

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
ESCUELA DE POSGRADO



---

FACTORES RELACIONADOS CON LA READMISIÓN  
HOSPITALARIA DE NEONATOS. HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO-JUNIO 2017.

---

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN  
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD

TESISTA: JESSENIA EDITH CONTRERAS CÓNDOR

ASESOR: Mg. JESÚS CALLE ILIZARBE

HUÁNUCO – PERÚ

2017

## **Pensamiento**

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”

Nelson Mandela

## **Dedicatoria**

A mi familia por el apoyo

y paciencia que me brindaron

durante los estudios de maestría.

## **Agradecimientos**

A la universidad por brindarme la oportunidad de obtener  
el grado académico.

A mi asesor el Mg. Jesús Calle Ilizarbe por sus consejos y  
orientaciones en el presente trabajo.

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron en la  
ejecución de la presente investigación.

## Índice de contenido

• <b>Portada</b>	<b>i</b>
• <b>Pensamientos</b>	<b>ii</b>
• <b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
• <b>Agradecimientos</b>	<b>iv</b>
• <b>Índice de contenido</b>	<b>v</b>
• <b>Lista de tablas</b>	<b>vii</b>
• <b>Lista de figuras</b>	<b>viii</b>
• <b>Resumen</b>	<b>ix</b>
• <b>Abstract</b>	<b>x</b>
• <b>Introducción</b>	<b>xi</b>
<b>Capítulo I: El Problema de investigación</b>	<b>Pag. 13</b>
1.1 Descripción del problema	Pag. 13
1.2 Formulación de problema	Pag. 18
1.2.1 Problema general	Pag. 18
1.2.2 Problemas específicos	Pag. 19
1.3 Objetivos de la investigación	Pag. 19
1.3.1 Objetivo General	Pag. 19
1.3.2 Objetivos Específicos	Pag. 19
1.4 Hipótesis	Pag. 20
1.4.1 Hipótesis general	Pag. 20
1.4.2 Hipótesis específica	Pag. 20
1.5 Variables	Pag. 21
1.5.1 Variable principal	Pag. 21
1.5.2 Co Variables	Pag. 21
1.6 Justificación e importancia	Pag. 23
1.7 Viabilidad	Pag. 25
1.8 Limitaciones	Pag. 26
<b>Capítulo II Marco teórico</b>	<b>Pag. 27</b>
2.1 Antecedentes	Pag. 27

2.2 Bases teóricas	Pag. 34
2.2.1 La readmisión del neonato	Pag. 34
2.3 Definiciones conceptuales	Pag. 49
<b>Capítulo III Metodología</b>	Pag. 51
3.1 Tipo de investigación	Pag. 51
3.2 Diseño y esquema de la investigación	Pag. 52
3.3 Población y muestra.	Pag. 52
3.3.1 Población	Pag. 52
3.3.2 Muestra	Pag. 53
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	Pag. 53
3.4 Técnica de recojo, instrumento, técnicas de análisis de los datos y procedimiento	Pag. 54
<b>Capítulo IV: Resultados</b>	Pag. 57
<b>Capítulo V: Análisis y discusión de los resultados</b>	Pag. 79
<b>CONCLUSIONES</b>	Pag. 86
<b>RECOMENDACIONES</b>	Pag. 88
<b>REFERENCIAS</b>	Pag. 89
<b>ANEXO</b>	Pag. 98

**Lista de tablas****N° de tabla**

- 1 Operacionalización de las variables de estudio
- 2 Grupos etareos de la madre y Readmisión hospitalaria del neonato
- 3 Control prenatal y Readmisión hospitalaria del neonato
- 4 Paridad y Readmisión hospitalaria del neonato
- 5 Patología obstétrica y Readmisión hospitalaria del neonato
- 6 Enfermedad hipertensiva del embarazo y Readmisión hospitalaria del neonato
- 7 Tipo de parto y Readmisión hospitalaria del neonato
- 8 Tipo de alimentación y Readmisión hospitalaria del neonato
- 9 Sexo del neonato y Readmisión hospitalaria del neonato
- 10 Peso al nacer (gramos) y Readmisión hospitalaria del neonato
- 11 Edad gestacional y Readmisión hospitalaria del neonato
- 12 Tiempo de hospitalización \* Readmisión hospitalaria del neonato
- 13 Variables de entradas / eliminadas
- 14 Coeficiente de determinación
- 15 Coeficiente de correlación
- 16 La prueba del Durbin – Watson (DW)
- 17 Prueba de análisis de varianza - ANOVA
- 18 Prueba Student “t”
- 19 Distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017 con su diagnóstico de readmisión

## Lista de figuras

### N° de figuras

- 1: Grupos etareos de la madre y Readmisión hospitalaria del neonato
- 2: Control prenatal y Readmisión hospitalaria del neonato
- 3: Paridad y Readmisión hospitalaria del neonato
- 4: Patología obstétrica y Readmisión hospitalaria del neonato
- 5: Enfermedad hipertensiva del embarazo y Readmisión hospitalaria del neonato.
- 6: Tipo de parto y Readmisión hospitalaria del neonato
- 7: Tipo de alimentación y Readmisión hospitalaria del neonato
- 8: Sexo del neonato y Readmisión hospitalaria del neonato
- 9: Peso al nacer (gramos) y Readmisión hospitalaria del neonato
- 10: Edad gestacional y Readmisión hospitalaria del neonato
- 11: Tiempo de hospitalización \* Readmisión hospitalaria del neonato
- 12: Representación de la distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017 con su diagnóstico de readmisión.



**Factores asociados a readmisiones hospitalarias de neonatos.  
Jessenia Edith Contreras Córdor  
Universidad Nacional Hermilio Valdizán**

**Resumen**

La investigación de tipo descriptiva correlacional tuvo como objetivo general Determinar la asociación que existe entre los factores epidemiológicos (maternos y neonatales) con las Readmisiones hospitalarias de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Se elaboró una ficha con 16 variables y se evaluaron 109 historias clínicas de neonatos readmitidos entre Enero - Junio 2017. Los datos se procesaron con el SPSS versión 22.0 en español y se llegaron a las siguientes conclusiones: 1. Existe asociación estadística significativa entre los factores maternos: control prenatal ( $X^2 = 20.993$ ; gl = 9;  $0 < 0.05$ ); Patología obstétrica ( $X^2 = 24.263$ ; gl = 9;  $0 < 0.01$ ); Enfermedad hipertensiva del embarazo ( $X^2 = 50.940$ ; gl = 36;  $0 < 0.01$ ); Tipo de parto ( $X^2 = 26.064$ ; gl = 9;  $0 < 0.01$ ); Tipo de alimentación ( $X^2 = 31.581$ ; gl = 18;  $0 < 0.05$ ), con la Readmisión Hospitalaria de Neonatos. 2. Existe asociación entre los factores neonatales: Sexo del neonato ( $X^2 = 30.984$ ; gl = 9;  $0 < 0.001$ ); Edad gestacional ( $X^2 = 41.504$ ; gl = 27;  $0 < 0.05$ ); Tiempo de hospitalización ( $X^2 = 29.346$ ; gl = 18;  $0 < 0.05$ ); con la Readmisión Hospitalaria de Neonatos. 3. Las variables: tipo de parto es la que presenta un mayor porcentaje (44.9%) en 1er lugar; en 2do lugar le sigue la variable Peso al nacer con un 28.4% y en tercer lugar, las enfermedades hipertensivas del embarazo con un 22.7%, son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos. 4. En los diagnósticos de readmisión de los neonatos readmitidos el 45% fueron diagnosticados con Ictericia, el 22.9% fueron diagnosticados con deshidratación, que el 11% fueron diagnosticados con Infección, que el 10.1% fueron diagnosticados con el Síndrome eumético, que el 5.5% fueron diagnosticados con fiebres y el 5.5% fueron diagnosticados con distres respiratorio.

*Frases clave:* Factores asociados, readmisiones hospitalarias de neonatos.

**Factors associated with hospital readmissions of neonates.  
Jessenia Edith Contreras Condor  
National University Hermilio Valdizán**

**Abstract**

Correlative descriptive research had as a general objective To determine the relationship that exists between epidemiological factors (maternal and neonatal) with hospital readmissions of neonates in the National Hospital Edgardo Rebagliati .. A card with 16 variables was elaborated and 109 stories were evaluated neonatal clinics readmitted between January – June 2017. The data were processed with SPSS version 22.0 in Spanish and the following conclusions were reached: 1. There is significant statistical relationship between maternal factors: prenatal control ( $X^2 = 20.993$ ,  $gl = 9$ ;  $0 < 0.05$ ); Obstetric pathology ( $X^2 = 24.263$ ,  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ); Hypertensive disease of pregnancy ( $X^2 = 50.940$ ,  $gl = 36$ ,  $0 < 0.01$ ); Type of delivery ( $X^2 = 26.064$ ,  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ); Type of feeding ( $X^2 = 31.581$ ,  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ), with the Hospital Readmission of Neonates. 2. There is a relationship between neonatal factors: Sex of the newborn ( $X^2 = 30.984$ ,  $gl = 9$ ,  $0 < 0.001$ ); Gestational age ( $X^2 = 41.504$ ,  $gl = 27$ ,  $0 < 0.05$ ); Hospitalization time ( $X^2 = 29.346$ ,  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ); with the Hospital Readmission of Neonates. 3. The variables: type of delivery is the one with the highest percentage (44.9%) in 1st place; 2nd place is followed by the variable Birth weight with 28.4% and third, hypertensive diseases of pregnancy with 22.7%, are the variables with the greatest explanation for hospital readmissions of newborns. 4. In the readmission diagnoses of the readmitted infants, 45% were diagnosed with jaundice, 22.9% were diagnosed with dehydration, 11% were diagnosed with infection, 10.1% were diagnosed with the emetic syndrome, 5.5 % were diagnosed with fevers and 5.5% were diagnosed with respiratory distress.

*Key phrases:* Associated factors, hospital readmissions of neonates

## Introducción

No cabe duda de que hoy por hoy las instituciones de salud en vez de crecer en su estructura y servicios que permitan brindar un servicio de calidad a los pacientes, no se dan abasto para una población que crece muy rápidamente, lo que ha generado que estas instituciones asuman una política de atender a los usuarios a costa de su menor permanencia en los centros hospitalarios. Si bien es cierto, que esta política de atender a más usuarios a costa de ellos mismos, tiene sus ventajas en términos que se busca cubrir la mayor atención posible a quienes los necesitan, sin embargo, tiene como desventaja que su permanencia en los centros hospitalarios sea menor, lo cual, se convierte en un factor de riesgo para los mismos pacientes generando un mayor porcentaje de readmisiones hospitalarias.

Este hecho es mucho más frecuente en la atención materno infantil, donde tanto la madre como el recién nacido necesitan de mayores atenciones, sobre todo en neonatos que por su condición de salud, se debería brindar un mayor soporte médico con la finalidad de prevenir futuras readmisiones dada la condición de bajo peso o por enfermedades que presentan las mujeres embarazadas en el proceso de gestación y que el más perjudicado es el neonato que al no contar con las atenciones y el tiempo necesario de hospitalización que garanticen su estado adecuado de salud, estarían más propensos a contraer una serie de enfermedades por su bajo nivel de defensas.

Esta investigación de tipo descriptiva correlacional tuvo como objetivo general determinar la asociación que existe entre los factores epidemiológicos (maternos y neonatales) con las Readmisiones hospitalarias de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.

La presente investigación está distribuida en 05 capítulos: en el I capítulo se describe la problemática de la investigación, la formulación del problema, objetivos, variables, hipótesis y la justificación del trabajo. En el II capítulo se describen los reportes de los antecedentes de investigación y el marco teórico de la investigación. En el III capítulo, se plantea la metodología, tomando en cuenta, el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnica e instrumento de obtención de datos y las técnicas de análisis de los datos. En el IV capítulo se describen los resultados. En el V capítulo se analizan y discuten los resultados con los antecedentes de la investigación. Se plantean las conclusiones y recomendaciones. Las referencias y en anexo se describe el instrumento de obtención de los datos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del problema.**

Los cambios fisiológicos que aplica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido (RN) normal y de las enfermedades que pueda desarrollar durante este tiempo; el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida y es considerada la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. Todos los problemas del recién nacido de alguna manera comprenden la alteración de un mecanismo de adaptación, por ello constituyen un reto para el pediatra, debido a la inespecificidad y labilidad con que él, reacciona ante diferentes entidades patológicas (1).

Lo que hace que cada visita del RN y sus padres al servicio, posterior al alta, obliga a dirigir el pensamiento médico hacia un amplio espectro diagnóstico y a tomar consciencia de que esta consulta podría estar ocasionada por una patología banal o ser la manifestación inicial de entidades que, como ocurre en el RN, no son detectadas en las primeras horas de vida pero pueden ocasionar secuelas permanentes (1). Es en este período de la vida cobra

especial importancia la premisa fundamental de confiar en la madre (1).

Es por ello, que la readmisión neonatal es un tema muy importante con morbilidad significativa y costosa responsabilidad (2). Por representar un problema para el niño, la familia y el sistema de salud; la readmisión hospitalaria de los RN debe ser examinada desde el punto de vista de prevención de enfermedades (3,4,5), debido a que existen numerosos factores de riesgo predisponen a esta.

En relación a esto, la Academia Americana de Pediatría considera ciertos factores como el egreso temprano, el cual se da en aquel neonato que egresa a su casa en las primeras cuarenta y ocho (6) horas de vida extrauterina y califica como muy temprano el que se da en 24 horas o menos, cuando el niño nace por vía vaginal (7,8). El lapso que debe permanecer bajo observación médica hospitalaria un neonato, aún no ha sido definido. Mientras que en 1960 el tiempo de hospitalización para un neonato era de 3.9 días; para el año 1992 se vio que este período había bajado a 2.2 días (5).

Actualmente y en nuestra realidad (hospital materia de estudio), se viene dando de alta, en la mayoría de los casos, en parto vaginal a las 24 horas y en cesáreas a las 48-72 horas, cifras que concuerdan con la tendencia a que los días de hospitalización de los neonatos, de un tiempo a esta parte, se vayan disminuyendo.

En cuanto a lo expuesto anteriormente, se deben tener en cuenta varios criterios para dar alta hospitalaria al recién nacido, tales criterios son: evidencia de aumento de peso, temperatura

corporal estable, alimentación efectiva, sin dificultad respiratoria u otros problemas evidentes, entre otros; en la actualidad, la tendencia de dar el alta hospitalaria precoz por razones médicas, sociales y económicas, han incrementado la morbilidad en RN, debido al desarrollo de enfermedades que no fueron percibidas por el personal médico ni de enfermería, y que muchas veces está determinado por la necesidad de camas para las puérperas y por el deseo de las madres por irse pronto a su hogar (6).

Por esto, el propósito primario de la atención en el período postnatal inmediato debe incluir, no solo la identificación precoz de complicaciones neonatales, sino también la provisión de asistencia profesional durante éste tiempo crucial, con la madre. En lo que se refiere al 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 los centros hospitalarios (4,9,10), y no excluye al Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" de ESSALUD, Lima, donde las altas hospitalarias se realizan en las primeras 24 horas en el nacido por parto vaginal y a las 72 horas en los nacidos por cesárea (muchas veces antes de las 72 horas por necesidad de camas).

Cabe considerar, que por otra parte resulta difícil establecer si el egreso en forma muy temprana, se asocia a las patologías más frecuentes encontradas en la readmisión. El envío a casa de un recién nacido con estos protocolos de alta lo coloca en una situación de riesgo que, frecuentemente, pasa inadvertida en el día a día hospitalario (11).

Sin duda alguna, existe gran controversia acerca de los beneficios del alta precoz entre alta tardía; planteando que la primera, es confiable en la mayoría de los nacimientos de bajo riesgo, y que además, provee beneficios médicos y psicoemocionales tales como conformación del nacimiento como un acto natural y no médico, rápida vuelta al ambiente hogareño y menor entorpecimiento de la vida familiar, menor probabilidad de infecciones nosocomiales, menor riesgo de intervenciones en el neonato, reducción en los gastos de atención, mayor éxito de la lactancia materna exclusiva, facilitación del establecimiento del nexo madre-niño por la mayor satisfacción de la madre como cuidadora principal (12, 13).

