



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## [Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD  
**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**  
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024”

Presentado por:

**DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1 %** por el cual se otorga el calificativo de:


**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 11 de junio del 2025

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

  
Dr. Jorge Luis Ydaseta Medina  
Director de la Unidad de Investigación

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “Daniel Alcides Carrión”



TESIS

“FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS  
CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024”

**Línea de investigación**

Salud pública y conservación del medio ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

**AUTOR:**

DIANA MARLENY DE LA CRUZ PALOMINO

**ASESOR:**

DR. ALIAGA GUILLÉN NARCISO EUSEBIO

ICA-PERÚ

2025

## **DEDICATORIA**

*Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.*

*A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante, por no dejar de apoyarme incluso en los momentos más difíciles.*

*Y, finalmente, a mi mascota de soporte emocional Dexter que me ayudo a controlar mis momentos más ansiosos y brindo un rayito de luz en mis días más tristes.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco sinceramente a mi asesor de tesis, DR. ALIAGA GUILLÉN NARCISO EUSEBIO, por su esfuerzo y dedicación.*

*También a todos mis docentes en mi formación universitaria que, a lo largo de estos años con sus conocimientos, sus orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para poder lograr todos mis objetivos.*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	
DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO .....	3
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....	38
III. RESULTADOS.....	45
IV. DISCUSIÓN .....	71
V. CONCLUSIÓN.....	75
VI. RECOMENDACIONES .....	77
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	78
VIII. ANEXOS .....	92

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Prueba de normalidad.....	44
<b>Tabla 2.</b> Características neonatales con alta precoz en el Hospital Regional de Ica.....	46
<b>Tabla 3.</b> Características de las madres con alta precoz en el Hospital Regional de Ica.....	51
<b>Tabla 4.</b> Características del sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica.....	55
<b>Tabla 5.</b> Factores del neonato que asocian a la readmisión Hospitalaria en el Hospital Regional de Ica .....	59
<b>Tabla 6.</b> Factores de la madre que asocian a la readmisión Hospitalaria en el Hospital Regional de Ica .....	62
<b>Tabla 7.</b> Factores relacionados al sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica.....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Características neonatales con alta precoz en el Hospital Regional de Ica.....	46
<b>Figura 2.</b> Características de las madres con alta precoz en el Hospital Regional de Ica.....	54
<b>Figura 3.</b> Características del sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica.....	57
<b>Figura 4.</b> Principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria ..	69

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023-2024. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, de tipo casos y controles, con nivel descriptivo-correlacional y corte transversal. Se analizaron 201 historias clínicas (67 casos y 134 controles), mediante una ficha estructurada. **Resultados:** La edad gestacional ( $p = 0.019$ ), peso al nacer ( $p = 0.013$ ), tipo de alimentación ( $p = 0.019$ ) y tamaño para la edad gestacional ( $p = 0.013$ ) se asociaron significativamente a la readmisión. El 52.2% de los prematuros leves fueron readmitidos; el 56.7% de los neonatos alimentados con fórmula exclusiva reingresaron. También se halló asociación con estado civil materno ( $p = 0.045$ ), parto por cesárea ( $p = 0.062$ ) y multiparidad ( $p = 0.001$ ). Del sistema de salud, destacó el alta precoz (<48 h) ( $p = 0.029$ ) y causas nosocomiales ( $p = 0.010$ ). Los diagnósticos más frecuentes fueron ictericia (34.3%), sepsis (21.6%) y deshidratación (13.4%). **Conclusiones:** La readmisión neonatal con alta precoz responde a múltiples factores neonatales, maternos y del sistema de salud, lo que exige reforzar los criterios clínicos de egreso y el seguimiento temprano.

**PALABRAS CLAVE:** factores, reingreso, neonato, alta precoz.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors that are associated with hospital readmission in newborns who have been discharged early from the Ica Regional Hospital during the period 2023-2024. **Methodology:** Quantitative, non-experimental, case-control study with a descriptive-correlational and cross-sectional design. A total of 201 clinical records were analyzed (67 cases and 134 controls) using a structured data sheet. **Results:** Significant associations were found with gestational age ( $p = 0.019$ ), birth weight ( $p = 0.013$ ), feeding type ( $p = 0.019$ ), and size for gestational age ( $p = 0.013$ ). Readmission occurred in 52.2% of late preterm newborns and 56.7% of those fed exclusively with formula. Maternal factors such as marital status ( $p = 0.045$ ), cesarean delivery ( $p = 0.062$ ), and multiparity ( $p = 0.001$ ) were also influential. Early discharge in vaginal births ( $p = 0.029$ ) and nosocomial causes ( $p = 0.010$ ) were determining health system factors. The most frequent diagnoses were neonatal jaundice (34.3%), sepsis (21.6%), and dehydration (13.4%). **Conclusions:** Neonatal readmission after early discharge is a multifactorial problem. Strengthening discharge criteria and early postnatal follow-up is recommended.

**KEYWORDS:** factors, readmission, neonatal, early discharge.

## I. INTRODUCCIÓN

Los neonatos constituyen una de las poblaciones más vulnerables del sistema de salud, debido a su inmadurez fisiológica y la limitada capacidad de adaptación al entorno extrauterino. Esta etapa, comprendida desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, presenta una alta susceptibilidad a enfermar o morir, especialmente en contextos donde el acceso a servicios de salud es limitado o las condiciones del entorno familiar no garantizan un cuidado adecuado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el periodo neonatal concentra casi la mitad de las muertes infantiles a nivel mundial, siendo la mayoría de estas prevenibles mediante intervenciones oportunas en la atención perinatal y el seguimiento postnatal.

En este contexto, las principales patologías que afectan a los recién nacidos incluyen la ictericia neonatal, las dificultades en la lactancia, las infecciones del tracto urinario y respiratorio, la hipoglucemia y las complicaciones asociadas al bajo peso al nacer. Estas condiciones, muchas veces silenciosas en su fase inicial, pueden progresar rápidamente si no son detectadas y tratadas a tiempo, lo que hace fundamental una evaluación clínica rigurosa antes del egreso hospitalario. La duración de la estancia hospitalaria ha sido históricamente un aspecto clave para garantizar dicha evaluación; sin embargo, ha venido disminuyendo progresivamente en las últimas décadas.

A nivel mundial, el tiempo estimado de la estancia hospitalaria de los neonatos ha sido un tema de discusión constante en la comunidad médica, ya que debe equilibrar la necesidad de detectar complicaciones tempranas y asegurar la recuperación materna, con la eficiencia operativa de los establecimientos de

salud. Hace cinco décadas, la estancia hospitalaria promedio era de seis días, mientras que en la década de 1970 se redujo a un rango de 24 a 48 horas. Desde 1995, algunos centros de salud han implementado políticas de egreso en menos de 24 horas, generando debates en torno a sus implicancias. La política de brindar un alta de forma temprana tiene una gran cantidad de detractores y partidarios, conllevando a que algunos investigadores valoren la posibilidad de una relación significativa entre el alta precoz y un mayor índice de reingreso hospitalario.

En Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría ha definido el reingreso hospitalario neonatal como el retorno del recién nacido a una unidad de salud tras haber sido dado de alta en condición de sano. Este fenómeno se considera un posible indicador de evaluación inadecuada en el momento del alta, evidenciando la necesidad de criterios más precisos para la determinación del egreso. Para que un neonato pueda ser dado de alta de manera segura, se requiere estabilidad fisiológica, preparación familiar para su cuidado en el hogar y acceso garantizado a servicios de salud en caso de emergencia.

En Latinoamérica, la implementación del alta precoz ha generado posturas divididas entre sus defensores y detractores. Mientras algunos estudios destacan su viabilidad bajo condiciones médicas y sociales favorables, otros han evidenciado una posible relación entre esta práctica y un mayor índice de morbilidad neonatal, principalmente reflejado en el aumento de reingresos hospitalarios. Investigaciones recientes han analizado la relación entre el tiempo de hospitalización y las complicaciones en neonatos, sugiriendo que la reducción de la estancia podría incrementar el riesgo de patologías como ictericia,

trastornos en la lactancia y sepsis, afectando la salud del recién nacido al inicio de su vida. Gorman et al. (2023), en su estudio, identificaron que el 8,1% de los neonatos que egresaron dentro de las primeras 24 horas desarrollaron complicaciones médicas, y un 15,5% requirió una readmisión al hospital en las primeras semanas tras haber nacido, pese a haber cumplido con los criterios establecidos para el alta neonatal.

A nivel nacional, el Hospital Regional de Ica ha reportado un incremento en los reingresos hospitalarios de neonatos con alta precoz durante el período 2023-2024, lo que refuerza la necesidad de analizar los factores asociados a esta situación. Las principales condiciones que influyen en el reingreso hospitalario de recién nacidos en este establecimiento de salud motivan la presente investigación, que busca contribuir a la optimización de los protocolos de alta y fortalecer las estrategias de seguimiento neonatal. A través de un enfoque analítico, se pretende generar evidencia que permita mejorar las prácticas médicas en torno a la atención perinatal y reducir el impacto de complicaciones evitables en esta población vulnerable.

## **I.1. Antecedentes de la investigación**

### **Antecedentes internacionales**

**Amthauer, C. Brasil (2023)<sup>1</sup>, Objetivo:** Analizar los factores influyentes (factores maternos y neonatales) en la readmisión hospitalaria de recién nacidos cuyas madres no cumplían la mayoría de edad. **Metodología:** Estudio cuantitativo, de corte transversal, retrospectivo y analítico, realizado con un total de 489 recién nacidos en un hospital del sector público ubicado en el sur de Brasil, durante los años 2019 y 2020. Los datos fueron recolectados mediante

bases institucionales y analizados con el programa SPSS, empleando pruebas estadísticas como chi-cuadrado, prueba de Fisher y un modelo multivariado de Poisson para controlar posibles sesgos. **Resultados:** Se identificó que el 9,2% de los neonatos requirió reingreso hospitalario, principalmente por afecciones respiratorias, siendo la bronquiolitis aguda la causa más frecuente (22,3%). **Conclusiones:** Se evidenció una relación entre el reingreso hospitalario y factores como la prematuridad, una puntuación Apgar al primer minuto inferior a 7, y el origen materno adolescente, lo cual resalta la vulnerabilidad de este grupo neonatal.

**Ruíz, G., Albuquerque, D., Herrera, D. et al. Colombia (2022)<sup>2</sup>. Objetivo:** Identificar las causas de reingreso en recién nacidos prematuros atendidos en un programa de seguimiento hasta los nueve meses gestacionales. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, aplicado a un total de 27 neonatos seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando únicamente aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y presentaron readmisión hospitalaria. **Resultados:** La causa principal de reingreso fue la anemia del prematuro (44,4%). La edad más frecuente de readmisión fue a las cinco semanas (25,9%), con predominio del sexo masculino (59,3%). Se registró mayor frecuencia de nacimientos a las 28 semanas de gestación (25,9%) y de rehospitalización a las 32 semanas de edad postconcepcional (18,5%). **Conclusión:** Se concluyó que el grado de prematuridad influye directamente en el riesgo de rehospitalización neonatal, aunque la intervención del programa de seguimiento facilitó la detección temprana de complicaciones.

**Alcántara-Manzueta, S. República Dominicana (2023)**<sup>3</sup>. **Objetivo:** Identificar la relación entre la sepsis neonatal y los casos de reingreso hospitalario, dado que esta patología representa un riesgo crítico para la vida del neonato y su entorno familiar. **Metodología:** Investigación de tipo descriptiva, observacional, exploratoria y transversal, aplicada durante los primeros seis meses del año 2016 en un hospital de San Lorenzo de Los Mina. **Resultados:** Se reportaron 480 ingresos en la unidad de neonatología, de los cuales el 31,2% fue diagnosticado con sepsis neonatal. Del total de estos casos, el 27% correspondía a neonatos previamente dados de alta en aparente buen estado. Se registró además una alta prevalencia de infecciones maternas: vaginitis (97,4%) e infecciones urinarias (69,2%). La mayoría de los neonatos eran de término (87,2%), de sexo masculino (64,1%) y nacimientos intrainstitucionales (71,8%). **Conclusión:** La investigación resalta la necesidad de fortalecer la promoción y prevención en salud desde el periodo prenatal, así como de implementar un control exhaustivo de antecedentes maternos antes del alta, a fin de reducir los riesgos de readmisión hospitalaria en neonatos.

#### **Antecedentes nacionales**

**Susaya, R. Lima (2020)**<sup>4</sup>. **Objetivo:** Identificar los factores que originan el reingreso hospitalario en neonatos dados de alta de manera prematura. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, analítico, descriptivo y retrospectivo, aplicado a un total de 41 recién nacidos remitidos tras un alta temprana desde la sala de recuperación y alojamiento conjunto. Se utilizaron como técnicas de recolección la ficha de observación y el registro de nacimientos, y los datos fueron procesados con el software SPSS versión 23. **Resultados:** El 10,2% de los neonatos requirió readmisión hospitalaria, siendo

las afecciones respiratorias la causa principal, con predominancia de bronquiolitis aguda (22,3%). **Conclusión:** El estudio evidenció que las altas prematuras se asocian con un mayor riesgo de complicaciones respiratorias, lo que resalta la necesidad de establecer criterios clínicos más rigurosos antes del egreso hospitalario neonatal.

**Pillaca, S. Cusco (2022)<sup>5</sup>.** **Objetivo:** Evaluar los factores que motivan la readmisión hospitalaria de los neonatos egresados precozmente en centros hospitalarios de la región. **Metodología:** Investigación analítica retrospectiva, con diseño de casos y controles. Se empleó un muestreo aleatorio simple y se analizaron 258 historias clínicas neonatales y maternas. Se consideraron como “casos” a los recién nacidos que requirieron reingreso hospitalario y como “controles” a aquellos que no lo necesitaron. **Resultados:** Los principales factores de riesgo identificados fueron: prematuridad leve (OR 2,59), bajo peso al nacer (OR 3,42), primiparidad materna (OR 2,27), soltería materna (OR 2,62), enfermedad materna no especificada (OR 2,29) e infección urinaria (OR 1,72). Además, no asistir al primer control postnatal incrementó significativamente el riesgo de readmisión (OR 3,72). Como hallazgo particular, el alta precoz tras cesárea fue considerado un factor protector (OR 0,33). **Conclusión:** Se concluyó que la ictericia neonatal fue la principal causa clínica de reingreso. Asimismo, factores neonatales como el bajo peso y la prematuridad, junto con factores maternos y del sistema de salud, influyen en la probabilidad de rehospitalización. El control postnatal y una adecuada evaluación al alta son determinantes clave para prevenir complicaciones.

**Pimentel, M. Cusco (2020)<sup>6</sup>.** **Objetivo:** Analizar los factores asociados al reingreso hospitalario de recién nacidos con alta precoz (<48 horas),

considerando variables relacionadas al neonato, la madre y el servicio de salud.

**Metodología:** Estudio con diseño de casos y controles. Se consideraron como “casos” a los neonatos que fueron readmitidos tras un alta temprana y como “controles” a los que no lo requirieron, cumpliendo todos los criterios de inclusión. La muestra total fue de 255 recién nacidos (85 casos y 170 controles), y se evaluaron historias clínicas para identificar factores de riesgo asociados.

**Resultados:** Se identificaron como principales causas de reingreso la prematuridad, el bajo peso al nacer y los trastornos en la alimentación. Las patologías más comunes asociadas a la readmisión fueron la ictericia neonatal, las infecciones y las dificultades para alimentarse. **Conclusión:** El estudio permitió establecer una relación directa entre el alta precoz y varios factores de riesgo neonatales, maternos y del sistema de salud. Se resalta la importancia de implementar estrategias de seguimiento postnatal y reforzar la calidad de los criterios clínicos utilizados para el egreso del recién nacido.

### **Antecedentes locales**

**Ramos, R. (2024)**<sup>7</sup>. **Objetivo:** Analizar los factores que incrementan el riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad en neonatos, considerando el comportamiento epidemiológico asociado. **Metodología:** Estudio observacional, longitudinal, con diseño de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 14 neonatos que fueron readmitidos (casos) y 42 que no presentaron reingreso tras el alta (controles). Se empleó un instrumento estructurado para la recolección de datos clínicos y epidemiológicos. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado para determinar asociaciones y un modelo de regresión logística ordinal para estimar los factores de riesgo. **Resultados:** Se identificó una tasa de reingreso de 6 por cada 1000 nacidos vivos,

principalmente en neonatos con edad gestacional menor a 37 semanas (OR: 6,6;  $p < 0,01$ ). Además, se observó que aquellos con puntuaciones APGAR comprometidas a los 5 minutos presentaban síntomas severos o moderados de estrés fisiológico. **Conclusión:** El estudio demostró que el bajo peso al nacer y una puntuación APGAR severa a los cinco minutos son factores críticos que aumentan significativamente el riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad neonatal, lo que resalta la importancia de reforzar los criterios clínicos de alta y el seguimiento inmediato en esta población vulnerable.

## **I.2. Marco teórico**

### **Neonato**

El neonato es el ser humano en su primera etapa de vida, comprendida desde el nacimiento hasta los 28 días posteriores. Este periodo es considerado uno de los más críticos en el desarrollo infantil debido a las complejas adaptaciones fisiológicas que el recién nacido debe realizar para sobrevivir fuera del útero materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al neonato de término como aquel nacido entre las 37 y 42 semanas de gestación. Los nacidos antes de las 37 semanas se consideran prematuros, y aquellos que superan las 42 semanas, posttérmino. Esta clasificación permite identificar con mayor precisión el nivel de madurez fisiológica con el que nace cada niño y anticipar riesgos clínicos asociados a su edad gestacional.

### **Características generales del neonato**

Durante el periodo neonatal, el recién nacido presenta una serie de características fisiológicas y anatómicas propias de la etapa. El peso al nacer

suele oscilar entre los 2500 y 4000 gramos, y la talla promedio se encuentra entre los 48 y 52 centímetros. Su piel es delgada y puede presentar lanugo o vérnix caseosa. La cabeza representa una proporción significativa del cuerpo, con fontanelas aún abiertas. La frecuencia respiratoria es irregular y elevada, entre 30 y 60 respiraciones por minuto, y la frecuencia cardíaca varía entre 120 y 160 latidos por minuto. El sistema inmunológico es inmaduro, por lo que el neonato depende en gran medida de la inmunidad pasiva materna. Estas características lo convierten en un individuo vulnerable, especialmente sensible a cambios bruscos en el entorno, infecciones, problemas metabólicos y errores en el cuidado.

