

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“READMISIONES HOSPITALARIAS EN RECIÉN NACIDOS EGRESADOS  
DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2010 - 2011”**

**TESIS**

**Presentada por:  
BACH. YEIME CONDORI GUTIERREZ**

**Para optar el Título Profesional de:  
MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ  
2012**



**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“READMISIONES HOSPITALARIAS EN RECIÉN NACIDOS EGRESADOS  
DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2010 - 2011”**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. YEIME CONDORI GUTIERREZ**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:

---

**Dr. Claudio Ramírez Atencio**  
*Presidente*

---

**Med. Mauro Robles Mejía**  
*Jurado*

---

**Mgr. Leonidas Chavera Rondón**  
*Jurado*

---

**Dr. Manuel Ticona Rendón**  
*Asesor*



## DEDICATORIA

*Dedicado a mi hermana Adelayda, un Ángel,  
que con su ejemplo me enseñó a luchar por lo  
que uno quiere, a culminar cada etapa que  
uno inicia, ha aprender de nuestros errores, y  
a ser mejores cada día, dando lo mejor de  
nosotros al servicio de los demás.*

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS, por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, valor, por permitirme llegar a la meta en esta gran trayectoria de mi carrera profesional.

A MIS PADRES Mencía e Hipólito, por su fortaleza y apoyo incondicional, por que confiaron siempre en mí y están junto a mí en los momentos más difíciles.

A MIS HERMANOS, Yldefonso, Robert y MI PRIMO Rómulo, por su apoyo moral, espiritual, y motivaciones a lo largo de mi desarrollo como profesional.

A MI TIO Agustín, que es y será siempre como un segundo padre.

AL DOCTOR Manuel Ticona Rendón, Pediatra - Neonatólogo, por su amabilidad, buena disposición, paciencia, y tiempo dedicado para que este trabajo culminara exitosamente.

Y a todas aquellas personas que hoy comparten conmigo este triunfo.

## **CONTENIDO**

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.2. Justificación de la investigación	5
1.2. Objetivos	7

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes	9
2.2. Fundamentos teóricos	16

### **CAPÍTULO III**

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

3.1.	Diseño de la Investigación	27
3.2.	Población	27
3.3.	Criterios de selección	28
3.4.	Técnicas e Instrumento	28
3.5.	Procesamiento y Análisis de datos	29
3.6.	Operacionalización de variables	30

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS**

Resultados	33
------------	----

### **CAPÍTULO V**

#### **DISCUSION**

Discusión	57
-----------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>76</b>
---------------------	-----------

<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>78</b>
------------------------	-----------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>80</b>
-----------------------------------	-----------

<b>ANEXOS</b>	<b>87</b>
---------------	-----------

## RESUMEN

**Introducción:** La readmisión neonatal es un tema muy importante por representar un problema para el niño, la familia, y el sistema de salud. La readmisión hospitalaria de los recién nacidos debe ser examinada desde el punto de vista de prevención de enfermedades.

**Objetivo:** Identificar la readmisión hospitalaria, características maternas y perinatales, además de la mortalidad de recién nacidos readmitidos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante el periodo 01 de Enero del 2010 y 31 de Diciembre del 2011 que incluyo todos los recién nacidos egresados del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y que fueron readmitidos en los primeros 28 días de vida.

**Resultados:** La frecuencia de readmisión fue de 1,7%. La edad promedio materna fue de 26,6 años, siendo madres adolescentes ( $\leq 19$  años) 10,5%, de estado civil conviviente (71%), con grado de instrucción secundaria (58,1%), sin ocupación (65,3%), primíparas (44,4%), en un 85,5% no presentaron patología de embarazo seguida de un 7.3% presentó infección del tracto urinario, con más de 6 controles prenatales (70,2%), siendo éste precoz (58,9%), el 61,3% tuvieron parto vaginal y el 38,7% cesárea. De los 124 recién nacidos readmitidos fueron

de sexo masculino 50,8% y de sexo femenino 49,2%, el promedio del peso al nacer fue de 3503,6 gr (1040-5200 gr), y APGAR alto (7-10), el 93,5% fueron a términos (37 a 41 sem) y el 78,2% con adecuado peso para la edad gestacional. Al Alta 74,2% recibieron lactancia materna exclusiva, el 45,2% presentó una pérdida de peso entre 5-10%, el tipo de egreso temprano se registró en un 28,2% y tradicional en 23,4%, con diagnóstico de RN sano en un 64,5% al alta. En la readmisión: el 65,3% provienen de emergencia y el 29% de consultorio, la edad de reingreso fue mayor de 7 días en un 54,2%, el tiempo de hospitalización promedio fue de 3-5 días en un 62,1%. El diagnóstico de readmisión predominante fue: Deshidratación Hipernatrémica 47,6%, Infecciones 18,5%, Hiperbilirrubinemia 13%, Síndrome de dificultad respiratoria 4,8%, Sepsis bacteriana 4% y Malformaciones congénitas 4%. Además se registró una mortalidad de 3,2%.

**Conclusiones:** La incidencia de readmisión fue de 17,3 por 1 000 RN. La estancia menor de 24 horas no se asoció con las readmisiones. Las causas de readmisión más frecuentes son deshidratación hipernatrémica, infecciones e hiperbilirrubinemia. La tasa de mortalidad neonatal es de 3,2 por cada 100 readmisiones, principalmente causados por malformaciones congénitas.

**Palabras clave:** *Readmisión hospitalaria, Recién Nacido, Deshidratación, Mortalidad, Sepsis*

## ABSTRACT

**Introduction:** Neonatal readmission is an important issue because it represents a problem for the newborn, family, and health system. Hospital readmission of newborns should be examined from the standpoint of disease prevention.

**Objective:** To identify hospital readmission, maternal and perinatal characteristics, mortality as well as newborn readmitted.

**Material and methods:** A retrospective, observational and descriptive from 1 January 2010 and December 31, 2011 that included all newborns from the Service of Neonatology of "Hipolito Unanue" Hospital of Tacna and who were readmitted within 28 days of life.

**Results:** The readmission rate was 1,7%. The average maternal age was 26,6 years, with teenage mothers ( $\leq 19$  years) 10,5%, common law marriage (71%), grade of secondary education (58,1%), with no occupation (65,3%), primiparous (44,4%), 85,5% had no pathology of pregnancy followed by a 7,3% who had urinary tract infection, with more than 6 prenatal check-ups (70,2%), being this early (58,9%), 61,3% had vaginal childbirth. Of the 124 newborns readmitted were male 50,8% and 49,2% female, average birth weight was 3503,6 g (1040-5200 g), with higher APGAR (7-10). 93,5% were on terms (37 to 41 weeks) and

78,2% with adjusting weight for gestational age. At discharge 74,2% were exclusively breast feeding, 45,2% presented a weight loss between 5-10%, the rate of early discharge was recorded in 28,2% and traditional in 23,4%, 64,5% were diagnosed healthy newborns at discharge. The readmission: 65,3% come from emergency, the age of readmission was more than 7 days in 54,2%, and the average hospital stay was 3 to 5 days in 62,1%. The predominant readmission diagnosis was: hypernatremic dehydration 47,6%, infections 18,5%, hyperbilirubinemia 10,3%, respiratory distress syndrome 4,8%, bacterial sepsis 4% and congenital malformations 4%. Also registered a mortality frequency of 3,2%.

**Conclusions:** The incidence of readmission was 17,3 per 1 000 newborns. The stay of less than 24 hours was not associated with readmissions. The most common causes of readmission are hypernatremic dehydration, infections, and hyperbilirubinemia. Neonatal rate mortality is 3,2 per 100 readmissions, mainly caused by congenital malformations.

**Keywords:** *Hospital readmission, Newborn, Dehydration, Mortality, Sepsis*

## INTRODUCCION

El periodo de recién nacido (RN) constituye un especial desafío para el pediatra, debido a la inespecificidad y labilidad con que el recién nacido reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar.<sup>1</sup> Es en este periodo de la vida que cobra especial importancia la premisa fundamental de confiar en la madre.

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.<sup>2</sup> La readmisión hospitalaria de los recién nacidos debe ser examinada desde el punto de vista de prevención de enfermedades.<sup>3</sup>

Las causas de readmisión hospitalaria de los RN son variadas, entre ellas, las citadas con mayor frecuencia son: edad materna,

---

<sup>1</sup> Aros AS. **Consulta del recién nacido en el servicio de urgencias.** Rev chil Pediatr 2004; 75: 270-4

<sup>2</sup> Navarro E y Cols. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto.** Arch Pediatr Urug (Asunción) 2008; 79(1): 86-18

<sup>3</sup> 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.

nuliparidad, variación geográfica, situación socioeconómica, partos de pre término, nacimientos por parto cesárea y el alta temprana, que en la actualidad es considerada una causa o factor determinante para la readmisión.

El reconocimiento de la existencia de patologías del RN que pueden pasar por alto en el alojamiento conjunto, en situación de alta temprana, que es una práctica frecuente en algunos centros hospitalarios del país, podrían permitir mejorar la atención de la madre y el hijo, 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 sin aumentar costos.<sup>4</sup>

El objetivo del presente estudio es conocer las características maternas, características neonatales, las causas de reingreso hospitalario, y la mortalidad de una población de recién nacidos readmitidos en el primer mes de vida.

---

<sup>4</sup> Romero Sánchez J y Cols. **Alta hospitalaria temprana en recién nacidos**. An Esp Pediatr 1999; 50: 479-84

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### 1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 de nacidos.<sup>5</sup>

La Academia Americana de Pediatría considera como egreso temprano aquél en el que el neonato egresa a su casa en las

---

<sup>5</sup> Islas DLP, Ortiz AR, Verduzco GM. **Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70(5): 243-18

primeras 48 horas de vida extrauterina y califica como “muy temprano” el que se da en 24 horas o menos de que el niño nace por vía vaginal. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), durante la última década, se conocen, coloquialmente, estos egresos como “partos de paso” o “Mc parto”, haciendo notar la rapidez con la que ocurre su breve estancia hospitalaria.<sup>6</sup> Una consecuencia del egreso temprano ha sido el incremento en el número de neonatos que reingresan al hospital en sus primeros 28 días de vida.

En el hospital donde se realiza el presente estudio, tiene como criterios de alta hospitalaria a partir de las 24 horas para un parto vaginal y de 72 horas para un parto por cesárea, por lo que se cree conveniente conocer las causas y características de las readmisiones hospitalarias de los recién nacidos atendidos en este hospital.

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

---

<sup>6</sup> Thilo E, Townsend S, Merenstein G. **Historia de la política y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal.** *Clín de Perinat* 1998; 25(2): 281-7.

¿Cuáles son las características de las readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados del Servicio de Neonatología, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2010 – 2011?

### **1.1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En 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, temblores, 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 se ha disminuido a menos de 24 horas de edad, sin cumplir ningún tipo de seguimiento médico en estos neonatos egresados de forma temprana.

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, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna no contamos con estudios sobre la caracterización que conlleva a la readmisión hospitalaria, en este sentido cabe el aportar información sobre la relación existente entre el tiempo de estadía hospitalaria del neonato sano en el servicio de maternidad con la atención médica y de enfermería que esto implica; y la aparición de patologías posterior al alta, en dos modalidades de egreso (temprano y tradicional), puede constituir un instrumento de

orientación en el diseño de pautas de hospitalización materno infantil dirigidas a mejorar la atención del neonato y disminuir las complicaciones inherentes a esta etapa de la vida, procurando satisfacer la demanda hospitalaria sin afectar la calidad de la atención prestada.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. GENERAL**

- Identificar las readmisiones hospitalarias de recién nacidos egresados del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2010 – 2011

### **1.2.2. ESPECÍFICOS**

- Medir la incidencia de readmisión del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue.
- Conocer las características maternas de los recién nacidos readmitidos del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue.