En el caso del alta tardía, ésta favorecería el descanso y recuperación de la madre, inicio de la lactancia materna bajo la guía de profesionales de salud, educación de los padres sobre cuidado neonatal básico y signos de alarma, supervisión clínica del niño de búsqueda de enfermedades orgánicas de presentación clínica más allá de las 48 horas, cumplimiento de inmunizaciones, realización de pruebas metabólicas obligatorias menor ansiedad materna (14,15).

Sin embargo, no todo es beneficioso, la estancia hospitalaria larga, puede llevar a una readmisión, que podrían acrecentar el aumento de la tasa de infecciones hospitalarias; el aumento de la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas inadecuadas, la alta incidencia de problemas en la familia del neonato y la existencia de trastornos psicológicos en la madre; aunado al aumento del costo sanitario, debido principalmente a la suma de las necesidades de



personal, preferentemente de enfermería que precisa el cuidado de los recién nacidos (16, 17).

Es de considerar que las causas de readmisión hospitalaria de los RN, como la ictericia neonatal, sepsis neonatal precoz o tardía, entre otras (18); se ven influenciadas por distintos factores como: la edad materna, nuliparidad, variación geográfica, situación socioeconómica, pre término, nacimientos por cesárea y el alta temprana (19). A pesar de ello, la práctica colectiva del alta precoz, sin considerar las circunstancias individuales de cada parturienta, puede traer consecuencias adversas en el neonato (9, 20, 21), como retardo en el inicio o cese prematuro de la lactancia materna, deshidratación y alimentación precaria, ictericia y kernicterus, derivación hacia la familia de la responsabilidad de identificar señales clínicas de enfermedad en el neonato, falta de detección de anomalías congénitas; así mismo puede ocasionar inmunizaciones incompletas o retardadas, falla en cumplir la pesquisa metabólica, aumento de la ansiedad y el estrés materno, mayor tasa de readmisión hospitalaria durante el primer mes y mayor riesgo de muerte dentro del primer año de vida (22), así como incremento en la intensidad y frecuencia de malnutrición y trastornos hidroelectrolíticos.

En igual forma, estas causas de morbilidad neonatal asociada a otras como problemas en la alimentación, sospecha de infección, reflujo gastroesofágico y sus complicaciones son la causa de readmisión en la unidad neonatal. Además 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; como por ejemplo la mal rotación intestinal y cardiopatías congénitas dependientes del conducto arterioso, entre otras (23).

Como seguimiento de esta actividad, se observa que en nuestro país no se dispone de datos publicados en relación al promedio de estancia de los neonatos en los hospitales públicos.

En forma de contribuir con el bienestar neonatal, se han puesto en práctica medidas que han demostrado valor en evitar la readmisión neonatal tales como: la intervención en el plan de alta, la educación a los padres, educar a la madre o familiares del niño sobre la higiene correcta de los genitales para prevenir la infección o sepsis urinaria; así como del cordón umbilical para evitar onfalitis, cumplir estrictamente las medidas de sepsia y antisepsia.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los Factores Asociados de la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, Enero – Junio 2017?

### **1.2.1 Problema general**

¿Cómo influyen los factores maternos, neonatales en las Readmisiones hospitalarias neonatales en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, Enero – Junio 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

1. ¿Qué características maternas están asociadas a las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, Enero – Junio 2017?
2. ¿Qué características neonatales están asociadas a las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, Enero – Junio 2017?
3. ¿Cuáles de las 12 variables analizadas son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”, Enero – Junio 2017?
4. ¿Cuáles son los diagnósticos clínicos más frecuentes en la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins” Lima, 2017?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar la relación que existe entre los factores maternos y neonatales con las Readmisiones hospitalarias de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Enero - Junio 2017.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Hallar la relación entre los factores maternos y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Enero - Junio 2017.

2. Hallar la relación entre los factores neonatales y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.
3. Hallar cuales de las 12 variables epidemiológicas analizadas son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin. Enero - Junio 2017.
4. Conocer los diagnósticos de readmisión más frecuentes de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.

#### **1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis.**

##### **1.4.1 Hipótesis general**

Existe asociación significativa entre los factores maternos, neonatales y epidemiológicos y las readmisiones hospitalarias de neonatos

##### **1.4.2 Hipótesis específica**

1. Existe relación entre los factores maternos y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Enero - Junio 2017.
2. Existe asociación entre los factores neonatales y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.
3. Existen de las 12 variables analizadas como mínimo dos variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias

de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin.  
Enero - Junio 2017.

4. Existe una mayor porcentaje de neonatos diagnosticados con Ictericia de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017

## 1.5 Variables.

### 1.5.1 Variable principal:

- Causas de Readmisión en el Servicio de Neonatología.

### 1.5.2 Co variables:

- Factores maternos.
- Factores neonatales.

Tabla 1

*Operacionalización de las variables de estudio*

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN
READMISIÓN HOSPITALARIA DE NEONATOS	Recién Nacido registrado en hospitalización	Recién Nacido registrado en hospitalización	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Sí No
FACTORES MATERNOS	Edad	Edad en años	Politómica	Cuantitativa De Razón Discreta	<18 18 - 34 >34
	Grado de instrucción	Grado de instrucción académica de la madre	Politómica	Cualitativa Nominal	Primaria, Secundaria o Superior
	Estado civil	Estado civil de la madre	Politómica	Cualitativa Nominal	Soltera, Casada, Conviviente, Viuda
	Control prenatal	Control del bienestar fetal y de la evolución del embarazo	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Sí No
	Paridad	Número de Hijos de la madre del RN readmitido	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Primípara Múltipara

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN
	Patología Obstétrica	Presencia de patología obstétrica durante el embarazo	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Sí No
	Tipo de parto	Via de Parto	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Vaginal Cesárea
FACTORES NEONATALES	Sexo	Identidad Sexual por visualización de genitales externos al nacer	Dicotómica	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
	Peso al nacer	Peso en gramos	Politómica	Cualitativa Ordinal	Extremadamente Bajo Peso al Nacer (<1000g) Muy Bajo Peso al Nacer <1500g Bajo peso al Nacer <2500g >2500 y <4000g
	APGAR	De acuerdo a escala	Politómica	Cuantitativa	Minuto 1: 10, 9, 8, ≤7 Minuto 5: 10, 9, 8, ≤7
	Edad gestacional	Edad Gestacional según método Capurro calculada en la sala de partos/edad gestacional determinada por ginecólogo	Politómica	Cualitativa Ordinal	Pretérmino <37A término 37-42 Posttérmino ≥42 Pretérmino Tardío: 34 - 36/7A término temprano: 37/7 sem - 38 6/7 sem A término completo 39 0/7- 40 6/7A término tardío: 41 0/7 - 41 6/7 Posttérmino 42/7 a más
	Tipo de alimentación	Alimentación recibida por el RN en hospitalización	Politómica	Cualitativa Nominal	Lactancia Materna Exclusiva Formula Maternizada Alimentación Mixta
	Tiempo de Hospitalización	Duración de la hospitalización en días	Dicotómica	Cuantitativa De Razón Discreta	<48 horas ≤48 horas
	Edad de reingreso	Edad del neonato al momento del reingreso	Politómica	Cuantitativa De Razón Discreta	Nº de días de vida
	Diagnóstico de reingreso	Diagnóstico médico para el reingreso	Politómica	Cualitativa Ordinal	Ictericia, Deshidratación, Infección, Otros

## 1.6 Justificación e importancia.

En países subdesarrollados como el nuestro se evidencia claramente la existencia de tasas de morbimortalidad en neonatos, estos son producto de un internamiento hospitalario que se generan de diversos factores tanto nutricionales como patológicos, es decir que derivan tanto de la madre como del propio neonato, así vemos en nuestra realidad como los neonatos nacidos en una sala de alojamiento conjunto antes de cumplir el mes de vida están reingresando a la Unidad de Neonatología para su internamiento, su tratamiento y recuperación de diversas patologías.

Este problema causa mucha preocupación por tratarse de seres muy vulnerables y lábiles en esta etapa crucial de su desarrollo que tendrá significativa repercusión en su futuro.

Al disminuir la frecuencia de readmisión, se disminuyen los días de estancia hospitalaria, el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales, por consiguiente los costos financieros a familiares y al presupuesto del hospital, pero principalmente se disminuye la morbimortalidad de este grupo etario.

En algunos procesos clínicos con alta tasa de reingreso una intervención en unidades de enfermería y la educación impartida a padres y familiares, que van desde las formas de asegurar la esterilización de utensilios de alimentación y asegurar la limpieza adecuada de ropa y sábanas por emplearse; acudir oportunamente a la consulta especializada para esclarecer las dudas para evitar la readmisión hospitalaria; (23) y la prevención de iatrogenia durante el

ingreso previo (24) en cuanto a la manipulación aséptica, reducen la tasa de reingreso y mejoran la calidad de vida del niño (25-26). Por lo tanto resulta de gran importancia, de muchísimo interés y de gran urgencia identificar cuáles son los factores que condicionan la readmisión hospitalaria de los neonatos, un hecho relevante para la contribución a la prevención y reducción del gran costo social y humano, además de contribuir con la conservación del bienestar del individuo y de la familia.

La Readmisión Neonatal es considerada como un indicador de la morbi-mortalidad en el área hospitalaria y refleja quizás, los déficit sanitarios en los que se encuentra el área de salud; es por ello que, el siguiente trabajo de investigación se llevará a cabo con la finalidad de determinar los factores asociados a la Readmisión Hospitalaria de neonatos en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins , cuyo propósito primario es identificar precozmente las complicaciones neonatales, las herramientas utilizadas para precisar los factores neonatales, las características epidemiológicas y antecedentes maternos que pueden predisponer a la readmisión neonatal, para implementar medidas que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad neonatal.

Como puede inferirse, el aporte teórico de la presente investigación radica en brindar un conocimiento básico para la atención efectiva del neonato, con el objetivo de identificar los inconvenientes presentados antes de la salida hospitalaria con su madre, como la hipoglucemia, alimentación precaria, ictericia, procesos infecciosos, anomalías congénitas, inmunizaciones



incompletas o retardadas, falla en cumplir la pesquisa metabólica, aumento de la ansiedad y el estrés materno, entre otras (27).

De igual manera, el estudio involucra un aporte práctico dado que a partir de ese conocimiento se puede prevenir las readmisiones, Identificar precozmente las causas e implantar en tratamiento oportuno y adecuado.

Igualmente el aporte metodológico del estudio se dirige en función de la promoción de la investigación científica, sobre problemas que aunque parezcan sencillos aún no han sido resueltos; que servirá como sustrato en el estudios de enfermedades y diagnósticos relacionados con la readmisión de neonatos y como una herramienta de consulta bibliográfica e importancia, principalmente para estudiantes e investigadores de salud.

### **1.7 Viabilidad.**

El presente estudio de investigación es viable puesto que, más allá de considerar su importancia y relevancia de los resultados del mismo, los cuales servirán para la toma de decisiones y mejoras de gestión, de ser el caso.

Cabe precisar la viabilidad por el acceso con que se cuenta para la recogida de datos por ser trabajador del Hospital donde se realizará la investigación. Desde un punto de vista económico también es viable, que por ser un estudio descriptivo, no demanda mayores gastos para su ejecución. Así mismo contar con un instrumento de recolección de datos que permite obtener la información de forma efectiva

### **1.8 Limitaciones**

- Historias clínicas incompletas.
- Investigación autofinanciado
- Carencia de antecedentes previas al presente estudio.
- Carencia de expertos en el tema de investigación en el área donde se desarrolla la ejecución de la investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes.**

Se realizó en la ciudad de Bolivia, un estudio titulado: "Causas de Reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente"; cuyo objetivo fue identificar los motivos que dan lugar al reingreso de neonatos que egresan por ser considerados de riesgo bajo para tener alguna complicación, donde se revisaron los expedientes clínicos de 34 recién nacidos que ingresaron a la sala de urgencias de la unidad de pediatría de enero a diciembre de 2001. Todos habían egresado, en forma temprana, del alojamiento conjunto del hospital; se investigó en ellos la vía de nacimiento del niño, el lapso entre su nacimiento y su alta hospitalaria, el motivo del internamiento, las horas que transcurrieron entre el egreso y la readmisión, la duración de su estancia al ser readmitidos y la condición de la familia. Los resultados fueron que los recién nacidos egresados antes de 36 horas tuvieron mayor riesgo de readmisión. Los motivos de readmisión fueron: hiperbilirrubinemia, deshidratación hipernatrémica y septicemia neonatal. Trece de los niños que nacieron por cesárea reingresaron entre las 48 y 72 horas después de su

egreso. Los diagnósticos de ingreso fueron hiperbilirrubinemia en 21 (0.62); de ellos en 20 fue considerada como multifuncional y en uno fue secundaria a incompatibilidad a grupo sanguíneo. Trece niños (0.38) reingresaron por deshidratación, otros 13 (0.38) ingresaron por septicemia, uno por neumonía y uno por reflujo gastroesofágico (2%). (11, 38)

En Venezuela; se realizó un ensayo clínico no experimental, titulado "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", cuyo objetivo era evaluar las dos modalidades de egreso de RN sanos de la Maternidad del Hospital Central "Dr. Antonio María Pineda" de Barquisimeto, definidos según las horas de permanencia como temprano (menor de 24 horas) y tradicional (48 horas) como factor predisponente para el reingreso durante el primer mes de vida, donde se seleccionando 240 RN; de estos 86 egresados temprano (20.6 horas de promedio) y 109 egresados tradicionalmente, con seguimientos en 3 fases: hospitalaria, domiciliaria y telefónica; observándose un 22% reingresos; igualmente se destaca que la principal causa de ingreso fue la ictericia Neonatal Multifactorial; y la Sepsis Neonatal la más frecuente en los casos de egreso temprano. (29)

En otro estudio venezolano, mediante un análisis retrospectivo hecho en el Hospital Universitario "Dr. Alfredo Van Grieken" en el 2005, se encontró que en 3780 neonatos egresados antes de 48 horas presentaron una tasa de readmisión de 2,7% en la primera semana de

vida (observación no publicada). Los datos de esta revisión probablemente reflejan una subestimación de la morbilidad asociada al egreso precoz, pues la exploración se limitó a la primera semana, y es probable que los neonatos hayan sido admitidos en otros hospitales, o que las madres no hayan advertido problemas potencialmente serios en sus niños. Las causas de readmisión en la población fueron hiperbilirrubinemia excesiva, sospecha de sepsis, enfermedad hemorrágica, anomalías congénitas gastrointestinales y deshidratación. Un niño desarrolló kernícterus y hubo una muerte asociada a sepsis bacteriana. El 67% de estos niños readmitidos tenían un peso al nacer entre 2500 y 3000 gramos. Quizás, estos recién nacidos con peso subóptimo y que son albergados junto a los neonatos sanos, tienen un mayor riesgo de ictericia y deshidratación, debido a problemas con sus primeras tomas de alimento, evacuación retardada de meconio y menor actividad de la enzima glucuroniltransferasa. (29)

Un estudio realizado en Suecia, titulado "Maternity care options influence readmission of newborns" y cuyo objetivo era analizar la morbilidad y la mortalidad en neonatos sanos en relación con varias rutinas de seguimiento después del parto, mediante un estudio transversal; tomando como población: a RN sanos a término entre 1999 y 2002 (n = 1971898) en una rutina de seguimiento postnatales después del parto sin complicaciones en 48 de los hospitales y refieren como resultados que durante los primeros 28 días, 2,1 % de los bebés fueron readmitidos generalmente debido a infecciones, ictericia y problemas relacionados con la alimentación; los nacidos en hospitales

con un examen de rutina neonatal antes de 48 horas y un programa de cuidados en el hogar tenían una tasa de readmisión [OR, 1.3 (95% CI. 1.16---1.48)] superior de los niños nacidos en hospitales con examen de rutina neonatal después de 48 horas y el cuidado de 24 horas. Hubo 26 muertes neonatales; concluyendo que las opciones de atención postparto influyen en la morbilidad neonatal medida por la tasa de readmisión de hospital y que un examen físico final infantil antes de egreso (49-72 horas) y un seguimiento activo puede reducir el riesgo de la readmisión (30).

