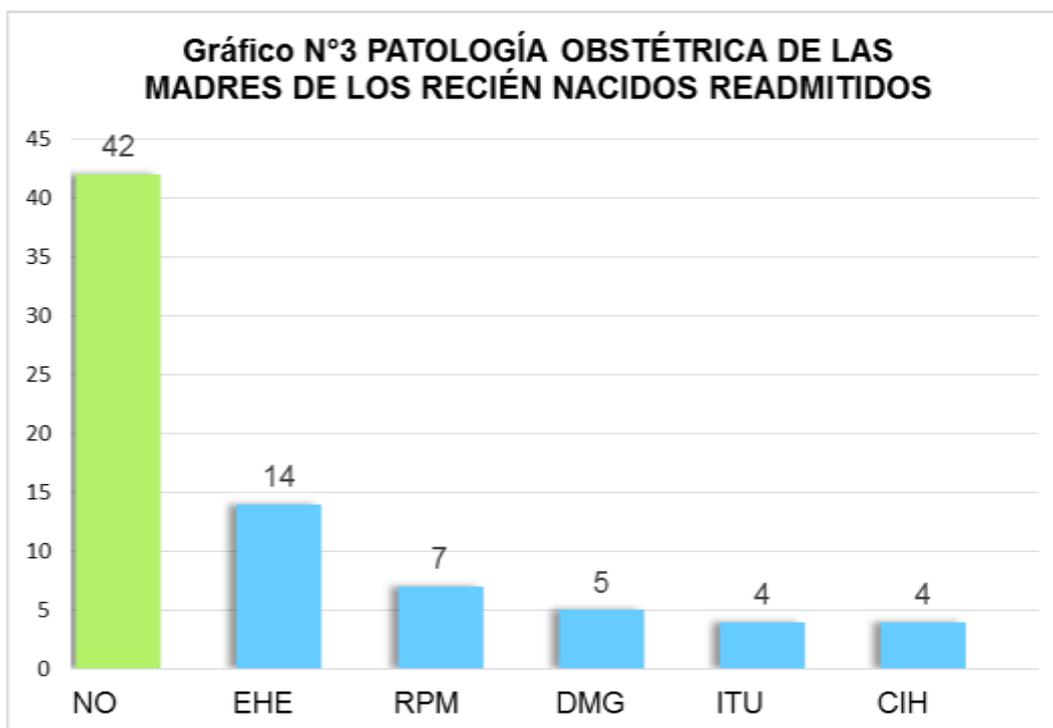
Del porcentaje que presentó comorbilidad, el 18,42% tuvo como diagnóstico Enfermedad Hipertensiva del Embarazo; seguido por Ruptura Prematura de Membranas en un 9,21% y Diabetes Mellitus Gestacional en un 6,8%; entre otras patologías asociadas se encontraron Infección Urinaria y Colestasis Intrahepática en un 5,26% cada una. (Tabla N°4) (Gráfico 3)

**Tabla N°4 PATOLOGÍA OBSTÉTRICA DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS**

Patología Obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
NO	42	55,3
EHE	14	18,4
RPM	7	9,2
DMG	5	6,6
ITU	4	5,3
CIH	4	5,3
Total	76	100,0

EHE= Enfermedad Hipertensiva del Embarazo;  
 RPM= Ruptura Prematura de Membranas;  
 DMG= Diabetes Mellitus Gestacional;  
 ITU= Infección Tracto Urinario; CIH=Colestasis Intrahepática

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.



EHE= Enfermedad Hipertensiva del Embarazo;  
 RPM= Ruptura Prematura de Membranas;  
 DMG= Diabetes Mellitus Gestacional;  
 ITU= Infección Tracto Urinario; CIH=Colestasis Intrahepática

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.

De la totalidad de recién nacidos readmitidos durante el año 2015, el 56,6% fueron de sexo masculino, y el 43,4% de sexo femenino. (Tabla N°5)

La edad gestacional promedio de los recién nacidos fue de 36,8 semanas, siendo la edad mínima de 35 semanas y la máxima de 40. (Tabla N°6)

<b>Tabla N°5 SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	33	43,4
Masculino	43	56,6
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

Según las categorías actuales en la que se clasifican a los recién nacidos por edad, los neonatos catalogados como Recién Nacidos A término temprano (37-38 semanas), fueron los que más reingresaron, constituyendo un 56,58%; seguido de los Recién Nacidos Pretérmino Tardío (34 - 36 semanas), que fueron un 36,84% del total de reingresos. Los Recién Nacidos A Término Completos (39-40 semanas) representan el 6,58%. (Tabla N°7) (Gráfico N°4)

**Tabla N°6 EDAD GESTACIONAL**

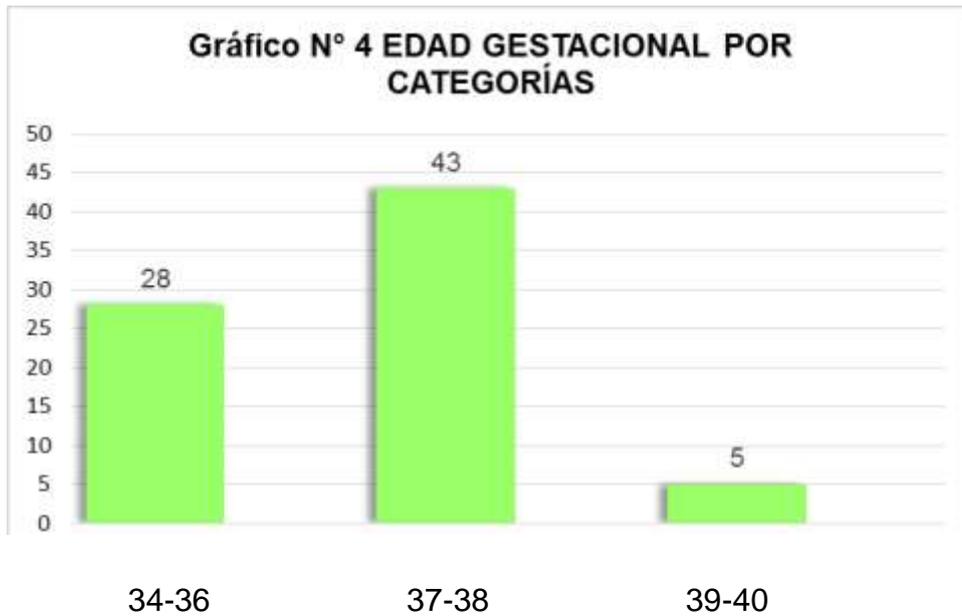
Media	36,89
Mediana	37,00
Moda	37
Desviación estándar	1,040
Mínimo	35
Máximo	40

