

# Especialización en Economía y Gestión de la Salud

## Trabajo Final de Especialización

**Autora: Norma Elena Meléndez**

### **READMISIONES DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL FLORENCIO ESCARDÓ DE TIGRE, COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL**

2017

*Citar como:* Meléndez, N. E. (2017). Readmisiones de los pacientes al servicio de neonatología del hospital Florencio Escardó de Tigre, como indicador de calidad asistencial. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

## Índice

|                                                                           | Página |    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|----|
| 1. Introducción                                                           | 3      | 3  |
| 2. Planteo del problema                                                   | 4      | 4  |
| 3. Objetivos                                                              | 8      | 8  |
| 3.1. Objetivo general                                                     | 8      | 8  |
| 3.2. Objetivos específicos                                                | 8      | 8  |
| 4. Metodología                                                            | 9      | 9  |
| 5. Marco Teórico                                                          | 10     | 10 |
| 5.1. Servicio de Salud del Municipio de Tigre                             | 10     | 10 |
| 5.2. Hospital Materno Infantil del Municipio de Tigre                     | 11     | 11 |
| 6. Desarrollo                                                             | 16     | 16 |
| 6.1. Indicador de Reinternación en Neonatología como indicador de calidad | 16     | 16 |
| 6.2. Caracterización de indicadores.                                      | 17     | 17 |
| 6.3. Causas de Reinternaciones de egresos de Internación Conjunta.        | 20     | 20 |
| 6.4. Causas de Reinternaciones de egresos de UCIN.                        | 21     | 21 |
| 7. Conclusiones                                                           | 25     | 25 |
| 8. Bibliografía                                                           | 27     | 27 |
| 9. Anexos                                                                 | 29     | 29 |

## 1. Introducción

En este trabajo se pretende analizar las readmisiones de los pacientes al Servicio de Neonatología del Hospital Florencio Escardó de Tigre, como indicador de calidad asistencial.

Los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) proceden de distintos lugares, sala de partos, internación Conjunta, derivaciones, y de la guardia externa o consultorio.

Dependiendo del Hospital donde se ubique esa UCIN un alto porcentaje puede proceder de derivaciones, si el Hospital es pediátrico sin Maternidad, o de la Sala de Partos si tiene Maternidad como en los Hospitales Generales y Hospitales Pediátricos con Maternidad.

El grupo de estudio son los pacientes readmitidos en la UCIN del Hospital Materno Infantil de Tigre, Florencio Escardó, que es un Hospital que en la actualidad cuenta con Servicio de Obstetricia, con un importante número de nacimientos de la región, una UCIN de nivel IIIvb y guardia pediátrica sin internación pediátrica. Los pacientes pediátricos que requieren internación se derivan al Hospital de Pacheco.

La hipótesis de este trabajo es que en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el número de pacientes readmitidos es elevado, dado que representan entre el 30% y el 40% de los pacientes que ingresan a esta Unidad. El trabajo corresponde a un estudio estadístico de los pacientes readmitidos, los discrimina según su lugar previo de internación, Internación Conjunta o Terapia Neonatal, intenta conocer las causas de su reingreso, para poder evaluar si alguna era prevenible y eventualmente promover el desarrollo de procesos que aseguren la calidad de los servicios de salud para la población que se atiende en este Servicio.

## 2- Planteo del problema

Tanto los recién nacidos a término como los prematuros egresados de la UCIN tienen un riesgo aumentado de reingresar al hospital y anualmente se reportan entre 10% al 20 % como porcentajes de readmisión. (3,35-38) y en los RNT egresados de Internación Conjunta una tasa de reingreso aproximada de 20%0 durante el primer mes de vida. (2)

Los recién nacidos prematuros tienen el doble de posibilidad de riesgo de reinternación de que los recién nacidos a término (RNT) durante el primer año de vida. (4). Diferentes estudios demostraron que a menor edad gestacional, mayor la posibilidad de reinternación. (5)

Las causa más comunes para rehospitización, en recién nacidos prematuros, RNPT, incluye infecciones, especialmente respiratorias, virus sincicial respiratorio (VSR), problemas alimentarios, y requerimiento de cirugías (38, 42,43). Los padres deberían conocer el riesgo potencial de reinternación de estos niños nacidos prematuros.