Igualmente un estudio realizado de tipo prospectivo, analítico, observacional, incluyeron todos los recién nacidos egresados del Servicio de alojamiento conjunto y readmitidos en el Departamento de Neonatología del Centro Materno Infantil San Lorenzo, en los primeros 28 días de vida, en el período comprendido de enero del 2004 a junio del 2005, titulado "Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto"; cuyo objetivo fue conocer las causas de reingreso, las características perinatales y la morbi-mortalidad de una población de recién nacidos readmitidos en el primer mes de vida y analizar las estrategias posibles que resulten en la mejor atención de la madre y el RN en la sala de alojamiento conjunto; durante el periodo de estudio del 1 de enero del 2004 al 30 de junio del 2005 fueron readmitidos 51 recién nacidos, donde se estudiaron diferentes indicadores como la edad materna, control prenatal donde cabe resaltar que (10/51) neonatos fueron reinternados por más de 5 días; así mismo se investigó gestación, vía de nacimiento, antecedentes neonatales (peso, apgar, edad gestacional,

sexo); 63% eran masculinos y el 37% femeninos. En la readmisión un 80% de los RN recibían pecho materno exclusivo, pero en un 20% además de lactancia materna recibían complemento con fórmula de inicio. El 84% de RN pasaron a alojamiento conjunto en la primera hora de vida. El 16% de los pacientes readmitidos habían tenido internaciones cortas al nacer, siete por dificultad respiratoria (TTRN: taquipnea transitoria del RN y EMH leve: Enfermedad membrana hialina leve) y uno por asfixia perinatal leve. 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 y dos pacientes fallecieron, constituyendo el 3.9%. Una limitación común de algunos de estos análisis ha sido el uso de la frecuencia de readmisión durante el primer mes como la principal consecuencia desfavorable asociada al alta precoz, decisión que podría haber subestimado la incidencia de condiciones que comprometen la salud de los niños, aunque éstos no sean llevados al hospital. (31)

Así mismo en California, se realizó un estudio titulado "Readmission for Neonatal Jaundice in California, 1991-2000: Trends and Implications" publicado en el 2008, cuyo objetivo fue describir las tendencias basadas en la población, factores de riesgo potenciales y los gastos de hospital de readmisión para la ictericia de recién nacidos a término y límites los datos se obtuvieron de la oficina estatal de salud planificación y desarrollo de California, la población de estudio se limitaba a los bebés sanos reingresados en los primeros 14 días del

nacimiento; la tasa de readmisión alcanzó su punto máximo en 1998 en 11.34 por 1000 habitantes. Estudiaron factores asociados con el aumento la probabilidad de la readmisión de hospital para la ictericia incluyen como la edad gestacional entre 34 a 39 semanas, peso al nacer de la edad gestacional < 2500 g, género masculino, seguro privado y raza asiática; y los factores asociados con una disminución de la probabilidad de readmisión para la ictericia fueron obtención por cesárea y de raza negra; con un costo de readmisión para todos los bebés fue de \$2764, con un promedio de \$1594. (13)

De igual forma se encontró un estudio realizado en el Hospital Central de Maracay, Venezuela entre el 2004-2005; Titulado "Relación entre recién nacidos hospitalizados y controles prenatales" cuyo objetivo determinó la relación entre número de recién nacidos hospitalizados y número de controles prenatales; donde se tomaron 785 de recién nacidos hospitalizados de diferentes sexos, vía de nacimiento y patologías asociadas con antecedentes o no perinatales, de diferentes procedencia; cuyo resultado reporta incidencia de ingresos en el sexo masculino 56,85%, de los cuales el 43,89% provienen de embarazos no controlados, seguido por 31,85% mal controlado; y con patologías asociadas el 21,02% por antecedentes de Ruptura prematura de membranas y potencialmente séptico 16,18% (32)

En nuestro país, Chávez Vallejos, Jennifer realizó un estudio de Prevalencia y Perfil Clínico del Reingreso Hospitalario de los Recién Nacidos Egresados de la Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2015, teniendo como objetivo:



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

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

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

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

## **2.2 Bases teóricas.**

### **2.2.1 La readmisión del neonato**

#### **A. Conceptualización**

Antes de hablar de Readmisión, se definirá Admisión, que no es más que la entrada de un paciente ambulatorio para la atención en los servicios de hospitalización; puede ser referido de la Consulta Externa o de Urgencias. No son ingresos al hospital ni los traslados internos ni los recién nacidos en el mismo. Sólo el nacimiento en el hospital con morbilidad propia que es referido de Obstetricia se le abre expediente en Neonatología para su tratamiento, es también un ingreso al hospital. (19)

Por tal motivo se define Readmisión como el nacimiento dentro de una institución y su posterior hospitalización; que en este caso, estaría limitado por los criterios de inclusión; referidos a los 10 días posterior al egreso medico con su madre, independientemente de la causas de su reingreso.

No obstante la tasa de reingreso y readmisión se considera aún un indicador de calidad de la atención y se promueve su uso con ajustes por otras variables. Las variables que deben contemplarse para el ajuste de la tasa de reingreso y readmisión son similares a las mencionadas para otros indicadores de resultados: la edad, el sexo, el diagnóstico principal, entre otros.

Existe una tendencia de readmisiones hospitalarios cuando los recién nacidos son dados de alta antes de las 24 horas de vida, en comparación con los recién nacidos con estancias iniciales mayores

de 72 horas tuvieron un riesgo considerablemente más bajo de readmisión.

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965 (1) y ha sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria (2-5), al igual que las readmisiones, sobre todo neonatales; aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido, de que evitarlo no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios (2). Varios autores conciben al reingreso hospitalario como indicativo de una deficiente calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad (5,7) aumentando el riesgo del mismo hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad (8,9). En este sentido y como variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico, se constituiría como un factor que se asocia con un incremento en la tasa de este (10,11).

La mayoría de los estudios realizados en lo referente al reingreso y readmisión, se tilda de utilizar ambos conceptos como sinónimos; estando de acuerdo en que existe una variabilidad en las series presentadas en cuanto a los servicios y especialidades estudiadas (urgencias, cirugía), patología causante, la definición de reingreso, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso); no obstante todos reconocen también que a pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, puede servir como indicador de calidad local.

En el área médica se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo de las infecciones intrahospitalarias o de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. (1,2)

La readmisión se ha definido de diferentes formas en la literatura, pero en general se considera que un paciente reingresa en un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo diagnóstico u otro, poco después de finalizada una primera hospitalización; y como readmisión a la vuelta al sitio donde se estuvo durante el nacimiento, sin necesidad de haber presentado una patología evidente. El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un "reingreso" no está absolutamente establecido. Parece que la mayoría de los autores consideran un período de un mes (30 o 31 días) aunque en algunos trabajos que abordan el reingreso éste se ha considerado en un período de 14 días. (36)

#### **B. La tasa de reingresos:**

Como indicador de calidad de la atención, no ha sido siempre reconocida como obvia, principalmente, porque el reingreso está determinado por un grupo de factores relacionados con el paciente

que no dependen de la calidad de la atención y que son difíciles de concretar.

Si se da por sentado que, durante el periodo de hospitalización, en la mayoría de los pacientes debe mejorar de manera aceptable el proceso patológico que los llevó al ingreso y que el alta sólo debe decidirse cuando el paciente está en condiciones de ser atendido fuera del ámbito hospitalario, se puede considerar que un reingreso es, por lo menos en principio, un indicador de una falla en la atención recibida en el ingreso anterior; así como las readmisiones. (6)

Así, se ha señalado la utilidad de dividir el reingreso según sea debido a complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento planeado o enfermedad nueva (9). Otros autores sí consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad (11,13), aumentando el riesgo de reingreso o readmisión, hasta en 55% cuando los cuidados no han sido de suficiente calidad (14,15), siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso (16,17).

Múltiples causas han demostrado su influencia en la tasa de reingreso: complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, mal cumplimiento terapéutico o aparición de una enfermedad nueva (7,9). Un hecho que se considera importante a la hora de valorar la tasa de reingreso es el diferenciar entre reingreso

programado y no programado, inclinándose la literatura a tratar solo de estos últimos en la valoración de la tasa de reingreso (6,8).

Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de reingreso, unos dependientes del paciente y su entorno social: edad, grado de dependencia, nivel económico, estado de salud auto percibido (19,24) tipo de seguro médico (22), educación del paciente (27) y de la familia (18) respecto al problema de salud específico. Otros trabajos concluyen que la tasa de reingreso no debe utilizarse como índice de calidad debido a que depende de factores no modificables dependientes de la enfermedad (6,10).

Lo cierto es que como un evento epidemiológico más se ha comenzado a estudiar la prevención del reingreso y readmisiones; así se ha cifrado que 37% de reingresos dependientes de factores del hospital, 38% de reingresos por factores clínicos y 21% de reingresos por factores dependientes del enfermo pueden ser evitados (18). Así se relaciona la readmisión, con antecedentes perinatales, durante la gestación y posterior al egreso hospitalario.

Las medidas que han demostrado valor en evitar el reingreso son: la intervención en el plan de alta, la educación del paciente, el seguimiento del mismo (9) y la prevención de iatrogenia durante el ingreso previo (20). En algunos procesos clínicos con alta tasa de reingreso una intervención basada en la educación, prevención y promoción de la salud, reducen la tasa de reingreso y mejoran la calidad de vida (11,16). También la accesibilidad y rapidez de consulta externa puede influenciar la reducción de reingresos (22), aunque en

algunos estudios la accesibilidad a atención primaria tuvo un efecto adverso sobre la tasa de reingreso hospitalario (23) y el control en la consulta externa tras el alta tampoco redundó en reducir dicha tasa (24).

El enfoque de calidad de los servicios, en especial en hospitales, busca ofrecer servicios libre de riesgo y daños, generando satisfacción y seguridad al cliente/paciente (1). Con relación a este punto de vista, los errores durante la asistencia en los hospitales, van en contra de este principio y pueden provocar daños no solo al cliente/paciente, sino también a los prestadores del servicio (2).

Con el objetivo de reducir fallas en la asistencia fue establecida una meta programática, para garantizar la calidad en las instituciones, que aseguren al usuario un elevado grado de excelencia a través de la medición y evaluación de los componentes estructurales, de las metas, de los procesos y de los resultados presentados por los usuarios, seguidos de alteraciones necesarias para mejorar el servicio (3).

El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. (15)

En este contexto, la evaluación de los servicios, incluida la asistencia de enfermería, posee estos indicadores de resultados, los

que se constituyen en importantes instrumentos gerenciales, sin los cuales es imposible la evaluación objetiva de la calidad (6). Diversos son los indicadores utilizados en los hospitales; definidos como representaciones cuantitativas o cualitativas, siendo los más conocidos las tasas de mortalidad, tiempo de hospitalización, tasa de readmisión inmediata, tasa de infección hospitalaria, complicaciones quirúrgicas y porcentaje de cesáreas (7). A pesar de las relevancias en estos datos, con las exigencias de los programas de acreditación hospitalaria, otros indicadores vienen siendo introducidos como guías que monitorean y evalúan la calidad, entre ellos las tasas de situaciones adversas.

Diversos estudios, realizados en diferentes servicios han explorado este fenómeno, a través de sus características, así como a través de las consecuencias que estas traen para los pacientes (10-12). Los factores de riesgo asociados a reingreso fueron principalmente el manejo ambulatorio inadecuado, empeoramiento de enfermedad crónica y diagnóstico previo erróneo (12).

Los términos alta médica precoz y alta médica tardía o tradicional, están íntimamente relacionados con la readmisión y la colocan en un proceso de confrontación, todavía estudiado por muchos autores, debido a que ambos son utilizados como factores predisponentes en la Readmisión Hospitalaria Neonatal. Este dilema de la Readmisión, ha generado una profusa información en la literatura médica, en pro y en contra del alta temprana y las ventajas y desventajas del mismo, lo que demuestra que la transición a la práctica del egreso antes de las 48 horas del nacimiento se ha



establecido sin que haya datos definitivos que confirmen su seguridad o en todo caso, sus riesgos eventuales (19,30-32). Es posible, incluso, que los efectos negativos del egreso precoz sobre la salud perinatal no hayan sido tan impactantes porque obviamente, la mayoría de los neonatos cursan su primera semana sin mayores contratiempos.

Uno de estos indicadores determina el porcentaje de pacientes que vuelven a acudir al servicio de urgencias en un período inferior a las 72 horas de la visita inicial (readmisión, reingreso, revisita o nueva consulta) y son ingresados en el hospital; su determinación se ha propuesto como un claro ejemplo de evaluación del proceso asistencial ya que la frecuencia de dicha readmisión e ingreso refleja la idoneidad o no del circuito asistencial (35). En todo caso, al momento del reingreso neonatal, el personal de salud deberá considerar y registrar las siguientes características epidemiológicas:

### **C. Género:**

Aunque algunas personas consideran a las mujeres como el sexo débil, son los recién nacidos varones, en particular los que nacen prematuramente, los más susceptibles a enfermarse y morir, señaló un estudio (40). Los científicos saben desde hace dos décadas sobre la llamada "desventaja masculina" en los recién nacidos de bajo peso, pero los tratamientos y técnicas nuevas no han aportado indicios de por qué los hombres son más afectados que las mujeres, ni de como rectificar la situación.

En un estudio realizado en California, se analizaron los antecedentes médicos de 6500 bebés nacidos en doce centros

médicos a través de Estados Unidos (40). Todos los recién nacidos habían nacido prematuramente y tenían bajos pesos. Antes de los partos, los médicos determinaron pocas diferencias entre los niños y las niñas, pero a los tres días de haber nacido, la debilidad de los bebés varones era visible, sus pulmones eran débiles, necesitaban más ayuda para respirar, y sufrían mayores riesgos de tener complicaciones de salud que las niñas (40).

#### **D. Edad:**

Mientras más inmaduro e indefenso sea el neonato, mayores son sus riesgos de crecimiento, desarrollo, necesidades y posibilidades de enfermar (35), por lo que, los cuidados y atención al neonato son más necesarios, oportunos y delicados debido a la escasa adaptabilidad al medio extrauterino.

#### **E. Peso y Talla al nacer:**

Según el tiempo de gestación se definen tres categorías de recién nacido: pre término (menos de 37 semanas), término (entre 37 y 41 semanas) y pos término (42 o más semanas). A su vez, cada grupo se subdivide (según la tabla mencionada) de acuerdo a percentiles de peso en: grandes (mayor a 90), adecuados (entre 10 y 90) y pequeños (menores del 10) (36). El prematuro, (nacido antes de 35 semanas) tiene mejor pronóstico que el PEG pese al relativo bajo peso (36). En consecuencia, el peso y la talla del neonato es la base para que el médico tome las decisiones relacionadas al cuidado, alimentación del niño necesario para el desarrollo.

**F. Vía de Nacimiento:**

En un estudio realizado en el Hospital Heodra de Nicaragua, la vía del nacimiento por cesárea no mostró ser un factor de riesgo para la muerte perinatal (42); antes bien, otro estudio encontró el hecho de haber nacido por cesárea como un factor protector en relación con la mortalidad (43), siendo controversial dicho tema ya que no se ha podido poner de manifiesto la cesárea con descenso de mortalidad perinatal. Sin embargo la cesárea globalmente considerada, supone un incremento de riesgo de morbi-mortalidad materna respecto al parto vaginal pero en los partos con presentación podálica la cesárea reduce el riesgo de mortalidad fetal y morbi-mortalidad neonatal. En partos con presentación cefálica, aunque podría reducir el riesgo de muerte fetal, aumenta tanto el riesgo de morbi-mortalidad materna como neonatal.

**G. Procedencia:**

Las pacientes de procedencia rural y de bajos ingresos se asocian con una mayor incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad (44). El aumento continuado de la inmigración ha ocasionado un incremento de la natalidad a expensas de este grupo de población. El origen étnico y el nivel socioeconómico pueden ser factor que condicionen las diferencias de salud materno infantil; no se deben a enfermedades importadas o a diferente carga genética, sino que posiblemente son consecuencia del entorno social y cultural de la gestante. Por lo que se ha visto necesario reforzar y promover el uso de medidas preventivas de salud, así como mejorar el acceso y la calidad de la asistencia a estas mujeres y sus hijos: en una revisión

realizada en Barcelona, España se estudió la correlación Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de los progenitores en una área urbana evidenciándose una diferencia significativa en la procedencia de los pacientes, con una mayor proporción de casos de origen rural (80%) comparado con los controles (55%) (45).