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

**Tabla N°7 EDAD GESTACIONAL POR CATEGORÍAS**

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
34-36	28	36,8
37-38	43	56,6
39-40	5	6,6
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos



Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

Según el tipo de parto, el 57,9% de los recién nacidos readmitidos nacieron por vía vaginal, mientras que el 42,1% restante nacieron por cesárea. (Tabla N°8) (Gráfico N°5). El peso promedio de los recién nacidos readmitidos fue de 3108,12 ± 524 g. (Tabla N°9) Según la clasificación del RN de acuerdo al peso, se obtuvo que el 78,95% de los recién nacidos pesó entre 2500-3999g; seguido por los recién nacidos catalogados como Bajo Peso al Nacer (1500-2499g) quienes constituyeron el 18,42%. Los macrosómicos (peso >4000g) constituyeron la minoría (2,63%). (Tabla N°10) (Gráfico N°6)

<b>Tabla N° 8 TIPO DE PARTO</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cesárea	32	42,1
Vaginal	44	57,9
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos



Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

**Tabla N°9 PESO (g) AL NACER DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS**

Media	3108,12
Mediana	3139,00
Desviación estándar	524,341
Rango	2526
Mínimo	2170
Máximo	4696

Fuente: Propia. Ficha de recolección de datos

**Tabla N° 10 PESO (g) DE LOS RECIÉN NACIDOS EN CATEGORÍAS**

Peso - Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1,500 - 2,499	14	18,4
2,500 - 3,999	60	78,9
>=4,000	2	2,6
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.



Fuente: Propia. Ficha de recolección de datos

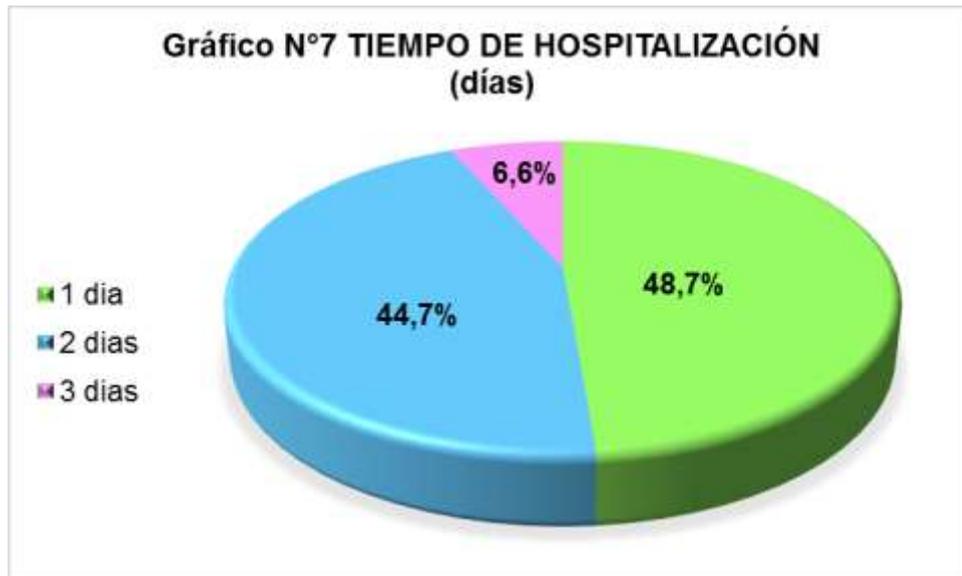
De la totalidad de recién nacidos readmitidos, el 48,68% de ellos estuvo hospitalizado en la sala de alojamiento conjunto 24 horas; el 44,74% estuvo durante 48 horas y el 6,58% 72 horas. (Tabla N°11) (Gráfico N°7)

En cuanto al tipo de alimentación que recibieron los recién nacidos se encontró que 69,7% recibió Lactancia Materna Exclusiva; el 27,6% de neonatos recibieron alimentación mixta (Lactancia Materna + Fórmula Maternizada); y el 2,6% solo Fórmula Maternizada. (Tabla N°12) (Gráfico N°8)

**Tabla N°11 TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN (días)**

Días	Frecuencia	Porcentaje
1	37	48,7
2	34	44,7
3	5	6,6
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos.



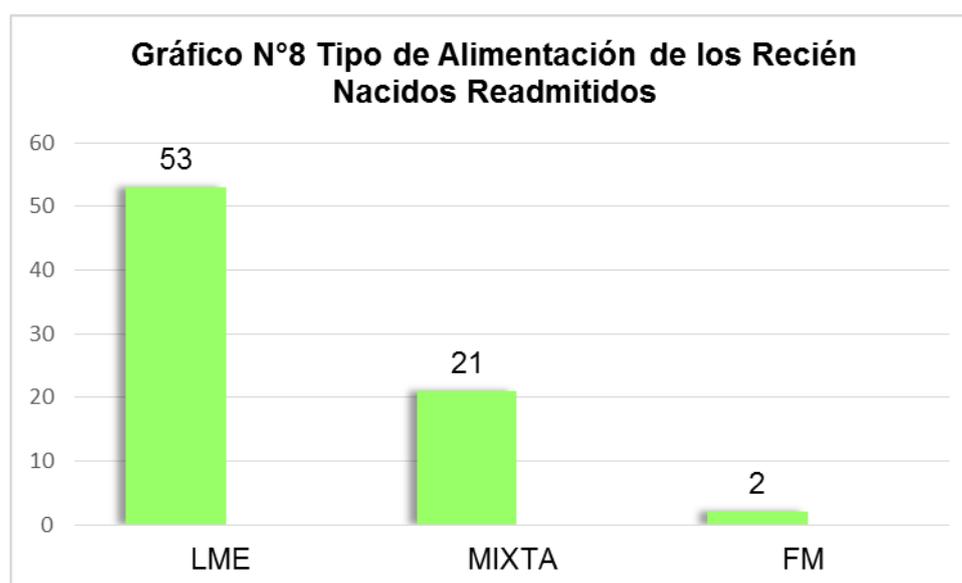
Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