- Conocer las características neonatales de los recién nacidos readmitidos del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue.
- Identificar las causas que dan lugar a la readmisión de neonatos que egresaron del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue.
- Identificar la tasa y causas de mortalidad de los recién nacidos readmitidos del Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Madden y colaboradores, reportan en el año 2002, en el artículo EFECTOS DE UNA LEY CONTRA EL EGRESO TEMPRANO POSTPARTO EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, SUS EFECTOS ADVERSOS, Y GASTOS DE LA OMS, año 2002, que a pesar de no haber consenso mundial en cuanto al tiempo de hospitalización en el posparto de los recién nacidos de bajo riesgo, está establecido que a menor estancia hospitalaria el seguimiento temprano de los pacientes se hace de vital importancia.<sup>7</sup>

En México, Islas y colaboradores, en el artículo titulado CAUSAS DE REINGRESO A UN HOSPITAL DE RECIÉN NACIDOS EGRESADOS TEMPRANAMENTE año 2003; Se obtiene que los recién nacidos egresados antes de las 36 horas tuvieron mayor

---

<sup>7</sup> Madden JM y cols. **Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures.** N Engl J Med. 2002 Dec 19; 347(25): 2031-8.

riesgo de readmisión. Los motivos de reingreso fueron: hiperbilirrubinemia, deshidratación hipernatrémica y septicemia neonatal. Su promedio de edad fue de 72 horas. Por lo que se concluye que los motivos de readmisión en neonatos que egresan tempranamente, encontrados en este estudio, son similares a los informados en otros estudios pero hay diferencias en cuanto a la edad al reingresar, la concentración de bilirrubina y factores socioeconómicos de las familias.<sup>5</sup>

Maldonado J MC., en su Tesis EVALUACION DE DOS MODALIDADES DE EGRESO (TEMPRANO Y TRADICIONAL) EN RECIEN NACIDOS SANOS COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA EL REINGRESO EN EL PERIODO NEONATAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA" año 2006, concluye en que las causa principal de reingreso para ambos grupos fue Ictericia multifactorial, con 43,7% de los casos de egreso temprano y 45% de egresos tradicionales, lo cual coincide con estudios de morbilidad neonatal de Martín en Colombia 1998, y Figeras en España 2001, llama la atención 5 casos de ingresos por sospecha de Sepsis neonatal (21,6%) para el grupo de egreso

---

<sup>5</sup> Islas DLP, Ortiz AR, Verduzco GM. **Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70(5): 243-18

temprano en comparación con 1 caso (5%) del grupo de egreso tardío; sin embargo no hubo confirmación por cultivos del germen involucrado en ninguno de los casos, egresando como Sepsis no documentadas con evolución satisfactoria posterior a recibir antibioticoterapia según pautas del Hospital Pediátrico “Agustín Zubillaga”. La Estancia Hospitalaria (tiempo de permanencia bajo hospitalización en neonatos reingresados) para ambas modalidades de egresos estudiados fue de 0 a 7 días, lo que se corresponde con las estadísticas de dicho centro que plantea como tiempo 9 días de hospitalización para neonatos enfermos.<sup>8</sup>

En México, Fajardo Ochoa Francisco, Olivas Peñuñuri María Remedios en su artículo, REHOSPITALIZACIÓN AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HIES año 2002. La prevalencia de Rehospitalización fue del 2,2% o un caso por cada 45 egresos. Variables maternas: Edad promedio fue de 23,5 años, siendo madres adolescentes (19 años) 40 (33%), de la ciudad de Hermosillo, Sonora el 70%, ocupación en el hogar el 89%, con educación básica el 81%, con control médico prenatal el 44%, con

---

<sup>8</sup> Maldonado J MC. **Evaluación de dos modalidades de egreso (temprano y Tradicional) en recién nacidos sanos como factor predisponente para el reingreso en el periodo Neonatal.** Hospital universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto 2006 Trabajo presentado para optar al grado de Especialista.

infecciones genitourinarias el 20%. Factores perinatales y neonatales: Recién nacidos fueron 122 (100%), nacidos en el HIES 93 (76%), masculinos 75 (61%), femeninos 47 (39%), con relación 1.6:1, con asfixia perinatal 25 (20%), peso promedio de 2,623 gr. (rango 1,150 gr. - 4,225 gr.), con bajo peso < 2,500 gr. 57 (47%), de término 67 (55%), prematuros 55 (45%), eutróficos 111 (91%). Del segundo periodo: Número de casos por grupo; Grupo 1) n = 17 (14%), Grupo 2) n=38 (31%), Grupo 3) n=23 (19%) y Grupo 4) n=44 (36%). Los principales diagnósticos de egreso fueron: Grupo 1) Sepsis/infección 6,5%, pobre alimentación 4,0% e hiperbilirrubinemia 2,5%, Grupo 2) Neumonía 12%, Sepsis/infección 10%, pobre alimentación 5%, anemia 4% e hiperbilirrubinemia 2,5%, Grupo 3) Sepsis/infección 10%, pobre alimentación 8% e hiperbilirrubinemia 2,5%, Grupo 4) Sepsis/infección 12%, neumonía 11,5%, malformaciones 8%, anemia 3% e hiperbilirrubinemia 2,5%. Estancia re hospitalaria promedio general fue de 7 días y la mortalidad del 3%. Por lo que concluyen en que la frecuencia de Rehospitalización y mortalidad fueron bajas, y las infecciones, la pobre alimentación y la hiperbilirrubinemia fueron las causas más frecuentes.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2002; 19(2): 70-31.

En México, Jonguitud y colaboradores, en el artículo; READMISIONES HOSPITALARIAS EN RECIEN NACIDOS EGRESADOS DE UNA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, año 2003, egresaron del servicio de Alojamiento Conjunto 3 687 recién nacidos. Se readmitieron 61 pacientes con 6 fallecimientos. La frecuencia de readmisiones fue de 16/1000. Los diagnósticos más frecuentes fueron: hiperbilirrubinemia, deshidratación e infecciones. No se encontraron diferencias entre el grupo de pacientes readmitidos y los no readmitidos respecto a edad materna, estado civil, procedencia, escolaridad y número de gestaciones. Tampoco se encontraron diferencias respecto a la edad gestacional, peso al nacer, valoración de Apgar a los 5 minutos y sexo. Egresar antes de las 24 horas de vida no mostró ser un factor de riesgo para el recién nacido respecto a ser readmitido. Se encontraron como factores de riesgo el nacimiento por cesárea y la falta de control prenatal, concluyendo en que la frecuencia de readmisiones es comparable a la reportada en la literatura.<sup>10</sup>

Por otro lado, en Uruguay, Navarro E, y colaboradores, en el artículo READMISIONES HOSPITALARIAS EN RECIÉN NACIDOS

---

<sup>10</sup> Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-19.

EGRESADOS DE UNA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, año 2008, obtienen un total de 51 recién nacidos (RN) readmitidos, con un promedio de edad materna 24 años (16-41), 76% de las madres presentaron CPN (control prenatal) suficiente, en el grupo de pacientes readmitidos el 40% tuvieron CPN insuficientes y 30% en el límite (4). El 57% (29/51) nuligesta, 20% primigesta, nacieron por cesárea el 52% de los RN. Peso de nacimiento promedio 3189 g. DS +/- 593, edad gestacional promedio 38 semanas DS +/- 2, 41% fueron RN casi de término y limítrofe (35-37 sem), 63% masculinos, el 100% presentaron Apgar de 8/9. Edad media al alta 3 días +/- 1, el 100% con lactancia materna exclusiva, días de vida al reingreso 9,3 +/- 4. Los diagnósticos principales fueron: hiperbilirrubinemia 59%, de los cuales el 90% fue sin incompatibilidad y sin hemólisis, el 99% requirió sólo luminoterapia y un paciente exanguinotrasfusión. El 18% reingresó por mala técnica alimentaría, el 16% (8) con diagnóstico de malformaciones congénitas mayores, dos pacientes fallecieron, constituyendo el 3.9% del total, por lo que se concluye en que las causas de readmisión hospitalaria en este grupo de RN fueron hiperbilirrubinemia y mala técnica alimentaría; la gravedad de

la readmisión se asoció a diagnóstico de infecciones y malformaciones congénitas.<sup>2</sup>

Según Sánchez Campos, en su Tesis HALLAZGOS PERINATALES DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME 2002 – 2003, concluye en que las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes constituyendo la adolescencia un factor de riesgo para la presencia de morbilidad en el neonato. Se encontró con mayor frecuencia el desarrollo de hipoglicemia y sepsis neonatal como causas principales de morbilidad neonatal en el grupo de neonatos de madres adolescentes.<sup>11</sup>

Asimismo, es importante evaluar con rigor el ambiente y hábitat donde el niño va a vivir y en los casos de insuficiencia procurar, por los servicios sociales, establecer las actuaciones pertinentes.

---

<sup>2</sup> Navarro E y Cols. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto.** Arch Pediatr Urug (Asunción) 2008; 79(1): 86-44

<sup>11</sup> Sánchez Campos M. **Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003.** Tesis para obtener el Título Profesional de Pediatría Lima 2004

El impacto del alta en el ámbito familiar, dependerá en gran parte de la vivencia de los padres durante la fase prenatal y de hospitalización, ya que la influencia de las informaciones recibidas en esta etapa y de cómo hayan sido transmitidas, van a ser decisivas en todo el proyecto familiar y condicionan las respuestas familiares a las necesidades del niño, como en el caso de la adolescencia, que por sí misma se constituye en un factor de riesgo para el futuro ser en la medida que afecta su crecimiento intrauterino adecuado y por lo tanto conlleva a mayor riesgo de morbilidad en el periodo neonatal.

## **2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **2.2.1. BASES TEÓRICAS**

El acto de nacer implica una transición brusca desde el ambiente quieto y tibio del vientre materno, con un suministro continuo de alimento y calor, a un nuevo medio extrauterino frío y pleno de nuevas exigencias para el neonato y su madre. En el breve plazo de unos días, el niño debe cumplir este tránsito exitoso a la vida extrauterina, y la

familia debe ajustarse para el cuidado de su recién nacido en el hogar.<sup>12</sup>

La OMS en 1995 Define Recién Nacido a Término (RNAT), como niño producto de un embarazo controlado, sin complicaciones, hijo de padres sanos, de 37 a 41 semanas de gesta y con un peso adecuado a la edad gestacional,<sup>13</sup> el Comité de estudios feto-natales de la Academia Americana de Pediatría en su publicación del año 2002 agrega las siguientes condiciones para clasificar como sano a los RNAT: producto de parto normal o cesárea cuyo único motivo haya sido la cesárea anterior, Apgar > 5 al minuto y/o > 7 a los 5 minutos, Rotura Prematura de Membranas < 12 horas, adecuadamente alimentado, con pérdida de peso de < 10% a las 72 horas, y con evolución normal en el período neonatal inmediato, sin malformaciones ni incompatibilidad sanguínea.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Furzan, JA. **Egreso precoz del recién nacido**. Arch Venez Puer Ped. Sep. 2007; Vol 70 (3): 89 - 96.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. Ministerio de salud y Acción social de Argentina – Subsecretaría de Salud: “**Manual de adiestramiento Programa Madre y Niño feliz**”. Serie 9 Nro 2. Bueno Aires, Argentina 2002.

<sup>14</sup> Academia Americana de Pediatría. Comité de Estudios Fetoneales (CEFEN): **Atención hospitalaria en neonatos a términos**. Pediatría 1995; 96:788.

La academia americana de pediatría ha definido como alta temprana y alta muy temprana, al egreso del recién nacido luego de una estancia hospitalaria de 48 y 24 horas, respectivamente, luego de un parto vaginal no complicado.

**Consideramos para el presente estudio:**

Determinar el tipo de egreso según el número de horas de estancia hospitalaria según recomendaciones de la OMS en 1995 de la siguiente manera:

**Egreso Temprano en Recién Nacidos:** Es aquel que ocurre en las primeras 24 horas de edad o antes teniendo como promedio 20,6 horas de vida

**Egreso Tradicional en Recién Nacidos:** Es aquel que se cumple luego de 24 horas de edad con un tiempo máximo de 48 horas.<sup>15</sup>

**Egreso Tardío en Recién Nacidos:** Es aquel que ocurre luego de las 48 horas de edad

---

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. **“Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud”**. Décima Revisión, 1992. Publicación Científica Nro.554. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. EEUU, 1995.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su boletín 554 del año 1995 expone que de hacer un pool de neonatos teniendo en cuenta la patología que puede sufrir, se estima que un 7 a 10 por 1.000 tendrán seguramente la manifestación de una enfermedad genética antes del año, con un alto riesgo de morir o enfermar en el primer mes de vida, las cifras varían en los diferentes países y dentro de un mismo país, de acuerdo con el nivel socioeconómico y condiciones asistenciales disponibles.

El lapso que debe permanecer bajo observación médica hospitalaria un neonato con bajo riesgo de tener alguna complicación es discutido y debatido a nivel mundial.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en 1995, promulga la estancia hospitalaria de recién nacidos sanos de bajo riesgo como de 48 horas después de un parto vaginal y de 96 horas tras una cesárea.

La OMS en el año 2002, dentro del programa madre y niño feliz, promotor de la lactancia materna, afirma que el

egreso debe cumplirse a las 48 horas de vida en neonatos sanos de bajo riesgo alojados en maternidades en conjunto con sus madres para facilitar vigilancia médica, asesoría de la técnica de lactancia, y disminución de reingreso por ictericia neonatal, deshidratación hipernatrémica, sepsis, e hipoglicemia, lo cual se corresponde con los objetivos del Programa de hospitales “ Amigos de Lactante” desarrollado por la UNICEF desde 1991

## **2.2.2. CRITERIOS PARA EGRESO DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA:**

### **Criterios Clínicos**

1. Recién nacidos a término de peso apropiado para la edad de gestación.
2. Normalidad en el examen clínico antes del alta. El examen debe ser registrado por escrito en la historia clínica.
3. Capacidad de mantener la homeostasis térmica estando en una cuna abierta y vestido de forma apropiada.
4. Normalidad de los signos vitales: frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

5. Capacidad de alimentarse por vía oral y coordinar adecuadamente la succión, la deglución y la respiración mientras se alimenta.
6. Al menos una micción y deposición antes del alta.
7. No ictericia significativa en las primeras 48 h de vida.
8. Acceso de los padres a resolver cualquier duda respecto a los cuidados del niño.