Los recién nacidos egresados de Internación Conjunta, son readmitidos en el Hospital, por complicaciones frecuentes de la etapa neonatal, como pueden ser la hiperbilirrubinemia y la mala curva de peso.

Los pacientes readmitidos en un Servicio de Neonatología pueden ser recién nacidos a término (RNT) con edad gestacional al nacimiento de 37 semanas o mayor o recién nacidos prematuros (RNPT) con edad gestacional al nacimiento menor a 37 semanas.

Los recién nacidos prematuros tienen el doble de posibilidad de reinternación que los de término, y a menor edad gestacional mayor posibilidad de reinternarse.

La American Academy of Pediatrics (AAP) y el Comité de Estudios feto- neonatales (CEFEN) perteneciente a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), han desarrollado guías con recomendaciones para el alta del recién nacido de riesgo. El alta de estos pacientes es un proceso que debe estar planificado para la transición entre la UCIN y el hogar.

Las condiciones para el alta del recién nacido de alto riesgo están relacionadas con la madurez fisiológica: termorregulación, estabilidad respiratoria, capacidad de alimentarse satisfactoriamente por succión y ganancia de peso, y condiciones socio- ambientales, conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño en su hogar.

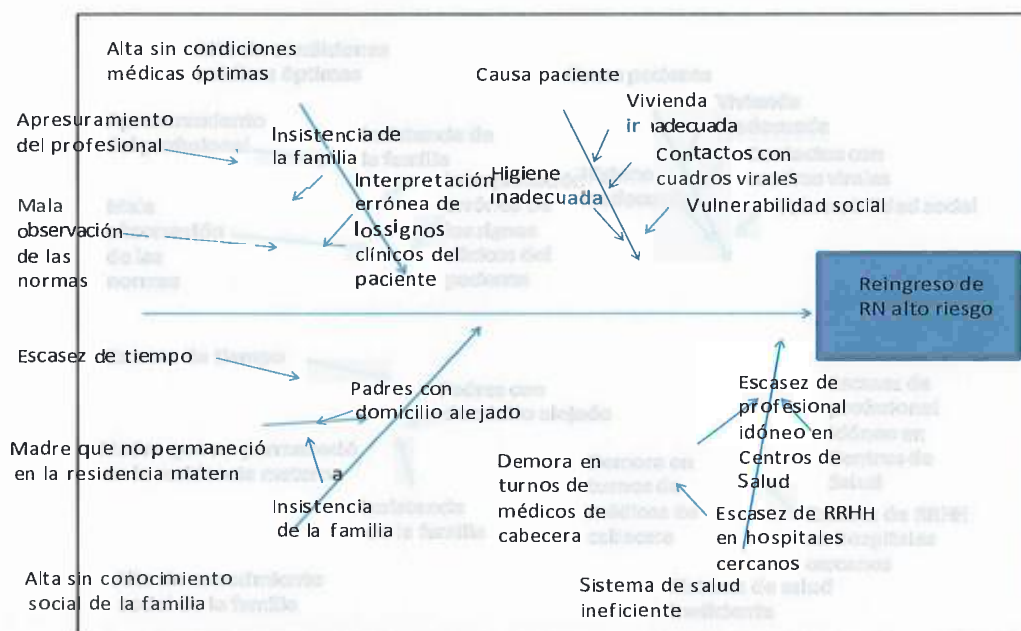
Los factores que intervienen en el reingreso de estos RNPT, Rn de alto riesgo se pueden enumerar en el Gráfico 1. En donde se ve como causas de reingreso de RN de alto riesgo a:

- Alta sin condiciones médicas óptimas, secundario a apresuramiento profesional, mala observación de las normas, insistencia de la familia, interpretación errónea de los signos clínicos del paciente
- Causa paciente, como vivienda inadecuada, higiene inadecuada, contacto con cuadros virales, vulnerabilidad social.
- Alta sin conocimiento social de la familia, por escasez de tiempo, familia con domicilio alejado al hospital, madre que no permaneció internada con su bebé en la residencia materna.

- Sistema de salud ineficiente, donde hay demora en los turnos de médico de cabecera, escasez de RRHH en Hospitales cercanos a los que hace contra referencia a los pacientes dado de alta, escasez de personal idóneo en los Centros de Salud que se sienta capacitado para atender a un RN alto riesgo.