#### **H. Graffar:**

Este método de estratificación social permite conocer datos económicos, culturales y sociales de la familia de un recién nacido (41); por lo que resurta necesario precisar las características de la familia, (nivel instruccional de la madre, profesión del jefe de familia, principal fuente de ingreso, condiciones de la vivienda, estrato socio-económico de la familia) en función de analizar su influencia en la posibilidad de enfermar, curarse o desarrollarse integralmente un niño.

#### **I. Alta previo a la Readmisión:**

Sin duda alguna, existe gran controversia acerca de los beneficios del alta precoz versus el alta tardía; considerando egreso temprano aquel neonato que egresa a su casa en las primeras 24 horas de vida y egreso tardío después de las 48 horas de edad; Cabe considerar, que resulta difícil establecer si el egreso en forma temprana, se asocia a las patologías más frecuentes encontradas en la rehospitalización o readmisión o si el envío tardío pudiera prevenirlo. (11)

**J. Estancia intrahospitalaria:**

En un estudio se encontró que el promedio de estadía hospitalaria en los pre términos tardío (N=1.683) fue de 8,8 días, mientras que los de término (N=33.745) de 2,2 días. El costo de la internación fue 10 veces superiores y a su vez tuvieron 2 veces más rehospitalizados (15,2% versus 7,9%) que los de término, lo que estaría señalando indirectamente mayor probabilidad de enfermar. La modalidad infantil es aún mayor sobre todo si se acompaña de retardo del crecimiento.

Antecedentes maternos como causas de readmisión del neonato

El reingreso o readmisión hospitalaria puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente, su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Los primeros podrían ser evitados mientras que los relacionados con la enfermedad no siempre pueden controlarse. (37, 45). A tales efectos es importante estudiar algunos antecedentes maternos relevantes en el estudio de la readmisión neonatal, como:

**K. Edad materna:**

Un estudio realizado en Holanda reveló que a diferencia de las mujeres de 30 a 35 años, las madres menores de 25 tienden a tener bebés pequeños, un dato relevante si se tiene en cuenta el retraso de la maternidad en Occidente (46). Las mujeres mayores son más propensas que las jóvenes a tener bebés más grandes, afirma un equipo de Holanda.

Estudios previos habían hallado que los bebés que crecen menos de lo esperado en el útero materno tienen más riesgo de tener problemas como diabetes o enfermedad cardíaca en la edad adulta, mientras que los bebés más grandes son más propensos a ser adultos obesos (46). Esto, hoy sería muy importante porque las mujeres occidentales están postergando la maternidad: según un estudio realizado por el Centro de investigación Pew en el 2010, la cantidad de bebés de madres mayores de 35 años creció del 9% en 1990 al 14% en 2008.

#### **L. Gestas:**

El intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente de alrededor de 2 años, está asociado con un menor Índice de morbi-mortalidad perinatal. Un intervalo excesivamente corto, inferior a los 6 meses se asocia con un aumento del riesgo de muerte perinatal, mientras que los intervalos excesivamente prolongados no se asocian a un aumento del mismo (4). En consecuencia, el número de gestas e intervalos gestacional entre las mismas, puede servir de riesgo para la salud e integridad del neonato.

#### **LL. Control prenatal:**

El control prenatal es uno de los elementos indispensables para prevenir y en lo posible, tratar patología maternal que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, así como entidades propias de éste que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal (47). En el marco de la perinatología, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y postparto, la hipertensión inducida

por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo (47). Por tanto, la identificación oportuna de estas patologías, debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, el control prenatal amerita el cumplimiento de estudios complementarios: Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo); Hemograma; VDRL; Serología para Toxoplasmosis pareada; Serología para VIH; Uroanálisis y urocultivo (de acuerdo a las necesidades particulares de la gestante); Ecografía (tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.)

#### **M. Antecedentes patológicos:**

Existen determinados factores durante el embarazo que pueden afectar el desarrollo del bebé. Para evaluarlos, se tienen en cuenta diversos tipos de información, entre los que se incluyen los antecedentes durante el embarazo, entre los cuales figuran: hospitalización durante el embarazo, exantema e infección viral prenatal, infecciones urinarias, flujos vaginales, hipertensión arterial inducida, anemia ferropénica, amenaza de aborto, hepatitis, HIV, diabetes gestacional, fuga de líquido amniótico, asma, sufrimiento fetal, cardiopatías, toxoplasmosis, entre otros.

#### **N. Estado civil o situación conyugal materna:**

La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería

puede acompañarse de una situación social desfavorable (48). A tales efectos, el estado civil de una madre es factor clave para contar con los recursos humanos, ayuda pertinente a aceptar su embarazo y asumir responsablemente el cuidado para el desarrollo bio-psico-social del niño.

#### **O. Diagnósticos clínicos para identificar causas de reingreso:**

El diagnóstico clínico médico es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (43); aunque la solución de muchos problemas clínicos en neonatología se fundamenta en la tecnología de punta (diagnóstico de laboratorio y por imagen), esas técnicas no bastan por sí solas al no ir de la mano de la participación de un pediatra experimentado en neonatología, que tomando decisiones con su habilidad, extrae conclusiones, a partir de un conjunto de signos, síntomas y datos relacionados con:

#### **P. Motivo de consulta:**

Las características específicas de los neonatos genera manifestaciones clínicas menos claras, y en ocasiones confusas, lo que hace aún más difícil, saber determinar, cuáles son las situaciones que realmente ameritan una consulta médica considerando que en los recién nacidos; cualquier alteración podría ser potencialmente fatal. Estudios realizados en Madrid - España, muestran que en los últimos años ha habido una creciente demanda asistencial por parte de los neonatos a los servicios de consulta que ha aumentado el 16.6% en un año (con respecto al año 2004), y sin que la patología que lo motive sea de asistencia hospitalaria obligada (49).



Esto es el reflejo de la ansiedad y confusión que se presenta en los padres o cuidadores del recién nacido, que contribuye al aumento de la morbilidad ante situaciones inusuales para ellos, que no necesariamente implica la manifestación de alguna patología. A tales efectos, entre los mayores motivos de consulta neonatal figuran: fiebre, falla alimentaria, coloración amarillenta de piel y mucosas, diarreas, secreción conjuntival/umbilical, dificultad para respirar, llanto constante, entre otros.

#### **Q. Diagnósticos clínicos:**

El espectro, signos o síntomas de un neonato son factores que inducen a los padres a tomar la decisión de consultar al pediatra, lo cual a la vez ayuda a fijar los parámetros relacionados con la incidencia de enfermedades neonatales y la necesidad de abordar técnicas invasivas, farmacológicas y terapéuticas para la supervivencia de estos (50, 51, 52, 53). En la edad pediátrica, los virus y particularmente los enterovirus, son las etiologías que lideran las enfermedades (54). Sin embargo, en la mayoría de los casos de neonatos, el motivo de consulta se debe principalmente a: ictericia, hipoglucemia, sepsis, meningitis, neumonía, entre otros.

#### **2.3 Definiciones conceptuales**

- **Readmisión Hospitalaria:** Recién nacido egresado de la sala de alojamiento conjunto, que es admitido dentro de los 28 primeros días de vida a las áreas de hospitalización del servicio de neonatología
- **Edad Materna:** Número de años de vida de las madres de los recién nacidos readmitidos. Se las clasificó en 3 categorías:

$\leq 18$ : madres adolescentes; 19-34 años y  $\geq 35$  años: madres  
añosas.

- **Paridad:** Número de hijos previos al recién nacido readmitido
- **Patología Obstétrica:** Enfermedades relacionadas al estado de gestación
- **Tipo de Parto:** Vía de nacimiento ya sea vaginal o cesárea
- **Tipo de Alimentación:** Alimentación recibida por neonato readmitido, desde su estancia en la sala de alojamiento conjunto. Se identificaron 3 tipos: LME (lactancia materna exclusiva), FM (fórmula maternizada) y Mixta
- **Sexo:** Caracteres externos que definen al recién nacido como masculino o femenino
- **Peso al Nacer.** Peso expresado en gramos del recién nacido
- **Edad Gestacional:** Edad en semanas del recién nacido
- **Tiempo de Hospitalización:** Número de días de hospitalización del recién nacido en la sala de alojamiento conjunto desde su nacimiento.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación.**

La presente investigación, de acuerdo al problema y objetivos redactados, es de tipo descriptivo, analítico correlacional orientada a determinar las Causas de Readmisión en el Servicio de Neonatología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo comprendido de Enero hasta Junio de 2017.

En la investigación de tipo descriptiva se orienta a recoger las informaciones relacionadas con el estado real de las personas, objetos, situaciones o fenómenos, tal como se presentan en el momento de la recolección (51). La investigación se tipifica como descriptiva, ya que estudia la variable a través de los indicadores que describen los hechos característicos para medir su comportamiento.

Según el tiempo en que se efectúa se considera una investigación sincrónica. Asimismo de acuerdo a su proyección en el tiempo esta investigación se considera prospectiva, Transversal o transeccional (51).

Según la naturaleza de la información que se recoge para responder al problema de investigación el presente trabajo será de tipo cuali cuantitativo (51).

### **3.2 Diseño y esquema de la investigación.**

La presente investigación se ubica en un diseño de campo, el cual consiste en la recolección de los datos directamente de sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna (51). El estudio es basado en esta característica debido a que se obtendrá información directamente de las readmisiones hospitalarias de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Igualmente, la variable se cataloga como no experimental, ya que no se manipula deliberadamente la variable, sino solo se observan los fenómenos tal y como se dan en el contexto natural, para después analizarlos, es decir, será evaluada sin la intervención o manipulación del investigador. En consecuencia el diseño se realiza a través de un plan de verificación de los objetivos de la investigación para ser contrastado con las teorías descritas en las bases teóricas de la investigación.

### **3.3 Población y muestra.**

**3.3.1 Población:** Todos los recién nacidos que van a sala de alojamiento conjunto (área de 5º "C") del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins nacidos en el periodo de enero a junio de 2017, los cuales hacen un total de 971 RN.

**3.3.2 Muestra:** número total de recién nacidos egresados de la sala de alojamiento conjunto (área de 5° "C") que fueron readmitidos a hospitalización en los primeros 28 días de vida y que cumplen el criterio de inclusión y exclusión del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de enero a junio de 2017, que hacen un total de 109 RN.

**A. Tipo de Muestra:** No probabilístico, por conveniencia.

**B. Unidad de Análisis:** Recién nacido readmitido a hospitalización que fue egresado de la sala de alojamiento conjunto

### **3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión:**

**A. Criterios de Inclusión:** Todos los recién nacidos egresados del servicio de alojamiento conjunto que fueron readmitidos a hospitalización del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en los primeros 28 días de vida, durante el periodo de enero a junio de 2017.

#### **B. Criterios de Exclusión:**

- Recién nacidos con malformaciones congénitas.
- Recién nacidos de sala de alojamiento pero que fueron referidos de otra institución
- Recién nacidos egresados por alta voluntaria
- Recién nacidos que por morbilidad materna y razones sociales son readmitidos a la sala de alojamiento conjunto

3.4 Técnicas de recojo, instrumento, técnicas de análisis de los datos y procedimiento.

#### **3.4.1 Técnica de recojo de datos**

La técnica empleada es la denominada tipo encuesta (cuestionarios, fichas, test, inventarios, escalas, etc.) que se utiliza para investigaciones de tipo cuantitativas.

Las otras técnicas son la observación y la entrevista que son técnicas que más se utilizan para investigaciones cualitativas.

#### **3.4.2 Instrumento de obtención de datos**

La ficha de recolección de datos estará formada por tres variables principales. La variable dependiente será la Readmisión Hospitalaria de Neonatos que incluirá criterios definidos para ser considerado como reingreso. Las variables independientes serán: Factores Neonatales, que consta de seis ítems; Factores Maternos, que consta de siete ítems. La información se obtendrá de la revisión de las historias clínicas de los neonatos que reingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Edgardo Rabagliati Martins de Lima, en el periodo de enero a junio de 2017.

#### **3.4.3 Técnicas de análisis de datos**

Para el análisis de los datos se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS versión 22.0 versión en español, teniendo en cuentas las técnicas estadísticas en dos etapas que a continuación se exponen:

1ra. Estadística descriptiva:

Con la cual se obtuvo los datos de frecuencia y porcentajes para la descripción de los niveles de la escala y de sus dimensiones respectivas. También se pueden obtener medidas de tendencia central y medidas de dispersión de los datos obtenidos.

#### 2da. Estadística inferencial:

La prueba para establecer relaciones entre las variables estudiadas es necesario los puntajes totales de dos escalas aplicadas al mismo sujeto. La finalidad de la correlación es comprobar si los resultados de una variable están relacionados con los resultados de la otra variable (Greene J & D'Oliveira M. 2006), teniendo en cuenta los siguientes criterios de aceptación o rechazo de la Ho de acuerdo con Ávila (1998).

$r = 0.00$	no hay correlación estadística	se acepta la Ho.
$0 < r < 0.20$	Existe correlación no significativa	se rechaza la Ho.
$0.21 < r < 0.40$	Existe correlación baja	se rechaza la Ho.
$0.41 < r < 0.60$	Existe correlación moderada	se rechaza la Ho.
$0.61 < r < 0.80$	Existe correlación significativa	se rechaza la Ho.
$0.81 < r < 1.00$	Existe correlación muy significativa	se rechaza la Ho.

En las correlaciones se asocian los puntajes totales obtenidos en dos escalas o en dos dimensiones o se relaciona las dimensiones de una escala con el puntaje total de la otra escala y viceversa. Se pueden relacionar las dimensiones de dos escalas.

En la  $\chi^2$  de Pearson, se asocian categorías o niveles (que está dado por frecuencias y porcentajes) de dos variables a través de una tabla

de contingencias o tablas cruzadas. Por lo tanto, se pueden establecer asociaciones aun teniendo solo una variable (satisfacción, calidad, etc.) con las variables de control (sexo, grupos étnicos, condición laboral, tiempo de servicios, área laboral, nivel laboral, etc.) que son variables nominales.

### **Procedimiento.**

- ◆ Se solicitó autorización a la gerencia general.
- ◆ Se coordinó con la administración para la revisión de las historias clínicas.
- ◆ Se llenaron unas fichas por cada historia clínica de los neonatos reingresados al hospital.
- ◆ Se vaciaron en una base de datos en Excel.
- ◆ Se codificó en SPSS para transportar los datos del Excel.
- ◆ Se procesó los datos primero en forma descriptiva.
- ◆ Se realizó el Análisis inferencial de los resultados
- ◆ Se elaboró el informe final.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 Identificar la asociación entre los factores maternos y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Enero - Junio 2017.