### **Criterios Sociales**

1. Posibilidad de evaluación pediátrica del niño entre los 7 y los 15 días de vida. En la medida de lo posible esta evaluación debería ser realizada entre las 48 y 72 horas después del alta.
2. Ausencia de factores de riesgo familiar, social o medioambiental como son: abuso materno de drogas o antecedentes de maltrato infantil o negligencia; historia de violencia familiar particularmente durante el embarazo actual; enfermedad mental en uno de los padres o ausencia de domicilio; madre adolescente, en particular si es primípara y soltera o no tiene apoyos familiares o sociales.

### **Criterios de laboratorio**

Cribado endocrino metabólico establecido; serología materna para sífilis y hepatitis examinada y documentada; si la madre posee el grupo O positivo, se conocerá el resultado del test de Coombs directo. En su defecto, se dispondrá de sangre de cordón o neonatal para un rápido estudio en caso de que sea preciso.

### **2.2.3. EGRESO NEONATAL TEMPRANO Y TARDÍO:**

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 aun una hospitalización mayor de dos días sea insuficiente para completar estos objetivos. Las permanencias institucionales

largas y cortas tienen sus beneficios y desventajas.<sup>16</sup> Una estancia prolongada, el tiempo de la cual no está claro incluso para aquéllos que la promueven<sup>17</sup>, tiene las ventajas descritas en el Cuadro 1.

<b>Cuadro 1. Beneficios del egreso neonatal tardío (&gt; 48 horas)</b>
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Descanso y recuperación de la madre.</li><li>• Inicio de la lactancia materna bajo la guía de profesionales de salud.</li><li>• Educación de los padres sobre cuidado neonatal básico y signos de alarma.</li><li>• Supervisión clínica del niño en búsqueda de enfermedades orgánicas de presentación clínica mas allá de las 48 horas.</li><li>• Cumplimiento de inmunizaciones.</li><li>• Realización de pruebas metabólicas obligatorias.</li><li>• Menor ansiedad materna.</li></ul> |
|---|

Es probable que el mayor atributo general de esta permanencia extendida sea el que la madre y su niño disfruten de una supervisión profesional de todas sus necesidades de adaptación.

---

<sup>16</sup> Lock M, Ray JG. **Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: are we sending newborns home too early?** CMAJ 1999; 161:249-253.

<sup>17</sup> Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. **Infant mortality and early postpartum discharge.** Obstet Gynecol 2000; 96:183-188.

Su principal dificultad es el incremento de los costos de atención y la falta de disponibilidad de camas maternas en hospitales con una elevada cantidad de nacimientos.

Por otro lado, los proponentes del egreso temprano plantean que esta modalidad de asistencia es confiable en la mayoría de nacimientos de bajo riesgo, y además, provee beneficios médicos y psicoemocionales.<sup>18</sup> (Cuadro 2).

<b>Cuadro 2. Beneficios del egreso neonatal temprano</b>
--

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Conformación del nacimiento como un acto natural, no médico.</li><li>• Rápida vuelta al ambiente hogareño y menor entorpecimiento de la vida familiar.</li><li>• Menor probabilidad de intervenciones en el neonato.</li><li>• Reducción en los gastos de atención.</li><li>• Mayor éxito de la lactancia materna exclusiva.</li><li>• Facilitación del establecimiento del nexo madre-niño por la mayor satisfacción de la madre como cuidadora principal.</li></ul> |
|---|

A pesar de ello, la práctica colectiva del alta temprana, sin considerar las circunstancias individuales de cada parturienta, puede traer algunos riesgos.<sup>16</sup> (Cuadro 3).

<sup>18</sup> Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. **Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding.** Acta Paediatr Scand 1987; 76: 727-732.

<sup>16</sup> Lock M, Ray JG. **Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: are we sending newborns home too early?** CMAJ 1999; 161:249-253.

Es destacable que la complicación neonatal más relevante asociada al egreso temprano es la hiperbilirrubinemia excesiva, especialmente en neonatos prematuros tardíos o con factores de riesgo desapercibidos para hemólisis.<sup>19</sup>

<b>Cuadro 3. Riesgos posibles del egreso neonatal temprano</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Retardo en el inicio o cese prematuro de la lactancia materna.</li><li>• Deshidratación y alimentación precaria.</li><li>• Ictericia y kernicterus.</li><li>• Derivación hacia la familia de al responsabilidad de identificar señales clínicas de enfermedad en el niño.</li><li>• Falta de detección de anomalías congénitas.</li><li>• Inmunizaciones incompletas o retardadas.</li><li>• Falla en cumplir la pesquisa metabólica.</li><li>• Aumento de la ansiedad y el estrés materno.</li><li>• Mayor tasa de readmisión hospitalaria durante el primer mes.</li><li>• Mayor riesgo de muerte dentro del primer año de vida.</li></ul>

La prevalencia de recién nacidos prematuros tardíos, aquellos cuya edad gestacional oscila entre 35 y 37 semanas, ha aumentado en todo el mundo, en parte por la

---

<sup>19</sup> American Academy of Pediatrics. **Subcommittee on Neonatal Hyperbilirubinemia. Neonatal Jaundice and Kernicterus.** Pediatrics 2001; 108:763-765.

gran frecuencia de cesáreas electivas hechas antes de las 39 semanas de gestación.<sup>20</sup>

El niño prematuro tardío frecuentemente es cuidado en el área de alojamiento conjunto como si fuera un neonato sano, cuando en realidad su vulnerabilidad aumentada lo expone a ictericia extrema, deshidratación, problemas de alimentación y mala adaptación conductual.<sup>21</sup>

El envío a casa de un niño con estas peculiaridades lo coloca en una situación de riesgo que, frecuentemente, pasa inadvertida en el trajín diario del hospital. La otra complicación factible de no ser detectada con una estadía muy corta, se refiere a las anomalías congénitas que tardan más de 48 horas en dar signos de presentación. En especial, esto concierne a la mala rotación intestinal y a las cardiopatías congénitas dependientes del conducto arterioso.

---

<sup>20</sup> Fuchs K. **Elective caesarean section and induction and their impact on late preterm births.** Clin Perinatol 2006; 33(4):793-801.

<sup>21</sup> Watchko JF. **Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant.** Clin Perinatol 2006; 33 (4):839-852.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente, es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

#### **3.2. POBLACIÓN**

Está constituida por todos los neonatos que fueron readmitidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que cumplan con los criterios de inclusión, durante el año 2010 y 2011, siendo un total de 124 casos de readmisión hospitalaria.

### **3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

Todos los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, readmitidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo comprendido del año 2010 - 2011.

#### **Criterios de Exclusión**

Recién Nacidos que fueron trasladados a otra institución

Recién Nacidos egresados por alta voluntaria

Recién Nacidos mayor de 28 días de vida extrauterina

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Se realizaron las coordinaciones respectivas con las autoridades del Hospital Hipólito Unanue para tener acceso a la oficina de archivo de historias clínicas y estadística.

La información se obtuvo del libro de Registros de Nacimientos del Servicio de Neonatología, se consiguió el número

de Historia Clínica con sus respectivos apellidos del recién nacido de todas las readmisiones registradas en el libro para su posterior observación. Se revisaron las historias clínicas de las readmisiones, consignando la información a través del llenado de nuestra ficha de recolección de datos (Anexo 02), a partir de la Historia Clínica del neonato así como de la Historia Clínica Perinatal (Anexo 01).

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Luego se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS para realizar el análisis estadístico correspondiente. Los datos se consolidaron en tablas de contingencia con valores absolutos y relativos.

El análisis descriptivo para las variables numéricas se usó medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables categóricas frecuencias y porcentajes.

En la estadística analítica se consideró un valor de  $p < 0.05$  como significativo, se analizó las variables categóricas en forma individual utilizando la prueba de Chi-Cuadrado.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>CARACTERÍSTICAS MATERNAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativo	Numérica	10 – 19 años 20 – 34 años 35 años a mas
<b>Estado civil</b>	Cualitativo	Nominal	Soltera Casada Conviviente
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativo	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
<b>Ocupación</b>	Cualitativo	Nominal	Trabaja No trabaja
<b>Paridad</b>	Cualitativo	Nominal	Primípara Multípara
<b>Control prenatal</b>	Cuantitativo	Numérica	Sin control 1 – 5 6 a más
<b>Control prenatal precoz</b>	Cualitativo	Nominal	Si No
<b>Patología durante el embarazo</b>	Cualitativo	Nominal	Amenaza de Aborto Amenaza de Parto Prematuro Infección del Tracto Urinario HTA preexistente en embarazo Diabetes Mellitus en embarazo Otros Ninguna
<b>Tipo de parto</b>	Cualitativo	Nominal	Vaginal Cesárea
<b>Terminación de parto</b>	Cualitativo	Nominal	Espontáneo Cesárea electiva Cesárea de emergencia

<b>CARACTERISTICAS NEONATALES</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Sexo</b>	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino
<b>Peso al nacimiento</b>	Cuantitativo	Numérico	4000 a más 2500 – 3999 Menos de 2500
<b>Edad gestacional (Capurro)</b>	Cualitativo	Nominal	Pre término - < 37sem A término - 37 a 41 sem Post término - ≥ a 42 sem
<b>Peso para la edad gestacional</b>	Cualitativo	Nominal	Adecuado Pequeño Grande
<b>Puntaje Apgar al minuto</b>	Cuantitativo	Numérica	< 7 7 – 10
<b>Puntaje Apgar a los 5 minutos</b>	Cuantitativo	Numérica	< 7 7 – 10
<b>Tiempo de hospitalización</b>	Cuantitativo	Numérica	< 24 horas 24 - 48 horas > 48 horas
<b>Tipo de alimentación al alta</b>	Cualitativo	Nominal	Lactancia materna exclusiva Formula maternizada al 14 % Mixta
<b>Pérdida de peso al alta</b>	Cuantitativo	Numérico	Sin perdida Menor de 5 % 5 a 10 % Más de 10 %
<b>Diagnóstico al alta</b>	Cualitativo	Nominal	RN sano RN patológico
<b>Tipo de Egreso</b>	Cualitativo	Nominal	Temprana Tradicional Tardía

<b>CARACTERÍSTICAS DE LA READMISIÓN</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Modalidad de readmisión</b>	Cualitativo	Nominal	Consultorio Emergencia
<b>Edad al reingreso</b>	Cualitativo	Numérico	Menor de 3 días 4 a 7 días Más de 7 días
<b>Peso al reingreso</b>	Cuantitativo	Numérico	4000 a más 2500 – 3999 Menos de 2500
<b>Pérdida de peso al reingreso</b>	Cuantitativo	Numérico	Sin pérdida < 10 % > 10 %
<b>Tipo de alimentación al reingreso</b>	Cualitativo	Nominal	Lactancia materna exclusiva Mixta
<b>Diagnóstico de readmisión</b>	Cualitativo	Nominal	Deshidratación hipernatrémica Hiperbilirrubinemias Malformaciones congénitas Sepsis Infecciones Otros
<b>Tiempo de hospitalización</b>	Cuantitativo	Numérica	< 2 días 3 - 5 días 6 - 8 días >9 días
<b>Complicaciones asociadas</b>	Cualitativo	Nominal	Si No
<b>Tratamiento recibido</b>	Cualitativo	Nominal	LM y/o FM + Control de peso LM y/o FM + Fototerapia LM y/o FM + Hidrat parenteral LM y/o FM + Antibioticoterapia Tratamiento quirúrgico Otros
<b>Mortalidad</b>	Cualitativo	Nominal	Precoz Tardía No hubo

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Los casos de readmisión hospitalaria hallados en el Libro de Registro de nacimientos del Servicio de Neonatología corresponden a un total de 124 casos de readmisión, los cuales fueron escogidos en su totalidad por cumplir los criterios de inclusión.

A continuación presentaremos los resultados divididos en 3 secciones: Generalidades, Características maternas, Características neonatales, Características de la readmisión, como se observa a continuación:

## GENERALIDADES

### TABLA N° 01

#### EGRESOS Y FRECUENCIA DE READMISIÓN HOSPITALARIA POR AÑO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

AÑO	N° DE EGRESOS	N° DE READMISIÓN	%
2010	3 567	66	1,8
2011	3 568	58	1,6
<b>Total</b>	<b>7 135</b>	<b>124</b>	<b>1,7</b>

*Fuente: Libro de registros de nacimientos del Servicio de Neonatología – HHUT*

En la TABLA N°01 se puede observar la frecuencia de las readmisiones, durante el año 2010, de los 3 567 recién nacidos que egresaron, 66 de ellos se readmitieron, correspondiendo a un 1,8 %, mientras que en el periodo del 2011 de los 3 568 sólo se readmitieron 58 neonatos, correspondiendo a un 1,6 %.

Por lo cual existe una incidencia que corresponde a 17,3 por 1 000 nacidos vivos en 2 años, con respecto al total de recién nacidos.