Grafico N° 1:

#### Probables causas de reingreso hospitalario de RN alto riesgo.



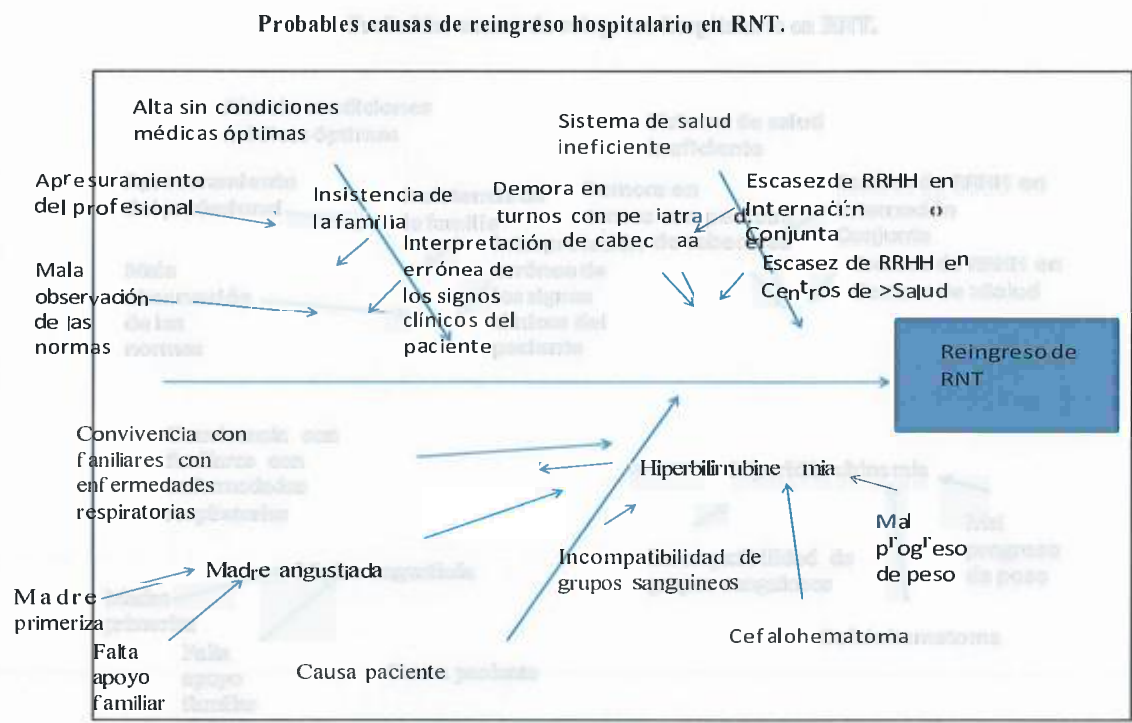
Fuente: elaboración propia

Los factores que intervienen en el reingreso hospitalario de los RNT, egresados de Internación Conjunta se muestran en el gráfico 2, en el cual las probables causas son:

- Alta sin condiciones médicas óptimas, similar al del RN alto riesgo.
- Sistema de salud ineficiente, similar a RN alto riesgo.

- Causa paciente, por encontrarse ante una madre angustiada, por ser primeriza, o con poco apoyo familiar, por convivencia con familiares, en general hermanos menores con enfermedades respiratorias, por patología frecuente de la etapa neonatal como es la hiperbilirrubinemia, que puede ser secundaria a incompatibilidad de grupos sanguíneos, o por presentar el RN mala curva de peso o cefalohematoma, hematoma subperióstico secundario al trabajo de parto.

Gráfico N° 2:



Fuente: elaboración propia

Se espera de este trabajo pueda cumplir con las siguientes metas:

- Brindar información para mejorar la calidad de atención de los pacientes que se atienden en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Tigre.
- Generar un patrón de referencia para poder compararlo con otros Servicios semejantes, y ver la evolución en los años subsiguientes.

Actualmente no se tiene conocimiento de los indicadores de reingreso de los pacientes al Servicio de Neonatología y se encontraron escasos trabajos sobre el análisis de reingresos a los Servicios de Neonatología, como un indicador de calidad asistencial. A través de este trabajo se intentará analizar este indicador y evaluar los motivos de ingreso, las causas para poder así desarrollar procesos que mejoren la gestión de paciente en el futuro. Entonces, la pregunta que surge es: *¿Cuál es la tasa de reingreso al Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Tigre de los egresados de la UCIN, y de los egresados de Internación Conjunta?*

### 3.1 Objetivos

#### 3.2.1. Objetivo general:

Analizar la readmisión de pacientes al servicio de Neonatología del Hospital Florencio Escardó en el período 2016 y primer semestre 2017, de los egresados de la UCIN y de los egresados de Internación Conjunta, como indicador de calidad.