En la tabla 2 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por grupos etareos de la madre y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis no existe asociación estadística entre ellas, por lo tanto se acepta la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre grupos etareos de la madre y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 2

Grupos etareos de la madre y Readmisión hospitalaria del neonato

Grupos etareos de la madre	Readmisión hospitalaria del neonato										Total	
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
< de 18 años	Recuento	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	7
	% del total	0,9%	0,9%	0,9%	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	6,4%
18 - 34 años	Recuento	6	8	18	17	21	9	3	3	5	1	91
	% del total	5,5%	7,3%	16,5%	15,6%	19,3%	8,3%	2,8%	2,8%	4,6%	0,9%	83,5%
> de 34 años	Recuento	0	1	2	2	2	0	2	2	0	0	11
	% del total	0,0%	0,9%	1,8%	1,8%	1,8%	0,0%	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%	10,1%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,404 <sup>a</sup>	18	0,634
Razón de verosimilitud	15,408	18	0,634
Asociación lineal por lineal	1,629	1	0,202
N de casos válidos	109		

a. 23 casillas (76,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

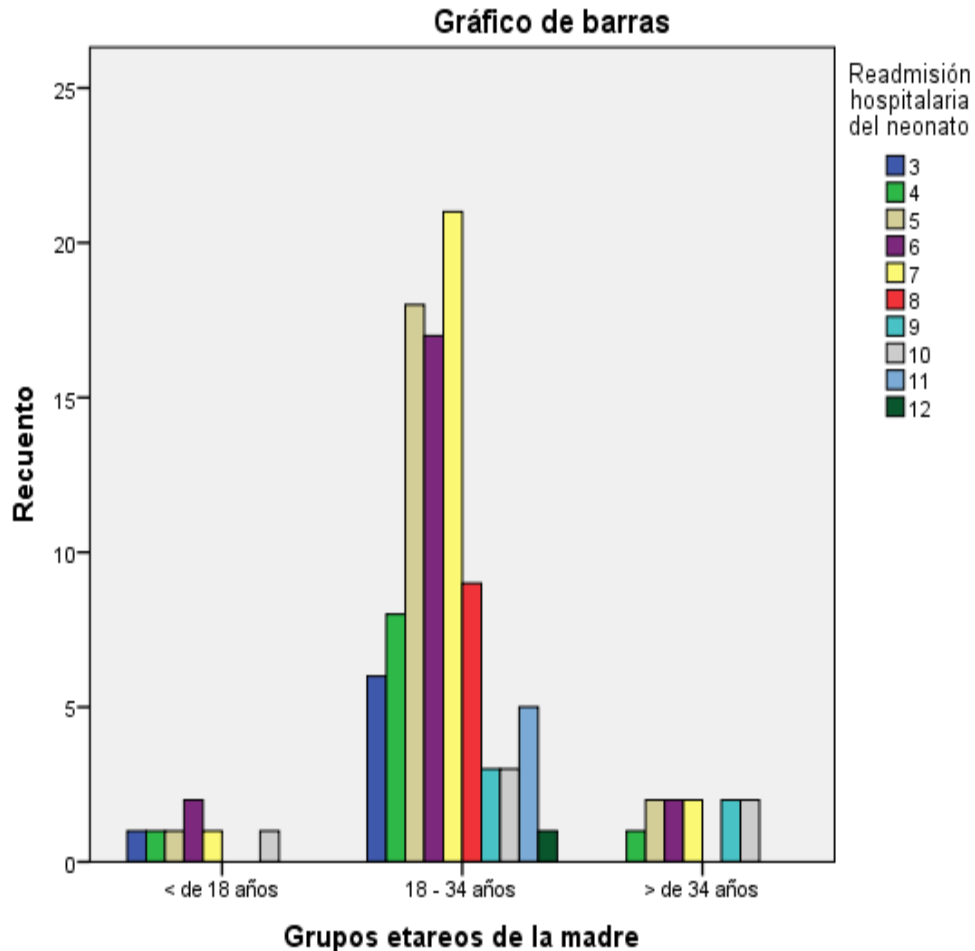


Figura 1: Grupos etáreos de la madre y Readmisión hospitalaria del neonato

En la tabla 3 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Control prenatal y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 20.993$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Control prenatal y

readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la Hi (existe asociación estadística significativa entre Control prenatal y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 3

## Control prenatal y Readmisión hospitalaria del neonato

Control prenatal		Readmisión hospitalaria del neonato										Total
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Si	Recuento	7	10	21	21	24	9	4	6	5	1	108
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	3,7%	5,5%	4,6%	0,9%	99,1%
No	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>20,993<sup>a</sup></b>	<b>9</b>	<b>0,013</b>
Razón de verosimilitud	6,369	9	0,702
Asociación lineal por lineal	1,520	1	0,218
N de casos válidos	109		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

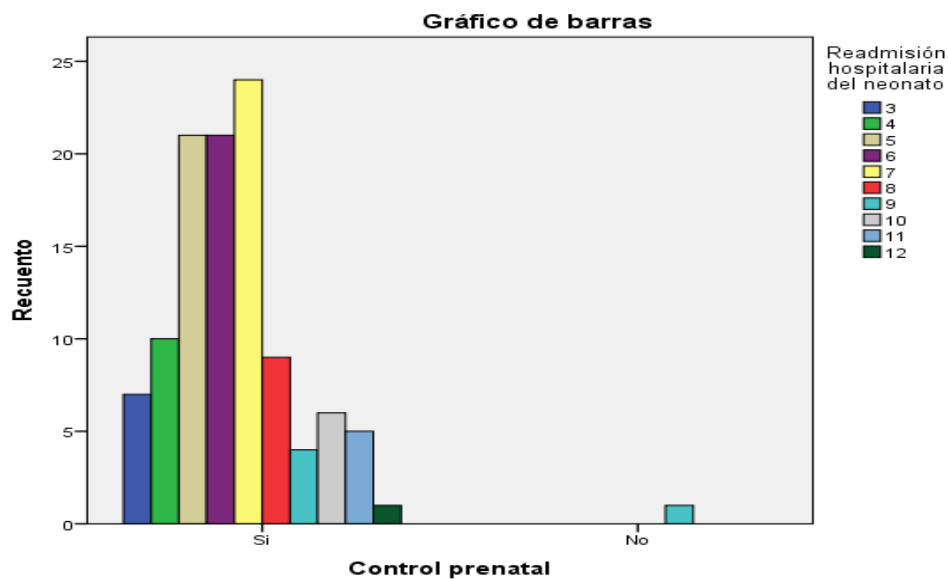


Figura 2: Control prenatal y Readmisión hospitalaria del neonato

En la tabla 4 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Paridad y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis no existe asociación estadística entre ellas, por lo tanto se acepta la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Paridad y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 4

## Paridad y Readmisión hospitalaria del neonato

Paridad	Readmisión hospitalaria del neonato										Total	
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Primípara	Recuento	5	5	15	11	14	7	2	4	3	1	67
	% del total	4,6%	4,6%	13,8%	10,1%	12,8%	6,4%	1,8%	3,7%	2,8%	0,9%	61,5%
Múltipara	Recuento	2	5	6	10	10	2	3	2	2	0	42
	% del total	1,8%	4,6%	5,5%	9,2%	9,2%	1,8%	2,8%	1,8%	1,8%	0,0%	38,5%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,243 <sup>a</sup>	9	0,813
Razón de verosimilitud	5,656	9	0,774
Asociación lineal por lineal	,001	1	0,980
N de casos válidos	109		

a. 12 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.

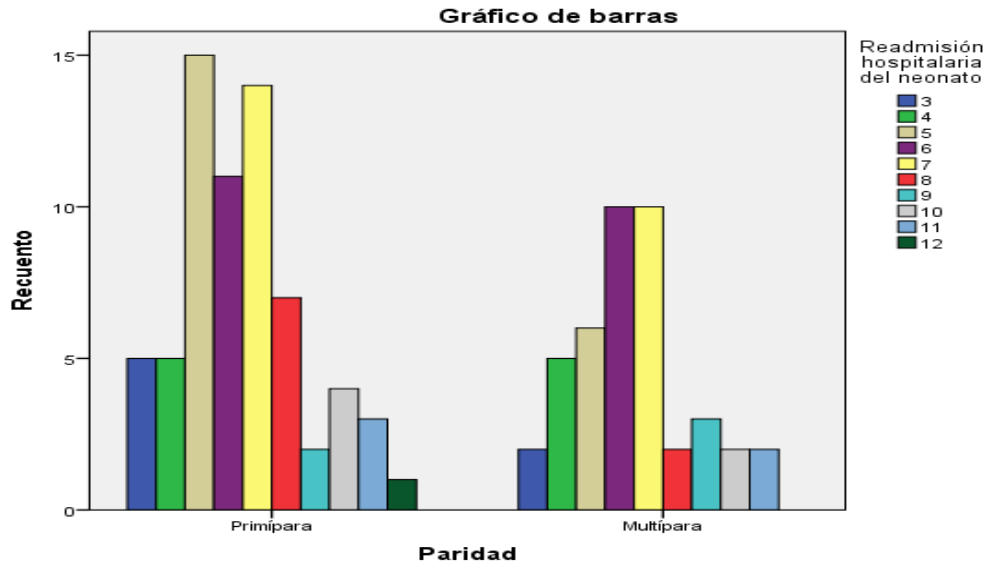


Figura 3: Paridad y Readmisión hospitalaria del neonato

En la tabla 5 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 24.263$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 5

Patología obstétrica y Readmisión hospitalaria del neonato

Patología obstétrica		Readmisión hospitalaria del neonato										Total
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
No	Recuento	5	2	14	15	16	7	5	0	2	1	67
	% del total	4,6%	1,8%	12,8%	13,8%	14,7%	6,4%	4,6%	0,0%	1,8%	0,9%	61,5%
Si	Recuento	2	8	7	6	8	2	0	6	3	0	42
	% del total	1,8%	7,3%	6,4%	5,5%	7,3%	1,8%	0,0%	5,5%	2,8%	0,0%	38,5%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>24,263<sup>a</sup></b>	<b>9</b>	<b>0,004</b>
Razón de verosimilitud	28,259	9	0,001
Asociación lineal por lineal	0,068	1	0,795
N de casos válidos	109		

a. 12 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.

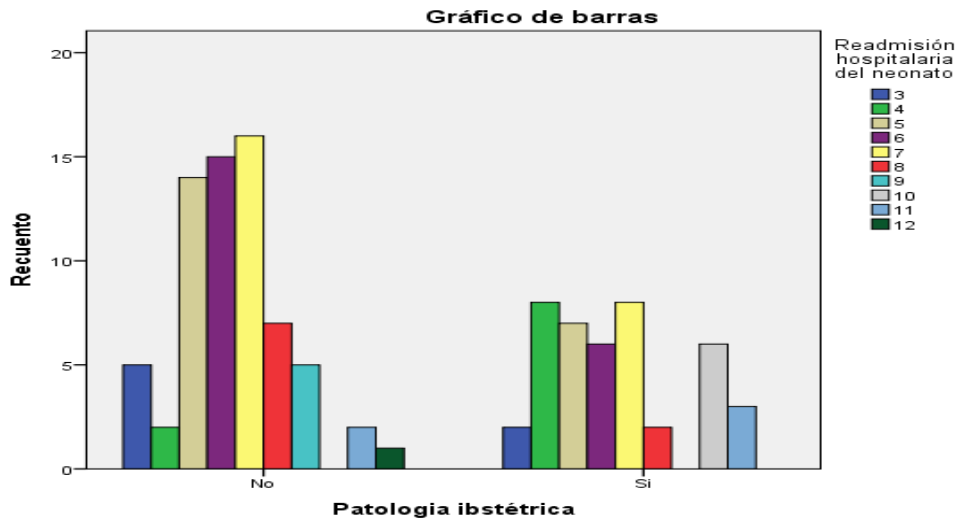


Figura 4: Patología obstétrica y Readmisión hospitalaria del neonato  
En la tabla 6 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 50.940$ ;  $gl = 36$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 6

Enfermedad hipertensiva del embarazo y Readmisión hospitalaria del neonato

Enfermedad hipertensiva del embarazo		Readmisión hospitalaria del neonato										Total
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Recuento	5	2	14	15	15	7	2	0	2	1	63
	% del total	4,6%	1,8%	12,8%	13,8%	13,8%	6,4%	1,8%	0,0%	1,8%	0,9%	57,8%
RPM	Recuento	2	2	3	6	5	1	2	5	1	0	27
	% del total	1,8%	1,8%	2,8%	5,5%	4,6%	0,9%	1,8%	4,6%	0,9%	0,0%	24,8%
ITU	Recuento	0	1	0	0	1	1	1	1	2	0	7
	% del total	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,8%	0,0%	6,4%

Diabetes gestacional	Recuento	0	3	2	0	3	0	0	0	0	0	8
	% del total	0,0%	2,8%	1,8%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
Colestosis Intraepática	Recuento	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
	% del total	0,0%	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>58,940<sup>a</sup></b>	<b>36</b>	<b>0,009</b>
Razón de verosimilitud	57,183	36	0,014
Asociación lineal por lineal	,410	1	0,522
N de casos válidos	109		

a. 42 casillas (84,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

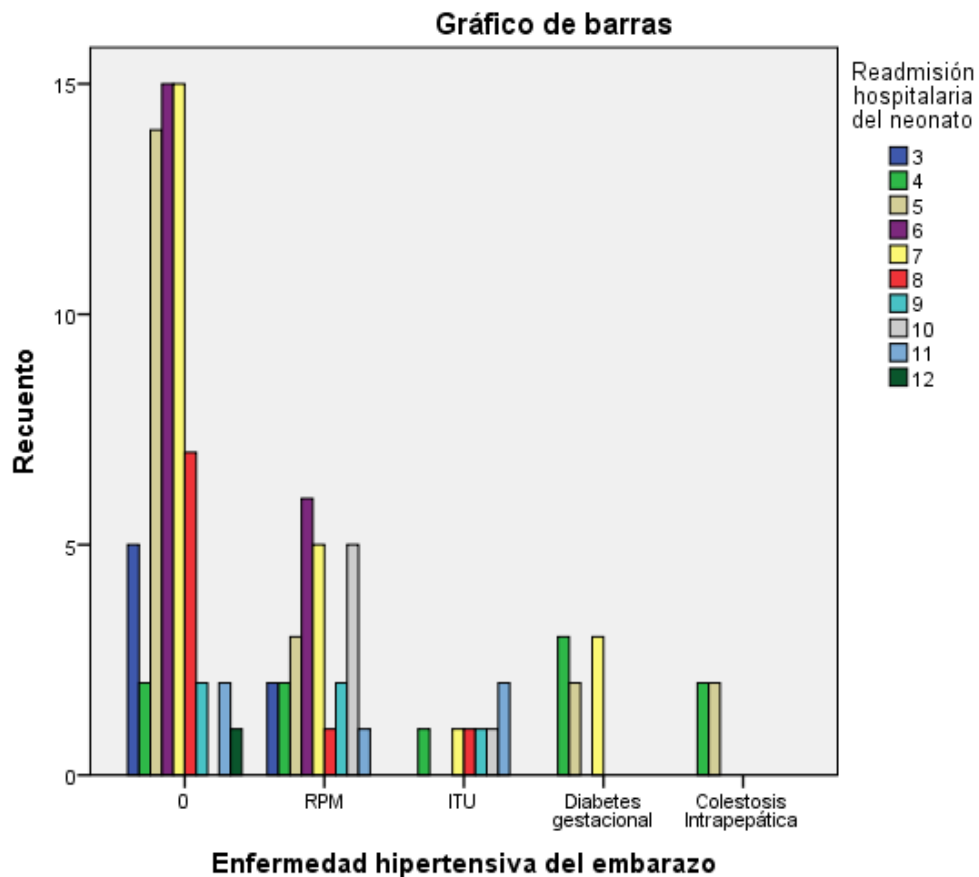


Figura 5: Enfermedad hipertensiva del embarazo y Readmisión hospitalaria del neonato.

En la tabla 7 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 26.064$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 7

Tipo de parto y Readmisión hospitalaria del neonato

Tipo de parto	Readmisión hospitalaria del neonato										Total	
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Eutócico	Recuento	7	10	16	12	9	6	2	1	2	1	66
	% del total	6,4%	9,2%	14,7%	11,0%	8,3%	5,5%	1,8%	0,9%	1,8%	0,9%	60,6%
Distócico	Recuento	0	0	5	9	15	3	3	5	3	0	43
	% del total	0,0%	0,0%	4,6%	8,3%	13,8%	2,8%	2,8%	4,6%	2,8%	0,0%	39,4%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>26,064<sup>a</sup></b>	<b>9</b>	<b>0,002</b>
Razón de verosimilitud	32,402	9	0,000
Asociación lineal por lineal	14,530	1	0,000
N de casos válidos	109		

a. 12 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.