### **Fisiología y anatomía básica del neonato**

En términos fisiológicos, el neonato debe adaptarse de forma inmediata a una nueva forma de vida fuera del útero. El sistema respiratorio se activa con la primera respiración, lo que conlleva a la expansión pulmonar y al inicio de la oxigenación alveolar. Al mismo tiempo, se producen importantes cambios en el sistema cardiovascular, como el cierre funcional del ductus arterioso, el foramen oval y el ductus venoso, los cuales eran esenciales durante la vida intrauterina. En el sistema digestivo, el neonato inicia la alimentación enteral, con movimientos peristálticos aún inmaduros. El sistema renal también es limitado en su capacidad para concentrar orina, lo que lo predispone a desequilibrios hídricos. El sistema nervioso central presenta mielinización incompleta, y los reflejos primitivos (como el de succión, prensión o Moro) se utilizan como indicadores clínicos del desarrollo neurológico inicial. Anatómicamente, se distingue por una cabeza proporcionalmente más grande, un tórax estrecho y un

abdomen prominente. Todos estos aspectos, en conjunto, exigen una vigilancia médica cuidadosa durante esta etapa.

### **Patologías más frecuentes en neonatos**

Diversas patologías pueden presentarse durante el periodo neonatal, muchas de las cuales requieren atención médica inmediata debido al riesgo de complicaciones graves. La ictericia neonatal es una de las condiciones más comunes, causada por el aumento de bilirrubina en sangre; en la mayoría de los casos es fisiológica, pero puede evolucionar a formas patológicas si no se controla adecuadamente. Otras condiciones frecuentes incluyen el síndrome de dificultad respiratoria, que se presenta principalmente en neonatos prematuros con inmadurez pulmonar, y las infecciones neonatales, como la sepsis temprana, asociadas a transmisión vertical de microorganismos. El bajo peso al nacer, generalmente inferior a 2500 gramos, también representa un importante factor de riesgo, al igual que las dificultades en la alimentación, como la incapacidad para succionar eficazmente o la hipoglucemia. Estas patologías, especialmente cuando coinciden con una alta hospitalaria precoz y ausencia de control postnatal, aumentan la probabilidad de reingreso hospitalario, comprometiendo la salud del recién nacido y generando un impacto significativo en el entorno familiar y en los servicios de salud.

### **Factores asociados**

#### **Factores asociados al neonato**

**Edad:** La edad de gestación a través del examen de Capurro es una herramienta que se utiliza en neonatología para obtener indicadores de madurez del recién

nacido cuando no se puede disponer de la última fecha de la menstruación que tuvo la madre o de una ecografía temprana<sup>8</sup>. En ese sentido, la aplicación de esta herramienta demuestra si el neonato es prematuro, de término o postérmino, lo cual resulta trascendental para tomar una decisión en cuanto a la atención médica que se va a brindar y en los próximos cuidados que deben brindar. Además, esta prueba se consolida por su evaluación de las características físicas y neurológicas del recién nacido, proporcionando una aproximación más eficiente y confiable de la edad gestacional<sup>9</sup>.

Guamán, A. et al. (2023)<sup>10</sup> establecen que, la prueba de Capurro cuenta con dos versiones: somática y neurológica. La primera evalúa cinco aspectos o parámetros a nivel físico, como son: forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, forma del pezón, texturización de la piel y los pliegues de los plantares. Por otro lado, la versión neurológica incorpora dos criterios adicionales: el signo de la bufanda y la caída de la cabeza. Para obtener la edad gestacional, se suman los puntajes asignados a cada criterio y se aplica una fórmula específica que convierte el resultado en semanas de gestación. Su uso es común en centros de atención perinatal, ya que permite clasificar al neonato y detectar posibles riesgos asociados a su desarrollo<sup>11</sup>.

La estructura que tiene el análisis de la prueba de Capurro B, por lo general, se aplica en el nacimiento considerando 5 aspectos somáticos como es la morfología del pezón, texturización en la que se encuentra la piel, forma del oído, tamaño del seno y los surcos plantares. A su vez, el análisis de Capurro A toma en cuenta signos neurológicos al análisis de Capurro B, donde se considera el signo de la bufanda y la cabeza en gota<sup>12</sup>.

**APGAR:** es un tipo de evaluación que se realiza de forma rápida en neonatología para determinar el estado de salud del recién nacido en los primeros momentos de su vida. Esta prueba fue desarrollada por la anesthesióloga Virginia Apgar en el año 1952 y se aplica entre el minuto uno y minuto cinco después de haber nacido, con la posibilidad de realizar evaluaciones adicionales en caso el neonato lo requiera<sup>13</sup>. En ese sentido, el objetivo de esta es identificar de manera temprana si el niño necesita asistencia médica de forma inmediata, tales como la reanimación o soporte o apoyo respiratorio, contribuyendo o influenciando en la reducción de la comorbilidad neonatal<sup>14</sup>.

La prueba de APGAR considera cinco aspectos principales en el neonato como es la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono del músculo, los reflejos que se tiene hacia algún estímulo proporcionado y el color que tiene la piel<sup>15</sup>. Sobre estos criterios se da un puntaje entre 0 a 2, los cuales se suman obteniendo un puntaje máximo de 10 puntos. Ahora bien, entre los puntajes que se pueden obtener, de 7 a 10 indica que se encuentran en una condición óptima, pero en puntajes entre 4 y 6 sugieren una moderada depresión neonatal, solicitando observación y una posible intervención de forma inmediata<sup>16</sup>. Un resultado menor a 4 indica un estado crítico en el que se necesita urgentemente una atención médica. Sin embargo, aunque el APGAR no predice el pronóstico a largo plazo, es una herramienta esencial para evaluar la forma en la que se adapta un recién nacido a la vida fuera del útero<sup>17</sup>.

**Peso al nacer:** Se emplea para examinar el estado de nutrición en el que se encuentra el feto en el proceso de gestación y así poder verificar la efectividad de la atención antes de nacer. Por ende, se permite monitorear cómo crece y se desarrolla el bebé<sup>18</sup>.

En el último periodo del embarazo, el feto pasa por un proceso de experimentación sobre un crecimiento acelerado del peso a partir de la acumulación de la grasa. A pesar de que el peso gestacional varía entre la zona poblacional, existen normativas que permiten evaluarlo y clasificarlo<sup>19</sup>.

El peso del recién nacido se ubica en alguna categoría considerando lo siguiente: un peso entre 2500 gramos a más se denomina como adecuado, entre 1500 y 2499 gramos se denomina como bajo, por debajo de 1500 gramos se denomina como muy bajo, y por debajo de 1000 gramos es extremadamente bajo. Asimismo, un recién nacido con un peso igual o por encima de 4000 gramos se les denomina como macrosómico<sup>20</sup>.

**Peso para la edad gestacional:** El peso de un bebé al nacer en comparación con las semanas de gestación es un factor relevante que se evalúa en el campo de la neonatología. Este parámetro clínico resulta importante para determinar si el feto experimentó un crecimiento apropiado durante su estadía en el vientre materno o si, de forma diferente, ha manifestado alguna anomalía en su proceso de crecimiento<sup>21</sup>. Por ende, para determinar con precisión si un recién nacido presenta un peso adecuado en relación con su tiempo de gestación, se debe recurrir a las tablas y los criterios estadísticos basados en zonas poblacionales, los cuales posibilitan y facilitan la clasificación de los bebés en diversas categorías según su peso al nacer<sup>22</sup>.

A nivel general y considerando diferentes aspectos, los recién nacidos pueden ser clasificados en tres categorías, las cuales se explican a continuación: el ser "adecuado para la edad gestacional" (AEG) engloba a los recién nacidos cuyo peso se sitúa entre los percentiles de 10 y 90, lo que sugiere un crecimiento y

desarrollo dentro de los parámetros normales<sup>23</sup>. La segunda clasificación corresponde a "pequeño para la edad gestacional" (PEG), la cual engloba a aquellos recién nacidos cuyo peso se sitúa por debajo del percentil 10 en la escala de crecimiento. A partir de ello resulta posible identificar señales que sugieran la presencia de una serie de limitaciones en el desarrollo del feto dentro del útero, la cual podría estar vinculada con diversos factores de origen materno, placentario o fetal<sup>24</sup>. Finalmente, la tercera categorización se denomina como "grande para la edad gestacional" (GEG), la cual engloba a aquellos recién nacidos cuyo peso se encuentra por encima del percentil 90 en la escala de crecimiento. Esta condición médica puede estar relacionada con un crecimiento acelerado del feto y, en algunas situaciones, con trastornos como la diabetes gestacional en la madre durante el embarazo<sup>25</sup>.

La importancia de esta clasificación recae en su eficacia para detectar y prevenir potenciales riesgos que pueden alterar los aspectos importantes de la salud e incluso el bienestar del que recién acaba de nacer. Tanto los recién nacidos con un peso inferior al esperado, como aquellos con un peso superior al promedio, pueden experimentar dificultades durante el período perinatal y necesitar una atención más frecuente por parte de los profesionales de la salud<sup>25</sup>. En tanto, un monitoreo adecuado desde el momento del nacimiento resulta fundamental y prioritario para poder implementar estrategias de atención personalizadas y específicas, con el fin de favorecer un desarrollo saludable y prevenir posibles complicaciones que puedan surgir en lo largo del tiempo<sup>26</sup>.

**Delta de peso:** El peso de un recién nacido no resulta ser una medida única, sino que puede experimentar variaciones significativas durante los primeros días de vida debido a una serie de factores afectan en la forma de desarrollares y en

el propio crecimiento. Este fenómeno, que es reconocido en el ámbito médico como el "delta de peso neonatal", hace referencia a las variaciones de la masa corporal del neonato al momento del parto y que está supeditado por una serie de factores<sup>27</sup>.

Entre los tantos factores que pueden repercutir en la variación del peso del recién nacido se encuentran el tipo de alimentación que recibe, ya sea lactancia materna exclusiva, lactancia mixta o fórmula infantil, así como la cantidad de leche que ingiere en cada toma. Además, el metabolismo del bebé experimenta ajustes significativos después del nacimiento, lo que también puede afectar en su peso<sup>28</sup>. Otros factores ambientales, como la temperatura del entorno donde se encuentran el neonato, puede tener un impacto en su desarrollo y, por ende, en su índice de masa corporal. Es decir, una ingesta insuficiente de leche materna o de fórmula infantil puede llevar a una disminución de peso más pronunciada en el bebé recién nacido<sup>27,28</sup>. En consecuencia, es importante asegurar una alimentación adecuada y suficiente para garantizar una evolución a nivel de crecimiento y desarrollo óptimo al inicio de la vida. Además, es importante tener en cuenta que, si el bebé no recibe la cantidad adecuada de calorías para su desarrollo o si experimenta variaciones en su temperatura corporal, podría favorecer a la pérdida de líquidos de forma imperceptible a través de la piel, lo cual también puede afectar negativamente en la variación de su peso<sup>29</sup>.

Durante los primeros siete días de vida, es común y esperado que los recién nacidos experimenten una disminución en su peso corporal que puede alcanzar hasta un 10 por ciento de su peso original. Esta reducción se da principalmente durante los primeros tres días de vida y es considerada un proceso fisiológico

por la comunidad médica<sup>30</sup>. La explicación de este proceso se da como consecuencia de la eliminación del exceso de líquidos que se han ido acumulando en el organismo del bebé a lo largo del proceso de gestación<sup>30</sup>.

No obstante, es de importancia llevar a cabo un monitoreo constante y detallado de dicha variación con la finalidad de garantizar que el bebé logre recuperar su peso de manera natural y adecuadamente. Por lo general, es a partir del día cuatro y cinco en el que los recién nacidos comienzan a recuperar su peso de forma gradual y, generalmente, logran alcanzar nuevamente su peso de nacimiento aproximadamente entre los 10 y 14 días posteriores al nacimiento. Por esa razón se recomienda una revisión minuciosa de este proceso para identificar cualquier contratiempo relacionado con la nutrición o la salud, de modo que se puede asegurar el óptimo estado de salud y bienestar del recién nacido<sup>31</sup>.

**Tipo de alimentación:** La lactancia materna exclusiva (LME), es un proceso fundamental en la nutrición del recién nacido. Muchos de estos componentes son resistentes a las enzimas digestivas del lactante, lo que les permite conservar su función biológica en las mucosas del organismo<sup>32</sup>. Debido a su composición, proporciona múltiples beneficios para la salud del neonato y, al ser producida naturalmente por la madre, también representa una alternativa económicamente accesible<sup>33</sup>.

Continuamente, la fórmula láctea es un sustituto nutricional diseñado para suplir parcial o totalmente la leche materna en situaciones donde la lactancia no es posible o requiere ser complementada. Su composición está formulada para cubrir las exigencias del cuadro nutricional del recién nacido y consigue

integrarse en la alimentación como parte de un esquema de alimentación mixta<sup>34</sup>.

La alimentación mixta consiste en la combinación de lactancia materna y el uso de fórmula láctea de manera simultánea. Esta práctica permite complementar la nutrición del bebé cuando la producción de leche de la madre no es suficiente o existen razones médicas o personales que dificultan la lactancia exclusiva<sup>35</sup>.

### **Factores asociados a la madre**

**Paridad de la madre:** La paridad en la madre hace referencia a la cantidad de veces que una mujer ha podido gestar y dar a luz a un feto con posibilidades de vivir, independientemente de si el recién nacido ha sobrevivido o no. Este concepto es fundamental en obstetricia, ya que permite evaluar el historial reproductivo de la madre y su relación con posibles complicaciones durante el embarazo y el parto<sup>36</sup>.

La paridad se clasifica en distintas categorías. Se considera nulípara a la mujer que nunca ha tenido un parto, primípara a aquella que ha dado a luz por primera vez y multípara a quien ha tenido dos o más partos. Cuando una mujer ha tenido cinco o más partos, se le denomina gran multípara, lo que puede implicar un mayor riesgo obstétrico debido a factores como debilidad uterina o mayor probabilidad de hemorragias postparto<sup>37</sup>.

Este parámetro es clave para la atención prenatal, ya que influye en la planificación del seguimiento médico, la forma de identificar los factores que dan lugar a algún riesgo y la preparación para el proceso de parto<sup>38</sup>.

**Tipo de parto:** se considera de índole natural (vía vaginal) donde el neonato atraviesa el conducto vaginal al momento del alumbramiento. Por su parte, vía

cesárea es cuando el neonato se extrae por medio de la cavidad uterina y abdominal<sup>39</sup>.

**Morbilidad materna:** abarca una serie de enfermedades que pueden presentarse durante el embarazo y alterar a la salud de la madre como también el desarrollo del feto, incrementando el riesgo de complicaciones neonatales. En lo concerniente a las patologías que se presentan de forma recurrente se encuentran la amenaza de aborto, las infecciones urinarias, la hipertensión gestacional, la preeclampsia y que las membranas presenten una ruptura prematura. Estas condiciones pueden comprometer el bienestar del neonato y requieren un monitoreo médico adecuado para minimizar sus efectos en la gestación y el parto<sup>40</sup>.

**Ocupación:** actividad o trabajo que desempeña en el diario vivir la madre<sup>41</sup>.

**Estado civil:** condiciones determinantes de una persona desde una perspectiva jurídica lo cual le proporciona obligaciones y derechos<sup>42</sup>.

**Grado de instrucción:** se refiere al nivel por encima de lo normal o alto del estudio que lo logra alcanzar una persona sin considerar si ha finalizado o se encuentra en desarrollo en la actualidad<sup>43</sup>.

### **Factores asociados al servicio de salud del Hospital Regional Ica**

**Número de controles prenatales:** Comprende el conjunto de medidas de prevención materna y perinatal. La ausencia de un control prenatal adecuado incrementa hasta cinco veces la probabilidad de que la gestante presente complicaciones, sin embargo, cuando estas se identifican oportunamente, es posible brindar un tratamiento adecuado<sup>44</sup>.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), una gestante es considerada como controlada si ha realizado al menos seis controles o evaluaciones prenatales, organizados de esta forma: Dos antes de la semana 22. El tercero en las siguientes dos semanas, la cuarta durante las semanas 27 y 29, el quinto entre las semanas 33 y 35, y finalmente, el sexto control, entre la semana 37 y al término del embarazo tras cumplir los 9 meses<sup>45</sup>.

**Control posnatal del neonato:** De acuerdo con el MINSA, el recién nacido debe recibir al menos a cuatro controles médicos durante su primer mes de vida. El primero debe ejecutarse dentro de las 48 horas posteriores al alta hospitalaria, seguido de evaluaciones a los 7, 14 y 21 días de nacido. Estas consultas permiten la identificación temprana de anomalías o signos de alerta, facilitando el diagnóstico oportuno de posibles enfermedades y asegurando un adecuado monitoreo del estado de salud del neonato<sup>46,47</sup>.

**Causas de reingreso:** En concordancia con lo establecido por el MINSA, se considera la primera característica nosocomial, que hace referencia a la contracción de infecciones o enfermedades dentro del centro hospitalario de atención<sup>47</sup>. Por su parte, la segunda característica hace referencia a las comunitarias que son las adquiridas dentro del entorno social aparte del hospital cuyo reingreso puede ser por controles continuos o adquisición de enfermedades del entorno<sup>48</sup>.

### **Reingreso hospitalario en neonatos**

El reingreso hospitalario se entiende como la readmisión de un paciente a un servicio de hospitalización dentro de un período determinado luego de haber recibido el alta. Esta situación puede estar influenciada por diversos factores, ya

sean relacionados con el cuidado del paciente o con la calidad del servicio de atención brindada por el sistema médico. Se ha establecido que la frecuencia de reincorporación es un hito indirecto de la eficiencia y efectividad del servicio asistencial<sup>48</sup>.

Este fenómeno representa un desafío tanto para los establecimientos de salud como para los propios pacientes, ya que genera un aumento en los costos y demanda mayores recursos hospitalarios. En los últimos años, ha surgido un debate respecto a si el reingreso debe considerarse un criterio de calidad en la atención médica. Sin embargo, en ciertas patologías, una tasa elevada de readmisión podría reflejar deficiencias en la atención brindada durante la hospitalización inicial<sup>49</sup>.

### **Factores asociados al neonato**

**Ictericia neonatal:** La ictericia neonatal resulta ser un mal que aparece de manera recurrente en los recién nacidos, la cual se caracteriza por el color amarillento en la que se encuentra la piel y la mucosidad como consecuencia de haberse concentrado en gran volumen la bilirrubina en la sangre. Pues, esta sustancia se origina como el resultado de haberse descompuesto los glóbulos rojos fetales y, dentro de los parámetros normales, se metaboliza a través del hígado, y es eliminada después a por medio de las heces y la orina. Sin embargo, en los neonatos, el sistema hepático aún es inmaduro, lo que puede dificultar su procesamiento y provocar una elevación transitoria de la bilirrubina<sup>50</sup>.