#### 3.2.2 Objetivos específicos

- Analizar los motivos de ingreso y las causas de esas readmisiones al Servicio de Neonatología.
- Detectar aspectos mejorables en la atención de los recién nacidos del área del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Tigre.

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de trabajo realizado:**

Es un trabajo retrospectivo, descriptivo, incluye todos los pacientes reingresados al Servicio de Neonatología, del Hospital Materno Infantil de Tigre, durante el año 2016, y el primer semestre del 2017. Se diferenciaron dos grupos, los pacientes reingresados internados previamente en la UCIN, y los pacientes reingresados internados previamente en Internación Conjunta, Son dos grupos totalmente distintos en lo referido a su edad gestacional y peso de nacimiento.

### **4.2 Unidad de análisis:**

Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Tigre, Florencio Escardó.

### **4.3 Recolección de datos:**

Los datos fueron extraídos del sistema informático del Servicio, **Neostat**, es un sistema de gestión de datos que permite cargar pacientes, ofrece la estadística del Servicio, resumen de historias clínicas, conexión con Facturación, Plan Nacer.

Durante el período del año 2016 y primer semestre del 2017, se seleccionaron los pacientes reingresados al Servicio de Neonatología, fueron identificados por servicio de procedencia: consultorio externo, guardia. Además se considera la edad al reingreso al Servicio de Neonatología, y causa de ingreso.

## 5. Marco Teórico

### 5.1 Sistema de Salud del Municipio de Tigre, Provincia de Buenos.

El Partido de Tigre que está situado a 34 km. al norte de la Ciudad de Buenos Aires y fue creado en el año 1778, forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires. Cuenta con una superficie de 360 Km<sup>2</sup>.

El partido abarca la primera sección del Delta del Paraná con sus islas, y la zona continental en la cual se encuentra la ciudad cabecera, Tigre, y otras localidades como Don Torcuato, Ricardo Rojas, El Talar, General Pacheco, Benavidez, Los troncos del Talar, Dique Luján, Rincón de Milberg y Nordelta. Limita con los siguientes Partidos: San Fernando, Escobar, Malvinas Argentinas, San Miguel, General San Martín y San Isidro.

El Municipio de Tigre pertenece a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos, a la cual también pertenecen Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Fernando, San Isidro, Vicente López, Gral. San Martín, San Miguel e Isla Martín García.

La población según el censo del 2010 es de 354250 personas, con 7532 nacidos vivos registrados ese año, con una Tasa de mortalidad infantil de 11,8 ‰, y Tasa Mortalidad neonatal de 8,1‰, se logró disminuir la Tasa de mortalidad infantil a 9,8‰ en el 2015, según datos del Municipio.

En el sistema de salud del partido de Tigre, conviven los siguientes subsectores o subsistemas: el público, la seguridad social (obras sociales) y privado que como nos explican los

autores en el libro “Salud para los argentinos “, estos subsectores están definidos por el origen de los recursos, población objetivo y los servicios que brindan. (1).

En el sector público se encuentra el Hospital Zonal General de agudos, Magdalena Villegas de Martínez, en un Hospital general, con 140 camas en total, con un Servicio de Neonatología, con 25 camas, 8 de UCIN, y se registró 1200 nacimientos en el 2016, este Hospital depende de la Provincia de Buenos Aires.

También en el sector público, pero dependiendo del Municipio de Tigre, se encuentra el Hospital Materno Infantil de Tigre, Florencio Escardó, el Hospital Odontológico, El Hospital Oftalmológico, el Hospital de Diagnóstico por Imágenes y veinte y dos CAFyS ( Centro de atención familiar y salud ). El Municipio de Tigre también cuenta con un Servicio de Emergencias Tigre (SET) que realiza traslados en ambulancia entre los diferentes centros de atención médica, provinciales o municipales, atención de urgencia en domicilio y en la calle.

## **5.2 Hospital Materno Infantil de Tigre**

El Hospital Materno Infantil de Tigre, Florencio Escardó, ubicado en la ciudad de Tigre, tiene como función principal satisfacer las necesidades de la población en el sector materno infantil.