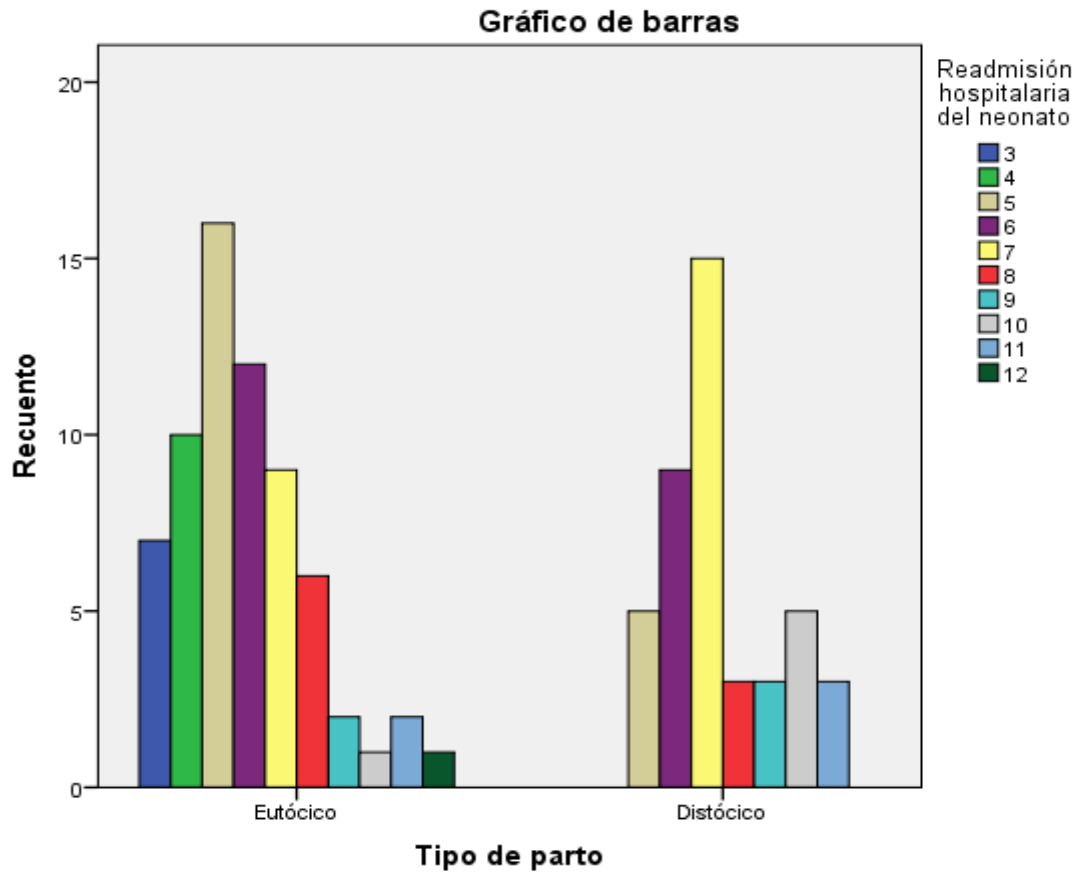


Figura 6: Tipo de parto y Readmisión hospitalaria del neonato

En la tabla 8 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 31.581$ ;  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 8

Tipo de alimentación y Readmisión hospitalaria del neonato

Tipo de alimentación	Readmisión hospitalaria del neonato										Total
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Recuento	6	6	20	16	11	7	4	6	4	1	81

Lactancia materna exclusiva	% del total	5,5 %	5,5 %	18,3 %	14,7 %	10,1 %	6,4 %	3,7 %	5,5 %	3,7 %	0,9 %	74,3%
Fórmula maternizada	Recuento	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	% del total	0,0 %	0,0 %	0,0% %	0,0% %	0,0% %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9% %
Mixta	Recuento	1	4	1	5	13	1	1	0	1	0	27
	% del total	0,9 %	3,7 %	0,9% %	4,6% %	11,9 %	0,9 %	0,9 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	24,8% %
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4 %	9,2 %	19,3 %	19,3 %	22,0 %	8,3 %	4,6 %	5,5 %	4,6 %	0,9 %	100,0 %

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>31,581<sup>a</sup></b>	<b>18</b>	<b>0,025</b>
Razón de verosimilitud	27,123	18	0,077
Asociación lineal por lineal	0,004	1	0,947
N de casos válidos	109		

a. 21 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Gráfico de barras

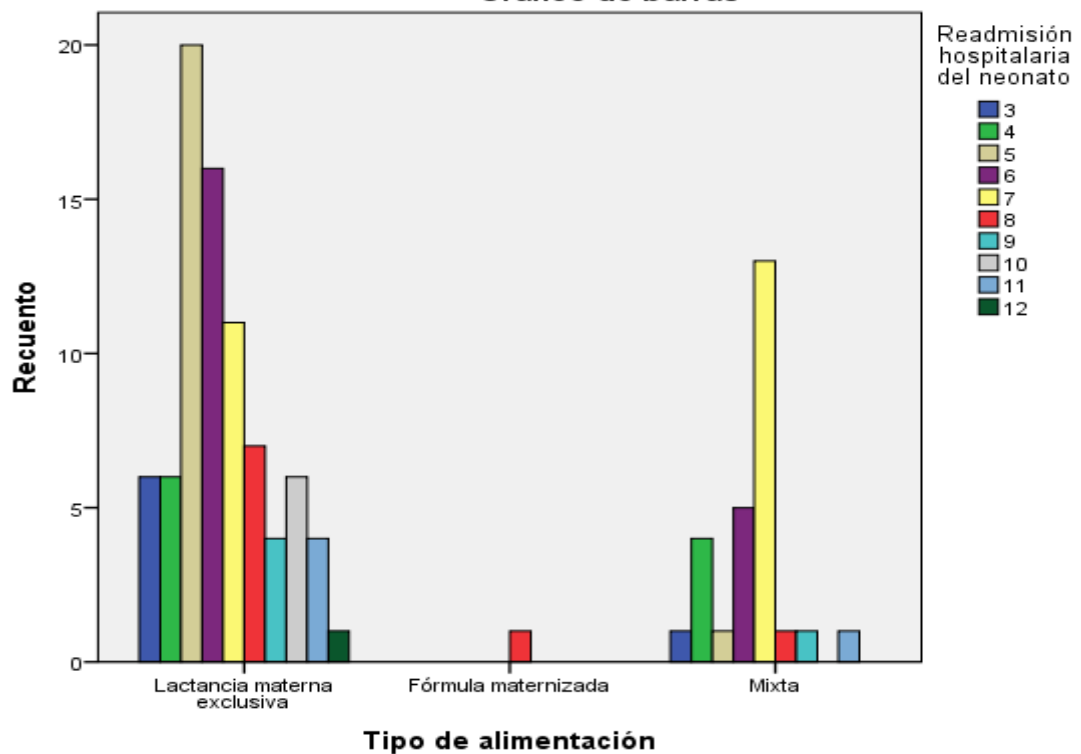


Figura 7: Tipo de alimentación y Readmisión hospitalaria del neonato

**2. Identificar la asociación entre los factores neonatales y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.**

En la tabla 9 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística muy significativa entre ellas ( $X^2 = 30.984$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.001$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 9

## Sexo del neonato y Readmisión hospitalaria del neonato

sexo del neonato		Readmisión hospitalaria del neonato									Total	
		3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
Masculino	Recuento	1	8	16	16	11	8	0	6	3	0	69
	% del total	0,9%	7,3%	14,7%	14,7%	10,1%	7,3%	0,0%	5,5%	2,8%	0,0%	63,3%
Femenino	Recuento	6	2	5	5	13	1	5	0	2	1	40
	% del total	5,5%	1,8%	4,6%	4,6%	11,9%	0,9%	4,6%	0,0%	1,8%	0,9%	36,7%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>30,984<sup>a</sup></b>	<b>9</b>	<b>0,000</b>
Razón de verosimilitud	35,328	9	0,000



Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,443 <sup>a</sup>	18	0,213
Razón de verosimilitud	23,356	18	0,177
Asociación lineal por lineal	4,958	1	0,026
N de casos válidos	109		

a. 24 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

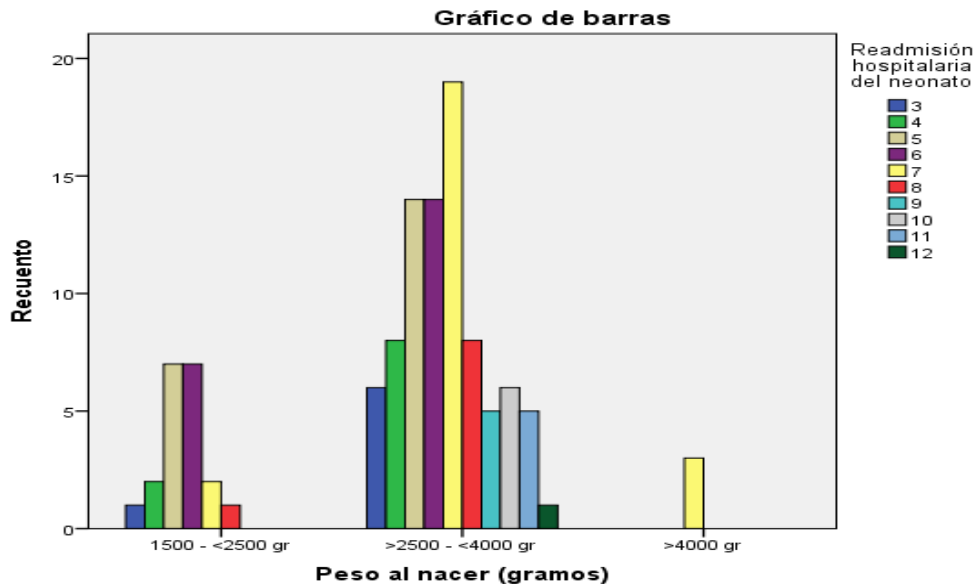


Figura 9: Peso al nacer (gramos) y Readmisión hospitalaria del neonato. En la tabla 11 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística muy significativa entre ellas ( $X^2 = 41.504$ ;  $gl = 27$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 11

Edad gestacional y Readmisión hospitalaria del neonato

Edad gestacional	Readmisión hospitalaria del neonato										Total
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pretérmino Recuento tardío	0	2	10	5	8	5	0	2	0	0	32

	% del total	0,0%	1,8%	9,2%	4,6%	7,3%	4,6%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	29,4%
A término temprano	Recuento	5	4	6	10	11	4	1	4	2	0	47
	% del total	4,6%	3,7%	5,5%	9,2%	10,1%	3,7%	0,9%	3,7%	1,8%	0,0%	43,1%
A término completo	Recuento	2	2	4	4	2	0	4	0	3	1	22
	% del total	1,8%	1,8%	3,7%	3,7%	1,8%	0,0%	3,7%	0,0%	2,8%	0,9%	20,2%
A término tardío	Recuento	0	2	1	2	3	0	0	0	0	0	8
	% del total	0,0%	1,8%	0,9%	1,8%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>41,504<sup>a</sup></b>	<b>27</b>	<b>,037</b>
Razón de verosimilitud	44,714	27	,017
Asociación lineal por lineal	,014	1	,907
N de casos válidos	109		

a. 34 casillas (85,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

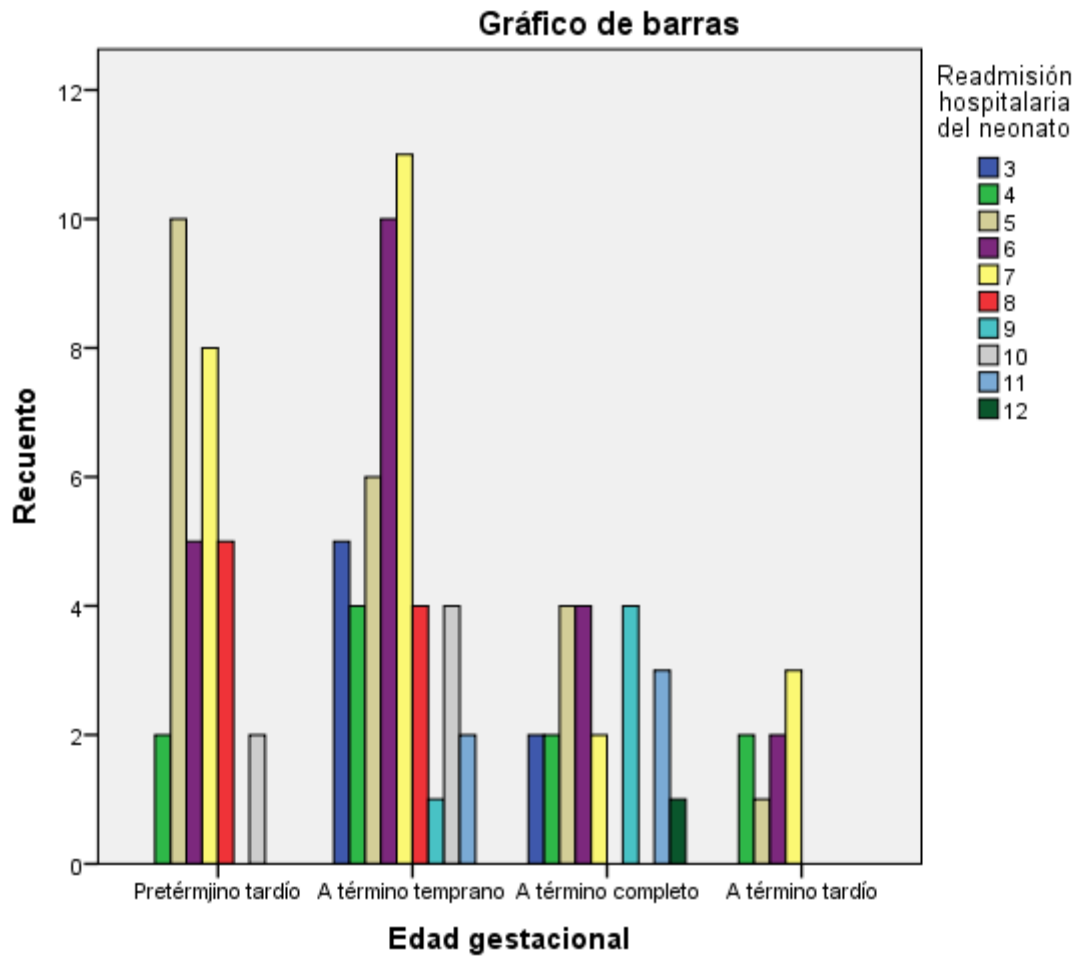


Figura 10: Edad gestacional y Readmisión hospitalaria del neonato

En la tabla 12 y su figura respectiva se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 29.346$ ;  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato).