**Tabla N° 12 TIPO DE ALIMENTACIÓN**

Tipo Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
FM	2	2,6
LME	53	69,7
MIXTA	21	27,6
Total	76	100,0

FM= Fórmula Materna; LME= Lactancia Materna Exclusiva

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos



FM= Fórmula Materna; LME= Lactancia Materna Exclusiva  
Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

La edad promedio de reingreso hospitalario fue de 8,5 días. (Tabla N°13) El 47,4% de los recién nacidos reingresaron entre los 4-7 días de vida; el 38,2% de recién nacidos fueron readmitidos a una edad igual o superior a los 8 días de vida; y el 14,5% de los restantes fueron reingresados a una edad menor o igual a 3 días de vida. (Tabla N°14)

<b>Tabla N° 13 EDAD DE REINGRESO (días)</b>	
Media	8,53
Mediana	6,00
Desviación estándar	6,374
Rango	25
Mínimo	2
Máximo	27

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

<b>Tabla N° 14 EDAD DE REINGRESO - GRUPOS</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<=3días	11	14,5
4-7días	36	47,4
>=8días	29	38,2
Total	76	100,0

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

Dentro de los diagnósticos de reingreso se evidenció que el 44,7% (34 casos) de los RN fueron readmitidos por Hiperbilirrubinemia. El segundo diagnóstico más frecuente fue el de Deshidratación (19,7%) constituyendo 15 casos; de los cuales 7,89% se debió a Diarrea Aguda, 7,89% se relacionó a Pobre Succión, y el resto Deshidratación no Especificada. (Tabla N°15)(Tabla N°16)

En tercer lugar se encontró el 11,8% (9 casos) que fueron readmitidos con diagnóstico de Infección o Sospecha de la misma (d/Sepsis); el 7,89% de los mismos reingresó por sospecha de infección, mientras que el 3,9% restante por intolerancia oral a descartar sepsis asociada.

En cuarto lugar de frecuencia se encuentra el 10,5% de los RN, quienes reingresaron por Emesis (Intolerancia Oral); 5,2% tuvieron como diagnóstico de reingreso Síndrome Emético sin otra especificación; 3,9% ingresaron como Emesis a descartar Hipertrófia Pilórica y un 1,3% tuvo como diagnóstico Emesis asociada a deshidratación.

Se encontró además que un 5,3% tuvo como diagnóstico de reingreso Distress Respiratorio y Sd. Febril cada uno; otros diagnósticos constituyeron el 2,6% de los reingresos. (Tabla N°15) (Tabla N°16)

<b>Tabla N° 15 PRINCIPALES DIAGNÓSTICO DE REINGRESO</b>		
<b>Diagnósticos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
DH	15	19,7
DR	4	5,3
FB	4	5,3
HB	34	44,7
IF	9	11,8
OT	2	2,6
SE	8	10,5
Total	76	100,0

DH= Deshidratación; DR= Distress Respiratorio;

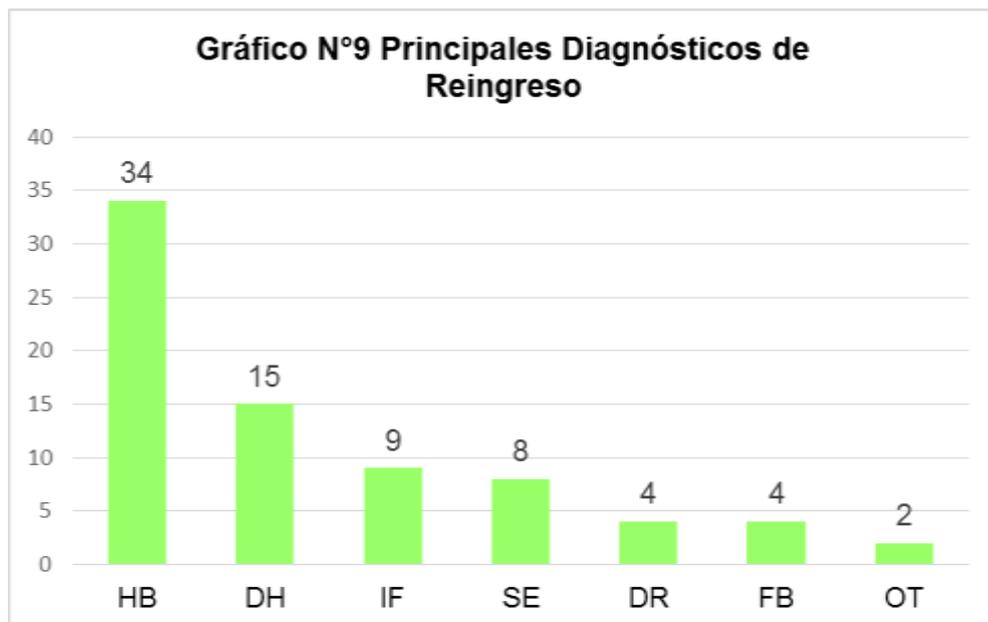
FB= Fiebre

HB= Hiperbilirrubinemia; IF=sospecha infección;