## CARACTERÍSTICAS MATERNAS

**TABLA N° 02**

### CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS 2010 – 2011

VARIABLES		N°	%
<b>EDAD MATERNA</b>	10 - 19 años	13	<b>10,5</b>
	20 - 34 años	93	<b>75,0</b>
	35 a más	18	<b>14,5</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	21	<b>16,9</b>
	Casada	15	<b>12,1</b>
	Conviviente	88	<b>71,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	Analfabeta	2	<b>1,6</b>
	Primaria	12	<b>9,7</b>
	Secundaria	78	<b>58,1</b>
	Superior	38	<b>30,6</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>OCUPACION</b>	Trabaja	43	<b>34,7</b>
	No trabaja	81	<b>65,3</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

En la TABLA N° 02 se puede apreciar las características sociales de las madres, se tiene que la mayor parte de madres tuvieron una edad entre los 20 y 34 años en un 75 %, seguida de madres añosas (> de 35 años) en un 14,5 %, y por ultimo madres adolescentes (10 y 19 años) en un 10,5 %.

Encontramos además que la mayoría tiene un estado civil de convivientes en un 71 %, seguido de las solteras en un 16,9 % y casadas en un 12,1 %.

Así mismo presentan grado de instrucción de educación secundaria con un porcentaje de 58,1 %, un 30,6 % tiene estudios superiores, un 9,7 % solo primaria, y un 1,6 % (2 casos) son analfabetas.

Respecto a la ocupación, el 65,3 % de las madres no trabaja, es decir se dedican a labores de casa, mientras que un 34,7 % si trabajan.

**TABLA N° 03**

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS MADRES DE LOS  
RECIEN NACIDOS READMITIDOS 2010 – 2011**

<b>VARIABLES</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>PARIDAD</b>	Primípara	55	<b>44,4</b>
	Múltipara	69	<b>55,6</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Sin control	1	<b>0,8</b>
	1 – 5 controles	36	<b>29,0</b>
	> 6 controles	87	<b>70,2</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>CONTROL PRENATAL PRECOZ</b>	Si	73	<b>58,9</b>
	No	51	<b>41,1</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PATOLOGÍA DEL EMBARAZO</b>	Ninguna	106	<b>85,5</b>
	Infección del Tracto Urinario	9	<b>7,3</b>
	Amenaza de Parto Prematuro	4	<b>3,2</b>
	Amenaza de Aborto	2	<b>1,6</b>
	HTA preexistente embarazo	1	<b>0,8</b>
	Diabetes Mellitus en el embarazo	1	<b>0,8</b>
	Otros: Neumonía bacteriana, no específico	1	<b>0,8</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

En la TABLA N° 03 con respecto a las características obstétricas podemos observar que la paridad en el 44,4 % fueron primíparas, y el 55,6 % multíparas.

En cuanto al control prenatal (CPN) se observa que el 70,2 % tuvo más de 6 controles, seguido de un 29 % que tuvo entre 1 a 5 CPN, y de un 0,8 % que corresponde a una madre que no tuvo CPN. De esta variable podemos decir que un 58,9 % el control fue precoz.

Con respecto a las patologías asociadas al embarazo, un 85,5 % no presentó ninguna patología, mientras que un 7,3 % presentaron Infección del Tracto Urinario (ITU), y en menor proporción amenaza de parto prematuro en un 3,2 %, amenaza de aborto en un 1,6 %, así como hipertensión arterial (HTA) preexistente en el embarazo en un 0,8 %, diabetes mellitus en el embarazo en un 0,8 %, y neumonía bacteriana no específica en un 0,8%.

**TABLA N° 04**

**CARACTERÍSTICAS DEL PARTO DE LAS MADRES DE LOS RECIÉN  
NACIDOS READMITIDOS 2010 – 2011**

<b>VARIABLES</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>TIPO DE PARTO</b>	Vaginal	76	<b>61,3</b>
	Cesárea	48	<b>38,7</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>TERMINACIÓN DE PARTO</b>	Espontáneo	76	<b>61,3</b>
	Cesárea electiva	19	<b>15,3</b>
	Cesárea de emergencia	29	<b>23,4</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

En la TABLA N° 04 se observa las características del parto y se tiene que el tipo de parto fue en un 61,3 % (76) por vía vaginal de terminación espontánea, mientras que en un 38,7 % (48) fue por cesárea, predominantemente de emergencia en un 23,5 % y electiva en un 15,3 %.

Entre las causas más frecuentes de las cesáreas se encuentran: desproporción céfalo pélvica entre ellas situación oblicua, podálico, pelvis estrecha (20), cesárea anterior - por inminencia de ruptura uterina (9), senescencia placentaria (7), sufrimiento fetal agudo (5), placenta previa (4) y desprendimiento prematuro de membrana (3).

## CARACTERÍSTICAS NEONATALES

**TABLA N° 05**

### CARACTERÍSTICAS NEONATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS 2010 - 2011

VARIABLES		N°	%
<b>SEXO</b>	Masculino	63	<b>50,8</b>
	Femenino	61	<b>49,2</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PESO AL NACIMIENTO</b>	4000 gramos a más	18	<b>14,5</b>
	2500 - 3999 gramos	99	<b>79,9</b>
	Menos de 2500 gramos	7	<b>5,6</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
	<b>Promedio (Desviación típica)</b>	3503,6 (± 583,5)	
	<b>Mínimo – Máximo</b>	1040 – 5200	
<b>EDAD GESTACIONAL (CAPURRO)</b>	Pre término (< 37 semanas)	8	<b>6,5</b>
	A término (37 a 41 semanas)	116	<b>93,5</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL</b>	Adecuado (AEG)	97	<b>78,2</b>
	Pequeño (PEG)	1	<b>0,8</b>
	Grande (GEG)	26	<b>21,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PUNTAJE APGAR AL MINUTO</b>	< 7	5	<b>4,0</b>
	7 – 10	119	<b>96,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PUNTAJE APGAR A LOS 5 MINUTOS</b>	< 7	2	<b>1,6</b>
	7 – 10	122	<b>98,4</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

En la TABLA Nº 05, se observa las características neonatales de los recién nacidos readmitidos y como se puede ver, ligeramente existe una mayor proporción en neonatos de sexo masculino correspondiendo a un 50,8 %, seguido de sexo femenino en un 49,2 %. El peso al nacimiento de los neonatos estuvo mayormente dentro del rango de 2 500 a 3 999 gramos, representando un 79,9 % del total, seguido por neonatos con peso de 4 000 gramos a más con 14,5%, y sólo un 0,8 %, es decir un caso entre 1500 a 2499 gramos. La edad gestacional fue, en su mayoría, neonatos a término en un 93,5 %, pre términos en un 6,5%, cabe resaltar que en el estudio no se encontró ningún recién nacido post término, por lo cual no se incluyó en la confección del cuadro estadístico.

De acuerdo al peso para la edad gestacional, el 78,2% tuvo un peso adecuado para la edad gestacional (AEG), el 21% fueron grandes para la edad gestacional (GEG) y 0,8% (1 caso) pequeño para la edad gestacional (PEG). Por otro lado el 96% de los neonatos tuvieron un Apgar al 1' entre 7-10, 2,4% un Apgar entre 0-3, y un 1,6% un Apgar entre 4-6. A los 5' se obtiene el 98.4% de los neonatos con un Apgar entre 7-10 y un 1,6% con Apgar entre 4-6, por lo que en los neonatos con depresión al nacer fue necesario de: Reanimación cardiopulmonar (2), Oxígeno a flujo libre (1), Oxígeno por máscara de reservorio (1), Presión Positiva Continua en la vía aérea - CPAP (1).

**TABLA N° 06**

**CARACTERÍSTICAS AL NACER DE LOS RECIÉN NACIDOS**

**READMITIDOS 2010 - 2011**

<b>VARIABLES</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN</b>	< 24 horas	35	<b>28,2</b>
	24 - 48 horas	29	<b>23,4</b>
	> 48 horas	60	<b>48,4</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE ALIMENTACIÓN</b>			
<b>TIPO DE ALIMENTACIÓN</b>	Lactancia materna exclusiva	92	<b>74,2</b>
	Formula maternizada al 14 %	1	<b>0,8</b>
	Mixta	31	<b>25,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>PÉRDIDA DE PESO AL ALTA</b>			
<b>PÉRDIDA DE PESO AL ALTA</b>	Sin pérdida	26	<b>21,0</b>
	Menor de 5 %	37	<b>29,8</b>
	5 – 10 %	56	<b>45,2</b>
	Más del 10 %	5	<b>4,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

En la TABLA N° 06, se tiene las características al nacer y llama la atención que un 28,2 % tienen un tipo de egreso temprano (menor de 24 horas), en el otro extremo el egreso tardío (después de 48 horas) en un 48,4 % que corresponden mayoritariamente a las cesáreas y solo un 23,4 % presenta una hospitalización entre 24 y 48 horas siendo este considerado un tipo de egreso tradicional

Con respecto al tipo de alimentación un 74,2 %, recibe lactancia materna exclusiva, 25 % del grupo de estudio recibió lactancia mixta y un 0,8 % 1 caso (RN prematuro) recibe fórmula maternizada al 14 %.

Por otro lado se registra que al momento del alta, un 45,2 % presenta una pérdida de peso entre 5 y 10 %, seguido de una pérdida menor del 5 % en un 29,8 % y los que presentan pérdida de más del 10 % del peso de nacimiento en un 4 %.

**TABLA N° 07**

**DIAGNÓSTICOS DE EGRESO DE 124 RECIÉN NACIDOS  
READMITIDOS 2010 - 2011**

DIAGNÓSTICO DE EGRESO	TOTAL	
	N°	%
<b>RN SANO</b>	80	<b>64,5</b>
<b>RN PATOLÓGICO</b>	44	<b>35,5</b>
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
RN con sobrepeso para la edad gestacional	26	21,0
RN pre término	8	6,5
Deshidratación del RN	6	4,8
RN excepcionalmente grande	4	3,2
Incompatibilidad ABO en RN	3	2,4
Síndrome de Down	2	1,6
Aspiración neonatal de meconio	2	1,6
Fractura de clavícula por trauma al nacer	2	1,6
Eritema toxico neonatal	1	0,8
RN con riesgo social por madre alcohólica	1	0,8
Sífilis congénita	1	0,8

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

Como se puede observar en la TABLA N° 07, con respecto al diagnóstico de egreso, un 64,5 % corresponde a Recién Nacido (RN) sano, y un 35,5 % a RN patológicos.

Dentro de los RN patológicos, una gran mayoría del 21 % con respecto al total de RN, corresponde a RN con sobrepeso para la edad gestacional, considerados también macrosómicos, seguido de 6,5 % que corresponde a RN pre término, un 4,8 % que cursa con deshidratación del RN, en estos casos todos fueron de tipo hipernatrémica confirmados con laboratorio, en un 3,2 % fueron RN excepcionalmente grandes, es decir RN que pesan más de 4 500 gramos, un 2,4 % tuvieron un diagnóstico al alta de incompatibilidad ABO.

También en menor frecuencia de 1,6 % por patología, tenemos a Síndrome de Down, aspiración neonatal de meconio, y fractura de clavícula por trauma al nacer, y por ultimo con un 0,8 % a eritema toxico neonatal, RN con riesgo social por madre alcohólica y sífilis congénita.

**TABLA N° 08**

**RELACIÓN DEL TIPO DE PARTO CON RESPECTO AL TIPO DE EGRESO DE LOS RECIÉN NACIDOS READMITIDOS 2010 - 2011**

TIPO DE PARTO	TIPO DE EGRESO						TOTAL		P
	Menos de 24 horas (TEMPRANO)		24 - 48 horas (TRADICIONAL)		Más de 48 horas (TARDÍO)				
<b>VAGINAL</b>	34	27,4 %	26	21,0 %	16	12,9 %	<b>76</b>	<b>61,3 %</b>	<b>0,000</b>
<b>CESÁREA</b>	1	0,8 %	3	2,4 %	44	35,5 %	<b>48</b>	<b>38,7 %</b>	
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>28,2 %</b>	<b>29</b>	<b>23,4 %</b>	<b>60</b>	<b>48,4 %</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>	

En la TABLA N°08 se observa la relación que existe entre el tipo de parto y el tipo de egreso de las readmisiones neonatales.

Con respecto al parto vaginal, vemos mayor proporción de egreso temprano con un 27,4 %. Mientras que en el parto por cesárea por la condición materna postoperatoria de 72 horas como mínimo, lo recién nacidos presentan en un 35,5 % el tipo de egreso tardío, sólo en un 6,2 % se observa un tipo de egreso tradicional.

Por último según análisis estadístico encuentra altamente significativo la relación existente entre el tipo de parto y el tipo de egreso.