Tabla 12

Tiempo de hospitalización \* Readmisión hospitalaria del neonato

Tiempo de hospitalización		Readmisión hospitalaria del neonato										Total
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
< 24 horas	Recuento	6	9	13	11	8	5	2	1	2	1	58
	% del total	5,5%	8,3%	11,9%	10,1%	7,3%	4,6%	1,8%	0,9%	1,8%	0,9%	53,2%
24 - 48 horas	Recuento	1	1	4	9	15	2	3	4	3	0	42
	% del total	0,9%	0,9%	3,7%	8,3%	13,8%	1,8%	2,8%	3,7%	2,8%	0,0%	38,5%
> 48 horas	Recuento	0	0	4	1	1	2	0	1	0	0	9
	% del total	0,0%	0,0%	3,7%	0,9%	0,9%	1,8%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	8,3%
Total	Recuento	7	10	21	21	24	9	5	6	5	1	109
	% del total	6,4%	9,2%	19,3%	19,3%	22,0%	8,3%	4,6%	5,5%	4,6%	0,9%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>29,346<sup>a</sup></b>	<b>18</b>	<b>0,044</b>
Razón de verosimilitud	31,563	18	0,025
Asociación lineal por lineal	5,470	1	0,019
N de casos válidos	109		

a. 23 casillas (76,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

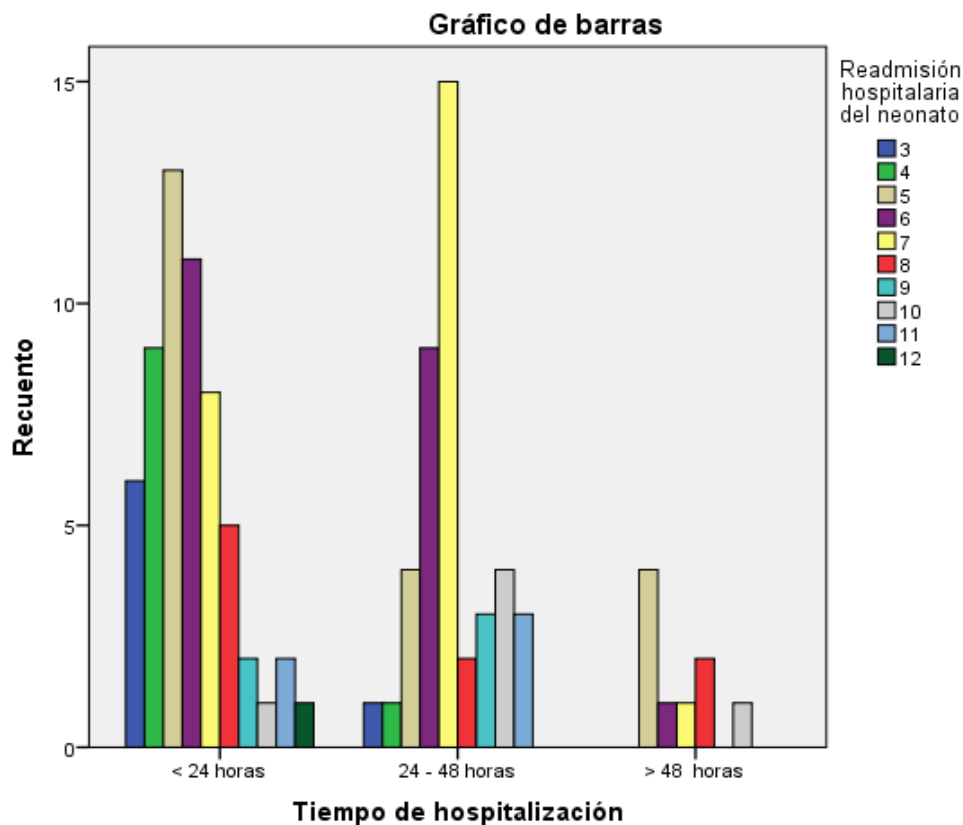


Figura 11: Tiempo de hospitalización \* Readmisión hospitalaria del neonato



**3. Hallar cuales de las variables analizadas son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin. Enero - Junio 2017.**

Para el logro de este objetivo se aplicó el coeficiente de regresión lineal, en tal sentido en el modelo 1 se establecen las variables de entrada / eliminadas, tal como se reporta en la tabla 13

Tabla 13

Variables de entradas / eliminadas

**Variables entradas/eliminadas**

Modelo	Variables introducidas (12)	Variables eliminadas	Método
1	Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo		Introducidas

a. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

b. Todas las variables solicitadas introducidas.

**a. Coeficiente de determinación**

$R^2 = 0.470$  es el coeficiente de determinación, mide la bondad de ajuste, indica que el 47% de las variaciones de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin. Enero - Junio 2017.como variable dependiente es explicada por el modelo de regresión propuesto (ver tabla 14)

Tabla 14

## Coeficiente de determinación

Resumen del modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	0,519 <sup>a</sup>	<b>0,470</b>	0,378	1,877	2,022

a. Predictores: (Constante), Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo

b. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

**b. Coeficiente de correlación**

R = 0.519 o coeficiente de correlación múltiple mide el grado de asociación lineal entre readmisiones hospitalarias de neonatos y Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo es elevado (51.9%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. (Ver tabla 15).

Tabla 15

## Coeficiente de correlación

Resumen del modelo<sup>b</sup>

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	<b>0,519<sup>a</sup></b>	0,470	0,378	1,877	2,022

a. Predictores: (Constante), Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo

b. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

**c. La prueba del Durbin – Watson (DW)**

La prueba permite detectar auto correlación serial entre las variables independientes o explicativas, para un nivel de significancia del 5% de DW es 2.066 lo que quiere decir que el modelo no tiene auto correlación. Cabe destacar que el valor encontrado está dentro del rango comprendido de 1.5 – 2.5, lo que indica que no existe motivo de preocupación. En consecuencia, el DW hallado en el presente modelo se encuentra en el rango permisible, por lo que se concluye que no existe auto correlación, siendo el valor de los residuos de la información válida. (Ver tabla 16)

Tabla 16

La prueba del Durbin – Watson (DW)

Resumen del modelo <sup>b</sup>					
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	0,519 <sup>a</sup>	0,470	0,378	1,877	<b>2,022</b>

a. Predictores: (Constante), Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo

b. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

#### d. Prueba de hipótesis

##### 1. Prueba del estadístico F:

Hipótesis nula  $H_0 = B_1 = B_2 = B_3 = B_4 = 0$

Hipótesis alterna  $H_i = B_i \neq 0$

F regresión = 2.954,  $p < 0.01$

Se rechaza la  $H_0$  para un nivel de significancia estadística del 5% se deduce que las variables incluidas en el modelo son significativamente explicativas de la variable readmisiones hospitalarias de neonatos (variable dependiente). Se infiere en consecuencia que las variables en conjunto conforman un modelo de regresión válido. (Ver tabla 17).

Tabla 17

Tabla de análisis de varianza – ANOVA

ANOVA <sup>a</sup>					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Si g.
<b>Regresión</b>	<b>124,887</b>	<b>12</b>	<b>10,407</b>	<b>2,954</b>	<b>0,002<sup>b</sup></b>
Residuo	338,178	96	3,523		
Total	463,064	108			

a. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

b. Predictores: (Constante), Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo

2. Prueba Student “t”. Evalúa la incidencia de cada uno de los coeficientes de regresión individuales en el modelo

Por lo tanto, las t encontradas para las variables independiente: enfermedades hipertensiva del embarazo y tipo de parto y peso al nacer (en gramos) son significativas ( $p < 0.01$ ), por lo tanto se rechazan la  $H_0$ .

3. Así mismo, en la tabla 18 se establecen los valores Betas, que nos indica cuáles de las 12 variables epidemiológicas son los factores de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos. Se concluye que las variables independientes: tipo de parto es la que presenta un mayor porcentaje explicativo (44.9%) en 1er lugar; en 2do lugar le sigue la variable independiente Peso al nacer con un 28.4% y en tercer lugar, las enfermedades hipertensivas del embarazo con un 22.7%. Las demás variables están jerarquizadas del 4to al 12avo pero no son significativas.

Tabla 18

Prueba Student “t”

## Coeficientes

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	gl.	Estadísticas de colinealidad	
		Error estándar	Beta			Tolerancia	IF
(Constante)	-,085	3,053		-,028	978		
Grupos etareos de la madre	,400	,463	,078 (7.8%) 7mo.	,864	390	,922	,084
Control prenatal	2,393	2,043	,111 (11.1%) 6to.	1,171	244	,852	,174
Paridad	,088	,414	,021 (2.1%) 11avo	,213	832	,795	,259
Patología obstétrica	,256	,650	,061 (6.1%) 8vo.	,394	694	,323	,099
<b>Enfermedad hipertensiva del embarazo</b>	<b>-,428</b>	<b>,276</b>	<b>-,227 (22.7%) 3ro.</b>	<b>-3,551</b>	<b>001</b>	,654	,322
<b>Tipo de parto</b>	<b>1,769</b>	<b>,413</b>	<b>,419 (41.9%) 1ro</b>	<b>4,286</b>	<b>000</b>	,794	,259
sexo del neonato	-,650	,425	-,152 (15.2%) 4to.	-1,528	130	,769	,301
<b>Peso al nacer (gramos)</b>	<b>1,354</b>	<b>,452</b>	<b>,284 (28.4%) 2do.</b>	<b>2,993</b>	<b>004</b>	,846	,181
Apgar minuto 1	-,601	,394	-,137 (13.7%) 5to.	-1,524	131	,939	,065
Apgar minuto 5	,595	1,458	,039 (3.9%) 9no.	,408	684	,844	,185
Edad gestacional	,055	,236	,024 (2.4%) 10mo.	,233	816	,735	,360
Tipo de alimentación	,024	,222	,010 (1%) 12avo	109	913	,883	,133

a. Variable dependiente: readmisiones hospitalarias de neonatos

#### 4. Conocer los diagnósticos de readmisión más frecuentes de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.

En la tabla 19y la figura 12 se describe y representa la Distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017 con su diagnóstico de readmisión, reportándose que el 45% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con Ictericia, el 22.9% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con deshidratación, que el 11% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con Infección, que el 10.1% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con el

Síndrome eumético, que el 5.5% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con fiebres y el 5.5% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con distres respiratorio.

Tabla 19

Distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017 con su diagnóstico de readmisión

<b>Diagnóstico de reingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ictericia	49	45,0
Deshidratación	25	22,9
Infección	12	11,0
Fiebre	6	5,5
Síndrome eumético	11	10,1
Distres respiratorio	6	5,5
Total	109	100,0

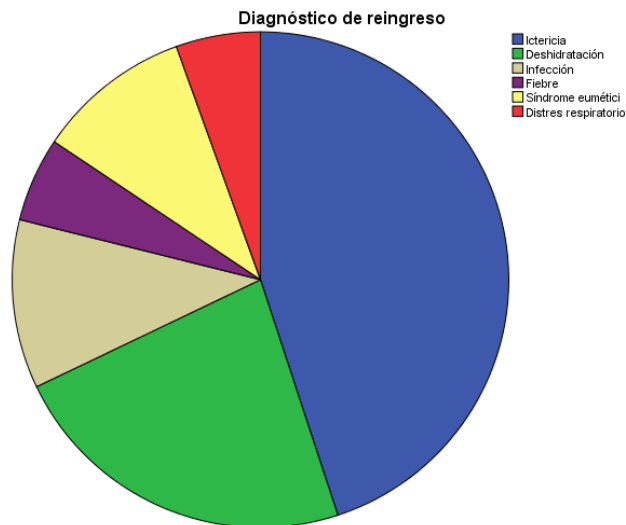


Figura 12: Representación de la distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017 con su diagnóstico de readmisión.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Iniciaremos la discusión y análisis de los resultados identificando la asociación entre las variables que conforman los factores maternos y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Enero - Junio 2017, tal como se reporta en la tabla 2, donde se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por grupos etareos de la madre y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis no existe asociación estadística entre ellas, por lo tanto se acepta la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre grupos etareos de la madre y readmisión hospitalaria del neonato. Esta falta de asociación entre dichas variables indicaría que el problema de readmisión hospitalaria del neonato es independiente de la edad de la madre,

Respecto al Control prenatal y readmisión hospitalaria del neonato, reportando en la tabla 3, donde se encuentra que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 20.993$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Control prenatal y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Control prenatal y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que readmisión hospitalaria del neonato esta de una forma determinada por el tipo de control prenatal ejecutado por la embarazada.

En relación con la Paridad y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis no existe asociación estadística entre ellas, por lo tanto se acepta la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Paridad y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que ambas variables son independientes entre sí.

Respecto a la Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 24.263$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Patología obstétrica y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que entre ambas variables existe dependencia.

Así mismo, en Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 50.940$ ;  $gl = 36$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Enfermedad hipertensiva del embarazo y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que entre ambas variables existe dependencia.

En el Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 26.064$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.01$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe



asociación estadística entre Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_i$  (existe asociación estadística significativa entre Tipo de parto y readmisión hospitalaria del neonato), lo que indica que entre ambas variables hay dependencia.

Por el Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 31.581$ ;  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_o$  (no existe asociación estadística entre Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_i$  (existe asociación estadística significativa entre Tipo de alimentación y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que entre ambas variables hay dependencia.

Respecto al objetivo específico 2, Identificar la asociación entre las variables que conforman los factores neonatales y la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017, en la tabla 9 se describen en frecuencias y porcentajes la distribución de la muestra por Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística muy significativa entre ellas ( $X^2 = 30.984$ ;  $gl = 9$ ;  $0 < 0.001$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_o$  (no existe asociación estadística entre Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_i$  (existe asociación estadística significativa entre Sexo del neonato y readmisión hospitalaria del neonato), lo que indica que son dependiente entre ellas.

Respecto al Peso al nacer (gramos) y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis no existe asociación

estadística entre ellas, por lo tanto se acepta la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Peso al nacer (gramos) y readmisión hospitalaria del neonato), indicando que dichas variables son independientes entre sí.

Respecto a la Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística muy significativa entre ellas ( $X^2 = 41.504$ ;  $gl = 27$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Edad gestacional y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que entre ambas variables existe dependencia.

Por Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato, reportándose que en la contrastación de hipótesis existe asociación estadística significativa entre ellas ( $X^2 = 29.346$ ;  $gl = 18$ ;  $0 < 0.05$ ), por lo tanto se rechaza la  $H_0$  (no existe asociación estadística entre Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato), aceptándose la  $H_1$  (existe asociación estadística significativa entre Tiempo de hospitalización y readmisión hospitalaria del neonato), lo que significa que entre ambas variables existe dependencia.

En el objetivo específico 3, que busca determinar cuáles de las 12 variables epidemiológicas analizadas son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín. Enero - Junio 2017, para el logro de este objetivo se aplicó el coeficiente de regresión lineal, en tal sentido en el modelo 1 se establecen las variables de

entrada / eliminadas, tal como se reporta en la tabla 13, donde primero se estableció el **Coefficiente de determinación, hallándose una  $R^2 = 0.470$**  es cual mide la bondad de ajuste, indicando que el 47% de las variaciones de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin. Enero - Junio 2017.como variable dependiente es explicada por el modelo de regresión propuesto (ver tabla 14). Un segundo elemento importante del modelo aplicado fue determinar el **Coefficiente de correlación, estableciéndose una  $R = 0.519$**  (coeficiente de correlación múltiple) el cual mide el grado de asociación lineal entre readmisiones hospitalarias de neonatos y Tipo de alimentación, Patología obstétrica, Apgar minuto 1, Peso al nacer (gramos), Apgar minuto 5, Control prenatal, Grupos etareos de la madre, Tipo de parto, Paridad, sexo del neonato, Edad gestacional, Enfermedad hipertensiva del embarazo es elevado (51.9%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. (Ver tabla 15). Una tercera operación del modelo implicaba establecer **La prueba del Durbin – Watson (DW)**, la cual permite detectar auto correlación serial entre las variables independientes o explicativas, para un nivel de significancia del 5% de DW es 2.066 lo que quiere decir que el modelo no tiene auto correlación. Cabe destacar que el valor encontrado está dentro del rango comprendido de 1.5 – 2.5, lo que indica que no existe motivo de preocupación. En consecuencia, el DW hallado en el presente modelo se encuentra en el rango permisible, por lo que se concluye que no existe auto correlación, siendo el valor de los residuos de la información válida. (Ver tabla 16). Asi mismo, fue importante que se estableciera la **Prueba de hipótesis a través del análisis de varianza**

(ANOVA), donde se encuentra una F regresión = 2.954,  $p < 0.01$ , que significa que se rechaza la  $H_0$  para un nivel de significancia estadística del 5% se deduce que las variables incluidas en el modelo son significativamente explicativas de la variable readmisiones hospitalarias de neonatos (variable dependiente). Se infiere en consecuencia que las variables en conjunto conforman un modelo de regresión válido. (Ver tabla 17). Finalmente, a través de la Prueba Student "t", se evalúa la incidencia de cada uno de los coeficientes de regresión individuales en el modelo, por lo tanto, las t encontradas para las variables independiente: enfermedades hipertensiva del embarazo y tipo de parto y peso al nacer (en gramos) son significativas ( $p < 0.01$ ), por lo tanto se rechazan la  $H_0$ .

Así mismo, en la tabla 18 se establecen los valores Betas, que nos indica cuáles de las 12 variables epidemiológicas son los factores de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos, concluyéndose que las variables independientes: tipo de parto es la que presenta un mayor porcentaje explicativo (44.9%) en 1er lugar; en 2do lugar le sigue la variable independiente Peso al nacer con un 28.4% y en tercer lugar, las enfermedades hipertensivas del embarazo con un 22.7%. Las demás variables están jerarquizadas del 4to al 12avo pero no son significativas.

Respecto al objetivo específico 4 del presente trabajo, se busca conocer los diagnósticos de readmisión más frecuentes de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017, tal como se describen en la tabla 19 la Distribución de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017

con su diagnóstico de readmisión, reportándose que el 45% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con Ictericia, el 22.9% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con deshidratación, que el 11% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con Infección, que el 10.1% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con el Síndrome eumético, que el 5.5% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con fiebres y el 5.5% de los neonatos readmitidos fueron diagnosticados con distres respiratorio.

Cabe indicar que los reportes de investigación en el presente trabajo han evaluado diferentes variables y que no existe en nuestro medio un trabajo que responda a lo encontrado en la presente investigación.