OT= Otros

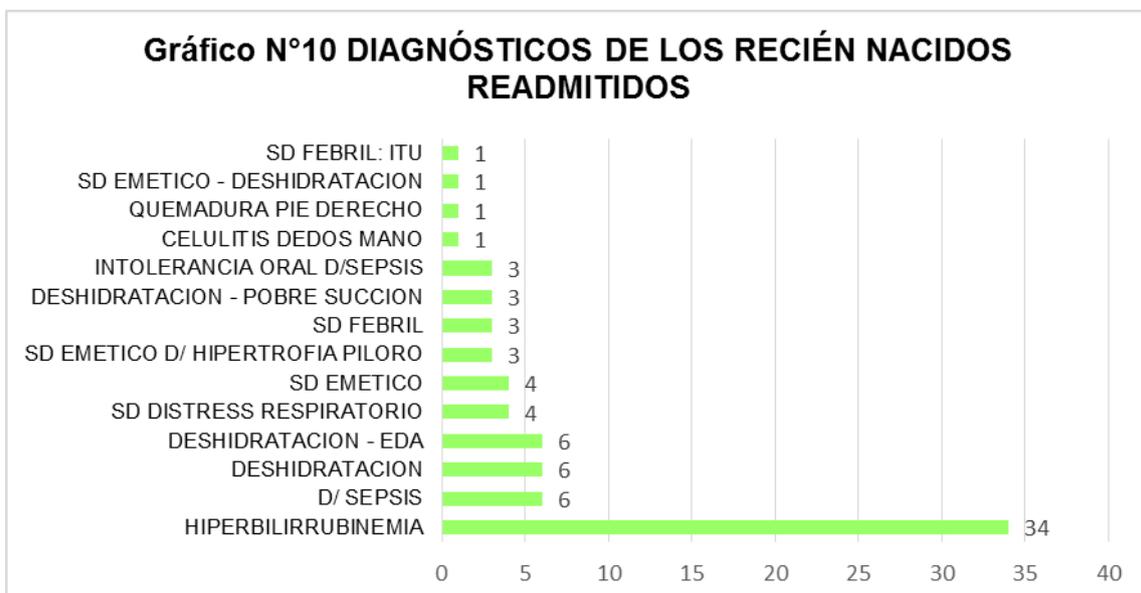
SE= Síndrome Emético

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos



DH= Deshidratación; DR= Distress Respiratorio;  
 FB= Fiebre  
 HB= Hiperbilirrubinemia; IF=sospecha infección;  
 OT= Otros  
 SE= Síndrome Emético

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos



Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

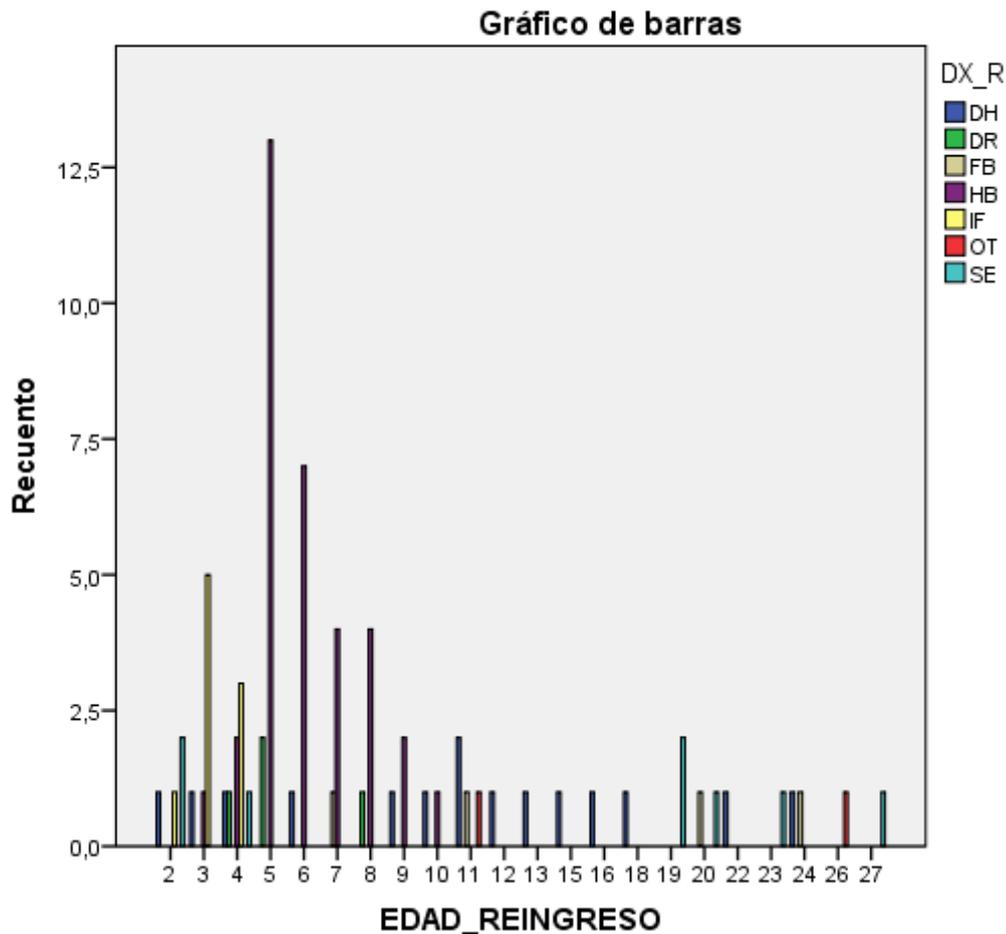
**Tabla N° 16 DIAGNÓSTICOS DE READMISIÓN HOSPITALARIA**

<b>Diagnósticos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CELULITIS DEDOS MANO	1	1,3
D/ SEPSIS	6	7,9
DESHIDRATACION	6	7,9
DESHIDRATACION - EDA	6	7,9
DESHIDRATACION - POBRE SUCCION	3	3,9
HIPERBILIRRUBINEMIA	34	44,7
INTOLERANCIA ORAL D/ SEPSIS	3	3,9
QUEMADURA PIE DERECHO	1	1,3
SD DISTRESS RESPIRATORIO	4	5,3
SD EMETICO	4	5,3
SD EMETICO - DESHIDRATACION	1	1,3
SD EMETICO D/ HIPERTROFIA PILORO	3	3,9
SD FEBRIL	3	3,9
SD FEBRIL: ITU	1	1,3
Total	76	100,0

EDA=Enfermedad Diarreica Aguda ITU= Infección Urinaria  
Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

De los recién nacidos que reingresaron con diagnóstico de Hiperbilirrubinemia la edad más frecuente de reingreso fue los 5 días de vida, constituyendo el 17,1% de los casos de reingresos a esa edad.