Existen diferentes tipos de ictericia neonatal, siendo la fisiológica la más común, con una aparición entre el segundo y cuarto día de vida y resolución espontánea en aproximadamente una semana. No obstante, cuando los niveles de bilirrubina

son demasiado elevados o su aparición es temprana, puede deberse a causas patológicas como incompatibilidad sanguínea, hemólisis, infecciones o trastornos hepáticos<sup>51</sup>. En estos casos, es fundamental un monitoreo adecuado para evitar complicaciones, como el kernicterus, una afección neurológica grave provocada por la acumulación excesiva de bilirrubina en el cerebro. El tratamiento varía según la severidad, incluyendo desde fototerapia hasta, en casos extremos, exanguinotransfusión<sup>52</sup>.

**Deshidratación:** La deshidratación en neonatos es una condición que se reconoce principalmente por la pérdida abrumante de líquidos y electrolitos dentro del organismo del recién nacido, lo que puede comprometer su bienestar y funcionamiento fisiológico. En esta etapa, la regulación hídrica es aún inmadura, por lo que cualquier alteración en la ingesta de líquidos o un aumento en las pérdidas puede generar un desequilibrio rápido. Las causas más frecuentes incluyen una ingesta inadecuada de leche materna o fórmula, vómitos, diarrea, fiebre o exposición a temperaturas elevadas que favorecen la pérdida sin medida de agua a través de la piel y la respiración<sup>53</sup>.

Dependiendo de su gravedad, la deshidratación puede clasificarse en leve, moderada o severa. Entre los signos de alerta se encuentran la sequedad de mucosas, disminución de la elasticidad de la piel, llanto sin lágrimas, irritabilidad o letargo, y una reducción en la cantidad de micciones. En casos más graves, puede presentarse taquicardia, hipotensión y alteraciones neurológicas. El tratamiento se basa en la rehidratación, ya sea por vía oral con soluciones electrolíticas o, en situaciones críticas, mediante administración intravenosa de líquidos para restablecer el equilibrio hídrico y evitar complicaciones graves<sup>54</sup>.

**Sepsis neonatal:** Esta consiste en una infección sistémica grave que ocurre en aquellos recién nacidos en el transcurso de los primeros 28 días de vida y que puede comprometer múltiples órganos y sistemas. Es causada principalmente por bacterias, aunque también pueden estar implicados virus y hongos<sup>55</sup>. Se clasifica en sepsis de inicio temprano cuando se presenta dentro de los primeros tres días y suele estar relacionada con la transmisión materna durante el parto, y sepsis de inicio tardío, que ocurre después de este período y generalmente se adquiere en el entorno hospitalario o domiciliario. Entre los principales agentes causantes se encuentran *Escherichia coli*, *Streptococcus* del grupo B, *Klebsiella* y *Staphylococcus aureus*<sup>56</sup>.

Los síntomas pueden ser inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico temprano. Algunos signos de alarma incluyen dificultad respiratoria, hipotermia o fiebre, letargo, rechazo a la alimentación, ictericia prolongada, taquicardia o inestabilidad hemodinámica<sup>57</sup>. El diagnóstico se da a partir de los cultivos sanguíneos, exámenes elaborados por el laboratorio y estudios complementarios, mientras que el tratamiento requiere la administración inmediata de antibióticos. La detección y el manejo oportunos son fundamentales para reducir la mortalidad y evitar complicaciones graves como meningitis, choque séptico o falla multiorgánica<sup>58</sup>.

**Hipoalimentación:** La hipoalimentación en neonatos se refiere a una ingesta insuficiente de leche materna o fórmula, lo que puede comprometer el crecimiento y desarrollo adecuado del recién nacido<sup>59</sup>. Esta condición puede deberse a múltiples factores, como problemas en la succión o deglución, prematuridad, alteraciones neurológicas, malformaciones congénitas o enfermedades metabólicas. También puede estar relacionada con dificultades

maternas, como una baja producción de leche o una técnica inadecuada de lactancia<sup>60</sup>.

Los signos de hipoalimentación incluyen irritabilidad, llanto constante, pérdida de peso mayor a la esperada, disminución en la cantidad de micciones y evacuaciones, así como letargo o somnolencia excesiva. Si no se detecta y maneja a tiempo, puede derivar en deshidratación, hipoglucemia y retraso en el desarrollo. El tratamiento dependerá de la causa subyacente, pudiendo incluir el ajuste en la técnica de alimentación, el uso de suplementación con fórmula o, en casos más graves, la administración de nutrición enteral o parenteral para garantizar un adecuado aporte nutricional<sup>61</sup>.

### **Alta precoz**

El alta precoz en neonatos se refiere a la decisión de dar de alta a un recién nacido antes del período hospitalario convencional, generalmente dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores al nacimiento. Esta práctica se ha implementado en muchos centros de salud con el objetivo de reducir costos hospitalarios y promover la conexión entre la madre y el bebé en el hogar. Sin embargo, su aplicación requiere una evaluación rigurosa del estado del neonato y de las condiciones maternas para asegurar que ambos se encuentren en óptimas condiciones de salud<sup>62</sup>.

Para que el alta precoz sea segura, es fundamental que el recién nacido presente estabilidad fisiológica, una adecuada adaptación a la vida extrauterina y que la madre esté capacitada para su cuidado. También se debe garantizar el acceso a controles neonatales tempranos y seguimiento médico en los primeros días de vida<sup>63</sup>. Aunque en muchos casos el alta precoz no representa riesgos, algunos

estudios han sugerido una posible asociación con un aumento en la tasa de reingresos hospitalarios debido a ictericia neonatal, problemas en la alimentación o infecciones. Por ello, es esencial una evaluación médica exhaustiva antes de su implementación<sup>64</sup>.

### **I.3. Formulación del problema**

#### **Problema general:**

¿Qué factores se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024?

#### **Problemas específicos:**

**P.E.1.** ¿Qué factores neonatales se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado?

**P.E.2.** ¿Qué factores maternos se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado?

**P.E.3.** ¿Qué factores del sistema de salud se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado?

**P.E.4.** ¿Cuáles son los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido dados de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado?

### **I.4. Justificación**

La relevancia de esta investigación radica en su capacidad para generar y recopilar datos específicos y detallados que reflejen con precisión la situación actual de la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que recibieron un alta de forma prematura en el Hospital Regional de Ica, proporcionando así una base de información rigurosa y fundamentada que servirá como referencia para la optimización de protocolos de atención neonatal en la región. Mediante la identificación y el análisis estructurado o sistematizado de los factores que influyen en la readmisión de los recién nacidos, se podrán desarrollar estrategias efectivas que minimicen los riesgos asociados a esta problemática, permitiendo así una atención más segura y oportuna.

Los principales favorecidos como consecuencia de los hallazgos que se recibirán de este estudio serán los neonatos y sus familias, quienes experimentarán una evolución adecuada en la calidad de los servicios brindados por el sector de la salud y una reducción en las complicaciones derivadas del alta precoz. Asimismo, el personal de salud dispondrá de información actualizada y contextualizada que facilitará la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, optimizando la planificación y ejecución de controles neonatales tempranos. De manera adicional, los resultados de esta investigación contribuirán al fortalecimiento de políticas sanitarias enfocadas en la prevención del reingreso hospitalario neonatal, promoviendo un sistema de salud más eficiente y moldeado a las necesidades y requerimientos propiciados por los pobladores de la comunidad de Ica.

Se llevará a cabo un estudio en donde se tomará en cuenta el tipo de casos y controles. Los casos serán definidos por los neonatos que fueron reingresados, y los controles por aquellos que no pasaron por esa experiencia, en ambos

grupos se presenta un alta dada de forma prematura y que estén vinculados a los criterios de inclusión y exclusión.

### **Importancia**

La trascendencia de esta investigación radica en su capacidad para generar evidencia detallada y contextualizada sobre los factores que inciden en el reingreso hospitalario de neonatos con alta precoz, permitiendo comprender con mayor precisión una problemática que afecta directamente la salud perinatal en diversas zonas del país, y en particular en la región de Ica. Al recopilar y analizar datos específicos sobre las condiciones clínicas, sociales y estructurales que influyen en estos reingresos, este estudio proporciona una base sólida para la formulación de políticas públicas más eficaces, orientadas a la optimización de los criterios de egreso neonatal y al fortalecimiento de los sistemas de seguimiento postnatal.

El análisis sistemático de los factores asociados permitirá, además, proponer estrategias de intervención que se adecuen a la realidad local, reduciendo así las tasas de complicaciones neonatales evitables. Esta investigación se convierte en una herramienta fundamental para la toma de decisiones sanitarias, al contribuir con información relevante para la reestructuración de protocolos hospitalarios y la mejora de las prácticas de atención en el puerperio inmediato.

Los principales beneficiarios de este estudio serán los recién nacidos y sus madres, quienes podrán acceder a una atención más segura y personalizada, reduciendo riesgos innecesarios y fortaleciendo los lazos de protección en el entorno familiar. Asimismo, los profesionales del sector salud contarán con insumos técnicos más precisos para la evaluación del alta hospitalaria y la

implementación de estrategias de vigilancia temprana, lo cual favorecerá una mejora integral en la calidad del cuidado neonatal, promoviendo así un impacto positivo y duradero en la salud pública regional y nacional.

## **I.5. Objetivos de investigación**

### **Objetivo general:**

Determinar los factores que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024.

### **Objetivos específicos:**

**O.E.1.** Identificar los factores neonatales que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**O.E.2.** Identificar los factores maternos que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**O.E.3.** Identificar los factores del sistema de salud que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**O.E.4.** Identificar los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido dados de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

## **I.6. Hipótesis y variables de la investigación**

### **I.6.1. Hipótesis de la investigación**

### **Hipótesis general:**

H1: Existen factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz que recibieron el alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024.

### **Hipótesis específicas:**

**H.E.1.** Los factores como la edad gestacional, el peso al nacer, la puntuación APGAR, el sexo y el tipo de alimentación están relacionados a la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**H.E.2.** Los factores como la edad materna, el tipo de parto, la cantidad de embarazos previos y la ocupación de la madre inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**H.E.3.** La cantidad de controles prenatales recibidos se considera un factor del sistema de salud vinculado a la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**H.E.4.** Entre los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido dados de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado se encuentran la ictericia neonatal, la deshidratación, la sepsis y la hipoalimentación.

### **I.6.2. Variables**

#### **Variable independiente:**

Se consideraron como variables independientes las siguientes expresiones:

## **Factores asociados al neonato**

### ***Dimensiones***

Estimación de la edad de gestación (Test posible: Capurro)

valoración de APGAR

Peso al momento de nacer

Relación peso-edad de la gestación

Modalidad de alimentación

## **Factores asociados a la madre**

### ***Dimensiones***

Rango etario

Número de embarazos previos

Modalidad de parto

Condiciones en la que se encuentra la madre a nivel de salud

Actividad laboral

Situación conyugal

## **Factores asociados al sistema de salud**

### ***Dimensiones***

Seguimiento prenatal

Evaluación posnatal del recién nacido

Egreso hospitalario anticipado

Causas de reingreso hospitalario

**Variable dependiente:**

Reingreso hospitalario por alta precoz

Casus del reingreso (nosocomial, comunitario)

**Variables intervinientes:**

**Neonato**

***Dimensión***

Sexo

**Madre**

***Dimensiones***

Grado de instrucción

Lugar de procedencia

## **II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

### **II.1. Tipo, nivel y diseño de investigación**

Esta investigación fue desarrollada a partir de un enfoque cuantitativo<sup>73</sup>, diseño no experimental de tipo casos y controles<sup>74</sup>, y un nivel descriptivo-correlacional<sup>75</sup>, ya que se describieron las características clínicas, maternas y del sistema de salud, y se establecieron asociaciones estadísticas entre estas variables y la readmisión hospitalaria. El estudio empleó un corte transversal, dado que la información fue recolectada retrospectivamente de registros clínicos durante el periodo 2023–2024<sup>76,77</sup>.

## **II.2. Población, muestra y muestreo**

### **Población**

Con relación al universo del estudio, estuvo conformado por un total de 604 historias clínicas correspondientes a neonatos que presenten un alta precoz detectados en el Hospital Regional de Ica desde el mes de enero del año 2023 al mes de diciembre del año 2024. Esta documentación fue esencial para la recolección de datos dentro del campo y su posterior análisis respectivo.

### **Muestra**

Por su parte, con relación a la muestra de estudio se concretó por medio de un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Este hace referencia a la selección de los participantes por su facilidad de acceso o disponibilidad para el investigador, sin que cada participante tenga la probabilidad igual a ser elegido<sup>78</sup>.

Con base a ello, la asignación numérica estuvo dada de la siguiente manera:

Número de casos: 67

Número de controles: 134

Relación: 2 controles por caso

En síntesis, la muestra estuvo conformada por 201 historias clínicas de neonatos con alta precoz, seleccionadas de un universo de 604 registros correspondientes al Hospital Regional de Ica, durante el periodo de enero de 2023 a diciembre de 2024. Es necesario destacar que la relación 2:1 entre controles y casos es una práctica metodológicamente aceptada en estudios de tipo caso-control, pues permite incrementar la precisión de los análisis estadísticos, especialmente cuando el número de casos disponibles es limitado. Este enfoque no compromete la validez interna, siempre que se mantengan los mismos criterios

de inclusión para ambos grupos, como lo sostienen Schlesselman<sup>79</sup> y Rothman, Greenland y Lash<sup>80</sup>.

Si bien el tamaño muestral podría parecer reducido, su justificación radica en el uso de una población finita y completamente accesible, lo cual es válido en investigaciones con diseño retrospectivo. En este tipo de estudios, cuando el universo está claramente delimitado y no supera un número elevado de unidades, la muestra puede estar compuesta por todos los elementos que cumplen con los requisitos del estudio, sin necesidad de aplicar fórmulas estadísticas de cálculo muestral. Según Hernández, Fernández y Baptista, en investigaciones donde se trabaja con registros documentales y la población accesible es limitada, es metodológicamente aceptable considerar como muestra a todos los casos disponibles que cumplen con los criterios de inclusión definidos, garantizando así la coherencia con el diseño y los objetivos planteados<sup>77</sup>.

### **Criterios de inclusión**

- Neonatos nacidos en el Hospital Regional de Ica entre enero de 2023 y diciembre de 2024.
- Neonatos egresados por alta precoz: antes de las 48 horas en partos vaginales o antes de las 72 horas en cesáreas.
- Historias clínicas completas del neonato y de la madre, con información suficiente para aplicar la ficha de recolección de datos.
- En el grupo de casos: reingreso hospitalario dentro de los primeros 28 días de vida.

- En el grupo de controles: ausencia de reingreso hospitalario en el mismo periodo.

### **Criterios de exclusión**

- Neonatos con alta hospitalaria fuera del rango definido como alta precoz.
- Neonatos con malformaciones congénitas mayores, enfermedades crónicas graves o condiciones incompatibles con la vida.
- Expedientes clínicos incompletos, ilegibles o con datos faltantes en variables clave para el estudio.

## **II.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnicas de recolección de datos**

La metodología de recolección de datos se llevó a cabo de manera retrospectiva, donde el investigador principal se encargó de extraer meticulosamente la información relevante contenida en las historias clínicas correspondientes al periodo enero 2023 a diciembre 2024. El proceso se inició formalmente tras la obtención de la autorización institucional por parte del Hospital Regional de Ica, requisito fundamental para acceder a la documentación hospitalaria. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se procedió a la implementación sistemática de la ficha de recolección de datos diseñada específicamente para este estudio.

### **Instrumentos de recolección de datos**

El instrumento principal empleado en esta investigación fue una ficha de recolección de datos, diseñada específicamente para registrar de forma sistemática los indicadores correspondientes a cada variable del estudio. Esta herramienta fue elaborada por el investigador principal en función de los

objetivos específicos, dimensiones e indicadores definidos, y posteriormente fue sometida a un riguroso proceso de validación de contenido por juicio de expertos. Para ello, se contó con la participación de tres profesionales del área de neonatología y salud pública, quienes evaluaron la claridad, coherencia y relevancia de los ítems, otorgando su aprobación para su aplicación en campo.

Asimismo, se realizó un estudio piloto con la finalidad de comprobar la confiabilidad del instrumento antes de su aplicación definitiva. Para este fin, se aplicó la ficha a una muestra preliminar y se procedió al análisis estadístico mediante el programa SPSS, obteniéndose un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,912 en un total de 11 ítems, tal como se presenta en el Anexo 8. De acuerdo con los criterios establecidos por Hernández et al. (2021), un valor superior a 0,81 indica un nivel de confiabilidad alto, por lo tanto, este resultado demuestra que el instrumento posee una excelente consistencia interna, lo que respalda la calidad de los datos recogidos.

El instrumento se estructuró en tres secciones esenciales, abarcando los factores asociados al neonato, a la madre y al sistema de salud:

Primera sección: Consideró los factores relacionados con el neonato. Se incluyeron dimensiones como el sexo, edad gestacional, puntaje APGAR, peso al nacer, peso para la edad gestacional, delta de peso, tipo de alimentación, morbilidad neonatal y paridad materna.

Segunda sección: Reunió los factores asociados a la madre. Se consideraron las siguientes dimensiones: edad materna, grado de instrucción, lugar de residencia, ocupación, estado civil, tipo de parto y enfermedades registradas durante el embarazo.

Tercera sección: Abordó los factores relacionados al servicio de salud. Esta parte consideró el número de controles prenatales, la realización del control posnatal, el tipo de alta hospitalaria (con énfasis en el alta precoz) y la presencia o ausencia de reingreso hospitalario dentro de los primeros 28 días de vida del neonato.

#### **II.4. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos**

El tratamiento de la información recolectada mediante las fichas fue realizado siguiendo un procedimiento metódico y estructurado. Inicialmente, los datos fueron organizados y sistematizados en Microsoft Excel, donde se construyó una base preliminar respetando las categorías y dimensiones previamente definidas en la metodología. Posteriormente, esta información fue transferida al software estadístico SPSS versión 29, que permitió desarrollar un análisis estadístico detallado.

Se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y porcentajes con el objetivo de caracterizar a los neonatos, sus madres y los factores del sistema de salud involucrados en el estudio. Para evaluar la posible asociación entre las variables categóricas y el reingreso hospitalario, se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), adecuada para variables de tipo nominal. Este estadístico permitió identificar diferencias significativas entre los grupos de casos y controles, utilizando un nivel de significancia del 5% ( $p < 0.05$ ). La aplicación de esta prueba permitió establecer asociaciones relevantes entre los factores analizados y el fenómeno de estudio<sup>81</sup>.