## CONCLUSIONES

1. Existe asociación estadística significativa entre los factores maternos: control prenatal ( $X^2 = 20.993$ ; gl = 9;  $0 < 0.05$ ); Patología obstétrica ( $X^2 = 24.263$ ; gl = 9;  $0 < 0.01$ ); Enfermedad hipertensiva del embarazo ( $X^2 = 50.940$ ; gl = 36;  $0 < 0.01$ ); Tipo de parto ( $X^2 = 26.064$ ; gl = 9;  $0 < 0.01$ ); Tipo de alimentación ( $X^2 = 31.581$ ; gl = 18;  $0 < 0.05$ ), con la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Enero - Junio 2017.
2. Existe asociación entre los factores neonatales: Sexo del neonato ( $X^2 = 30.984$ ; gl = 9;  $0 < 0.001$ ); Edad gestacional ( $X^2 = 41.504$ ; gl = 27;  $0 < 0.05$ ); Tiempo de hospitalización ( $X^2 = 29.346$ ; gl = 18;  $0 < 0.05$ ); con la Readmisión Hospitalaria de Neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017.
3. Las variables: tipo de parto es la que presenta un mayor porcentaje (44.9%) en 1er lugar; en 2do lugar le sigue la variable Peso al nacer con un 28.4% y en tercer lugar, las enfermedades hipertensivas del embarazo con un 22.7%, son las variables de mayor explicación de las readmisiones hospitalarias de neonatos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin. Enero - Junio 2017.

4. En los diagnósticos de readmisión de los neonatos readmitidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero - Junio 2017, el 45% fueron diagnosticados con Ictericia, el 22.9% fueron diagnosticados con deshidratación, que el 11% fueron diagnosticados con Infección, que el 10.1% fueron diagnosticados con el Síndrome eumético, que el 5.5% fueron diagnosticados con fiebres y el 5.5% fueron diagnosticados con distres respiratorio.

## RECOMENDACIONES

En forma de contribuir con el bienestar neonatal, se han puesto en práctica medidas que han demostrado valor en evitar la readmisión neonatal tales como:

- La intervención en el plan de alta, la educación a los padres.
- Educar a la madre o familiares del niño sobre la higiene correcta de los genitales para prevenir la infección o sepsis urinaria.
- Así como del cordón umbilical para evitar onfalitis, cumplir estrictamente las medidas de sepsia y antisepsia.
- De igual forma asegurar la esterilización de utensilios de alimentación.
- Asegurar la limpieza adecuada de ropa y sábanas por emplearse; acudir tempranamente a la consulta especializada para esclarecer las dudas y evitar la readmisión hospitalaria.
- La prevención de iatrogenia durante el ingreso previo en cuanto a la manipulación aséptica.
- En algunos procesos clínicos con alta tasa de reingreso una intervención basada en unidades de enfermería y la educación impartida a padres y familiares, reducen la tasa de reingreso y mejoran la calidad de vida del niño.



### Referencias

1. Aros AS. Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. *Rev Chil Pediatr.* 2004; 75:270-74.
2. Grupp J. Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice. *Arch Pediatr Adolesc Med.*1999; 153:1283-88.
3. Martens P. 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. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos. *An Esp Pediatr.*1999;50:479-84.
5. Anne M. Neonatal hospital lengths of stay, readmissions, and charges. *Pediatrics.*1998;101 :32-36.
6. Paul S. Evaluation of a Pediatric Hospitalist Service: Impact on Length of Stay and Hospital Charges. *Pediatrics.* 2000;105:478-84.
7. Thilo E, Townsend S, Merenstein G. Historia de la política y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal. *Clínicas de perinatología* .1998; 25(2): 281-87.
8. Aguilar A. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2003; 60: 482-49.

9. Jeanne M. Effects of a Law Against Early Postpartum Discharge on Newborn Follow-Up, Adverse events, and HMO Expenditures. *N Engl J Med.* 2000; 343:2031-38.

10. John R. Association of Transcutaneous Bilirubin Testing in Hospital With

Decreased Readmission Rate for Hyperbilirubinemia. *Clin Chem.* 2005; 51:540-44.

11. Domínguez C. Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente. *Rev Mex Pediatr.* 2003;70:243-44.

12. James R. Toxicidad de la Bilirrubina, encefalopatía e ictericia nuclear (Kernicterus). En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. *Tratado de Neonatología de Avery.* 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional. 2000. p.1008-1013.

13. James R. Tratamiento de la hiperbilirubinemia neonatal. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. *Tratado de Neonatología de Avery.* 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional. 2000. p.1033- 1043.

14. De Elder H. Hospital Admissions in the first year of life in very preterm infants. *J. Paediatr. Child Health.* 1999;35:145-50.

15. Beate D. Newborn Discharge Timing and Readmissions: California, 1992-1995. *Pediatrics.* 2000;106:31-39.

16. James R. Hiperbilirrubunemiasno conjugadas. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional División Interamericana. 2000.p.1014-1020.

17. James R. Ictericia Fisiológica. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional. 2000.p.1003-1007.

18. James R. Metabolismo de la bilirrubina. En: Ballard R, Bonet Serra B, editores. Tratado de Neonatología de Avery. 7 ed. Madrid: Harcourt Internacional.2000.p.995-1002.

19. Charpak N, Ruiz JG and Figueroa Z. 'What is the issue when discharging primies: Early discharge of the hospital or early integration with the family". Acta Pediátrica 2001, 90(10):1105-1106

20. Mehta PN. Early discharge for the term newborn. Indian Journal of Practica! Pediatrics 2001,3 :135-140.

21. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK et al. The safety of newborn early discharge: the Wash State experience. JAMA 1997, 278:293-298

22. Malkin JD, Garber S, Broder MS, et al. Infant mortality and early postpartum discharge. Obstet Gynecol 2000, 96: 183-188

23. Kotagal UR, Atherton HD Eshett R, et al. Safety of early descarga for Medicaid newborns. JAMA 1999,282: 1150-1156

24. Vendittelli F, Bolvain M. Early postpartum discharge in the postpartum *Journals de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 1997; 26:679-686

25. Lock M, Ray J. Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: Are we sending newborns home too early? *CMAJ* 1999,161:249-53

26. Eidelman AL. Early discharge, early trouble. *J Perinatol* 1992, 12:101-102

27. Islas D, Luis P; Rosario O, Almeralla, Martín V, Gutiérrez\*; Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol. 70, Núm. 5 • Sep.-Oct. 2003 pp 243-245.

28. Maldonado; M. Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Evaluación de dos modalidades de egreso (temprano y tradicional) en recién nacidos sanos como factor predisponente para el reingreso en el periodo neonatal. Trabajo no publicado. Barquisimeto. Venezuela. 2006 p. 1 O.

29. Furzán, Jaime. Egreso precoz del recién nacido. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. Volumen 70. Numero.3 Caracas. Venezuela. Septiembre. 2007

30. Ellberg, L; Hoguer V; Lundenan B, Kallen. *Maternity Care Options Influence Readmission Newborns*. 2006

31. Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero BC. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. 2008

32. Herrera A, Azcarate T, Borges N, Paiva M, González B, Rojas M. Relación entre Recién Nacidos Hospitalizados y Controles Prenatales. Unidad de Neonatología. Hospital Central de Maracay. Octubre 2004-Marzo

2005. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Vol.68, Suplemento 1, 2005. # 80

33. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Care of the neonates. In: Gilstrap LC, Oh W, editors. Guidelines for perinatal care. 5th edition. Elk Grove Village: APP/ACOG; 2002:187-235

34. Briton J, Briton H and Beebe S. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. Pediatrics 1994, 38:291-295

35. Edmondson MB, Stoddard JJ, Owen LM, et al. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborn. JAMA 1997, 278:299-303

36. Morales, C. Revista UCIN de la Sociedad Colombiana de Neonatología Editorial I. 32(2)[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/alta\\_precoz\\_de\\_recien\\_nacidos\\_de\\_bajo\\_peso.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/alta_precoz_de_recien_nacidos_de_bajo_peso.pdf) 003

37. Briton JR and Briton JR. Efficacy of early newborn discharge in a middle class population. Am J Dis Child 1984, 138:1041-1046.

38.- Campo González, A., Alonso Uría, R.M., Morán, R.A., Ballesté López, I., Díaz Aguilar, R., Remy Pérez, M. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Rev Cubana Pediatr v.82 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010.

39.- Sánchez Monterrey, I.A., Acosta Oíaz, R., Suárez García, N., Sarmiento Portal, Y., Hernández León, L. Infección nosocomial en la terapia intensiva neonatal. Factores de riesgo. Pinar del Río 2001-2003. Rev Ciencias Médicas v.11 n.1 Pinar del Río ene.-mar. 2007

40.- Stevenson, D., Universidad de Stanford, Palo Alto, California. Registro de Archivos de Enfermedades en la Infancia. [http:// www.embarazada.com/DetalleArticulolocal.asp?a=268](http://www.embarazada.com/DetalleArticulolocal.asp?a=268)

41.- Méndez y Castellano. Método Graffar. Fundacredesa. [http:// www.cyberpediatria.com/ graffarmendezcastellano.pdf](http://www.cyberpediatria.com/graffarmendezcastellano.pdf)

42.- Montenegro, M., Factores de riesgo de muerte perinatal en el HEODRA, durante el 2008 y 2009. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Facultad De Ciencias Médicas Unan-León. [http://www. minsa.gob.ni/bns/monografias/2010/Ginobs/03](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2010/Ginobs/03)

[Factores%20de%20Riesgo%20de%20Muerte%20Perinatal%20en%20el%20HEODRA2008-2009.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2010/Ginobs/03)

43.- Delgado M, Muñoz A. Algunos Factores de Riesgo para Mortalidad Neonatal en un hospital de 111 nivel, Popayán

Colombia Medica, año/ vol. 34, Numero 004. Universidad del Valle Cali, Colombia, pp. 179-185.

44 Pascuzzo, Carmine; Granado, Angel; Mendoza, Rafael; Parra, Héctor; Moreno, César; Rodríguez, Asterio. Factores de riesgo en el termino del embarazo: efecto de la procedencia e ingresos maternos sobre peso al nacer, edad gestacional y asfixia neonatal. Bol. méd. postgrado; 12(4):39-

45.- Puig Sola Carmen, Zarzoso Palomero Amparo, García-Algar óscar, Cots Reguant Francesc, Burón Pust Andrea, Castells Oliveres Xavier et al. Ingreso hospitalario de los recién nacidos según el origen étnico y el país de procedencia de los progenitores en una área urbana de Barcelona. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 Die [citado 2011 Jul 16]; 22(6): 555-564. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000600009&1ng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600009&1ng=es)

46.- Vásquez, R. Universidad del Cauca. Popayán. Características Inmunológicas del Feto y Recién Nacido. Facultad de Ciencias de la Salud.- Colombia. <http://www.encolombia.com/pediatria34399inmunizaciones.htm>.

47.- Fraifer, S. y García, S. (2004). Control prenatal de embarazo de bajo riesgo. Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria, 7 (6), 173-177.

48.- Cunningham F; y cols.: "Williams, obstetricia". 5ª Edición. Panamericana. Buenos Aires 1998.

49.- Ramos, N., Ibáñez, E., Mondragón, C., Ospina, C., Rojas, C. Motivos de Consulta Neonatal al Servicio de Urgencias Pediátricas de la Clínica Universitaria en el Período de Enero a Junio de 2006MD3. Universidad El Bosque, Unidad de recién nacidos, Clínica Universitaria. Bogotá - Colombia. Mayo 2008.

50.- Savastano, LE; Sosa, P; Fitt, MR; Perez, A; Zapata, L; Perez Monteleone, L; Giuliani, F; Pellegrini, P; Muñoz, E; Rodríguez Jordán, J; Oriz, L; Pañero, E; Guglielmi, JM; Martina de Vargas, E. El nivel del cono medular en neonatos a término y pretérmino. División de Investigación y Disección Anatómica, Área de Anatomía Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

51. Arias 2004. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. Quinta edición. Venezuela. Editorial EPISTEME

52.- González, M., Caraballo, M., Guerrero, S. SEPSIS NEONATAL Y PREMATUREZ. Serv. de Neonatología Hosp. "José Ramón Vida!". Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra I de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UNNE

53. Mclaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of



life. Pediatrics 2009 Feb;123(2):653-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19171634>

54.- Barreda. 2005. Principales exámenes de laboratorio.  
Disponible en [http://www.pediatraldia.cl/examenes\\_laboratorio.htm](http://www.pediatraldia.cl/examenes_laboratorio.htm)

55.- J. S. Crawford, P. Davies, y J. F. Pearson, M.B.  
Significance of the Individual Components of the Apgar Score (En  
Inglés). British Journal of Anaesthesia, 1973, Vol. 45, No. 2 148-  
158. Último Acceso 30 de Marzo, 2008

## ANEXOS

## II.1. Ficha de recolección de datos

1. DATOS DE LA MADRE:						
A. EDAD:			<18	18 - 34	>34	
B. GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA		SECUNDARIA	SUPERIOR		
C. ESTADO CIVIL	SOLTERA		CASADA	CONVIVIENTE	VIUDA	
D. CONTROL PRENATAL	SI		NO			
E. PARIDAD:	PRIMIPA		MULTIPARA			
F. PATOLOGIA OBSTÉTRICA	NO	SI	EMFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	RPM	ITU	DIABETES GESTACIONAL OTROS:
G. TIPO DE	EUTÓCIC		DISTÓCICO			
2. DATOS DEL RECIÉN NACIDO						
A. NÚMERO						
B. SEXO	M	F				
C. PESO AL	1500 -		>2500 < 4000	> 4000		
D. APGAR	minuto 1:		10	9	8	≤ 7
	minuto 5:		10	9	8	≤ 7
E. EDAD GESTACIONAL	se m		Pretérmino tardío: 34 - 36 6/7  sem	A término temprano: 37 0/7 - 38 6/7  sem	A término completo: 39 0/7 - 40 6/7  sem	A término tardío: 41 0/7 - 41 6/7 sem Postérmino: 42 0/7 a más sem
F. TIPO DE ALIMENTACIÓN	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		FORMULA MATERNIZADA	MIXTA		
G. TIEMPO DE	<24		24-48	> 48 HORAS		
3. DATOS DE LA READMISIÓN:						
A. Readmisión	SI	NO				
B. EDAD:	día					
C. DIAGNOSTICO DE REINGRESO:	ICTERICIA	DESHIDRATACIÓN	INFECCIÓN	OTROS:		



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMELINDO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna  
Teléfono 514760



### ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En La Sala de Grados de la Escuela de Posgrado, Sección Huancayo ubicado en la Av. Los Giraldez N° 748 - 4to Piso; siendo las 09:00h., del día domingo 10.DICIEMBRE.2017, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Dr. Reynaldo OSTOS MIRAVAL	Secretario
Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS	Vocal

Asesor de Tesis, Mg. Jesús CALLE ILIZARBE (Resolución N° 03177-2017-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña, Jessenia Edith CONTRERAS CÓNDOR.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "FACTORES RELACIONADOS CON LA READMISIÓN HOSPITALARIA DE NEONATOS. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO – JUNIO 2017".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Aprobado (16)  
Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda .....  
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 09:50... horas del 10 de diciembre de 2017.

.....  
PRESIDENTE  
DNI N° 225012906

.....  
SECRETARIO  
DNI N° 22520141

.....  
VOCAL  
DNI N° 01230761

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICA DE POSGRADO

### 1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

**Apellidos y Nombres:** CONTRERAS CÓNDOR Jessenia Edith

**DNI:** 40551861

**Correo electrónico:** jessenia\_con@hotmail.com

**Teléfono de casa:**

**Celular:** 954610411

**Oficina:**

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

<b>POSGRADO</b>
<b>Maestría:</b> ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
<b>Mención:</b>

**Grado Académico obtenido:**

MAESTRO

**Título de la tesis:**

FACTORES RELACIONADOS CON LA READMISIÓN HOSPITALARIA DE NEONATOS. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO-JUNIO 2017.

**Tipo de acceso que autoriza el autor:**

Marcar "X"	Categoría de acceso	Descripción de acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

( ) 1 año    ( ) 2 años    ( ) 3 años    ( ) 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 21/08/2018

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del autor