**Gráfico N°11 DIAGNOSTICO Y EDAD DE REINGRESO**



DH= Deshidratación; DR= Distress Respiratorio; FB= Fiebre  
 HB= Hiperbilirrubinemia; IF=sospecha infección; OT= Otros  
 SE= Síndrome Emético

Fuente: Propia. Ficha de Recolección de datos

La edad del reingreso de los recién nacidos fueron clasificados en dos grupos: los que reingresaron a la semana de vida o menos, y los que reingresaron de 8 días a más. Se hizo esta agrupación para poder realizar regresión logística y ver la asociación entre diagnóstico de reingreso y edad de reingreso. La cual salio significativa para el diagnóstico de Hiperbilirrubinemia ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,028$ ), y Deshidratación ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,028$ ). Sin embargo no hubo tal asociación para los demás diagnósticos.

De la misma manera se realizó una agrupación en cuanto a la forma de alimentación, se consideró un grupo que recibió Lactancia Materna Exclusiva y otro que recibió Alimentación Mixta (incluyendo a los que sólo recibían fórmula maternizada que fueron 2 casos). Sin embargo no se encontró asociación.

Se agrupó de forma similar a los recién nacidos según edad gestacional ( $\leq 37$  semanas: prematuros y  $\geq 38$  semanas: a término); según tiempo de hospitalización (punto de corte 48 horas), y se los comparó con los diagnósticos de reingreso sin embargo no se encontró asociaciones significativas.

<b>Tabla N°17. DIAGNÓSTICO Y EDAD DE REINGRESO</b>			
<b>Diagnósticos</b>	<b>Edad al Reingreso</b>		<b>Valor p</b>
	<b><math>\leq 7</math> días</b>	<b>8 a más</b>	
Hiperbilirrubinemia	27	7	0,028
Deshidratación	11	4	0,026
Infección d/sepsis	9	0	0,999
Síndrome Emético	3	5	0,999
Fiebre	1	3	0,667
Distress Respiratorio	3	1	0,592
Otros	0	2	0,999

Fuente: Propia. Ficha de recolección de datos. Adaptado spss23

## 5.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito identificar la prevalencia del reingreso hospitalario de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año 2015, además describir las características tanto maternas, neonatales y otras características asociadas al reingreso de los mismos.

Según los resultados ya descritos en el capítulo anterior; la prevalencia del reingreso hospitalario en el servicio de neonatología – alojamiento conjunto es de 2,89%,

Este resultado es compatible con un estudio realizado por Fajardo y Olivas en el Hospital Infantil del Estado de Sonora –México, en el cual mediante un estudio retrospectivo se encontró que la prevalencia de reingreso de recién nacidos fue del 2,2% o un caso por cada 45 egresos. (15)

Sin embargo es mucho menor que lo evidenciado por Perme y Skafar, los cuales obtuvieron una proporción de recién nacidos readmitidos en el Hospital de Slovenia en el año 2012 de 5,9%. (12)

En cuanto a las características maternas de los neonatos readmitidos, se obtuvo que la edad promedio fue de 25,01 años; estando la mayoría (82,8%) en una edad comprendida entre los 19 y 34 años. Navarro, Mendieta y cols; en un estudio prospectivo sobre reingreso hospitalario en Neonatología describieron resultados similares encontrando la edad materna promedio en 24 años. (7)

Las primigestas representaron el 20% en contraste a lo hallado en este estudio, en el cual las primíparas representaron el 52,6%. Lo cual impresiona que constituye una determinante importante ya que debido a la inexperiencia de una primera gestación los cuidados al recién nacido varían, y podría influir en el reingreso hospitalario del mismo.

La mayoría de las madres (55,26%) no presentaron patología obstétrica asociada. Del grupo que si presentó patología asociada la más frecuente fue Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) constituyendo el 18,42%.

Paul I, Lehman y cols, en su estudio sobre readmisiones neonatales prevenibles en Pennsylvania, encontraron que el 5,7% de los recién nacidos reingresados eran hijos de madres con Hipertensión Inducida

por el Embarazo; un porcentaje mucho menor a lo encontrado en este estudio. Esto se podría atribuir a la diferencia étnica y social de la población. De la misma manera la historia de Ruptura Prematura de Membranas y Diabetes Mellitus Gestacional del trabajo mencionado representaron el 5,8% y 4,9% respectivamente; mientras que en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren se encontraron con mayor frecuencia dichas patologías, constituyendo el 9,21% y 6,8%. (11)

Con respecto a las características neonatales, en nuestro medio se observó que de la totalidad de recién nacidos readmitidos durante el año 2015, el 56,6% fueron de sexo masculino, y el 43,4% de sexo femenino. Estos resultados son similares a los evidenciados por Perme y Skafar, los cuales identificaron que los recién nacidos varones tuvieron mayor frecuencia de reingreso constituyendo el 60% de los reingresos mientras que las mujeres el 40% restante. (12)

En cuanto a la edad gestacional media de los recién nacidos readmitidos esta fue de 36,8 semanas. En comparación con el estudio de Navarro, Mendieta y cols, los cuales encontraron como edad promedio 38 semanas, en nuestro medio se ve un mayor número de prematuros. (7)

Además, según la edad gestacional se dividió a los neonatos en tres grupos: aquellos entre (37-38 semanas), fueron los que más reingresaron, constituyendo un 56,58%; seguido de los recién nacidos prematuros (34 - 36 semanas), que fueron un 36,84% del total de reingresos, mientras que los recién nacidos entre (39-40 semanas) representan el 6,58%..