Para el establecimiento del estadístico Chi cuadrado, se sustentó bajo una prueba de normalidad de datos correspondiente al análisis Kolmogorov-Smirnov por poseer una muestra de datos superior a 50, en tal sentido se tiene:

**Tabla 1. Prueba de normalidad**

Variable	Estadístico K-S	Sig.	Interpretación
Factores asociados al neonato	4.471	,004	No normal ( $p < 0.05$ )
Factores asociados a la madre	1.214	,002	No normal ( $p < 0.05$ )
Factores asociados al sistema de salud	1.265	,005	No normal ( $p < 0.05$ )
Reingreso hospitalario con alta precoz	0.978	,000	No normal ( $p < 0.05$ )

*Nota:* elaboración propia.

Los resultados muestran que los datos no siguen una distribución normal ( $p < 0.05$ ), lo que justifica estadísticamente el uso de pruebas no paramétricas como el Chi cuadrado de Pearson dentro del análisis en cuestión. A nivel teórico, El Chi cuadrado de Pearson es una prueba no paramétrica porque se utiliza para comparar frecuencias categóricas, no exige normalidad, no depende de parámetros poblacionales como la media o desviación estándar, y es ideal para determinar asociaciones entre variables cualitativas<sup>78</sup>.

Para garantizar la solidez metodológica y la validez científica del estudio, el instrumento a utilizar bajo la finalidad de recolectar datos fue sometido a un proceso de validez bajo la modalidad de juicio de expertos. Un grupo conformado por tres profesionales con amplia experiencia en la materia evaluó rigurosamente cada uno de los elementos del instrumento, tomando en cuenta criterios como

pertinencia, relevancia y claridad en la formulación de los ítems, con el propósito de asegurar su adecuación a los objetivos planteados en la investigación.

En lo que respecta a las consideraciones éticas, el estudio se llevó a cabo bajo estrictos lineamientos que garantizaron el cumplimiento de los principios fundamentales de la investigación en salud. Como primer paso, se gestionó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional de Ica. Asimismo, se implementó un sistema de resguardo de datos que aseguró la confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos a los datos personales de los participantes. Un aspecto clave del proceso fue la obtención del consentimiento informado de las partes involucradas, a quienes se les brindó una explicación detallada sobre los objetivos, la metodología y los alcances de la investigación. Todo el proceso se desarrolló en estricta observancia de los principios éticos generados y establecidos en la Declaración de Helsinki, así como en concordancia con la normativa nacional vigente que se encuentra vinculada con la investigación dentro del contexto académico de la salud.

### **III. RESULTADOS**

#### **III.1. Presentación e interpretación de resultados**

##### **III.1.1. Análisis estadístico descriptivo**

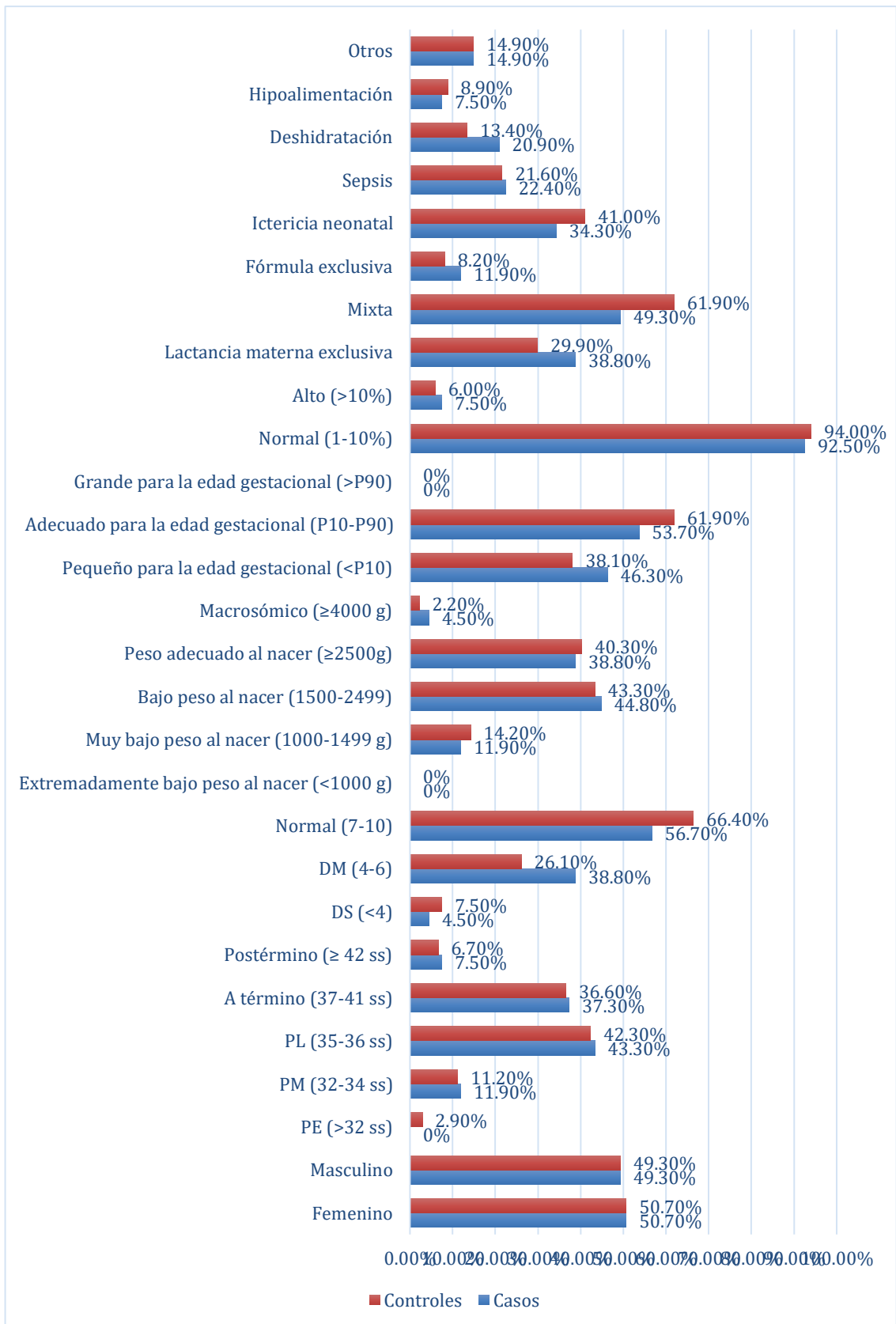
Para el establecimiento de los factores asociados al reingreso hospitalarios en neonatos con alta precoz en el Hospital Regional de Ica dentro del periodo 2023-2024, se consideró el registro de 201 pacientes de los cuales 67 fueron casos y 134 controles. Los resultados se dividieron en 3 tablas relacionadas con los factores asociados al neonato, a la madre y al sistema o servicio de salud. En tal sentido se tiene:

**Tabla 2. Características neonatales con alta precoz en el Hospital Regional de Ica**

Involucrado	Factor	Característica	Casos		Controles	
			F.	%	F.	%
Neonato	Sexo	Femenino	34	50.7%	68	50.7%
		Masculino	33	49.3%	66	49.3%
	E.G. (Capurro)	PE (>32 ss)	0	0%	4	2.9%
		PM (32-34 ss)	8	11.9%	15	11.2%
		PL (35-36 ss)	29	43.3%	57	42.3%
		A término (37-41 ss)	25	37.3%	49	36.6%
		Postérmino (≥ 42 ss)	5	7.5%	9	6.7%
	APGAR	DS (<4)	3	4.5%	10	7.5%
		DM (4-6)	26	38.8%	35	26.1%
		Normal (7-10)	38	56.7%	89	66.4%
	Peso al nacer	Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g)	0	0%	0	0%
		Muy bajo peso al nacer (1000-1499 g)	8	11.9%	19	14.2%
		Bajo peso al nacer (1500-2499)	30	44.8%	58	43.3%
		Peso adecuado al nacer (≥2500g)	26	38.8%	54	40.3%
		Macrosómico (≥4000 g)	3	4.5%	3	2.2%
	P. para la edad G.	Pequeño para la edad gestacional (<P10)	31	46.3%	51	38.1%
		Adecuado para la edad gestacional (P10-P90)	36	53.7%	83	61.9%
		Grande para la edad gestacional (>P90)	0	0%	0	0%
	Delta del peso	Normal (1-10%)	62	92.5%	126	94.0%
		Alto (>10%)	5	7.5%	8	6.0%
	Tipo de alimentación	Lactancia materna exclusiva	26	38.8%	40	29.9%
		Mixta	33	49.3%	83	61.9%
Fórmula exclusiva		8	11.9%	11	8.2%	
Morbilidad neonatal	Ictericia neonatal	23	34.3%	55	41.0%	
	Sepsis	15	22.4%	29	21.6%	
	Deshidratación	14	20.9%	18	13.4%	
	Hipoalimentación	5	7.5%	12	8.9%	
	Otros	10	14.9%	20	14.9%	

Fuente: elaboración propia.

**Figura 1. Características neonatales con alta precoz en el Hospital Regional de Ica**



Los resultados presentados en la tabla 1 muestran las características neonatales asociadas al alta precoz en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023-

2024. En cuanto al sexo, se evidenció una distribución prácticamente equitativa entre femenino (50,7%) y masculino (49,3%) en ambos grupos, lo que indica que esta variable no representa una diferencia significativa respecto al reingreso hospitalario.

Respecto a la edad gestacional, evaluada mediante el método de Capurro, se identificó que la mayoría de los casos correspondieron a neonatos prematuros leves (35-36 semanas), representando el 43,3% de los casos y el 42,3% de los controles. Los neonatos a término (37-41 semanas) también mostraron una proporción considerable, con 37,3% en casos y 36,6% en controles. Esto sugiere que el riesgo de reingreso no está exclusivamente vinculado a la prematuridad. No se registraron casos de prematuros extremos en el grupo de casos, aunque sí en los controles (2,9%).

En cuanto al puntaje de APGAR al nacimiento, la mayoría de los neonatos en ambos grupos presentó puntuaciones normales (7-10). Sin embargo, el 38,8% de los casos mostró valores moderados (4-6), frente al 26,1% de los controles, lo que sugiere que una adaptación neonatal moderadamente comprometida podría estar asociada a un mayor riesgo de reingreso.

En relación al peso al nacer, no se registraron neonatos con peso extremadamente bajo (<1000 g). El 11,9% de los casos tuvo muy bajo peso (1000-1499 g), frente al 14,2% en los controles. Además, el 44,8% de los casos presentó bajo peso (1500-2499 g), frente al 43,3% en controles. Aunque los porcentajes son similares, estas cifras reflejan una prevalencia significativa de neonatos con peso subóptimo en ambos grupos, lo que podría asociarse a mayor vulnerabilidad clínica en los primeros días de vida. No obstante, este estudio no

consideró factores maternos que podrían influir en el peso neonatal, como controles prenatales insuficientes, enfermedades gestacionales o el estado nutricional de la madre, lo que representa una limitación para el análisis de estas asociaciones.

Con respecto al peso para la edad gestacional, se observó que el 46,3% de los casos fueron clasificados como pequeños para la edad gestacional (PEG), mientras que en los controles esta condición se presentó en el 38,1%. Por el contrario, los adecuados para la edad gestacional (AEG) representaron el 53,7% en casos y el 61,9% en controles. Esta diferencia sugiere que la condición de PEG podría estar asociada a un mayor riesgo de complicaciones tras el alta, posiblemente por dificultades metabólicas, menor adaptación fisiológica o baja reserva energética. No se registraron neonatos grandes para la edad gestacional (GEG) en ninguno de los grupos.

En cuanto a la variación del peso después del alta, la mayoría de los neonatos tuvo una pérdida dentro del rango fisiológico (1-10%): 92,5% en casos y 94,0% en controles. Sin embargo, un 7,5% de los casos presentó una pérdida superior al 10%, frente a un 6,0% en controles. Aunque la diferencia es leve, estas pérdidas pueden reflejar dificultades en la alimentación o condiciones clínicas como ictericia o deshidratación. En ese sentido, se identificó una mayor frecuencia de alimentación mixta en los casos (49,3%) frente a los controles (38,8%), lo que podría haber afectado la recuperación del peso. Asimismo, la ictericia neonatal estuvo presente en el 34,3% de los casos y en el 41,0% de los controles, lo cual también podría influir en esta variación.

Respecto al tipo de alimentación, el 49,3% de los casos recibió alimentación mixta, mientras que en los controles esta modalidad alcanzó el 61,9%. La lactancia materna exclusiva fue menos frecuente en los casos (38,8%) que en los controles (29,9%), lo que sugiere que esta práctica podría estar asociada a un menor riesgo de reingreso. La alimentación con fórmula exclusiva fue similar en ambos grupos.

Finalmente, entre las principales morbilidades neonatales observadas, destacan la ictericia neonatal (34,3% en casos vs. 41,0% en controles) y la sepsis (22,4% en casos y 21,6% en controles). También se registraron casos de deshidratación (20,9%), hipoalimentación (7,5%) y otras causas (14,9%) en el grupo de casos. Estos hallazgos evidencian que múltiples condiciones clínicas pueden influir en la necesidad de reingreso hospitalario tras un alta temprana.

**Tabla 3. Características de las madres con alta precoz en el Hospital Regional de Ica**

Involucrado	Factor	Característica	Casos		Controles	
			F.	%	F.	%
Madre	Edad	<19 años	26	38.8%	52	38.8%
		20-35 años	25	37.3%	51	38.1%
		>35 años	16	23.9%	31	23.1%
	Grado de instrucción	Ninguno	7	10.4%	16	11.9%
		Primaria	28	41.8%	61	45.5%
		Secundaria	27	40.3%	51	38.1%
		Superior/técnico	5	7.5%	6	4.5%
	Lugar de procedencia	Urbana	25	37.3%	53	39.6%
		Rural	42	62.7%	81	60.4%
	Ocupación	Obrera	14	20.9%	33	24.6%
		Ama de casa	24	35.8%	45	33.6%
		Estudiante	17	25.4%	38	28.4%
		Independiente	12	17.9%	18	13.4%
	Estado civil	Soltera	37	55.2%	61	45.5%
		Casada	21	31.3%	35	26.1%
		Viuda	0	0%	0	0%
		Divorciada	0	0%	0	0%
		Conviviente	9	13.4%	38	28.4%
	Tipo de parto	Vaginal	30	44.8%	73	54.5%
		Cesárea	37	55.2%	61	45.5%
	Morbilidad	Amenaza de aborto	5	7.5%	13	9.7%
		Ruptura prematura de membranas	20	29.9%	41	30.6%
		Preeclampsia	10	14.9%	17	12.7%
Infección del tracto urinario		14	20.9%	35	26.1%	
Corioamnionitis		2	2.9%	3	2.2%	
Diabetes Mellitus		6	8.9%	3	2.2%	
Eclampsia		5	7.5%	14	10.4%	
Otros		5	7.5%	8	5.9%	
Paridad	Primipara	8	11.9%	14	10.4%	
	Multipara	59	88.0%	120	89.6%	

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la tabla 3 corresponden a las características maternas relacionadas con neonatos con alta precoz en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo 2023-2024. En cuanto a la edad materna, se observa una distribución homogénea entre los grupos de casos y controles, con predominio de madres menores de 19 años (38,8%) y del grupo etario de 20 a 35 años (37,3% en casos y 38,1% en controles). Estos datos indican que la edad materna, por sí sola, no representa un factor determinante en el reingreso hospitalario del neonato.

Respecto al nivel educativo, el predominio de madres con instrucción primaria (41,8%) y secundaria (40,3%) en el grupo de casos, en contraste con un bajo porcentaje de madres con educación superior (7,5%), sugiere que un menor nivel educativo podría limitar el acceso a información sobre cuidados neonatales. Esto podría estar asociado a una menor preparación para el manejo del recién nacido en el hogar, elevando el riesgo de complicaciones tras el alta.

En relación con el lugar de procedencia, la mayoría de las madres proviene de zonas rurales (62,7% en casos), lo que puede reflejar dificultades geográficas y de acceso a servicios de salud oportunos, incrementando así la posibilidad de reingreso neonatal. En cuanto a la ocupación, se destaca una alta proporción de amas de casa (35,8%) y estudiantes (25,4%), lo cual podría relacionarse con una menor experiencia en el cuidado infantil o una limitada autonomía económica.

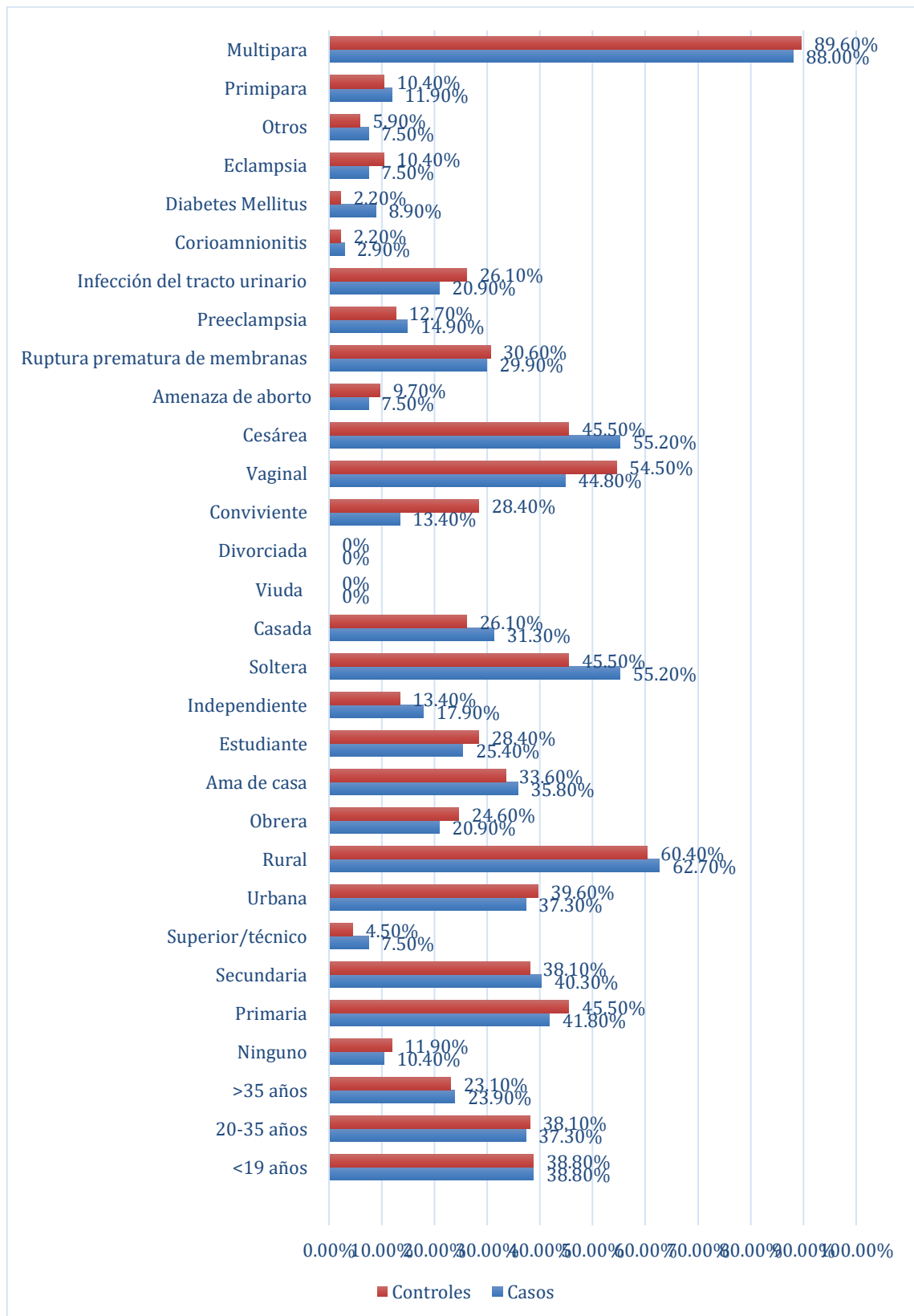
Sobre el estado civil, el 55,2% de las madres en el grupo de casos eran solteras y el 13,4% convivientes, mientras que solo el 31,3% estaba casada. La condición de soltería podría influir negativamente en el soporte familiar y emocional, aspectos importantes para un cuidado adecuado del neonato en el hogar.