## CARACTERÍSTICAS DE LA READMISIÓN

**TABLA N° 09**

### CARACTERÍSTICAS DE LA READMISIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS

**READMITIDOS 2010 - 2011**

VARIABLES		N°	%
<b>MODALIDAD DE READMISIÓN</b>	Consultorio externo	36	<b>29,0</b>
	Emergencia	88	<b>71,0</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>EDAD DE READMISIÓN</b>	< 3 días	12	<b>9,7</b>
	4 - 7 días	44	<b>35,5</b>
	> de 7 días	68	<b>54,8</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
	<b>Promedio (Desviación típica)</b>	<b>10,3 (± 7,1)</b>	
	<b>Mínimo – Máximo</b>	<b>1 – 29</b>	
<b>PÉRDIDA DE PESO A LA READMISION</b>	Sin pérdida	8	<b>6,5</b>
	Menor de 10 %	86	<b>69,3</b>
	Mayor del 10 %	30	<b>24,2</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>TIPO DE ALIMENTACIÓN A LA READMISION</b>	Lactancia materna exclusiva	102	<b>82,3</b>
	Mixta	22	<b>17,7</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA READMISION</b>	Menos de 2 días	26	<b>21,0</b>
	De 3 a 5 días	77	<b>62,1</b>
	De 6 a 8 días	15	<b>12,1</b>
	Más de 9 días	6	<b>4,8</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
	<b>Promedio (Desviación típica)</b>	<b>3,9 (± 2,1)</b>	
	<b>Mínimo – Máximo</b>	<b>1 - 12</b>	

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

Como se observa, en la TABLA N° 09 con respecto a las características de la readmisión, de acuerdo a la modalidad, el 71 % procedieron del servicio de emergencia, el 29 % de consultorio externo.

Asimismo vemos, que la edad más frecuente al ingreso fue en mayores de 7 días de vida, lo que representa el 54,8%, seguido de 4 – 7 días de vida con 35,5 % y menores de 3 días en un 9,7 %. La edad promedio encontrada fue de  $10,3 \pm 7,1$  días de vida, con un rango entre 01 – 29 días, siendo el máximo la edad de un recién nacido prematuro a su readmisión.

En un 69,3 % al ingreso de la readmisión tuvieron una pérdida de peso menor del 10 % con respecto a su peso de nacimiento, y en un 24,2 % una pérdida mayor del 10 %, en un porcentaje menor del 6,5 % se observa recién nacidos que no pierden peso. Respecto al tipo de alimentación del recién nacido en la readmisión, el 82,3 % de los neonatos recibieron lactancia materna exclusiva y un 17,7 % tuvieron una lactancia mixta, no hubo neonatos con sólo fórmula maternizada como al alta inicial.

La estancia hospitalaria de la readmisión fue entre los 3 a 5 días con un porcentaje de 62,1 %, seguida de un 21 % con una estancia menor de 2 días, un 12,1 % de 6 a 8 días, y un 4,8 % más de 9 días.

**TABLA N° 10**

**DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES DE READMISIÓN  
HOSPITALARIA DE 124 RECIÉN NACIDOS READMITIDOS 2010 - 2011**

DIAGNÓSTICOS DE READMISIÓN	TOTAL	
	N°	%
Deshidratación hipernatrémica	59	47,6
Infecciones	23	18,5
Hiperbilirrubinemia	16	13,0
Síndrome de dificultad respiratoria	6	4,8
Sepsis bacteriana	5	4,0
Malformaciones congénitas	5	4,0
Otros	10	8,1
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

Como se observa en la TABLA N° 10, los diagnósticos de la readmisión hospitalaria, en primer lugar se encuentra la deshidratación hipernatrémica con un 47,6 % (59 casos), manifestada principalmente por vómitos, rechazo alimentario, pérdida de peso e irritabilidad, esto debido a la mala técnica alimentaria. En segundo lugar se encuentran las infecciones con un 18,5 %, principalmente por infección del tracto urinario (6), enfermedad diarreica aguda (5), onfalitis (4), conjuntivitis (4), celulitis del muslo (2), muguet oral (1), meningoencefalitis viral (1).

En tercer lugar tenemos a la hiperbilirrubinemia en un 13 %, la mayoría por deshidratación y en 3 casos de incompatibilidad de grupo no detectado al nacimiento durante el año 2010, quizá debido a que no estaba estandarizado la toma de muestra del grupo sanguíneo en el hospital cosa que no ocurre en el año 2011 en donde a todos los recién nacidos se les toma grupo sanguíneo. Por otro lado en menor porcentaje, se observa 4,8 % que ingresan por dificultad respiratoria, específicamente con rinofaringitis (4) y neumonía (2), así como también malformaciones congénitas en un 4 % entre ellas estenosis hipertrófica de píloro (3) y cardiopatía congénita (2). Por último un 8,1 % por otras causas tales como: fractura de clavícula en estado de consolidación (1), hipoglicemia neonatal (2), así como también los RN sanos en calidad de depositados por patología materna (7).

**TABLA N° 11**

**CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN RECIÉN NACIDOS  
READMITIDOS 2010 – 2011**

<b>VARIABLES</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>COMPLICACIONES</b>	Si	1	<b>0,8</b>
	No	123	<b>99,2</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>TRATAMIENTO RECIBIDO</b>	LME y/o FM + Control de peso	61	<b>49,2</b>
	LME y/o FM + Fototerapia	12	<b>9,7</b>
	LME y/o FM + Hidratación Parenteral	14	<b>11,3</b>
	LME y/o FM + Antibioticoterapia	34	<b>27,4</b>
	Tratamiento quirúrgico	3	<b>2,4</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>MORTALIDAD</b>	Precoz	2	<b>1,6</b>
	Tardía	2	<b>1,6</b>
	No hubo	120	<b>96,8</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE LA READMISIÓN</b>	Mejorado	119	<b>96,0</b>
	Fallecido	4	<b>3,2</b>
	Referido	1	<b>0,8</b>
	<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011*

Como se observa en la TABLA N°11, el 99,2 % no tuvo complicaciones durante la hospitalización, mientras que un 0,8 % (1 caso) presento flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico.

Con respecto al tratamiento se basa en lactancia materna exclusiva (LME) y/o fórmula maternizada (FM) a lo cual se agrega el tratamiento respectivo a la patología. En un 49,2 % se tiene la lactancia materna más control de peso en periodos de 4 horas y luego espaciados a 6, un 27,4 % consta además de tratamiento antibioticoterápico, el 11,3 % necesito hidratación parenteral, en un 9,7 % de recién nacidos necesitó de fototerapia por un periodo entre 1 y 3 días, y en un 2,4 % de tratamiento quirúrgico debido a estenosis hipertrófica de píloro, en estos casos se procedió a piloromiotomía, previa hidratación parenteral para compensar estado hemodinámico antes de la cirugía.

Por último se debe rescatar que el diagnóstico de egreso de la readmisión fue de: mejorado en un 95,1 %, fallecido en un 3,2 % en estos casos se considera una mortalidad precoz y tardía en un 1,6 % cada una y un 1,6 % que fue referido a un centro de mayor complejidad para su atención.

**TABLA N° 12**

**RELACIÓN DEL TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO CON RESPECTO  
AL DIAGNÓSTICO DE READMISIÓN 2010 Y 2011**

CAUSAS DE READMISIÓN		TRATAMIENTO RECIBIDO					TOTAL
		LME y/o FM + Control de peso	LME y/o FM + Fototerapia	LME y/o FM + Hidratación Parenteral	LME y/o FM + Antibiototerapia	Tratamiento quirúrgico	
Deshidratación hipernatrémica	N°	44	1	10	4	0	<b>59</b>
	%	35,5	0,8	8,1	3,2	0,0	<b>47,6</b>
Infecciones	N°	4	0	1	18	0	<b>23</b>
	%	3,2	0,0	0,8	14,5	0,0	<b>18,5</b>
Hiperbilirrubinemia	N°	2	11	1	2	0	<b>16</b>
	%	1,6	8,9	0,8	1,6	0,0	<b>12,9</b>
Sínd. de dificultad respiratoria (SDR)	N°	2	0	0	4	0	<b>6</b>
	%	1,6	0,0	0,0	3,2	0,0	<b>4,8</b>
Sepsis bacteriana	N°	0	0	0	5	0	<b>5</b>
	%	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	<b>4,0</b>
Malformaciones Congénitas	N°	2	0	0	0	3	<b>5</b>
	%	1,6	0,0	0,0	0,0	2,4	<b>4,0</b>

Como se puede observar en la TABLA N° 12, vemos que en un mayor porcentaje de 47,6 % que ingresaron por deshidratación hipernatrémica, el tratamiento recibido fue la lactancia materna adecuada y control de peso en un 35,5 %, además de hidratación parenteral en un 8,1 % y en un porcentaje menor de 3,2 % recibieron tratamiento antibiótico.

Por otro lado tenemos al tratamiento en base a antibiótico terapia que se dio en infecciones en un 14,5%, además de un 3,2% en base a control de peso.

Seguido del tratamiento con fototerapia en un 8,9 % en el caso de la hiperbilirrubinemia, en los casos de dificultad respiratoria, se trataron con antibióticos (3,2 %) y lactancia (1,6 %).

En los pacientes con sepsis bacteriana se inicio terapia antibiótica en su totalidad del 4%.

En el caso de las malformaciones congénitas 3 fueron quirúrgicas (piloromiotomía) y 2 de ellas que fueron cardiopatías congénitas con tratamiento sintomático hasta una nueva evaluación por el cardiólogo,

**TABLA N° 13****DATOS SIGNIFICATIVOS DE LAS 4 DEFUNCIONES DE NEONATOS  
READMITIDOS 2010 Y 2011**

SEXO	EDAD MAT	GESTA	EDAD GEST	PESO	EST 1°	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	EDAD RN	PERD PESO	CAUSA DE READMISIÓN	EST 2°	DIAGNÓSTICO DE DEFUNCIÓN
F	21	0	40 GEG	3820	2	RN Patológico: Poli malformado	5	8,38%	Deshidratación hipernatémica + + Sepsis	1d	Sind de Patau Obstrucción intestinal – NEC Sepsis
M	26	0	40 AEG	3100	1	RN Sano	6	18%	Deshidratación hipernatémica + Acidosis metabólica + Sepsis	1d	Acidosis metabólica Sepsis
F	16	0	38 AEG	3700	2	RN Sano	8	1,6%	Infección perinatal + SDR + Sepsis	10h	Infección perinatal Sepsis
M	42	5	39 AEG	3390	2	RN Patológico: Sind de Down	9	20,3%	Deshidratación hipernatémica + Acidosis metabólica + Shock séptico	12h	Sind de Down Acidosis metabólica Shock Séptico

Fuente: Historias Clínicas – HHUT: 2010 y 2011

En la TABLA N° 13 se observa los datos de los 4 casos de mortalidad del presente estudio, en donde se tiene 2 recién nacidos de sexo masculino y 2 de sexo femenino, a términos, con un peso al nacer promedio de 3502,5 gramos, con un tipo de egreso tradicional, con el diagnóstico de RN patológicos en 2 casos (malformaciones congénitas) y sanos en 2 casos también, como características clínicas importantes se encuentra pérdida de peso mayor del 15 % a la readmisión.

También se puede observar como causa de readmisión la deshidratación hipernatrémica, obstrucción intestinal – enterocolitis necrotizante, infecciones, síndrome de dificultad respiratoria además de Sepsis. Siendo el diagnóstico de defunción por Sepsis en los 4 casos, dentro de las 24 horas de readmisión, incluso menos de 12 horas en 2 de los casos, lo cual indicaría el estado de gravedad en lo que fueron traídos al servicio.

Además con estos datos encontramos una tasa de mortalidad neonatal de 3,2 por cada 100 readmisiones. Además las causas principales de mortalidad fueron: malformaciones congénitas, Síndrome de Patau y síndrome de Down

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para identificar las readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados del servicio de Neonatología, así como las características maternas, neonatales y conllevan a su readmisión durante el año 2010 y 2011.

Con respecto a la **tasa de readmisión hospitalaria**, en la TABLA N°01 se puede observar la frecuencia de las readmisiones, durante el año 2010 de los 3567 recién nacidos que egresaron, 66 de ellos reingresaron correspondiendo a un 1,8 %, mientras que en el periodo del 2011 de los 3568 solo reingresaron 58 neonatos correspondiendo a un 1,6 %.

En el estudio de Fajardo y Cols., se encontró una prevalencia del 2,2% o un caso por cada 45 egresos.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.

Según González<sup>22</sup>, encontraron una tasa de prevalencia de 5,2 casos reingresados por cada 100 recién nacidos egresados de hospitalización neonatal, comparándose con 16,8 % que reporta Pérez Solís, 12,8% Fernández Ruiz<sup>23</sup> en su estudio, y la más pequeña de 2,6%, reportado por Pittard y Geddes<sup>24</sup>, encontrando su tasa dentro de los rangos establecidos.

La frecuencia de readmisiones fue de 16,5 por cada 1 000 NV. Según un estudio de Jonguitud<sup>10</sup>

En nuestro estudio se encontró una incidencia que corresponde a 17,3 por 1 000 NV, lo que comparado con lo referido en la literatura se encuentra en un término medio, ya que los reportes varían ampliamente y van desde 9 por 1 000 en una población militar a 30 por 1 000 en un hospital que atiende población abierta.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> González FTC, Dautt LJG, Hernández PMA, Murillo LI J. **Prevalencia de readmisión de recién nacidos de urgencias pediátricas del Hospital General de Culiacán.** Arch Salud Sin 2010; 4(4): 113-117

<sup>23</sup> Fernández RC, Trenchs SV, Curcoy BAI, Lasuen del Olmo N, Luaces CC. **Assistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario.** An Pediatr (Barc) 2006; 65:123 – 128.