Estos resultados son similares a los encontrados por Young, Kent y cols durante el periodo 2000-2010 en Utah quienes en un estudio cohorte, evidenciaron que los recién nacidos entre 34 – 38 semanas, tuvieron una tasa de reingreso mayor (20,6%) con respecto a los recién nacidos entre 39-40 semanas cuya frecuencia de reingreso fue de 14,6%. (8)

Cabe resaltar que la única edad gestacional considerada en el estudio fue la determinada por el método Capurro; debido al sub registro no se logró recabar la edad gestacional obstétrica con semanas y días.

Según el tipo de parto, el 57,9% de los recién nacidos readmitidos nacieron por vía vaginal, mientras que el 42,1% restante nacieron por cesárea. Paulino, Ortiz y Verduzco en México en su investigación sobre recién nacidos readmitidos evidenciaron una mayor tasa de frecuencia de reingreso de los recién nacidos por vía vaginal (62%), mientras que los recién nacidos vía cesárea representaron el 38% restante. (14)

Uno de los factores asociados al reingreso hospitalario más estudiado es los días de hospitalización. Según la Academia Americana de Pediatría (AAP) se ha definido como alta precoz y alta muy precoz al egreso del recién nacido luego de una estancia hospitalaria de 48 y 24 horas, respectivamente, luego de un parto vaginal no complicado.

En el presente estudio, de la totalidad de recién nacidos readmitidos, el 48,68% de ellos estuvo hospitalizado en la sala de alojamiento conjunto 24 horas; el 44,74% estuvo durante 48 horas y el 6,58% 72 horas. Con los datos obtenidos se observa que más del 90% estaría considerado como Alta Precoz. (25)

En cuanto al tipo de alimentación que recibieron los recién nacidos se encontró que 69,7% recibió Lactancia Materna Exclusiva; el 27,6% de recibieron alimentación mixta (Lactancia Materna + Fórmula Maternizada); y el 2,6% solo Fórmula Maternizada. De manera similar Navarro, Mendieta y cols, evidenciaron en su investigación que la mayoría de recién nacidos readmitidos (80%), recibieron lactancia materna exclusiva y de éstos la mayoría había reingresado por hiperbilirrubinemia; mientras que el 20% restante tuvo alimentación mixta. (7)

Sin embargo en el presente estudio no se encontró asociación entre el tipo de alimentación y el diagnóstico de reingreso, esto nos conlleva a inferir que el diagnóstico de reingreso más que estar asociado al tipo de alimentación puede estar relacionado a otros factores que no se contemplaron en el estudio, tales como la técnica de lactancia.

La edad promedio de reingreso hospitalario fue de 8,5 días. El 47,4% de los recién nacidos reingresaron entre los 4-7 días de vida; el 38,2% de recién nacidos fueron readmitidos a una edad igual o superior a los 8 días de vida; y el 14,5% de los restantes fueron reingresados a una edad menor o igual a 3 días de vida.

La edad del reingreso está relacionada con el tipo de diagnóstico, ya lo mencionaron claramente Laurel B. Moyer, Neera K. Goya y cols, en su estudio realizado el 2009, donde se observó que la edad promedio de reingreso fue de 7,3 días en general; sin embargo los neonatos que reingresaron debido a hiperbilirrubinemia tuvieron como edad promedio 4,5 días de vida. (10)

En nuestro medio, la edad de reingreso también varió según el diagnóstico, se observó que de los recién nacidos que reingresaron con diagnóstico de Hiperbilirrubinemia la edad más frecuente de reingreso

fue los 5 días de vida, constituyendo el 17,1% de los casos de reingresos a esa edad. Estos hallazgos se correlacionan con la literatura mencionada en capítulos anteriores, donde se menciona que la edad más frecuente de reingreso por Ictericia Neonatal – Hiperbilirrubinemia es la primera semana de vida. Además, se evidenció la significancia de esta asociación encontrando un valor  $p < 0,05$  ( $p=0,028$ ); tanto para el diagnóstico de hiperbilirrubinemia como de deshidratación  $p < 0,05$  ( $p=0,026$ ).

En cuanto a los diagnósticos que llevaron al reingreso hospitalario se evidenció que el 44,7% (34 casos) de los recién nacidos fueron readmitidos por Hiperbilirrubinemia. El segundo diagnóstico más frecuente fue el de Deshidratación (19,7%); de los cuales 7,89% se debió a Diarrea Aguda, 7,89% se relacionó a Pobre Succión, y el resto Deshidratación no Especificada.

En las diversas series de estudios consultadas el diagnóstico más frecuente al reingreso fue el de Hiperbilirrubinemia; así lo mencionan Navarro, Mendieta y cols, quienes encontraron que el 59% de los pacientes readmitidos tuvieron ese diagnóstico. Laurel B. Moyer, Neetra K. Goyal cols, encontraron una frecuencia superior, 75% de reingresos por Hiperbilirrubinemia. A diferencia de lo observado por Fajardo Ochoa y Olivas en el Hospital de Sonora – México, quienes reportaron una que el 62% de las readmisiones neonatales se debieron a sepsis/infección, mientras que solo un 10% se debió a hiperbilirrubinemia. En nuestro medio el reingreso por una probable causa infecciosa constituyó el 11,8%. (7)(10)(15)

## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### **CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de las readmisiones hospitalarias de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto del servicio de Neonatología de la Sala de Alojamiento conjunto durante el año 2015, es de 2,89% acorde a otras serie descritas.
2. En cuanto a las características maternas se encontró que la edad promedio fue de 25,01 años, siendo el 82,8% madres entre 19 – 34 años. El 52,6% de las madres de los readmitidos eran primíparas. El 55,26% no presentó ninguna patología obstétrica, mientras que de las que presentaron patología asociada la más frecuente fue la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (18,42%).
3. De la totalidad de recién nacidos que reingresaron, el 56,6% fueron de sexo masculino el 43,4% femenino. La edad gestacional promedio fue de 36,8 semanas. Los neonatos con edad entre (37-38 semanas) fueron los que más reingresaron (56,58%), seguido de los prematuros (34-36 semanas) que constituyeron el 36,84%. El 57,9% de los neonatos nacieron por parto vaginal. El peso promedio de los readmitidos fue de 3108,12 g +- 524g.
4. El 48,68% de los recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto tuvo un Alta Muy Precoz (24 horas), mientras que el 44,75% un Alta Precoz (48 horas). El 69,7% de los readmitidos fue alimentado por Lactancia Materna Exclusiva. La edad promedio de reingreso fue de 8,5 días.
5. Los diagnósticos más frecuentes de reingreso hospitalario fueron: en primer lugar: Hiperbilirrubinemia (44,7), seguido de Deshidratación (19,7%) y sospecha de Sepsis (11,8%).
6. La edad de reingreso estuvo relacionada significativamente ( $p < 0,05$ ) al diagnóstico de reingreso, tanto para Hiperbilirrubinemia como Deshidratación.