En cuanto al tipo de parto, el 55,2% de los casos fueron cesáreas y el 44,8% partos vaginales. Esta diferencia podría estar vinculada a una mayor frecuencia de complicaciones neonatales asociadas a partos quirúrgicos, donde el recién nacido puede presentar una adaptación más lenta, lo que favorecería el reingreso hospitalario. Además, se registró que un 7,5% de las madres en el grupo de casos presentó amenaza de aborto durante el embarazo, lo que podría haber afectado el desarrollo fetal.

Respecto a las morbilidades maternas, la ruptura prematura de membranas fue la más frecuente (29,9%), seguida por preeclampsia (14,9%) e infecciones del tracto urinario (20,9%). Estas condiciones se asocian a riesgos perinatales que comprometen la estabilidad del neonato al momento del alta. También se identificaron, en menor proporción, otras patologías como diabetes mellitus, corioamnionitis y eclampsia, las cuales, aunque menos prevalentes, pueden afectar negativamente la evolución neonatal.

Finalmente, en cuanto a la paridad, se encontró que el 88% de las madres en el grupo de casos eran multíparas. Si bien la experiencia previa podría considerarse una ventaja, en este contexto no representó un factor protector evidente, ya que los porcentajes fueron similares en ambos grupos. La falta de condiciones adecuadas de salud materna y la ausencia de apoyo posnatal podrían anular el beneficio esperado de la experiencia previa en el cuidado neonatal.

**Figura 2. Características de las madres con alta precoz en el Hospital Regional de Ica**



**Tabla 4.** Características del sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica

Involucrado	Factor	Característica	Casos		Controles	
			F.	%	F.	%
Servicio de salud	Controles prenatales	Inadecuado (< 6CPN)	47	70.1%	88	65.7%
		Adecuado (≥ 6CPN)	20	29.9%	46	34.3%
	Control postnatal	Si	67	100%	134	100%
		No	0%	100%	0	100%
	Alta precoz	Alta precoz parto vaginal (< 48 horas)	27	40.3%	59	44.0%
		Alta precoz cesárea (< 72 horas)	40	59.7%	75	55.9%
	Reingreso hospitalario	Si	45	67.2%	96	71.6%
		No	22	32.8%	38	28.4%
	Causas de reingreso	Nosocomial (≤5 días)	71	35.3%	7	3.5%
		Comunitario (>5 días)	2	1%	61	30.3%

Fuente: elaboración propia.

Consecuentemente, se presentan las características del sistema o servicio de salud asociadas al alta precoz y al reingreso hospitalario de neonatos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2024. En relación con los controles prenatales, se evidenció que el 70,1% de las madres del grupo de casos tuvo un número de controles inadecuado (<6), frente al 65,7% en el grupo de controles. Esta tendencia revela una cobertura prenatal deficiente, lo que puede limitar la identificación oportuna de riesgos materno-fetales y afectar la toma de decisiones clínicas que prevengan complicaciones neonatales posteriores al egreso.

En cuanto al control postnatal, se observó que ninguno de los neonatos del grupo de casos recibió seguimiento médico posterior al alta. Esta ausencia de control impide detectar señales de deterioro clínico o dificultades alimentarias en los primeros días de vida, aumentando la probabilidad de reingreso hospitalario. Asimismo, en el grupo control, tampoco se registró seguimiento postnatal (100%), lo cual refleja una debilidad estructural en la continuidad de cuidados dentro del sistema de salud.

Respecto al tipo de alta precoz, el 40,3% de los neonatos con reingreso fue dado de alta antes de las 48 horas en partos vaginales, y el 59,7% en cesáreas antes de las 72 horas. Si bien esta práctica responde a la necesidad de rotación hospitalaria en contextos de alta demanda, la frecuencia observada, especialmente en los casos, sugiere que estas altas no siempre estarían respaldadas por criterios clínicos sólidos, educación materna adecuada ni soporte domiciliario, lo que aumenta el riesgo de complicaciones neonatales.

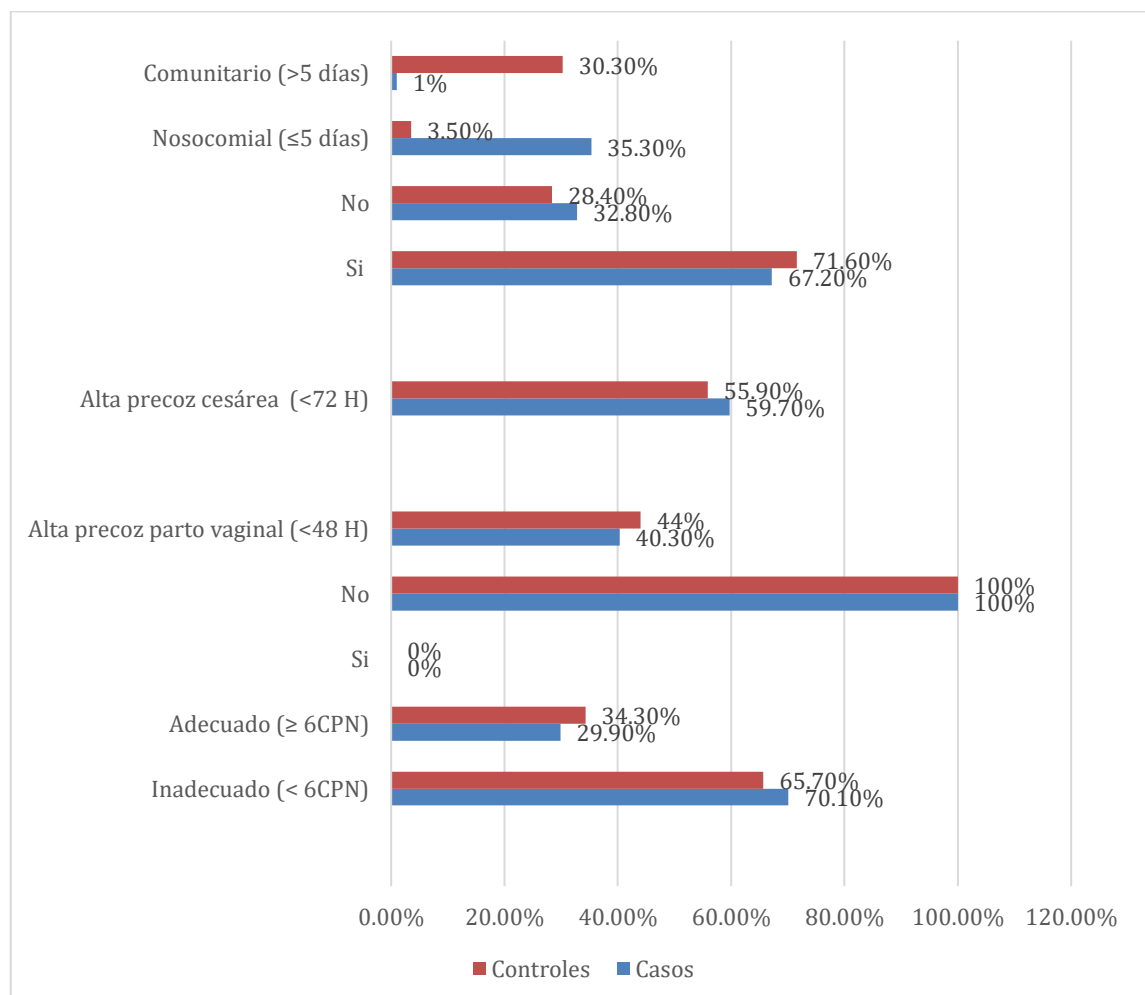
En lo relativo al reingreso hospitalario, el 67,2% de los casos presentó una nueva hospitalización tras el alta, frente al 71,6% de los controles. Aunque las proporciones son altas en ambos grupos, estos valores reflejan la fragilidad del sistema para garantizar un egreso seguro. Esta situación se ve agravada por factores como el control prenatal insuficiente, la falta total de seguimiento postnatal y las altas precoces sin protocolos claros ni apoyo familiar o comunitario.

Sobre las causas del reingreso, se identificó que el 35,3% de los casos fue hospitalizado por causas nosocomiales (dentro de los cinco días posteriores al alta), y solo el 1% por causas comunitarias (después de cinco días). En contraste, entre los controles, el 30,3% de los reingresos fue de origen comunitario y el 3,5% nosocomial. Esta diferencia temporal sugiere que los casos podrían haber tenido condiciones clínicas no resueltas al momento del alta, lo que favoreció su rápida descompensación y reingreso.

Un dato adicional relevante es la alta proporción de madres multíparas en el grupo de casos (88%). Aunque la experiencia previa suele asociarse a una mejor preparación para el cuidado neonatal, en este estudio no se observó un efecto

protector. Esto puede deberse a la concurrencia de factores limitantes como bajo nivel educativo (41,8% con primaria), procedencia rural (62,7%), estado civil no formalizado (55,2% solteras) y controles prenatales insuficientes (70,1%). Estas condiciones pueden limitar la capacidad de aplicar conocimientos previos al cuidado del recién nacido, especialmente cuando existen carencias económicas, ausencia de redes de apoyo y sobrecarga de responsabilidades familiares. En consecuencia, en contextos vulnerables, la múltipara no necesariamente representa un perfil de menor riesgo, sino que puede actuar como un marcador de factores estructurales que incrementan la probabilidad de reingreso neonatal.

**Figura 3.** Características del sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica



### **III.1.2. Análisis estadístico inferencial**

Objetivo específico 1: Identificar los factores neonatales que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

Hipótesis específica 1:

HE1: Factores como la edad gestacional, el peso al nacer, la puntuación APGAR, el sexo y el tipo de alimentación están relacionados a la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**Tabla 5.** Factores del neonato que asocian a la readmisión Hospitalaria en el Hospital Regional de Ica

Factor	Característica	Casos	Controles	Sig. P	Chi <sup>2</sup>	IC (95%): EXP (B)	
		F (%)	F (%)			Inferior	Superior
Sexo	Femenino	34 (50.7%)	68 (50.7%)	0.537	1.18	0.7	1.98
	Masculino	33 (49.3%)	66 (49.3%)				
E.G. (Capurro)	PE (>32 ss)	0 (0%)	4 (2.9%)	0.201	0.325	0.053	1.986
	PM (32-34 ss)	8 (11.9%)	15 (11.2%)	0.075	6.181	0.633	60.325
	PL (35-36 ss)	29 (43.3%)	57 (42.3%)	0.019	0.386	0.17	0.875
	A término (37-41 ss)	25 (37.3%)	49 (36.6%)	0.019	2.593	1.142	5.885
	Postérmino (≥ 42 ss)	5 (7.5%)	9 (6.7%)	0.003	3.23	1.467	7.987
APGAR	DS (<4)	3 (4.5%)	10 (7.5%)	0.013	0.388	0.179	0.838
	DM (4-6)	26 (38.8%)	35 (26.1%)	0.523	0.494	0.054	4.49
	Normal (7-10)	38 (56.7%)	89 (66.4%)	0.361	0.623	0.224	1.734
Peso al nacer	Muy bajo peso al nacer (1000-1499 g)	8 (11.9%)	19 (14.2%)	0.361	2.075	0.676	6.636
	Bajo peso al nacer (1500-2499)	30 (44.8%)	58 (43.3%)	0.21	0.663	0.066	6.467
	Peso adecuado al nacer (≥2500g)	26 (38.8%)	54 (40.3%)	0.722	0.288	0.067	1.233
	Macrosómico (≥4000 g)	3 (4.5%)	3 (2.2%)	0.075	3.477	0.811	14.9
P. para la edad G.	Pequeño para la edad gestacional (<P10)	31 (46.3%)	51 (38.1%)	0.075	0.012	0.17	0.875
	Adecuado para la edad gestacional (P10-P90)	36 (53.7%)	83 (61.9%)	0.013	2.412	1.142	5.885
Tipo de alimentación	Lactancia materna exclusiva	26 (38.8%)	40 (29.9%)	0.019	3.214	0.179	0.838
	Mixta	33 (49.3%)	83 (61.9%)	0.123	1.212	1.467	7.897
	Fórmula exclusiva	8 (11.9%)	11 (8.2%)	0.003	3.214	0.811	14.9

Los resultados de la tabla 5 permiten analizar la relación entre ciertos factores neonatales y la readmisión hospitalaria tras un alta precoz en el Hospital Regional de Ica. En cuanto al sexo del neonato, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p = 0.537$ ;  $\chi^2 = 1.18$ ), lo cual indica que ser varón o mujer no constituye un factor diferenciador en el riesgo de reingreso. Sin embargo, al observar la edad gestacional, se evidencian asociaciones relevantes: los neonatos a término (37–41 semanas) presentaron menor frecuencia de readmisión ( $p = 0.019$ ;  $\chi^2 = 2.593$ ), mientras que los prematuros leves (35–36 semanas) mostraron una mayor proporción de casos ( $p = 0.019$ ;  $\chi^2 = 0.386$ ), lo que sugiere que la inmadurez fisiológica es un determinante importante del reingreso hospitalario después del alta.

En cuanto a la puntuación de APGAR, los neonatos con valores normales (7–10) no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la readmisión ( $p = 0.361$ ;  $\chi^2 = 0.623$ ). Aunque aquellos con depresión moderada (DM: 4–6) presentaron mayor frecuencia en el grupo de casos (38.8% frente a 26.1%), esta diferencia no alcanzó significancia estadística ( $p = 0.523$ ;  $\chi^2 = 0.494$ ). Respecto al peso al nacer, los neonatos con bajo peso (1500–2499 g) representaron el 44.8% de los casos frente al 43.3% de los controles, sin encontrar asociación significativa ( $p = 0.210$ ;  $\chi^2 = 0.663$ ). Tampoco se observó significancia en los grupos con peso adecuado ( $\geq 2500$  g) ( $p = 0.722$ ;  $\chi^2 = 0.288$ ) o muy bajo peso (1000–1499 g) ( $p = 0.361$ ;  $\chi^2 = 2.075$ ). En relación con el peso para la edad gestacional, los neonatos pequeños para la edad gestacional (PEG) presentaron mayor frecuencia de reingresos (46.3% en casos vs. 38.1% en controles), con significancia estadística ( $p = 0.013$ ;  $\chi^2 = 6.180$ ), lo que indicaría una mayor vulnerabilidad clínica al egreso.

En cuanto al tipo de alimentación, los neonatos alimentados exclusivamente con leche materna presentaron una menor proporción de readmisión hospitalaria (38.8% en casos vs. 29.9% en controles), con una asociación significativa ( $p = 0.019$ ;  $\chi^2 = 3.214$ ), lo cual resalta el valor protector de la lactancia materna. En contraste, los neonatos alimentados con fórmula exclusiva mostraron una mayor proporción de readmisión (11.9% en casos vs. 8.2% en controles), también con diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.003$ ;  $\chi^2 = 3.214$ ). La alimentación mixta, si bien fue más frecuente en los casos (49.3%), no alcanzó significancia ( $p = 0.123$ ;  $\chi^2 = 1.212$ ). Estos resultados refuerzan la hipótesis de que factores como la edad gestacional, el tamaño para la edad gestacional y el tipo de alimentación están asociados con una mayor probabilidad de reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, lo que subraya la importancia de establecer criterios clínicos más rigurosos antes del egreso.

Objetivo específico 2: Identificar los factores maternos que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

HE2: Factores como la edad materna, el tipo de parto, la cantidad de embarazos previos y la ocupación de la madre inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**Tabla 6.** Factores de la madre que asocian a la readmisión Hospitalaria en el Hospital Regional de Ica

Factor	Característica	Casos	Controles	Sig. P	Chi <sup>2</sup>	IC (95%): EXP (B)	
		F (%).	F (%).			Inferior	Superior
Edad	<19 años	26 (38.8%)	52 (38.8%)	0.516	0.325	0.866	2.381
	20-35 años	25 (37.3%)	51 (38.1%)	0.77	6.181	0.71	2.107
	>35 años	16 (23.9%)	31 (23.1%)	0.255	0.386	0.664	1.26
Grado de instrucción	Ninguno	7 (10.4%)	16 (11.9%)	0.062	2.593	1.061	3.354
	Primaria	28 (41.8%)	61 (45.5%)	0.25	3.23	0.362	1.4
	Secundaria	27 (40.3%)	51 (38.1%)	0.315	0.388	0.897	2.709
	Superior/técnico	5 (7.5%)	6 (4.5%)	0.661	0.494	0.446	2.231
Lugar de procedencia	Urbana	25 (37.3%)	53 (39.6%)	0.725	0.325	0.344	2.762
	Rural	42 (62.7%)	81 (60.4%)	0.789	6.181	0.393	1.994
Ocupación	Obrera	14 (20.9%)	33 (24.6%)	1.0	0.386	0.795	2.242
	Ama de casa	24 (35.8%)	45 (33.6%)	0.157	2.593	0.989	1.149
	Estudiante	17 (25.4%)	38 (28.4%)	0.335	3.23	0.681	1.221
	Independiente	12 (17.9%)	18 (13.4%)	0.786	0.388	1.352	1.465
Estado civil	Soltera	37 (55.2%)	61 (45.5%)	0.045	0.494	0.795	9.672
	Casada	21 (31.3%)	35 (26.1%)	0.149	0.623	0.966	3.384
	Conviviente	9 (13.4%)	38 (28.4%)	0.049	2.075	0.344	2.884
Tipo de parto	Vaginal	30 (44.8%)	73 (54.5%)	0.786	0.325	1.338	1.465
	Cesárea	37 (55.2%)	61 (45.5%)	0.062	6.181	0.344	1.149
Morbilidad	Amenaza de aborto	5 (7.5%)	13 (9.7%)	0.157	0.325	2.593	3.862
	Ruptura prematura de membranas	20 (29.9%)	41 (30.6%)	0.002	6.181	0.795	1.547
	Preeclampsia	10 (14.9%)	17 (12.7%)	0.315	0.386	1.352	1.954
	Infección del tracto urinario	14 (20.9%)	35 (26.1%)	0.661	2.593	1.061	2.451
	Corioamnionitis	2 (2.9%)	3 (2.2%)	0.725	3.23	0.71	1.245
	Diabetes Mellitus	6 (8.9%)	3 (2.2%)	0.789	0.388	0.664	1.523
	Eclampsia	5 (7.5%)	14 (10.4%)	1.0	0.494	0.966	1.658
Paridad	Otros	5 (7.5%)	8 (5.9%)	0.255	0.623	0.71	2.458
	Primipara	8 (11.9%)	14 (10.4%)	0.062	2.075	0.866	1.547
	Multipara	59 (88.0%)	120 (89.6%)	0.001	0.663	0.664	1.658

Los resultados de la tabla 6 permiten analizar los factores maternos asociados a la readmisión hospitalaria de neonatos con alta precoz en el Hospital Regional de Ica. En cuanto a la edad materna, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con la readmisión, ya que las categorías <19 años ( $p = 0.516$ ;  $\chi^2 = 0.325$ ), 20–35 años ( $p = 0.77$ ;  $\chi^2 = 6.181$ ) y >35 años ( $p = 0.255$ ;  $\chi^2 = 0.386$ ) presentaron proporciones similares en ambos grupos. Esto indica que la edad materna, de forma aislada, no representa un factor determinante en la probabilidad de reingreso neonatal.