<sup>24</sup> Pittard WB, Geddes KM. **Newborn hospitalization: a closer look.** J Pediatr 1988 Feb;112:257-61.

<sup>10</sup> Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-90

<sup>25</sup> Brown AK, Damus K, Kim MH, King K, Harper R, Campbell D. **Factors relating to readmission of term and near term neonates in the first two weeks of life.** Early

En cuanto a las **características maternas** de los recién nacidos con readmisión hospitalaria observados en la TABLA N° 02 encontramos lo siguiente:

La edad promedio materna fue de 26.6, siendo madres adolescentes ( $\leq 19$  años) 10,5%, de estado civil conviviente (71%), con grado de instrucción secundaria (58,1%), sin ocupación (65,3%), primíparas (44,4%), controles prenatales (70,2%), siendo éste precoz (58,9%), en un 85,5% no presentaron patología de embarazo seguida de un 7,3% presentó infección del tracto urinario, con más de 6 el 61,3% tuvieron parto vaginal.

En el análisis de Navarro, se encuentra algunos factores asociados a la readmisión como el porcentaje de cesáreas en un 52 % de los cuales 48 % fueron dadas de alta a las 48 horas del parto, la mayoría tuvo controles prenatales suficientes en promedio de 5,5, además de que un 57 % eran nulíparas.<sup>2</sup>

---

Discharge survey Group of the Health Professional Advisory Board of the greater New your Chapter of the March of dimes . J Perinatol Med 1999; 27: 263-75

<sup>2</sup> Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Arch Pediatr Urug 2008; 79(1): 86-91

En el estudio de Islas, se observó que la edad materna promedio era entre 26 y 30 años, de un nivel socioeconómico predominantemente bajo y de escolaridad primaria. Con tipo de parto vaginal en mayor frecuencia.<sup>5</sup>

Según Soskolne en su estudio, refiere que dentro de las causas de readmisión mayores citadas son: edad materna, nuliparidad, 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.<sup>26</sup> Y esto no coincide con nuestros resultados.

Según Jonguitud<sup>10</sup>, en su estudio no se encontró diferencias entre el grupo de pacientes readmitidos y los no readmitidos respecto a la edad materna, estado civil, procedencia, escolaridad y número de gestaciones, pero si egresar antes de las 24 horas de vida mostró ser un factor de riesgo para el recién nacido respecto a ser readmitido.

---

<sup>5</sup> Islas D LP, Ortiz A R, Verduzco G M. **Causas de reingreso a un hospital del recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70:245 – 245.

<sup>26</sup> Soskolne Errol I, Schumacher Robert, Fyock Carole RN, Young M L, Schork A. **The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns.** Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150: 373 – 379.

<sup>10</sup> Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-90

En el estudio según Fajardo, concluye de la misma manera: no hay diferencia que puede ser significativa entre las madres adolescentes y las adultas, ser primigesta o no, tener gestaciones de infantes prematuros o de término y que estas variables puedan estar relacionadas directamente con la re hospitalización del infante.<sup>9</sup>

Comparando con los datos obtenidos en nuestro estudio se obtiene que las características maternas asociadas a la readmisión son poco significativas a excepción del tipo de parto, así como la estancia hospitalaria menor de 24 horas y mayor de 48 horas ya que condicionan una tasa significativa de readmisión mayor, al igual que en los estudios antes mencionado.

Seguidamente analizaremos las **características neonatales** y de la hospitalización de los recién nacidos readmitidos:

En nuestro estudio se puede ver que la mayor parte de neonatos fueron de sexo masculino correspondiendo a un 50,8 % y como es sabido constituye un factor de riesgo en la etapa neonatal.<sup>27,28</sup> El promedio del

---

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.

<sup>27</sup> James R. **Ictericia Fisiológica.** En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 1003-7.

peso al nacer fue de 3503.6 gr (1040 - 5200 gr), el 93,5% fueron a términos y el 78,2% de adecuando peso para la edad gestacional.

Estos resultados se parecen mucho a los encontrados por González<sup>22</sup>, en donde se muestra que el 60 % fue de sexo masculino, con una edad gestacional mayor a 37 semanas, y con una media de peso de 3 016 gramos. Así también como en el estudio de Fajardo<sup>9</sup>, en donde el 61 % fueron masculinos, el peso promedio fue de 2 623 gramos, al edad gestacional promedio fue de 37 semanas en su gran mayoría eutróficos.

Según Jonguitud<sup>10</sup>, en su estudio no se encontró diferencias entre el grupo de pacientes readmitidos y los no readmitidos respecto a la edad gestacional, peso al nacer valoración de Apgar a los 5 minutos y sexo.

Del estudio de Navarro E y Cols,<sup>2</sup> muestra que del total de niños se encontraron 21 niños de pre término y limítrofe dando un porcentaje de

---

<sup>28</sup> James R. **Metabolismo de la bilirrubina**. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 995-1002.

<sup>22</sup> González FTC, Dautt LJG, Hernández PMA, Murillo LI J. **Prevalencia de readmisión de recién nacidos de urgencias pediátricas del Hospital General de Culiacán**. Arch Salud Sin 2010; 4(4): 113-117

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES**. Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.

<sup>10</sup> Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-90

41%. Este grupo es considerado más vulnerable debido a los mecanismos fisiológicos y patofisiológicos inmaduros que presenta el recién nacido de pre término en este periodo de la vida.<sup>29</sup> No hubo datos relevantes sobre el peso y el test de Apgar.

En contraste con el estudio mencionado anteriormente, en nuestra ciudad el índice de prematurez es bajo.

En nuestro estudio también se observa que al alta hospitalaria el 74,2% recibieron lactancia materna exclusiva, el 45,2% presentó una pérdida de peso entre 5-10%, el tipo de egreso temprano se registró en un 28,2%, y tradicional en 23,4%, con diagnóstico de RN sano en un 64,5% al alta.

En el estudio de González se muestra que el 100 % fueron alimentados con seno materno, en cuanto a la estancia hospitalaria, 40 % habían permanecido menos de 12 horas, 40 % menos de 36 horas, 10 % 1.5 y 3 días, un 6.67 % entre 4 y 7 días y por último un 3,33 %

---

<sup>2</sup> Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Arch Pediatr Urug 2008; 79(1): 86-91

<sup>29</sup> James R. **Toxicidad de las Bilirrubina, encefalopatía e ictericia nuclear (kernicterus)**. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 1008-13.

permaneció más de 8 días.<sup>22</sup> Mientras que en el estudio de Navarro se tiene que el 100 % recibió lactancia materna exclusiva al momento del alta, pero esta disminuye al 80 % al momento de su readmisión.<sup>2</sup>

Según Grupp J., se encontró varios factores asociados a la readmisión: el porcentaje elevado de cesárea: 52%, de los cuales 48% fueron dadas de alta a las 48 horas del parto, considerada alta temprana<sup>4</sup>; es sabido que las madres que dieron nacimiento por parto cesárea requieren de más cuidado, necesitan más intervención, tanto del personal médico como de enfermería, para obtener una óptima evolución puerperal y neonatal.<sup>30</sup>

Esto a diferencia de nuestros resultados, muestra un menor tiempo de estancia hospitalaria para el grupo de cesáreas ya que sólo un 2,4 % de éstas fueron dadas de alta a las 48 horas, por lo tanto al compararla con nuestro estudio estos resultados son poco significativos.

---

<sup>22</sup> González FTC, Dautt LJG, Hernández PMA, Murillo LI J. **Prevalencia de readmisión de recién nacidos de urgencias pediátricas del Hospital General de Culiacán.** Arch Salud Sin 2010; 4(4): 113-117

<sup>2</sup> Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Arch Pediatr Urug 2008; 79(1): 86-91

<sup>4</sup> Romero Sánchez J. **Alta hospitalaria temprana en recién nacidos.** An Esp Pediatr 1999; 50: 479-84.

<sup>30</sup> Grupp J. **Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice.** Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 1283-8.

Por otro lado, el tema del egreso temprano del hospital en que nacen los niños ha motivado cierto interés entre los neonatólogos.<sup>31</sup> Hay una amplia gama de criterios para decidir cuándo un neonato nacido a término, sano, debe egresar del hospital.

Por ejemplo, en los Estados Unidos la estancia hospitalaria varía entre 12 y 24 horas, cuando el parto ha sido vaginal sin complicaciones, y entre 48 y 72 horas, cuando el embarazo se resuelve mediante operación cesárea;<sup>32</sup> Assandri y Cols (2005) refieren que factores como la alta precoz de las madres, la insuficiente información recibida por ellas, la incompreensión de ésta y la inadecuada utilización de los recursos asistenciales disponibles, contribuyen al aumento de estas consultas en los servicios de Urgencias, asociados a dichos factores está la edad materna inferior a 25 años, bajo nivel socioeconómico e insuficiente preparación prenatales.<sup>33</sup>

En 2002, una encuesta nacional a 490 pediatras de EEUU, hecha por Britton y cols., para determinar las características que influyen sobre

---

<sup>31</sup> Estancia Hospitalaria en Maternidad y Riesgo de reingreso. <http://www.socvaped.org/anua/post/23>.

<sup>32</sup> Good Science and Good Judgment. **Early discharge and evidence-based practice.** JAMA 1997; 278: 334-6.12. Estancia Hospitalaria en Maternidad y Riesgo de reingreso. <http://www.socvaped.org/anua/post/23>.

<sup>33</sup> Assandri Dávila E, Ferreira García MI, Bello O. **Hospitalización neonatal desde el servicio de urgencias en un centro hospitalario de Uruguay.** An Esp Pediatr (Barc) 2005; 63; 413 – 417.

la práctica del egreso neonatal, mostró que sólo 23% de ellos preferían una estancia hospitalaria mayor de 48 horas para el neonato sano.<sup>34</sup> Este dato contrasta con el resultado de un sondeo aleatorio conducido por la AAP en 731 pediatras en 1998,<sup>35</sup> en el que se informó que 47% de ellos seleccionó como óptima una estadía hospitalaria mayor de 48 horas, pero concuerda con otra investigación dirigida por la ACOG en la que sólo 24% de los obstetras prefería una estadía óptima similar.<sup>36</sup>

En nuestro estudio, vemos que un 27,4 % tuvieron alta temprana y fueron de parto vaginal, mientras que solo un 0,8 % fueron de cesárea, también se puede observar que en el alta tradicional se encuentra con mayor proporción a los de tipo vaginal con un 21 % y por cesárea en un 2,4 %. Mientras que en el parto por cesárea por la condición materna postoperatoria de 72 horas como mínimo, lo recién nacidos presentan en un 38,7 % el tipo de egreso tardío.

Estos resultados en nuestra población de estudio y al compararlos con otros estudios son poco relativos ya que el alta neonatal al estar

---

<sup>34</sup> Britton J, Baker A, Spino C, Bernstein HH. **Postpartum discharge preferences of pediatricians: results from a national survey.** Pediatrics 2002; 110:53-60.

<sup>35</sup> Britton J. **Follow-up after early discharge of term newborns: practice of pediatricians in Canada and the United States.** Int Pediatr 1998; 13:6-12.

<sup>36</sup> Britton J. **Obstetric early hospital discharge in the United States and Canada.** Birth 1998; 25:161-168.

condicionada por el alta materna, las madres deben permanecer para un parto vaginal más 24 horas y para una cesárea como mínimo 72 horas.

Por último cabe analizar el diagnóstico de egreso de los recién nacidos, dentro de los RN patológicos, una gran mayoría del 21 % corresponde a RN con sobrepeso para la edad gestacional, considerados también macrosómicos, seguido de 6,5 % que corresponde a RN pre término, un 4,8 % que cursa con deshidratación del RN, en estos casos todos fueron de tipo hipernatrémica confirmados con laboratorio, en un 3,2 % fueron RN excepcionalmente grandes, es decir RN que pesan más de 4 500 gramos, un 2,4 % tuvieron un diagnóstico al alta de incompatibilidad ABO. También en menor frecuencia de 1,6 % tenemos a síndrome de Down, aspiración neonatal de meconio, y fractura de clavícula por trauma al nacer, y por último con un 0,8 % a eritema tóxico neonatal, RN con riesgo social por madre alcohólica y sífilis congénita.

Sin embargo según otros estudios el 45 % es ocupado por prematuridad, seguida de trastornos respiratorios en un 29,5 % e hiperbilirrubinemia en un 17,2 %, asfixia perinatal en un 16,3% malformaciones en un 10,6 %, sepsis en 12,2% entre otras.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.

Respecto a las **características de la readmisión hospitalaria** de los neonatos egresados se tiene que lo habitual es que la causa de ingreso de los recién nacidos sea por la falta de experiencia en los padres, sin embargo, en ocasiones puede existir un grave problema de salud que puede poner en peligro la vida del recién nacido si no es detectado oportunamente.<sup>5,37</sup>

Como se observa, de acuerdo a la modalidad, el 71 % de los neonatos procedió de emergencia, el 29,0 % de consultorio externo.