## **RECOMENDACIONES**

1. Reforzar las actividades de orientación en cuanto al cuidado de los recién nacidos, haciendo hincapié en los signos de alarma. concientizando y capacitando adecuadamente al personal dispuesto para ello
2. Concientizar al personal de salud sobre el correcto llenado de las historias clínicas, e incentivar el uso de los código CIE 10 para un mejor registro de diagnósticos

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robayo G, Arenas A, Alfonso H, Alvarado J. Morbilidad Neonatal después del Parto De Bajo Riesgo y Pautas de Seguimiento. Revista Colombiana de Pediatría [Internet]. 2004;39(2). Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-392/pediatria39204-morbilidad/>
2. Ministerio de Salud Resolución Ministerial 828-2013/MINSA. NTS N°106 MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonata". Lima; 2015 p. 8
3. Martens PJ, Derksen S, Gupta S. Predictors of hospital readmission of Manitoba newborns within six weeks postbirth discharge: a population-based study. *Pediatrics* 2004; 114: 708-13.
4. González-Fernández T, Dautt-Leyva J, Hernández-Pérez M, Murillo-Llanes J. Prevalencia de Readmisión de Recién Nacidos de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Culiacán. *Archivos de Salud de Sinaloa* [Internet]. 2010 [cited 27 October 2015]; Vol.4 No.4:p.113-117. Available from: <http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Assin%2016%20Prevalencia%20de%20Readmisi%C3%B3n.pdf>
5. Chancúsig Martínez M. Estudio de las causas que conducen al reingreso del recién nacido a la sala de neonatología del Hospital General de Latacunga, en el primer semestre del 2013. Universidad Técnica de Ambato Facultad De Ciencias de la Salud; 2014
6. Sánchez Luna M, Pallás Alonso C, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde J, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 2009;71(4):349-361
7. Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Pediatr. (Asunción)* [serial on the Internet]. 2006 July [cited 2015 Oct 23]; 33(1): 10-14. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1683-98032006000100002&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032006000100002&lng=en).
8. Young P, Korgenski K, Buchi K. Early Readmission of Newborns in a Large Health Care System. *PEDIATRICS* [Internet]. 2013 [cited 25 October 2015];131(5):e1538-e1544. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/e1538>
9. Lain S, Roberts C, Bowen J, Nassar N. Early Discharge of Infants and Risk of Readmission for Jaundice. *PEDIATRICS* [Internet]. 2015 [cited 25 October 2015];135(2):314-321. Available from:

- <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/01/07/peds.2014-2388.full.pdf+html>
10. Moyer L, Goyal N, Meinzen-Derr J, Ward L, Rust C, Wexelblatt S et al. Factors Associated With Readmission in Late-Preterm Infants: A Matched Case-Control Study. *Hospital Pediatrics* [Internet]. 2014 [cited 27 October 2015];4(5):298-304. Available from: <http://hosppeds.aappublications.org/content/4/5/298.full>
  11. Paul I, Lehman E, Hollenbeak C, Maisels M. Preventable Newborn Readmissions Since Passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *PEDIATRICS* [Internet]. 2006 [cited 27 October 2015];118(6):2349-2358. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/6/2349.full>
  12. Perme T e. Newborn Readmissions to Slovenian Children's Hospitals in One Summer Month and One Autumn Month: A Retrospective Study. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2015 [cited 27 October 2015]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134544>
  13. Hall RT, Simon S, Smith M. Readmission of breast fed infants in the first 2 weeks of life. *J Perinatol* 2000; 20: 432-437.
  14. Domínguez C. Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente. *Revista Mexicana de Pediatría* 2003; 70: 243-4.
  15. Fajardo OF, Olivas P MR. Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2002; 19(2): 70-31.
  16. Bayoumi Y, Bassiouny Y, Hassan A, Gouda H, Zaki S, Abdelrazek A. Is there a difference in the maternal and neonatal outcomes between patients discharged after 24 h versus 72 h following cesarean section? A prospective randomized observational study on 2998 patients. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;:1-5.
  17. Aros A Sofía. Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2004 Mayo [citado 2015 Oct 18]; 75(3): 270-274. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S03704106200400300010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03704106200400300010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000300010>.
  18. Valdés Armenteros R. Examen clínico al recién nacido. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
  19. Avery G, Fletcher M, MacDonald M. Neonatología. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
  20. Spong C. Defining "Term" Pregnancy. *JAMA*. 2013;309(23):2445
  21. Guana M, Bianchi U. Enfermería ginecoobstétrica. México: McGraw-Hill; 2009
  22. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. *Protocolos de Neonatología* [Internet]. 2008 [cited 27 October 2015];(Asociación Española de Pediatría). Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2\\_2.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf)