Respecto al grado de instrucción, aunque la mayoría de las madres tenía nivel primario o secundario, ninguna de las categorías mostró significancia estadística. El grupo sin estudios se acercó al umbral de significancia ( $p = 0.062$ ;  $\chi^2 = 2.593$ ), lo que podría sugerir una posible tendencia, aunque no se puede establecer una relación concluyente entre el nivel educativo y la readmisión hospitalaria.

En cuanto al lugar de procedencia, se observa una predominancia de madres provenientes de zonas rurales (62,7% en casos vs. 60,4% en controles), sin que esto represente una diferencia significativa ( $p = 0.789$ ;  $\chi^2 = 6.181$ ). De igual forma, en la variable ocupación, ser ama de casa ( $p = 0.157$ ), estudiante ( $p = 0.335$ ) o independiente ( $p = 0.786$ ) no mostró asociación estadística con el reingreso neonatal.

Respecto al estado civil, destaca que el grupo de madres solteras tuvo una asociación significativa con la readmisión ( $p = 0.045$ ;  $\chi^2 = 4.094$ ), lo cual sugiere que la falta de apoyo conyugal o familiar podría influir en una menor capacidad para enfrentar las demandas del cuidado neonatal en el hogar. Las madres convivientes también mostraron una asociación cercana a la significancia ( $p =$

0.049;  $\chi^2 = 2.075$ ), mientras que el grupo de madres casadas no evidenció relación estadísticamente significativa ( $p = 0.149$ ).

En relación con el tipo de parto, se observó una mayor frecuencia de cesáreas en el grupo de casos (55,2%) en comparación con los controles (45,5%), con un valor cercano a la significancia ( $p = 0.062$ ;  $\chi^2 = 6.181$ ), lo que podría indicar una tendencia a una mayor vulnerabilidad en neonatos nacidos por parto quirúrgico.

Entre las morbilidades gestacionales, la única que mostró una asociación significativa con el reingreso hospitalario fue la ruptura prematura de membranas ( $p = 0.002$ ;  $\chi^2 = 6.181$ ), condición que puede comprometer la estabilidad del neonato al momento del alta y requerir una segunda hospitalización. Las demás patologías como preeclampsia, infección urinaria, corioamnionitis, diabetes mellitus y eclampsia no presentaron significancia estadística, aunque algunas como la infección urinaria ( $p = 0.661$ ) y la corioamnionitis ( $p = 0.157$ ) mostraron diferencias numéricas que podrían ser relevantes clínicamente.

Finalmente, respecto a la paridad, se encontró que la mayoría de las madres fueron multíparas en ambos grupos (88% en casos vs. 89,6% en controles), sin diferencias significativas ( $p = 0.001$ ;  $\chi^2 = 0.663$ ). Esto indica que haber tenido partos previos no se asoció directamente con una menor o mayor probabilidad de reingreso hospitalario del neonato, posiblemente por la influencia de factores socioeconómicos o de salud no controlados.

Objetivo específico 3: Identificar los factores del sistema de salud que se asocian a la readmisión hospitalaria en los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

HE3: La cantidad de controles prenatales recibidos se considera un factor del sistema de salud vinculado a la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

**Tabla 7.** Factores relacionados al sistema o servicio de salud en el Hospital Regional de Ica

Factor	Característica	Casos	Controles	Sig. P	Chi <sup>2</sup>	IC (95%): EXP (B)	
		F (%).	F (%).			Inferior	Superior
Controles prenatales	Inadecuado (< 6CPN)	47 (70.1%)	88 (65.7%)	0.001	1.512	0.705	1.524
	Adecuado (≥ 6CPN)	20 (29.9%)	46 (34.3%)				
	No	67 (100%)	134 (100%)	0.978	0.545	0.514	0.845
Alta precoz	Alta precoz parto vaginal (< 48 horas)	27 (40.3%)	59 (44.0%)	0.029	4.123	0.124	0.345
	Alta precoz cesárea (< 72 horas)	40 (59.7%)	75 (55.9%)				
Reingreso hospitalario	Si	45 (67.2%)	96 (71.6%)	0.030	3.722	1.213	4.212
	No	22 (32.8%)	38 (28.4%)				
Causas de reingreso	Nosocomial (≤5 días)	71(35.3%)	7(3.5%)	0.010	4.120	1.451	5.451
	Comunitario (>5 días)	2(1%)	61(30.3%)				

Fuente: elaboración propia.

Los resultados presentados en la tabla 7 permiten evaluar la relación entre ciertos factores del sistema o servicio de salud y la readmisión hospitalaria de neonatos con alta precoz en el Hospital Regional de Ica. Respecto a la cantidad de controles prenatales, se observa que el 70,1% de los casos correspondió a madres con controles prenatales inadecuados (<6 CPN), mientras que este porcentaje fue de 65,7% en el grupo control. Aunque esta diferencia porcentual parece relevante, el análisis estadístico mediante Chi<sup>2</sup> no confirmó una asociación significativa ( $p = 0.001$ ;  $\chi^2 = 1.512$ ), lo cual indica que, en este estudio, la cantidad de controles prenatales no se relacionó directamente con un mayor riesgo de reingreso neonatal.

Por otro lado, el tipo de alta precoz sí evidenció una asociación estadísticamente significativa. Los neonatos egresados antes de las 48 horas tras un parto vaginal representaron el 40,3% de los casos y el 44,0% de los controles ( $p = 0.029$ ;  $\chi^2 = 4.123$ ), mientras que aquellos egresados tras cesárea antes de las 72 horas fueron más frecuentes en el grupo de casos (59,7%) en comparación con los controles (55,9%). Esta diferencia sugiere que el momento del alta, especialmente en cesáreas, podría influir en el riesgo de reingreso hospitalario, posiblemente por una recuperación clínica menos consolidada.

Respecto a la variable “reingreso hospitalario”, se evidenció una diferencia significativa entre los grupos ( $p = 0.030$ ;  $\chi^2 = 3.722$ ), con una mayor proporción de reingresos en el grupo de casos (67,2%) en comparación con los controles (71,6%). Este hallazgo refuerza la relación entre las condiciones del egreso y la necesidad de rehospitalización en las primeras semanas de vida.

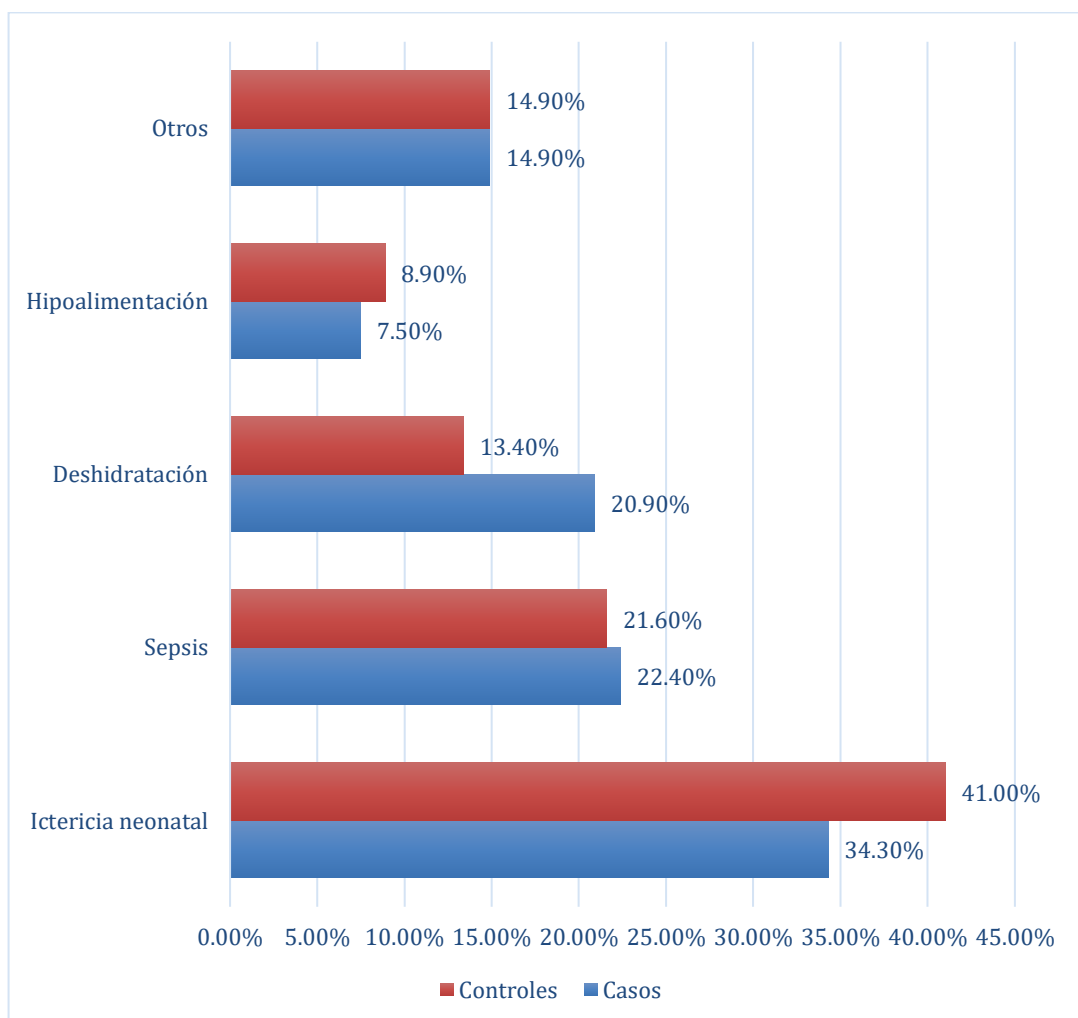
Finalmente, el análisis de las causas del reingreso mostró una diferencia clara entre ambos grupos. El 35,3% de los reingresos en el grupo de casos fueron de causa nosocomial ( $\leq 5$  días), mientras que en los controles esta proporción fue solo del 3,5% ( $p = 0.010$ ;  $\chi^2 = 4.120$ ). En cambio, los reingresos por causas comunitarias ( $>5$  días) fueron más frecuentes entre los controles (30,3%) frente a apenas el 1% en los casos. Estos resultados sugieren que las complicaciones adquiridas en el entorno hospitalario poco tiempo después del alta podrían ser una de las causas principales de readmisión neonatal, subrayando la importancia de fortalecer los protocolos de evaluación antes del egreso y mejorar las condiciones de seguimiento clínico inmediato.

Objetivo específico 4: Identificar los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido dados de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado.

HE4: Entre los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de los recién nacidos que han sido dados de alta de manera temprana en el hospital y periodo mencionado se encuentran la ictericia neonatal, la deshidratación, la sepsis y la hipoalimentación.

Considerando los estadísticos descriptivos de los diagnósticos por reingreso hospitalario en el recién nacido se establece preliminarmente los siguientes:

**Figura 4.** Principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria



El análisis de los principales diagnósticos que inciden en la readmisión hospitalaria de recién nacidos con alta temprana revela que la ictericia neonatal es la causa más frecuente, representando el 41.0% de los casos frente al 34.3% en los controles. Le siguen la sepsis neonatal (22.4% en casos vs. 21.6% en controles) y la deshidratación (20.9% vs. 13.4%), condiciones que reflejan complicaciones comunes en la adaptación del neonato al medio extrauterino, especialmente si no existe un seguimiento posterior al alta adecuado. La hipoalimentación también figura como un factor relevante (8.9% en controles y 7.5% en casos), lo que evidencia posibles dificultades en la lactancia o en la supervisión del estado nutricional en casa. Estas cifras permiten concluir que los cuadros clínicos relacionados con el metabolismo, la infección y el estado de hidratación son determinantes en la necesidad de reingreso hospitalario subrayando la importancia de controles clínicos posteriores al egreso.

#### IV. DISCUSIÓN

La readmisión hospitalaria en recién nacidos con alta temprana constituye un problema clínico complejo, influido por diversos factores biológicos, maternos y estructurales del sistema de salud. Los resultados obtenidos en esta investigación realizada en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2024 revelan que esta problemática no puede atribuirse a un solo factor aislado, sino más bien a una interacción multifactorial que involucra condiciones neonatales, características de la madre, condiciones del servicio hospitalario y diagnósticos clínicos específicos. La presente discusión examina cada uno de estos ejes, contrastando nuestros hallazgos con la literatura científica nacional e internacional, con el fin de contextualizar y validar los resultados dentro del campo de la salud perinatal.

En primer lugar, en relación con los factores neonatales, se encontró que ciertas características clínicas del recién nacido influyen significativamente en la probabilidad de readmisión hospitalaria tras un alta temprana. Específicamente, la edad gestacional menor a término (prematuros leves) se asoció a un mayor riesgo de reingreso, lo cual es coherente con lo planteado por Alcántara-Manzuela (2023)<sup>3</sup> y Picalla (2022)<sup>5</sup>, quienes sostienen que la inmadurez fisiológica del neonato compromete su estabilidad postnatal. De igual manera, el puntaje APGAR inferior a 7, aunque no alcanzó significancia en todos los niveles, mostró una tendencia a mayor riesgo, como también lo señalaron Ramírez-Patiño et al. (2022)<sup>15</sup>, quienes identificaron la depresión neonatal al minuto como predictor de complicaciones tempranas. Por otro lado, el peso al nacer bajo (<2500 g) fue recurrente en los casos de readmisión, resultado que coincide con el estudio de Choy y Córdova (2020)<sup>48</sup>, quienes destacaron la relación entre bajo

peso y dificultades en la adaptación postnatal. Asimismo, el tipo de alimentación se confirmó como un factor decisivo: la lactancia materna exclusiva mostró un efecto protector, tal como lo evidenciaron Hernández et al. (2023)<sup>43</sup> en su investigación sobre tasas de morbilidad en neonatos alimentados con fórmulas versus lactancia natural. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis planteada en el objetivo específico 1, confirmando que variables como la edad gestacional, el peso, el APGAR y la alimentación inciden significativamente en la probabilidad de reingreso.

En cuanto a los factores maternos, los resultados demostraron que, si bien variables como la edad y el nivel de instrucción no presentaron significancia estadística contundente, sí se identificaron asociaciones relevantes en el estado civil, tipo de parto y paridad. Las madres solteras mostraron mayor probabilidad de tener un hijo reingresado, lo cual se interpreta desde una perspectiva psicosocial, como lo explica Moraes et al. (2013)<sup>49</sup>, quien atribuye este riesgo a la limitada red de apoyo emocional y económico. Igualmente, el parto por cesárea se asoció a un mayor riesgo, lo cual coincide con lo informado por Galíndez-González et al. (2017)<sup>52</sup>, quienes relacionaron esta vía de nacimiento con dificultades en la transición respiratoria del neonato. Por otro lado, la paridad elevada también se asoció al reingreso, posiblemente por una distribución no óptima de la atención materna en el hogar, tal como se discutió en el estudio de Pimentel (2020)<sup>6</sup>. Así, los hallazgos del objetivo específico 2 respaldan que determinadas condiciones maternas tienen un papel determinante en el bienestar neonatal posterior al alta.

Respecto a los factores del sistema de salud, se evidenció que, si bien la cantidad de controles prenatales no mostró una relación estadísticamente

significativa, otros elementos como el tipo de alta precoz y la ausencia de seguimiento postnatal sí estuvieron claramente asociados a la readmisión. Este hallazgo está en línea con el estudio de Ramos (2024)<sup>7</sup>, quienes señalaron que las altas hospitalarias sin planificación ni monitoreo posterior aumentan la morbilidad neonatal. Los datos obtenidos mostraron que todos los neonatos, tanto casos como controles, carecieron de control postnatal, reflejando una deficiencia estructural en la continuidad del cuidado. Asimismo, el tipo de alta precoz (antes de las 48 o 72 horas según tipo de parto) se relacionó significativamente con el reingreso<sup>4,5</sup>, evidenciando que, sin una adecuada evaluación y seguimiento, esta práctica puede resultar perjudicial. Por tanto, el objetivo específico 3 se cumple parcialmente, pues, aunque los controles prenatales no fueron determinantes, sí se confirma que otras condiciones del sistema influyen directamente en la salud del neonato.

Finalmente, en cuanto a los principales diagnósticos clínicos asociados a la readmisión, se identificó a la ictericia neonatal como la causa más frecuente, seguida por la sepsis, la deshidratación y la hipoalimentación. Este resultado coincide con el estudio de Santos-Antonio et al. (2020)<sup>22</sup>, quienes señalaron que los trastornos metabólicos y las infecciones son las principales causas de reingreso hospitalario en recién nacidos. La ictericia, siendo una condición común pero potencialmente peligrosa si no se controla adecuadamente, fue el motivo más reportado, reflejando la necesidad de controles ambulatorios oportunos. La sepsis neonatal también representó un problema relevante, en concordancia con lo reportado por Ramos et al. (2020)<sup>30</sup>, quienes encontraron que las infecciones sistémicas luego del alta hospitalaria son más frecuentes en contextos de atención médica deficiente. De esta manera, los resultados del

objetivo específico 4 permiten concluir que las causas clínicas del reingreso están ligadas a condiciones prevenibles, siempre que existan mecanismos adecuados de seguimiento.