La edad promedio encontrada fue de  $10,7 \pm 9,72$  días de vida, con un rango entre 01 – 85 días, siendo el máximo la edad de un recién nacido prematuro a su readmisión, que se compara con otros artículos revisados en donde también se encuentra una edad media de 10,7 días, siendo la edad mínima entre 2 y 27 días de vida extrauterina.<sup>24</sup> en otro estudio fue de  $9,3 \pm 4$ .<sup>2</sup>

Asimismo vemos, que la edad más frecuente al ingreso fue en mayores de 7 días de vida, lo que representa el 54,8%, seguido de 4 – 7

---

<sup>5</sup> Islas D LP, Ortiz A R, Verduzco G M. **Causas de reingreso a un hospital del recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70:245 – 245.

<sup>37</sup> Petez Solis D, Pardo De La Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espunes S. **Atención a neonatos en la sala de urgencias** Pediátricas. An Pediatr (Barc) 2003; 59:54-58

días de vida con 35,5 %, con esto se ha observado la gran predisposición para la aparición de ictericia patológica y de la deshidratación hipernatrémica, que en nuestro medio tiene una alta prevalencia, generalmente debido a probablemente a una mala técnica de lactancia materna<sup>38</sup>.

Lo que se puede corroborar con otro estudio en donde dice: “La falta de un seguimiento adecuado posparto, el estrechamiento de la ventana de vigilancia respecto a la aparición de la ictericia y la lactancia materna exclusiva son todas causas probables de incremento de readmisiones hospitalarias neonatales por Hiperbilirrubinemia”.<sup>39</sup>

Según Navarro<sup>2</sup>, en el momento del alta, los RN fueron 100%, con lactancia materna exclusiva, encontrándose posteriormente que en el reingreso ésta disminuye a un 80%, hecho que evidencia la necesidad de mayor intervención para hacer conocer los beneficios de una lactancia materna exclusiva, de forma similar en el estudio de Gonzales, reporta

---

<sup>38</sup> Valderrama Cabrera C. **“Características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2010”** Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. 2012

<sup>39</sup> Domínguez C. **Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente.** Revista Mexicana de Pediatría 2003; 70: 243-4.

<sup>2</sup> Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Arch Pediatr Urug 2008; 79(1): 86-91

que del 100 % con lactancia materna exclusiva al reingreso disminuye a un 46,6 %

El resultado anteriormente mencionado no se evidencia en nuestro trabajo en donde los recién nacidos al momento del alta solo fueron 74,2%, con lactancia materna exclusiva, encontrándose posteriormente que en el reingreso ésta aumenta a un 82,3%, esto se debe a la indicación médica inicial que siempre se da, esto como prevenir la pérdida de peso durante su estancia, y en espera de una buena producción de leche materna en los días posteriores del parto.

En nuestro trabajo se observa que la estancia hospitalaria fue con más frecuencia entre los 3 – 5 días con un valor de 62,1 % del total.

En otros estudios muestran una estancia hospitalaria de 8 días<sup>5</sup>, en otro fue de 1 hasta 34 días con un promedio de 7 días<sup>9</sup>, lo que comparado con nuestros resultados es un poco amplio.

En el trabajo de Islas, refiere que los hallazgos del estudio permiten concluir que el egreso de los recién nacidos en un hospital, entre más temprano sea, incrementa la posibilidad de reingreso al hospital. Y los

principales problemas clínicos por los que reingresan son: hiperbilirrubinemia, septicemia y deshidratación, por lo que se egreso debe ser considerado de manera individual, tomando en cuenta los antecedentes maternos de infección durante la gestación, el estado socioeconómico, y la escolaridad, así como evitar que la concentración de bilirrubina no vaya en aumento, no haya datos clínicos que hagan sospechar de septicemia, y que la madre alimente a su hijo antes de decidir el egreso.<sup>5</sup>

En el estudio de González y Cols, las causas de reingreso más frecuente al servicio de Urgencias Pediátricas fue la ictericia y la dificultad respiratoria con porcentajes iguales (20%), seguidas de la fiebre, rechazo al alimento y riesgo de Sepsis, coincidiendo con lo reportado en la literatura lo concerniente a la ictericia,<sup>5</sup> sin reporte de hemólisis en nuestros pacientes. Su tratamiento fue a base de fototerapia solamente y egresados a su hogar sin complicaciones. Sosklone comenta en su estudio que el alta temprana no contribuye a la readmisión.<sup>40</sup>

---

<sup>5</sup> Islas D LP, Ortiz A R, Verduzco G M. **Causas de reingreso a un hospital del recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70:245 – 245.

<sup>40</sup> Goulet L, Fall A, D'Amour D, Pineault R. **Preparation for Discharge, Maternal Satisfaction and Newborn Readmission, for Jaudince: Comparing post partum Modds of care.** Birth 2007; 34: 131 – 139.

Los resultados obtenidos en el estudio de Navarro, muestra como causa principal también a la hiperbilirrubinemia, que no estuvo asociada a hemólisis, pero debida a lactancia materna, la mala técnica alimentaria materna fue la segunda causa de readmisión, manifestada por vómitos, rechazo de la leche materna, deshidratación y fiebre por deshidratación asociada a la mala técnica en la lactancia, las infecciones se presentaron como tercera causa asociada a patologías poco frecuentes como osteoartritis de cadera, osteomielitis de tibia, celulitis periorbitaria, y dacriocistitis. Las malformaciones que se encontraron no fueron detectadas en el nacimiento correspondiendo a 3 casos, y un caso de Sepsis neonatal tardía en un paciente prematuro con antecedente de internación corta, esta patología fue de gran severidad y este paciente falleció.

Y como se puede observar, en nuestro estudio las causas más frecuente de readmisión fue la deshidratación hipernatrémica (47,6 %), principalmente debido a la mala técnica de lactancia, por lo que el tratamiento que prima es la lactancia materna supervisada, con control estricto de peso cada 4 horas. Con esto generalmente se resuelve el caso. Sin embargo no se cuenta con una guía técnica específica para

esta patología tan frecuente e importante por las complicaciones en un futuro del neonato en caso esto no se resuelva.

En segundo lugar se encuentran las infecciones con un 18,5 %, principalmente por infección del tracto urinario (6), enfermedad diarreica aguda (5), onfalitis (4), conjuntivitis (4), celulitis del muslo (2), muguet oral (1), meningoencefalitis viral (1).

En tercer lugar tenemos a la hiperbilirrubinemia en un 13 %, la mayoría por deshidratación y en 3 casos de incompatibilidad de grupo no detectado al nacimiento durante el año 2010, debido a que no estaba estandarizado de forma obligatoria como condición de alta, la toma de muestra del grupo sanguíneo en el hospital cosa que no ocurre en el año 2011 en donde a todos los recién nacidos se les toma grupo sanguíneo.

Por otro lado en menor porcentaje, se observa 4,8 % que ingresan por dificultad respiratoria, específicamente con rinofaringitis (4) y neumonía (2), así como también malformaciones congénitas en un 4 % entre ellas estenosis hipertrófica de píloro (3) y cardiopatía congénita.

Por último un 8,1 % por otras causas tales como: fractura de clavícula en estado de consolidación, hipoglicemia neonatal, así como también los RN depositados por patología materna que ameritan hospitalización tales como infección de herida operatoria, mastitis y hemorragias.

Como se puede ver en la mayor parte de estudios revisados las causas de readmisión con mayor frecuencia son las hiperbilirrubinemias, sin embargo vemos que en nuestro estudio prima la deshidratación hipernatrémica como causa de una mala técnica alimentaria, esto debido a la falta de preparación materna y a la falta de seguimiento adecuado post parto, el estrechamiento de la ventana de vigilancia respecto a la aparición de la ictericia y la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la mortalidad de las readmisiones se encuentra que en los diferentes estudios analizados la mortalidad es variable y va en una frecuencia desde 3% según Fajardo<sup>9</sup> hasta el 10,5 % según Jonguitud.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.

<sup>10</sup> Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-90

Comparando con nuestro estudio, la mortalidad tiene una frecuencia del 3,2 % de mortalidad neonatal que corresponde a 4 casos y se puede observar que la edad de readmisión de estos neonatos oscila entre los 5 y 9 días de vida, con un diagnóstico de defunción en los 4 casos de Sepsis, causados en principalmente por malformaciones congénitas, con estos datos encontramos una tasa de mortalidad neonatal de 3,2 por cada 100 readmisiones.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia de las readmisiones hospitalarias en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2010 y 2011 es de 17,3 por cada 1 000 NV, y se encuentra dentro de los rangos establecidos.
2. Las características maternas encontradas fueron: edad materna entre 20 a 34 años, convivientes (71%), de nivel secundaria (58,1%), no trabajan (65,3%), primíparas (44,4%), con más de 6 controles prenatales (70,2%), no hubo patología de embarazo (85,5%), el 61,3% tuvieron parto vaginal y el 38,7% por cesárea.
3. Las características neonatales fueron: sexo masculino (50,8%), femenino (49,2%), el promedio del peso al nacer fue de 3503,6 gr  $\pm$ 583,5 (1040 - 5200 gr), y APGAR alto (7 – 10). El 93,5% de los recién nacidos fueron a término y el 78,2% con adecuado peso para la edad gestacional. Al Alta 74,2% recibieron lactancia materna exclusiva, el tipo de egreso temprano se registro en un 28,2% y tradicional en un 23,4%.

4. Las características de la readmisión hospitalaria, el 71% ingresan por emergencia y el 29% por consultorio externo, la edad de readmisión fue mayor de 7 días en un 54,2%, el tiempo de hospitalización promedio fue de 3 – 5 días en un 62,1%. Las causas de readmisión más frecuentes son deshidratación hipernatrémica (47,6%) principalmente por mala técnica de lactancia, infecciones (18,5%) e hiperbilirrubinemia (13%).
  
5. Se encontró una tasa de mortalidad neonatal de 3,2 por cada 100 readmisiones. Principalmente causados por malformaciones congénitas.

## RECOMENDACIONES

1. Se necesita de estudios orientados al alta hospitalaria y la adecuada técnica de lactancia materna, que condicionen y establezcan un tipo de egreso neonatal que beneficie tanto a madres como a neonatos, para evitar su readmisión.
2. Vigilar y supervisar constantemente la técnica de lactancia materna por parte del personal, y que este sea capaz de poder responder a las dudas o dificultades que puedan presentar las madres en esta etapa, especialmente a las madres que no trabajan, ya que se ha visto que por motivos del Seguro Integral de Salud muchas veces ocultan su ocupación verdadera para que no se les deje de brindar este Servicio gratuito.
3. Continuar con la vigilancia estrecha de los recién nacidos egresados, concientizando a la madre del control posterior, que debe recibir en Consultorio Externo, por el pediatra para detectar cualquier alteración patológica durante la primera semana de vida, especialmente.

4. Reconocer y diferenciar una verdadera readmisión al momento de su atención, ya que el tratamiento brindado en mayor porcentaje fue de optimizar la técnica de lactancia, siendo esto algo que se puede solucionar, con una buena educación y orientación de una adecuada lactancia tanto al alta hospitalaria o en consultorio externo durante el primer control del recién nacido.
  
5. Mediante la detección oportuna de los signos de alarma disminuir los días de estancia hospitalaria, por consiguiente los costes a familiares y al hospital, pero principalmente reducirémos más la mortalidad en este grupo de edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aros AS. **Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia.** Rev Chil Pediatr. 2004; 75: 270-74
2. Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Arch Pediatr Urug 2008; 79(1): 86-91
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. Romero Sánchez J, Romero G, Picazo AB, Tapia CL, Díaz C. **Alta hospitalaria temprana en recién nacidos.** An Esp Pediatr 1999; 50: 479-84
5. Islas DLP, Ortiz AR, Verduzco GM. **Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente.** Rev Mex Pediatr 2003; 70(5); 243-45
6. Thilo E, Townsend S, Merenstein G. **Historia de la política y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal.** Clín de Perinat 1998; 25(2): 281-87.

7. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D; Health maintenance organization. **Efectos de una ley contra el egreso temprano postparto en recién nacido a término, sus efectos adversos, y gastos de la OMS.** New England Journal Medicine. 2002 Dec 19; 347(25): 2031-38.
8. Maldonado J MC. **Evaluación de dos modalidades de egreso (temprano y Tradicional) en recién nacidos sanos como factor predisponente para el reingreso en el periodo Neonatal. Hospital universitario “Dr. Antonio María Pineda”.** Barquisimeto 2006 Trabajo presentado para optar al grado de Especialista.
9. Fajardo OF, Olivas P MR. **Rehospitalización al servicio de neonatología del HIES.** Bol Clin Hosp Infant Edo Sonora 2002; 19(2):70-76.
10. Jonguitud AA, Hernández DME. **Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto** Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(5): 482-90
11. Sánchez Campos M. **Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003.** Tesis para obtener el Título Profesional de Pediatría Lima 2004

12. Furzan, JA. **Egreso precoz del recién nacido**. Arch Venez Puer Ped. Sep. 2007; Vol 70 (3): 89 - 96.
13. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de salud y Acción social de Argentina – Subsecretaria de Salud: “**Manual de adiestramiento Programa Madre y Niño feliz**”. Serie 9 Nro 2. Bueno Aires, Argentina 2002.
14. Academia Americana de Pediatría. Comité de Estudios Fetoniales (CEFEN): **Atención hospitalaria en neonatos a términos**. Pediatrías 1995; 96:788
15. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. “**Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud**”. Décima Revisión, 1992. Publicación Científica Nro.554. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. EEUU, 1995.
16. Lock M, Ray JG. **Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: are we sending newborns home too early?** CMAJ 1999; 161:249-253.
17. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. **Infant mortality and early postpartum discharge**. Obstet Gynecol 2000; 96:183-188.

18. Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. **Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding.** Acta Paediatr Scand 1987; 76: 727-732.
19. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Neonatal Hyperbilirubinemia. **Neonatal Jaundice and Kernicterus.** Pediatrics 2001; 108:763-765.
20. Fuchs K. **Elective caesarean section and induction and their impact on late preterm births.** Clin Perinatol 2006; 33(4):793-801.
21. Watchko JF. **Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant.** Clin Perinatol 2006; 33 (4):839-852.
22. González FTC, Dautt LJG, Hernández PMA, Murillo LI J. **Prevalencia de readmisión de recién nacidos de urgencias pediátricas del Hospital General de Culiacán.** Arch Salud Sin 2010; 4(4): 113-117
23. Fernández RC, Trenchs SV, Curcoy BAI, Lasuen del Olmo N, Luaces CC. **Assistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario.** An Pediatr (Barc) 2006; 65:123 – 128
24. Pittard WB, Geddes KM. **Newborn hospitalization: a closer look.** J Pediatr 1988 Feb; 112:257-61.
25. Brown AK, Damus K, Kim MH, King K, Harper R, Campbell D. **Factors relating to readmission of term and near term neonates in the first two weeks of life.** J Perinatol Med 1999; 27: 263-75

26. Soskolne Errol I, Schumacher Robert, Fyock Carole RN, Young M L, Schork A. **The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns.** Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 373 – 379.
27. James R. **Ictericia Fisiológica.** En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 1003-7.
28. James R. **Metabolismo de la bilirrubina.** En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 995-1002.
29. James R. **Toxicidad de las Bilirrubina, encefalopatía e ictericia nuclear (kernicterus).** En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional, 2000: 1008-13.
30. Grupp J. **Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice.** Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 1283-8.
31. **Estancia Hospitalaria en Maternidad y Riesgo de reingreso.**  
*<http://www.socvaped.org/anua/post/23>.*
32. Good Science and Good Judgment. **Early discharge and evidence-based practice.** JAMA 1997; 278: 334-6.12. Estancia Hospitalaria en

Maternidad y Riesgo de reingreso.  
<http://www.socvaped.org/anua/post/23>.

33. Assandri Dávila E, Ferreira García MI, Bello O. **Hospitalización neonatal desde el servicio de urgencias en un centro hospitalario de Uruguay**. An Esp Pediatr (Barcelona) 2005; 63; 413 – 417.
34. Britton J, Baker A, Spino C, Bernstein HH. **Postpartum discharge preferences of pediatricians: results from a national survey**. Pediatrics 2002; 110:53-60.
35. Britton J. **Follow-up after early discharge of term newborns: practice of pediatricians in Canada and the United States**. Int Pediatr 1998; 13:6-12.
36. Britton J. **Obstetric early hospital discharge in the United States and Canada**. Birth 1998; 25:161-168.
37. Petez Solis D, Pardo De La Vega R, Fernández González N, Ibáñez Fernández A, Prieto Espunes S. **Atención a neonatos en la sala de urgencias** Pediátricas. An Pediatr (Barc) 2003; 59:54-58
38. Valderrama Cabrera CA. **“Características clínicas de la deshidratación hipernatrémica en recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2010”** Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2012

39. Domínguez C. **Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente.** Revista Mexicana de Pediatría 2003; 70: 243-4.
40. Goulet L, Fall A, D'Amour D, Pineault R. **Prepartion for Discharge, Maternal Satisfaction and Newborn Readmission, for Jaudince: Comparing post partum Modds of care.** Birth 2007; 34: 131 – 139.

***ANEXOS***



**Estado**  
**HCMP :** Atención Prenatal  Aborto  Parto  **Producto de la Concepción** Hijo Único  Embarazo Múltiple   Aborto   
 Orden

**Ingreso al Establecimiento por parto o aborto incompleto** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REFERENCIA AL INGRESO Si  No  No aplica  FREQ RESP  TEMP  PULSO MATERNO  PRESION ARTERIAL  E.G.

Longitudinal  Transversa  Derecha  Izquierda  TAMAÑO FETAL ACORDE Si  No  INICIO Espontánea  Inducido  DILATACIÓN  MEMBRANAS Rotas  Integras  LIQUIDO AMNIOTICO Claro  Verde claro  Verde oscuro  PRESENTACION: Cefálica  Pelviana  ALTURA UTERINA  cm F.C.C  FECHA DE RUPTURA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signos y Síntomas de Alerta**

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ascitis <input checked="" type="checkbox"/>	Hematuria <input checked="" type="checkbox"/>
Cianosis <input checked="" type="checkbox"/>	Hipot. Ortostática <input checked="" type="checkbox"/>
Escotomas <input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia <input checked="" type="checkbox"/>
Epigastralgia <input checked="" type="checkbox"/>	Petequias <input checked="" type="checkbox"/>
Dolor hipocond. Der. <input checked="" type="checkbox"/>	Proteinuria <input checked="" type="checkbox"/>

**Corticoides antenatales (ciclo unico) (28-34 sem)**

Completo  Incompleto  No recibe  No aplica  SEM. INICIO

**Terminación** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TERMINACION Aborto  Espontánea  Forceps  Vacumm  Cesarea electiva  Cesarea emerg  POSIC GESTANTE Horizontal  Vertical  No aplica  PARTO GRAMA Si  No  No aplica  PARTO CON ACOMPAÑANTE Si  No  MUERTE INTRAUTERINA No hubo  Durante embarazo  Durante parto  Momento desconocido  EPISIOTOMIA Si  No  No aplica  DURACION Normal  Prolongado  Precipitado  No aplica  DESGARROS No hubo  I  II  III  IV  No aplica  ALUMBRAMIENTO Activo  Espontaneo  Manual  PLACENTA Completa  Incompleta  Manual  LIGADURA CORDON Precoz  Temprana  Tardía

**Tipo Procedimiento**

CESAREA Corporal  Segmentaria  No aplica  ABORTO Ameu  Legrado  No aplica

**Medicación en Parto** Sin medicación  MEDICACION: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ MEDICAMENTOS: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Indic. Princ. Parto Oper./Induc.** No hubo

**Atención**

NIVEL : FONP  FONB  FONE  FONI  Domiciliario  Otro  PARTO ó LEGRADO Médico  Residente Médico  Obstetrix  Interno  Enfermera  Tec. De Enfermería  Estudiante  Empírica o partera  Familiar  Otro  NEONATO Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino: \_\_\_\_\_ (Firma y sello) Responsable de la atención del Neonato: \_\_\_\_\_ (Firma y sello)

**Recién Nacido**

Sexo Femenino  Masculino  Indeterminado  Peso    g  < 2500 g  > 1500 g  > 4000 g  P.Cef.    mm Temp  °C Talla    mm

**HC RN:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE RN:** \_\_\_\_\_

**Patología Recien Nacido** Sin patologías  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Otras (CIE 10) 1.     2.     3.

**Edad por Ex.Físico** :   sem < 37 **APGAR:** 4-6  0-3  **Peso x Edad Gestacional :** 1'    **Adecuado**  Pequeño  Grande  5'

**Reanimación Respiratoria** No  Bolsa y mascara  Oxígeno  Reanim. Avanz.  **Medicación En Reanim RN** Si  No  **Vitamina K** Si  No  **Profilaxis Ocular** Si  No  **Ctrl Puerperio Inmediato** Si  No

**Exam. Físico** Normal  Anormal  **Hospitalizac** Si  No  **S. Iúctica RN** VDRL/RPR -  +  No se hizo  **EVOLUCION RN** Deposiciones Meconial  Transicional  Amarillo  Ictericia precoz Si  No

**Egreso RN** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Egreso: Sano  Traslado  Con patologia  Fallece  No Aplica  Dx. Fallecim.: \_\_\_\_\_ Dx. Traslado: \_\_\_\_\_ Establ. Trasl.: \_\_\_\_\_ Alimento al alta: Pecho solo  Pecho y Artificial  Artificial solo  No Aplica  TSH Si  No  Peso:    g **Egreso Materno** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Egreso: Sano  Traslado  Con patologia  Fallece  No Aplica  Dx. Fallecim.: \_\_\_\_\_ Dx. Traslado: \_\_\_\_\_ Establ. Trasl.: \_\_\_\_\_ **Anticonceptivos** Abstin. Periodica  Condon  DIU  Ligadura Tubaria  MELA  Progectg. Inyectables  Progectg. Orales  Progectg. Orales Solo  Ninguno  Otro

**Alojamiento Conjunto** Si  No  No aplica  **Contacto Piel a Piel** Si  No  No aplica  **LME** Si  No  No aplica  **Vacunas RN** BCG Si  No  Hepatitis B Si  No

**Reingreso RN** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reingreso No  Si  **Reingreso RN** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reingreso No  Si  **Reingreso RN** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reingreso No  Si

**Tipo de Sangre** Grupo A  B  AB  O  No se hizo  Rh Rh +  Rh -  No se hizo

Horas/días postparto o aborto					
Temperatura					
Pulso					
Pres. arterial max/min (mmHg)					
Involución uterina					
Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo)					
Herida oper (abdominal/periné)					
Observaciones					

## ANEXO 02. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### “READMISIONES HOSPITALARIAS EN RECIÉN NACIDOS EGRESADOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2010 - 2011”

#### I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

- A. **EDAD:** \_\_\_\_\_
- B. **ESTADO CIVIL:** Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( )
- C. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
- D. **OCUPACION:** Trabaja ( ) No trabaja ( )
- E. **PARIDAD:** Primípara ( ) Multípara ( ): \_\_\_\_\_
- F. **CONTROL PRENATAL:** \* Precoz → Si ( ) No ( )  
Sin control ( ) 1 - 5 ( ) >6 ( )
- G. **PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO:** ITU ( ) Amenaza de aborto ( )  
Amenaza parto prematuro ( ) HTA preexistente en embarazo ( ) Diabetes Mellitus en el embarazo ( ) Ninguna ( ) Otras ( ): \_\_\_\_\_
- H. **TIPO DE PARTO:** Vaginal ( ) Episiorrafia (Si) (No) Cesárea ( ) : \_\_\_\_\_
- I. **TERMINACION DE PARTO:** Espontánea ( ) C. Electiva ( ) C. Emergencia ( )

#### II. DATOS GENERALES DEL NEONATO

- A. **NOMBRE DEL RN:** \_\_\_\_\_ **HC:** \_\_\_\_\_
- B. **SEXO:** Masculino ( ) Femenino ( )
- C. **PESO: AL NACER:** \_\_\_\_\_ **Y AL ALTA:** \_\_\_\_\_ **% PERD PESO:** \_\_\_\_\_
- D. **EDAD GESTACIONAL AL NACER (CAPURRO):** \_\_\_\_\_
- E. **P/EG:** PEG ( ) AEG ( ) GEG ( )
- F. **APGAR:** Al 1': \_\_, a los 5': \_\_ **REANIMACIÓN:** Si ( ): \_\_\_\_\_ No ( )
- G. **TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:** < 24 hrs ( ) 24 - 48 hrs ( ) > 48 hrs ( )
- H. **TIPO DE ALIMENTACIÓN:** LME ( ) FM 14% ( ) Mixta ( )
- I. **DIAGNOSTICO AL ALTA:** RN Sano ( ) RN Patológico ( ): \_\_\_\_\_

#### III. DATOS GENERALES DE READMISION HOSPITALARIA

- A. **MODALIDAD:** Consultorio ( ) Emergencia ( )
- B. **EDAD:** \_\_ días **PESO:** \_\_\_\_\_ **% PERD PESO:** \_\_\_\_\_
- C. **TIPO DE ALIMENTACIÓN:** LME ( ) FM 14% ( ) Mixta ( )
- D. **DIAGNOSTICO DE READMISION:**  
Desh hipernatrémica ( ) Hiperbilirrubinemias ( ) Sepsis ( ) Infecciones ( )  
Malformación congénita ( ) SDR ( ) Otros ( ): \_\_\_\_\_ RN Sano ( )
- E. **TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN DIAS:** < 2 ( ) 3 - 5 ( ) 6- 8 ( ) > 9 ( )
- F. **COMPLICACIONES EN HOSPITALIZACION:** Si ( ): \_\_\_\_\_ No ( )
- G. **TRATAMIENTO RECIBIDO:** LM y/o FM al 14 % ( ) Control de peso ( ) Fototerapia ( )  
Hidratación Parenteral ( ) Antibioticoterapia ( ) Quirúrgico ( ) Otros ( ) : \_\_\_\_\_
- H. **MORTALIDAD:** Precoz ( ) Tardía ( ) Causa: \_\_\_\_\_ No hubo ( )
- I. **DIAGNOSTICO DE EGRESO DE LA READMISION:**  
Mejorado ( ) Fallecido ( ) Referido ( )