23. Kessel W, Kiely M, Nora A, Sumaya C. Early discharge: in the end, it is judgement. *Pediatrics* 1995; 96:739-742.
24. Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995; 96:788-790.
25. Engle W, Tomashek K, Wallman C. "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk. *PEDIATRICS* [Internet]. 2007 [cited 27 October 2015];120(6):1390-1401. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1390.full>
26. Benitz W. Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants. *PEDIATRICS* [Internet]. 2015 [cited 9 November 2015];135(5):948-953. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/5/948.full-text.pdf>
27. Lema.rae.es. [Internet]. 2016 [cited 22 January 2016]. Available from: [http://lema.rae.es/drae/cgi-bin/aviso\\_dle.cgi?url=svr/search&val=readmitir](http://lema.rae.es/drae/cgi-bin/aviso_dle.cgi?url=svr/search&val=readmitir)
28. ASALE R. edad [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2016 [cited 22 January 2016]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
29. Diccionario Médico. paridad [Internet]. 2008 [cited 22 January 2016]. Available from: <http://diccionario.medciclopedia.com/p/paridad/>
30. Google.com.pe. Google [Internet]. 2016 [cited 22 January 2016]. Available from: <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=define%20parto>
31. ASALE R. sexo [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2016 [cited 22 January 2016]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
32. Diccionario Médico. edad gestacional [Internet]. 2008 [cited 22 January 2016]. Available from: <http://diccionario.medciclopedia.com/e/edad-gestacional/>
33. Romero Sánchez J, Romero González J, Picazo Angelín B, Tapia Ceballos L. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos. *AEPED* [Internet]. 1999;50. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-5-10.pdf>

ANEXOS

**ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. DATOS DE LA MADRE:						
A. EDAD:			<18	18 - 34	>34	
B. PARIDAD:	PRIMIPARA		MULTIPARA			
C. PATOLOGIA OBSTÉTRICA	NO	SI	EMFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	RPM	ITU	DIABETES GESTACIONAL
D. TIPO DE PARTO	VAGINAL		CESÁREA			
2. DATOS DEL RECIÉN NACIDO						
A. APELLIDOS:						
B. SEGURO SOCIAL:						
C. SEXO	M	F				
D. PESO AL NACER (GRAMOS)	( g)	< 1000G	1000 -<1500	1500 - <2500	>2500 < 4000	> 4000
E. EDAD GESTACIONAL (CAPURRO Y OBSTETRICA)	( sem)	Pretérmino Tardío: 34 - 36 6/7	A término temprano: 37 0/7 sem - 38 6/7 sem	A término completo: 39 0/7 - 40 6/7	A término tardío: 41 0/7 - 41 6/7	Postérmino: 42 0/7 a más
F. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	( horas)	<24 HORAS		24-48 HORAS	> 48 HORAS	
G. TIPO DE ALIMENTACIÓN	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	FORMULA MATERNIZADA	MIXTA			
3. DATOS DE LA READMISIÓN:						
A. EDAD: (DÍAS)						
B. DIAGNOSTICO DE REINGRESO:	ICTERICIA	DESHIDRATACIÓN	INFECCIÓN	OTROS:		

## ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	Readmisión Hospitalaria	Pacientes que son readmitidos en el servicio de hospitalización, tras una primera instancia hospitalaria	Pacientes que son egresados de la sala de alojamiento conjunto y son readmitidos al servicio de hospitalización de Neonatología por 24 horas o más	Recién Nacido registrado en hospitalización	Dicotómica	Cualitativa Nominal	SI NO	Ficha de Recolección de Datos
FACTORES MATERNOS	Edad	Años de vida que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años de vida de las madres de los recién nacidos readmitidos	Edad en años	Politómica	Cuantitativa De Razón Discreta	<18 18 - 34 >34	

Paridad	Número total de recién nacidos a término, pre término, abortos, e hijos vivos de una mujer	Número de gestaciones que ha tenido la madre del recién nacido readmitido	Número de Hijos de la madre del RN readmitido	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Primípara Múltipara
Patología Obstétrica	Todas aquellas manifestaciones patológicas que ocurren debido al estado de gravidez, que conllevan a un compromiso materno, fetal o ambos.	Si la paciente presentó una de las siguientes patologías: Ruptura Prematura de Membranas, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (Preeclampsia, Eclampsia, Hipertensión Gestacional), Diabetes Mellitus Gestacional	Presencia de patología obstétrica durante el embarazo	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Sí No

	Tipo de Parto	Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación	Vía de Parto por el cual nació el RN readmitido	Via de Parto	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Vaginal Cesárea
	Tipo de Alimentación	Conjunto de sustancias alimenticias que un ser vivo toma habitualmente	Alimentación que recibe el RN hospitalizado en la sala de alojamiento conjunto antes de ser dado de alta	Alimentación recibida por el RN en hospitalización	Politómica	Cualitativa Nominal	Lactancia Materna Exclusiva Formula Maternizada Alimentación Mixta
FACTORES NEONATALES	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	RN catalogados como masculino o femenino por observación de genitales externos al nacer	Identidad Sexual por visualización de genitales externos al nacer	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino

Peso al Nacer	Primera medida del peso del producto de la concepción	Peso en gramos tomado en la sala de recepción del RN	Peso en gramos	Politómica	Cualitativa Ordinal	Extremadamente Bajo Peso al Nacer (<1000g) Muy Bajo Peso al Nacer <1500g Bajo peso al Nacer <2500g >2500 y <4000g
Edad Gestacional	Término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.	Edad Gestacional calculada por método Capurro y edad gestacional obstétrica	Edad Gestacional según método Capurro calculada en la sala de partos/edad gestacional determinada por ginecólogo	Politómica	Cualitativa Ordinal	Pretérmino <37 A término 37-42 Postérmino ≥42  Pretérmino Tardío: 34 - 36 6/7 A término temprano: 37 0/7 sem - 38 6/7 sem A término completo 39 0/7 - 40 6/7 A término tardío: 41 0/7 - 41 6/7 Postérmino 42 0/7 a más

FACTOR HOSPITALARIO	Tiempo de Hospitalización	Tiempo que transcurre desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso hospitalario de un paciente	Tiempo que transcurre desde el nacimiento de un RN que es admitido en la sala de alojamiento conjunto hasta que es dado de alta del mismo	Tiempo en días	Dicotómica	Cuantitativa De Razón Discreta	<48 horas <=48 horas	
---------------------	---------------------------	--	---	----------------	------------	--------------------------------------	-------------------------	--