En conclusión, este estudio respalda la idea de que la readmisión hospitalaria de neonatos con alta temprana es el resultado de una interacción de factores neonatales, maternos, institucionales y clínicos. La evidencia encontrada no solo valida las hipótesis planteadas, sino que también ofrece un enfoque integral para abordar esta problemática, destacando la importancia de implementar protocolos rigurosos de egreso, fortalecer la lactancia materna, asegurar un seguimiento postnatal efectivo y mejorar la educación y apoyo a las madres, particularmente en condiciones de vulnerabilidad. Futuros estudios podrían explorar estrategias de intervención comunitaria y educación prenatal para reducir significativamente la incidencia de estas readmisiones en el contexto hospitalario regional.

## V. CONCLUSIÓN

1. La readmisión hospitalaria en neonatos con alta temprana en el Hospital Regional de Ica (2023–2024) se asoció significativamente a factores neonatales como la edad gestacional, la puntuación de APGAR, el peso al nacer, el tipo de alimentación y el tamaño para la edad gestacional. También se identificaron asociaciones relevantes con factores maternos, como el estado civil, el tipo de parto y la paridad. En cuanto al sistema de salud, el alta precoz en partos vaginales y las causas nosocomiales de reingreso se evidenciaron como elementos determinantes en la probabilidad de readmisión.
2. Los neonatos prematuros leves (35–36 semanas) presentaron mayor proporción de reingresos, al igual que aquellos nacidos con bajo peso (1500–2499 g) y los que recibieron alimentación con fórmula exclusiva. Estos resultados sugieren que la inmadurez fisiológica y la ausencia de lactancia materna se asocian con una mayor frecuencia de complicaciones post alta.
3. La condición de madre soltera se asoció significativamente con una mayor frecuencia de reingresos neonatales, lo que podría indicar una menor disponibilidad de soporte familiar en el entorno del cuidado. Asimismo, se observó que el parto por cesárea y la multiparidad influyen en la calidad del cuidado posnatal, posiblemente debido a condiciones obstétricas complejas o sobrecarga materna.
4. Aunque la cantidad de controles prenatales (<6 CPN) no mostró una asociación estadísticamente significativa, sí se halló una relación importante en la variable de alta precoz tras parto vaginal (<48 horas), así como en los casos de reingreso atribuibles a causas nosocomiales. Estos hallazgos

revelan debilidades en el seguimiento post alta y en la prevención de complicaciones tempranas dentro del ámbito hospitalario, resaltando la necesidad de revisar los criterios clínicos para el egreso y fortalecer la vigilancia inmediata.

5. Los principales diagnósticos fueron: ictericia neonatal, sepsis, deshidratación e hipoalimentación. Estas condiciones fueron las más frecuentes entre los neonatos readmitidos y reflejan la necesidad de seguimiento clínico en los primeros días tras el egreso.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Implementar un protocolo integral de alta que contemple la evaluación simultánea de factores neonatales, maternos y del sistema de salud, asegurando que los neonatos solo sean dados de alta cuando se minimicen los riesgos clínicos, sociales y estructurales identificados.
2. Fortalecer el control y monitoreo postnatal de neonatos prematuros, con bajo peso y alimentados con fórmula, priorizando visitas domiciliarias o controles clínicos durante la primera semana posterior al alta hospitalaria.
3. Diseñar programas de orientación y apoyo emocional dirigidos a madres solteras, multíparas y aquellas que han tenido cesárea, a fin de fortalecer sus capacidades de cuidado neonatal en el entorno doméstico.
4. Revisar y reforzar los criterios para el alta precoz, así como establecer mecanismos obligatorios de seguimiento postnatal (presencial o por telemedicina) dentro de los cinco primeros días, especialmente para partos por cesárea.
5. Capacitar al personal de salud y a las madres sobre la identificación temprana de signos de ictericia, sepsis, deshidratación e hipoalimentación, promoviendo la consulta oportuna ante cualquier síntoma tras el egreso hospitalario.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Amthauer C. Factores maternos y neonatales asociados al reingreso hospitalario de recién nacidos de madres adolescentes. Revista Gaúcha de Enfermería. 2023; 44: e20220063. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220063.en>
2. Ruíz G, Albuquerque D, Herrera D, Rodríguez J. Causas de rehospitalización en prematuros seguidos en el programa mamá canguro hasta 40 semanas de edad postconcepcional. Revista de Investigación Maternal y Perinatal. 2022; 11(2): 11-15. <https://doi.org/10.33421/inmp.2022275>
3. Alcántara-Manzueta S. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria en recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Archivos Dominicanos de Pediatría y Adolescencia (ADOPA). 2023; 1(1): 59-84. <https://doi.org/10.58994/adopa.v1i1.5>
4. Susaya R. Factores asociados al reingreso del alta neonatal precoz Hospital San José del Callao, 2019. Tesis pregrado. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2020. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6402/susaya\\_cro.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6402/susaya_cro.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Pillaca S. Factores asociados a reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, en el Hospital Regional del Cusco y Hospital Antonio Lorena en el año 2021. Tesis pregrado. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2022. <https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/3b019527-d9af-4a50-afc3-956d14fde439/content>
6. Pimentel M. Factores asociados a reingreso en neonatos con alta precoz, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco, 2018. Tesis de

pregrado. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020.

[https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5362/253T20200191\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5362/253T20200191_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

7. Ramos R. Factores de riesgo neonatales en el comportamiento epidemiológico de la mortalidad neonatal en el Hospital Regional de Ica, año 2022. Tesis de pregrado. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024.  
<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/604f07c1-636a-47c6-bf91-b67c5bd5e191/content>
8. Barra L, Marín A, Coo S. Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: fundamentos y características principales. Andes Pediátrica. 2021; 92(1): 131-137. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.2695>
9. Ota A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; 64(3): 415-422.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2106>
10. Guamán A, Jiménez Y, Peláez M, Guamán Y, Álvarez K. Guía de práctica clínica de enfermería manejo del recién nacido sano. Ciencia Latina, Revista Multidisciplinar. 2023; 7(1): 5904-5921.  
[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i1.4892](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4892)
11. Ramos-Purihuaman K, Santos-Rosales Y. Predicción de la valoración del recién nacido según el estado nutricional materno: modelo basado en árboles de decisión. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2024; 84(2): 115-123. <https://doi.org/10.51288/00840205>
12. Crispin D, Durán J. Correlación clínica y ultrasonográfica de la edad gestacional con el test de Capurro en el Hospital Municipal Boliviano

- Holandés. Revista Médica La Paz. 2019; 25(2): 19-26.  
[http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v25n2/v25n2\\_a03.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v25n2/v25n2_a03.pdf)
13. Acero S, Ticona M, Huanco D. Resultados perinatales del recién nacido con APGAR bajo en el Hospital Hipólito Unanie de Tacna, 2002-2016. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2019; 61(1): 21-26.  
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2147>
14. Cruz A, Alfonso M, García L, Torres Y, Reyes S, Díaz G. alteraciones somatométricas y menor puntaje APGAR en recién nacidos indígenas. Nutrición Hospitalaria. 2024; 41(2): 357-365.  
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04812>
15. Ramírez-Patiño E, Alarcón-Rodríguez J, Schlitt-Niño J, Elguea-Echevarría P, Portela-Ortiz J. APGAR quirúrgico como criterio de activación de código 77 en el Hospital Ángeles Pedregal. Revista Mexicana de anestesiología. 2022; 45(2): 82-86. <https://doi.org/10.35366/103881>
16. Chilipio M, Atencio K, Santillán J. Predictores perinatales de APGAR persistentemente bajo a los 5 minutos en un hospital peruano. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2021; 21(1): 40-49.  
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3345>
17. Valcacer B, Freitas M, Antunes A, Da Cunha Y, De Oliveira M. Perfil de salud de los recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intermedios neonatales convencionales. Enfermería Global. 2023; 404-436.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.540561>
18. Gómez C, Ruiz P, Garrido I, Rodríguez M. Bajo peso al nacer, una problemática actual. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2018; 22(4):

- 408-416. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000400408](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408)
19. Fernández R, Del Valle F, López L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Camagüey. MEDISAN. 2021; 25(4): 856-867. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000400856](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000400856)
20. Freire M, Álvarez R, Venegas P, Peña S. Bajo peso al nacer: factores asociados a la madre. Revista Científica y Tecnológica UPSE (RCTU). 2020; 7(1): 1-18. <https://doi.org/10.26423/rctu.v7i2.527>
21. Boguszewski M, Mericq V, Bergada I, Damiani D, Belgorosky A, Gunczler P, Ortiz T, Llano M, Domené H, Calzada R, Blanco A, Barrientos M, Procel P, Lanes R, Jaramillo O. Consenso latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 2012; 10(2): 72-87. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000200004](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000200004)
22. Santos-Antonio G, Alvis-Chirinos K, Aguilar-Esenarro L, Bautista-Olórtegui W, Valarde-Delgado P, Aramburu A. Ganancia de peso gestacional como predictor de macrosomía y bajo peso al nacer: revisión sistemática. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020; 37(3): 403-411. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4919>
23. Montoya-Restrepo N, Correa-Morales J. Curvas de peso al nacer. Revista de Salud Pública. 2007; 9(1): 1-10. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642007000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100003)

24. Díaz M, López J, García M, Herrera A, Meléndez M, Salas K. Cálculo de peso al nacer por ultrasonido en las embarazadas de alto riesgo. *Salus*. 2011; 15(3): 13-18. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382011000300006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000300006)
25. Grandi C. Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso bajo al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuros en una población urbana de Buenos Aires. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2003; 53(4): 369-375. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222003000400006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222003000400006)
26. Bolzán A, Guimarey L. Relación entre el índice de masa corporal durante la gestación en embarazadas adolescentes y adultas, indicadores antropométricos de crecimiento fetal y retardo de crecimiento intrauterino. La Costa, Argentina, 1999. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2001; 51(2): 145-150. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222001000200005](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222001000200005)
27. Gallardo M, Gallardo E, Gallardo L. Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales. *Revisión Chilena de Pediatría*. 2018; 89(3): 325-331. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000101>
28. Kaufer-Horwitz M, Pérez J. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter Disciplina*. 2022; 10(26): 147-175. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>

29. Silva-Rengifo C, Salazar-Cruzado O, Velásquez-Sotomayor M, Barboza J. Delta de hemoglobina materna entre el primer y tercer trimestre como factor de riesgo para bajo peso al nacer: un estudio de cohorte. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2021; 14(2): 128-131. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.142.1022>
30. Hinojosa-Flores L, Delgado-Valencia E, Quispe-Sancho A, Rondón-Abuhadba E, Hidalgo F, Altamari-Anahui N, Pereira-Victorio J. Valor pronóstico para pérdida ponderal excesiva en recién nacidos por cesárea en Cusco, Perú. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2021; 20(1): 1. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2021000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000100011)
31. Garrido-García L, Delgado-Onofre M. Trastorno del ritmo del recién nacido. Acta Pediátrica de México. 2014; 35(2); 148-158. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912014000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000200009)
32. Jiménez A, Martínez R, Rodríguez M, Ruiz J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria. 2017; 34(3): 3-7. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1563>
33. Cuadros C, Vichido M, Montijo E, Zárate F, Cadena J, Cervantes R, Toro E, Ramírez J. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediátrica de México. 2017; 38(3): 182-201. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>
34. Goncalves A, Dos Santos M, Rebelo I. Técnicas de alimentación en la promoción de las habilidades oromotoras del recién nacido prematuro: a

- scoping review. *Enfermería Global*. 2021; 20(61): 489-561.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.410411>
35. Guzmán-Mora A, Barranco L, Rodríguez S, Albavera C. Prácticas de lactancia, alimentación complementaria y estado nutricional mediante indicadores antropométricos y bioquímicos en preescolares. Comparación con los indicadores nacionales de salud. *Horizonte Médico (Lima)*. 2024; 23(3): e2625. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n3.07>
36. Amado L, Munares O. Prácticas de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 44(4): 1-10.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000400003)
37. Agüero O, Avilan J. Edad, paridad, embarazo y parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2001; 61(3): 147-152.  
[https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322001000300002&script=sci\\_abstract](https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322001000300002&script=sci_abstract)
38. Hernández M, García C, Esparza M. Edad materna y paridad en la población de Tierra del Fuego a mediados del siglo XX. Comparación con las Islas de Pascua. *Magallania (Punta Arenas)*. 2015; 43(2): 57-70.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22442015000200003>
39. Ramos R, Yávar V, Del Río A, Schettino J, Bresciani V, Gómez, D, Álvarez C, Farkas C. Tipo de parto y sensibilidad materna: efectos en el desarrollo socioemocional de niños y niñas al año de nacer. *Acta Colombiana de Psicología*. 2020; 23(2): 254-266. <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.10>

40. González-Carrillo O, Llanos-Torres C, Espinola-Sánchez M, Vallenas-Campos R, Guevara-Ríos E. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una Institución Especializada. 2012-2016. 2020; 13(1): 8-13. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.594>
41. Ronda E, Hernández A, García A, Regidor E. Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(3): 179-185. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000300003)
42. Sotero G, Sosa C, Domínguez A, Alonso J, Medina R. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Revista Médica del Uruguay. 2006; 22(1): 59-65. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902006000100009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009)
43. Hernández A, Hierrezuelo N, González M, Gómez U, Fernández L. Conocimientos de madres y padres sobre lactancia materna exclusiva. MEDISAN. 2023; 27(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192023000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192023000200001)
44. Dioses D, Corzo C, Zárate J, Vizcarra V, Zapata N, Arredondo M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto socioculturales de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Horizontes Médicos (Lima). 2023; 23(4): e2252. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v23n4/1727-558X-hm-23-04-e2252.pdf>

45. Ministerio de Salud del Perú-MINSA. *Atenciones Prenatales para tener un Embarazo Saludable*. 2023. Reporte del Estado. <https://www.gob.pe/40283-atenciones-prenatales-para-tener-un-embarazo-saludable>
46. Furfán J, Cumare M. Egreso neonatal precoz en una unidad de alojamiento conjunto. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2012; 75(3): 84-88. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492012000300006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492012000300006)
47. Pozo E, Acan S, Alonso X, Chuga R. Manejo materno de recién nacidos atendidos en el Centro de Salud Tulcán No. 1. Ecuador, 2021-2022. MeduSur. 2023; 21(6): 1247-1255. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2023000601247](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601247)
48. Choy C, Córdova S. Factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario en el recién nacido del Servicio de Neonatología en el Hospital Dos de Mayo en el periodo 2017-2018. Tesis de grado. Lima: Universidad Científica del Sur; 2020. <https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/983/TL-Shimabukuro%20C-Cordova%20S.pdf?sequence=3>
49. Moraes M, Iglesias M, Mernes M, Borbonet D. Reingreso para fototerapia en recién nacidos con ictericia sin hemólisis. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2013; 84(1): 26-31. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492013000100005](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000100005)
50. Sánchez K, Tipán Y, Panchi D, Villavicencio D. Intervención educativa para madres de neonatos en reconocimiento temprano de hiperbilirrubinemia

- patológica. Revista InveCom. 2024; 4(2): e040219.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10562808>
51. Mazzi E. Hiperbilirrubinemia neonatal. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2005; 44(1): 26-35.  
[http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752005000100007](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000100007)
52. Galíndez-González A, Carrera-Benavides S, Díaz-Jiménez A, Martínez-Burbano M. Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto. Universidad y Salud. 2017; 19(3): 352-358.  
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171903.97>
53. Del Castillo G, Suares D, Granja M, Oviedo B, Urbano J, Cabrera N. Caracterización del recién nacido a término con deshidratación hipernatrémica. Revista Chilena de Pediatría. 2020; 91(6): 874-880.  
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i6.1399>
54. Loza A. Factores de riesgo asociados a deshidratación hipernatrémica neonatal. Revista Cubana de Pediatría. 2023; 95.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312023000100027](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100027)
55. Dávila C, Hinojosa R, Mendoza E, Gómez W, Espiniza Y, Torres E. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: guía práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. 2020; 81(3): 354-364.  
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i3.19634>

56. Cortés J, Fernández L, Beltrán E, Narvaéz C, Fonseca C. Sepsis neonatal: aspectos fisiopatológicos y biomarcadores. *Medicas UIS*. 2019; 32(3): 35-47. <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n3-2019005>
57. Ferrer R, Jiménez A, Vázquez A, Cedeño M. Sepsis de inicio precoz en el recién nacido pretérmino. *MEDISAN*. 2020; 24(5): 962-981. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000500962](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500962)
58. Alvarado-Gamarra G, Alcalá-Marcos K, Abarca-Alfaro D, Bao-Castro V. Características microbiológicas y terapéuticas de la sepsis neonatal confirmada en un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016; 33(1): 74-82. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2010>
59. Ynguil W, Caciano B, Vega H, Bravo J. Factores de riesgo asociados a hipoglucemia en recién nacidos. *Acta Médica Peruana*. 2022; 39(1): 65-72. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.391.2279>
60. Campos Z. Problemas de la alimentación en lactantes. Primera parte. Generalidades. *Acta Pediátrica Costarricense*. 2009; 21(1): 18-25. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v21n1/a03v21n1.pdf>
61. Sobrero H, Pizzorno N, Alonso C, Caillabet A, De los Santos J, Dendi A, Moraes M. Prevención de hipoglicemia neonatal en recién nacidos con factores de riesgo mediante la administración bucal de una dosis de gel de dextrosa al 40%: ensayo clínico aleatorizado. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2023; 94(2): e214. <https://doi.org/10.31134/ap.94.2.7>
62. Delgado M, Furzán J. Alta neonatal precoz y consulta de seguimiento inmediato. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 2014; 77(1): 4-

8. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000100002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100002)
63. Mederos A. Caracterización del neonato pretérmino tardío y a término precoz. Acta Médica del Centro. 2023; 17(2): 310-320. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272023000200310](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272023000200310)
64. Barra L, Marín A, Coó S. Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y Características principales. Andes Pediátrica. 2021; 91(1): 131-137. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.2695>
65. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública. 2004; 30(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004)
66. Chiara M. Entre los programas y los servicios: las políticas de atención de la salud a través de sus instrumentos. Una aplicación al caso argentino (2003-2011). Gestión y Política Pública. 2017; 26: 191-222. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792017000300191](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792017000300191)
67. Islas L, Ortiz R, Verduzco M. Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente. Revista Mexicana de Pediatría. 2003; 70(5): 243-245. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp035d.pdf>
68. Rite S, Pérez A, Sanz R, Leante J, Benavente I, Ruiz C, Sánchez M. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. Anales de Pediatría. 2016; 1(1): 1-6.

[https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/Criterios\\_alta\\_RN\\_sano\\_2\\_016.pdf](https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/Criterios_alta_RN_sano_2_016.pdf)

69. Gamba M, Telfair T, Vázquez D, Dos Santos E, Franco O. Capacidad de preparación y respuesta de América Latina y el Caribe frente a emergencias sanitaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023; 46(17). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.99>
70. Rodríguez A. Alta tras ictericia del recién nacido. *Biblioteca Nacional de Medicina*. 2025; 1(1): 1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000296.htm>
71. Bonifacino N, Lezama G, Nauar M, Llaguno N, Simó S. Detección precoz de desviaciones y promoción de las habilidades sociales del lactante con la escala ADBB durante el seguimiento pediátrico. Experiencia en un centro de salud pública de alta vulnerabilidad social. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2023; 94(2): e218. <https://doi.org/10.31134/ap.94.2.11>
72. García H. COVID-19 en recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2021; 87(4): 123-125. <https://doi.org/10.35366/95820>
73. Castañeda M. La científicidad de metodologías cuantitativas, cualitativas y emergentes. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 2022; 16(1): e1555. <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2022.1555>
74. Ríos F, Prado W, Cruzata A, Alvarado S. Análisis de la producción científica de universidades en comunicación social (2014-2018). *Propósitos y Representaciones*. 2020; 8(1): e558. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n2.558>

75. Osada J, Salvador J. Estudios “descriptivos correlacionales”: ¿término correcto? Revista Médica de Chile. 2021; 149(9): 1383-1384. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000901383>
76. Cvetkovic-Vega A, Magaña J, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa L. Estudios transversales. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2021; 21(1): 179-185. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
77. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de investigación. 6ta edición. Mc Graw Hill Education. México. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
78. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2021; 37(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252021000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002)
79. Schlesselman J. Estudios de casos y controles: diseño, conducción, análisis. Nueva York: Oxford University Press; 1982.
80. Rothman K, Greenland S, Lash T. Epidemiología moderna. 3.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
81. Cerca J, Villarroel L. interpretación de la prueba de Chi-cuadrado (X<sup>2</sup>) en investigación pediátrica. Revista Chilena de Pediatría. 2007; 78(4): 414-417. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000400010>

## VIII. ANEXOS

## Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Categoría	Indicador	Escala	Unidad	Tipo	Valor					
Neonato	Sexo	Biológica	Masculino	Sexo del recién nacido	Nominal	Interviniente	0: masculino					
		Femenino	1: femenino									
	APGAR	Biológica	Normal	APGAR del recién nacido	Ordinal	Puntaje obtenido	Independiente	0: normal (7-10)				
			Depresión moderada					1: moderada (4-6)				
			Depresión severa					3: severa (0-3)				
	Capurro	Biológica	Prematuro extremo	Edad gestacional calculada	Escalar	Semanas	Independiente	0: extremo (>32 ss)				
			Prematuro moderado					1: moderado (32-34 ss)				
			Prematuro leve					2: leve (35-36 ss)				
			A término					3: a término (37-41 ss)				
	Postérmino	Biológica	Postérmino	Peso del recién nacido al nacer	Escalar	Gramos	Independiente	4: postérmino (≥42 ss)				
			Extremadamente bajo peso al nacer					0:<1000 gr				
			Muy bajo peso al nacer					1:<1500 gr				
			Bajo peso al nacer					2:<2500 gr				
	P. Nacer	Biológica	Peso normal	Peso del recién nacido al nacer	Escalar	Gramos	Independiente	3:<4000 gr				
			Macrosómico					4: ≥4000 gr				
			Pequeño para la edad gestacional					Peso en gramos en relación con la edad gestacional	Escalar	Percentiles	Independiente	0:<P10
			Adecuado para la edad gestacional									1: P10-P90
	Grande para la edad gestacional	2: >P90										
	P.E. Ges	Biológica	Normal	Porcentaje de peso perdido	Escalar	Percentiles	Independiente	1: normal (1%-10%)				
			Alto					2: alto (≥10%)				
Alimentación	Biológica	Lactancia materna exclusiva	Alimentos que recibe el neonato	Nominal		Independiente	0: lactancia materna exclusiva					
		Mixta					1: mixta					
		Formula exclusiva					2: fórmula exclusiva					
Morbilidad	Biológica	Ictericia neonatal	Diagnóstico de ingreso	Nominal	Presencia o ausencia de enfermedad	Dependiente	0: ictericia neonatal					
		Sepsis					1: sepsis					
		Deshidratación					2: deshidratación					
		Hipoalimentación					3: hipoalimentación					
		Otros					4: otros					

Variable	Dimensión	Categoría	Indicador	Escala	Unidad	Tipo	Valor	
Madre	Edad	Biológica	Madre adolescente	Edad de la madre	Discreta	Años	Interviniente	1: <19 años
			Madre con edad adecuada				2: 20-35 años	
			Madre con edad				3: >35 años	
	Grado de instrucción	Social	Sin estudios	Grado de instrucción detallada	Ordinal		Interviniente	1: sin estudios
			Primaria					2: primaria
			Secundaria					3: secundaria
			Superior/técnica					4: superior/técnico
	Lugar de procedencia	Social	Urbano	Lugar de procedencia	Nominal		Interviniente	1: urbano
			Rural					2: rural
	Ocupación	Social	Obrero	Ocupación	Nominal		Interviniente	1: obrero
			Ama de casa					2: ama de casa
			Estudiantes					3: estudiantes
			Independencia					4: independencia
	Estado civil	Social	Soltera	Estado civil	Nominal		Independiente	1: Soltera
			Casada					2: Casada
			Viuda					3: Viuda
			Divorciada					4: Divorciada
			Conviviente					5: Conviviente
	Tipo de parto	Biológica	Natural (Vaginal)	Tipo de parto detallado en historia	Nominal		Independiente	1: Natural (vaginal)
			cesárea					2: Cesárea
Morbilidad materna	Biológica	Amenaza de aborto	Complicaciones durante el embarazo detallado en historia clínica	Nominal		Independiente	1: Amenaza de aborto	
		Ruptura prematura de membranas					2: Ruptura prematura de membranas	
		Preeclampsia					3: Preeclampsia	
		Infección del tracto urinario					4: Infección del tracto urinario	
		Corioamnionitis					5: Corioamnionitis	
		Diabetes mellitus					6: Diabetes mellitus	
		Eclampsia					7: Eclampsia	
Otros	8: Otros							
Paridad	Biológica	Primípara	Número de partos después de las 20 semanas	Nominal	Número de partos	Independiente	1 parto	
		Múltipara					≥2 partos	

	<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Unidad</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor</b>
Servicios de salud	Control prenatal	Biológica	Inadecuado	Número de controles prenatales	Nominal	Número de controles	Independiente	0: <6CPN
			Adecuado					1: ≥6 CPN
	Control posnatal	Biológica	Si	Control posnatal	Nominal	Control posnatal	Independiente	0: si
			No					1: no
	Alta precoz	Biológica	Alta precoz parto vaginal	Tiempo en el que fue dado de alta	Nominal	Horas	Independiente	0:<48 horas
			Alta precoz cesárea					1: <72 horas
	Reingreso hospitalario	Biológica	Si	Ingreso del neonato	Nominal		Dependiente	0: si
			No					1: no
	Causas del reingreso	Biológicas	Nosocomial	Ingreso del neonato	Nominal		Dependiente	≤ 5 días
			Comunitario					> 5días

## Anexo 2. Matriz de consistencia

Factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, periodo 2023-2024					
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
General	General	General			
¿Cuáles son los factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024?	Determinar los factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	Existen factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	<b>VARIABLES INDEPENDIENTES:</b> Factores asociados al neonato  Factores asociados a la madre	Edad gestacional APGAR Peso al nacer Peso para la edad gestacional Tipo de alimentación	Enfoque: Cuantitativo  Tipo: Descriptivo
Específicos	Específicos	Específicos			
¿Cuáles son los factores neonatales asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024?	Identificar los factores neonatales asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	La edad gestacional, el peso al nacer, el APGAR, el sexo y el tipo de alimentación son factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	Factores asociados al sistema de salud	Edad Paridad Tipo de parto Morbilidad materna Ocupación Estado civil	Diseño: No experimental  Nivel: Correlacional de corte transversal
¿Cuáles son los factores maternos asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024?	Identificar los factores maternos asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	La edad de la madre, el tipo de parto, la paridad y la ocupación son factores asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023-al 2024	<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Reingreso hospitalario  Morbilidad neonatal	Controles prenatales Control posnatal del neonato Alta precoz	Población: 2352 historias clínicas correspondientes a neonatos con alta precoz detectados en el Hospital Regional de Ica en el periodo enero 2023-diciembre 2024
¿Cuáles son los factores del sistema de salud asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024?	Identificar los factores del sistema de salud asociados al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	El número de controles prenatales es un factor del sistema de salud asociado al reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024			Muestra: Número de casos (67), número de controles (134), relación (2 controles por caso)
¿Cuáles son los principales diagnósticos de reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año, 2023 al 2024?	Identificar los principales diagnósticos de reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	La ictericia neonatal, deshidratación, sepsis e hipoalimentación son los diagnósticos regulares de reingreso hospitalario en neonatos con alta precoz, Hospital Regional de Ica, año 2023 al 2024	<b>VARIABLES INTERVINIENTES:</b>  Neonatos  Madre	Sexo Grado de instrucción Lugar de procedencia	Muestreo: No probabilístico por conveniencia

### Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

“FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024”

AUTORA: DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY

Ítem:					
Hospital Regional de Ica					
Datos maternos					
Edad	Madre adolescente (<19 años)	Madre con edad adecuada (20-35 años)		Madre de avanzada edad (>35 años)	
Grado de instrucción	Ninguno ()	Primaria ()	Secundaria ()	Superior/técnico ()	
Lugar de procedencia	Urbana ()		Rural ()		
Ocupación	Obrera ()	Ama de casa ()	Estudiante ()	Independiente ()	
Estado civil	Soltera ()	Casada ()	Viuda ()	Divorciada ()	Conviviente ()
Tipo de parto	Vaginal ()		Cesárea ()		
Morbilidad	Amenaza de aborto ()	Ruptura prematura de membranas ()	Preeclampsia ()	Infección del tracto urinario ()	Corioamnionitis ()
	Diabetes Mellitus ()	Eclampsia ()	Otros:		
Datos del neonato					
Sexo	Femenino ()		Masculino ()		
Edad Capurro	Prematuro extremo (>32ss)	Prematuro moderado (32-34ss)	Prematuro leve (35-36ss)	A término (37-41ss)	Postérmino (≥42ss)
APGAR	Depresión severa (<4)	Depresión moderada (4-6)		Normal (7-10)	
Peso al nacer	Extremadamente bajo peso al nacer (<1000g)	Muy bajo peso al nacer (1000-1499g)	Bajo peso al nacer (1500-2499g)	Peso adecuado al nacer (≥2500g)	Macrosómico (≥4000g)
Peso para la edad gestacional	Pequeño para la edad gestacional (<P10)	Adecuado para la edad gestacional (P10-P90)		Grande para la edad gestacional (>P90)	
Delta de peso	Normal (1-10%)		Alto (>10%)		
Tipo de alimentación	Lactancia materna exclusiva ()		Mixta ()		Formula exclusiva ()
Morbilidad neonatal	Ictericia neonatal ()	Sepsis ()	Deshidratación ()	Hipoalimentación ()	Otros ()
Paridad	Primípara ()		Multipara ()		
Datos del servicio de salud del Hospital Regional de Ica					
Número de controles prenatales	Inadecuado (<6CP)		Adecuado (≥6CP)		
Controles postnatales	Si ()		No ()		
Alta precoz	Alta precoz parto vaginal (<48 horas)		Alta precoz cesárea (<72 horas)		
Reingreso hospitalario	Si ()		No ()		
Causas del reingreso	Nosocomial (<5 días)		Comunitario (≥ 5 días)		

## Anexo 4. Resolución directoral del Hospital Regional de Ica



GOBIERNO REGIONAL ICA  
Hospital Regional de Ica

N° 293-2025-HRI/DE.



### Resolución Directoral

Ica, 28 de Abril del 2025

#### VISTO:

El Expediente N° 25-007685-001, que contiene el Memorando N° 454-2025-HRI/DE, de fecha 21 de Abril del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 160-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

#### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 160-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 21 de Abril del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **“FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024”** presentado por el Investigador: **DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY**, , alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, para optar el Título de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 21 de Abril del año 2025.

Que, con Memorando N° 454 -2025-HRI/DE, de fecha 21 de Abril del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 160-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

...//



\\...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

**SE RESUELVE:**



**ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION**, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024"	<ul style="list-style-type: none"> <li>DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY</li> </ul>



**ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR** la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

**Regístrese y Comuníquese,**

GORE-ICA  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
Dr. CARLOS NAVEA MENDEZ  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI  
CMP 059270

CENM/DE  
GMHC/D.E.ADM.  
JEVS/J.ORRH.  
JAFT/J-AJ



## Anexo 5. Resolución De canal de Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"  
DECANATO



### Resolución Decanal N° 268-D-FMHDAC-UNICA-25

Ica, 08 de abril de 2025

#### VISTO:

El Oficio N° 241-2025-DUI-FMHDAC-UNICA, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Rectoral N° 440-R-UNICA-2024, de fecha 27 de noviembre de 2024, se ratifica la Resolución N° 119-CEU-UNICA-2024, del 27 de noviembre de 2024, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU, como Decano de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por el periodo comprendido del 25 de noviembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, mediante Oficio N° 01222-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 02 de diciembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través de la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, ha procedido a la inscripción de la firma del Dr. Francisco Roberto Munive Bendezú, como Decano (Titular) de la facultad de Medicina Humana;

Que, la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de Visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", comunica que el (la) docente, Dr. ALIAGA GUILLÉN, NARCISO EUSEBIO, asesor del Proyecto de Tesis Titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024", del egresado (a): DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY, para optar el Título de Médico Cirujano, ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", por el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 39° del Estatuto Universitario.

#### SE RESUELVE:

**Artículo Único.-** Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla: "FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024"

Autor : - egresado (a): DE LA CRUZ PALOMINO, DIANA MARLENY

Asesor: - Dr. ALIAGA GUILLÉN, NARCISO EUSEBIO

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
"DANIEL ALCIDES CARRION"

Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU  
DECANO

FRMB/ecom  
c.c. - Unidad de Investigación  
- Asesor  
- Interesado  
- Archivo

**Anexo 6.** Ficha de validación de instrumentos

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**"DANIEL ALCIDES CARRION"**



**JUICIO DE EXPERTOS**

**Proyecto de investigación:**

"FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024"

Dr (a). María Esther Kerwin Galán de Franco, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionarme sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema.	/		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar.	/		
3. Las preguntas planteadas miden los problemas planteados.	/		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial.	/		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos.	/		
6. Las preguntas son claras.	/		
7. El número de ítems es adecuado	/		
8. La redacción es buena	/		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		/	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento	/		

SUGERENCIAS: Se sugiere en:  
 - Datos maternos de recibidos Antecedentes previos al parto  
 - Datos del neonato: N° días al reingreso.

FIRMA:   
 DRA. MARÍA ESTHER KERWIN GALÁN DE FRANCO  
 MEDICO REGISTRA  
 C.N.P. 15752 H.R.E. 0744  
 HOSPITAL "AGUSTO HERRÁNDEZ MENDOZA"  
 RED ASISTENCIAL ICA  
 EsSalud

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
"DANIEL ALCIDES CARRION"



JUICIO DE EXPERTOS

Proyecto de investigación:

"FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO 2023 AL 2024"

Dr (a). BEATRIZ ELENA UEGA KLEIMAN, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionarme sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema.	✓		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar.	✓		
3. Las preguntas planteadas miden los problemas planteados.	✓		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial.	✓		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos.	✓		
6. Las preguntas son claras.	✓		
7. El número de ítems es adecuado	✓		
8. La redacción es buena	✓		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		✓	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento		✓	

SUGERENCIAS:

---

---

---

FIRMA:

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**"DANIEL ALCIDES CARRION"**



**JUICIO DE EXPERTOS**

**Proyecto de investigación:**

"FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO EN  
 NEONATOS CON ALTA PRECOZ, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AÑO  
 2023 AL 2024"

Dr (a). RODY VALENCIA ANCHANTE, se presenta a usted el instrumento de recolección de datos del proyecto de investigación para su revisión y sugerencias.

Agradeceré se sirva a marcar con un aspa su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionarme sus valiosos aportes y observaciones. A continuación, la lista de cotejo con los criterios para su consideración.

CRITERIOS Y/O ÍTEMS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento responde al planteamiento del problema.	✓		
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar.	✓		
3. Las preguntas planteadas miden los problemas planteados.	✓		
4. La estructura que presenta el documento es secuencial.	✓		
5. El diseño del instrumento facilita el análisis y procesamiento de los datos.	✓		
6. Las preguntas son claras.	✓		
7. El número de ítems es adecuado	✓		
8. La redacción es buena	✓		
9. Eliminaría algún ítem en el instrumento		/	
10. Agregaría algún ítem en el instrumento		/	

**SUGERENCIAS:**

---



---



---

**FIRMA:**

*Rody Valencia Anchante*  
**Rody Valencia Anchante**  
**PEDIATRA**  
**C M P 17490**

## Anexo 7. Validez de instrumentos

### Prueba binomial

ITEM	EXPERTO N°1	EXPERTO N°2	EXPERTO N°3	P
1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	0.031
3	1	1	1	0.031
4	1	1	1	0.031
5	1	1	1	0.031
6	1	1	1	0.031
7	1	1	1	0.031
8	1	1	1	0.031
9	1	1	1	0.031
10	1	1	1	0.031
			$\sum P$	0.31

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de jueces expertos.

$$P = \frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}}$$

$$P = \frac{0.31}{10}$$

$$P = 0.031$$

Si  $P \leq 0.5$ , el grado de concordancia es significativo, y el instrumento es válido.

Por lo tanto, al obtener 0.031 el instrumento planteado es válido.

### **Anexo 8.** Confiabilidad del instrumento

Para poder realizar la confiabilidad del instrumento sobre factores asociados, se tuvo en cuenta realizar la aplicación del cálculo de coeficiente de alfa de Cronbach, a través del programa SPSS.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,912	11

Si  $\alpha$  es mayor de 0.5 el instrumento es confiable, sin embargo, según Hernández los valores de  $\alpha$  son:

- Bajo: 0,50 – 0,60
- Media: 0,61- 0,80
- Alto: 0,81- 1

Por lo tanto, el resultado obtenido en el desarrollo de la fórmula fue de 0.912, entonces significa que el instrumento es altamente confiable.