Cuenta con consultorios externos para seguimiento de pacientes embarazadas y niños con varias especialidades, hospital de día para diabetes gestacional, servicios de farmacia, imágenes y laboratorio que abarcan las necesidades de todo el municipio. También hay consultorios de psiquiatría, adolescencia, hematología, cardiología, nefrología, fonoaudiología y mastología.

La Misión del hospital es desarrollar y consolidar un sistema de salud integral para los vecinos de Tigre, para brindarles la mejor asistencia médica, con especial énfasis en el área Materno Infantil. Que el hospital sea un centro integral, con el aporte profesional y técnico de especialistas, para ofrecer a la población una asistencia sanitaria de calidad, accesible, equitativa, adecuada a los conocimientos actuales, basada en la efectividad y en el uso racional de los recursos; siempre conservando el respeto por la dignidad humana, la intimidad, y los valores éticos y culturales de cada uno de los pacientes.

La visión del Hospital es convertirse en centro de referencia y derivación de la región sanitaria V. El Área de Obstetricia cuenta con sesenta y seis camas y cuatro camas de UTI (adultos). En el año 2016 se registraron 3981 nacimientos. La historia del Hospital se remonta a la Maternidad Valentín Nores, la cual reabrió sus puertas el 15 de marzo del año 2008, y con ello se iniciaron las actividades asistenciales en el sector de neonatología del hospital.

El modelo médico en el servicio de neonatología tuvo como objetivo estratégico convertir esta unidad hacia una de mayor complejidad, iniciando el camino para convertirse en una maternidad segura y centrada en la familia.

Inicialmente, el bajo número de personal de enfermería asignada a la unidad, los pocos nacimientos en el hospital, sumados a la derivación de embarazos de alto riesgo a centros de mayor complejidad, condicionó un escaso número de ingresos a la UCIN. Progresivamente, el número de nacimientos se triplicó, y por lo tanto la cantidad de niños que requería un cuidado especial en la UCIN creció considerablemente.

Paralelamente, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención médica, se incrementó el recurso humano, tanto médico como de enfermería, y a través de cursos de capacitación se estableció como equipo con la capacidad necesaria para atender a los recién nacidos de alta complejidad.

En el año 2011, debido al afianzamiento del grupo de profesionales médicos y de enfermería, sumado al ingreso de aparatología de avanzada y adquisición de profesionales especialistas pediátricos en varias áreas, aumentaron la oferta de prestaciones complementarias necesarias para los neonatos, tales como, cardiología infantil, neurología, oftalmología, ecografía, entre otras, y se inició entonces la atención de recién nacidos de alta complejidad. En octubre de 2015 se muda el departamento materno infantil al nuevo edificio.

Actualmente la UCIN cuenta con cincuenta lugares, dieciséis lugares de terapia, es una terapia de nivel III b, con la posibilidad de ofrecer ventilación de alta frecuencia y óxido nítrico, si bien el Hospital cuenta con un cirujano pediátrico aunque hasta la actualidad no se han podido realizar cirugías neonatales. El Servicio de Neonatología no solamente atiende las necesidades de la población neonatal del Municipio de Tigre, sino también recibe derivaciones de otros Municipios.

Con respecto a los RRHH del Servicio, el plantel médico está formado por jefe de servicio, tres coordinadores médicos, que se distribuyen las guardias pasivas, seis médicos de planta, y quince médicos de guardia. También cuenta con cinco médicos residentes de Neonatología, que pertenecen a la residencia básica de Neonatología de Provincia de Buenos Aires.

En la UCIN, el plantel de enfermería está formado por 58 enfermeros, auxiliares y profesionales, un coordinador de enfermería y seis referentes de turno. El RRHH de enfermería es escaso para poder trabajar al máximo del potencial del Servicio.

Los enfermeros necesarios para cubrir estos requerimientos del servicio son 75. Hay un recambio de personal de enfermería importante que está relacionado con los bajos sueldos y el tipo de contratación.

El Servicio de Neonatología tiene distintos sectores donde los profesionales cumplen sus tareas que son el área de partos y quirófano, donde el médico debe atender el nacimiento del recién nacido, junto con el personal de enfermería de esa área.

En el Sector de Internación Conjunta, cuatro médicos de planta atienden a los recién nacidos sanos que permanecen internados con sus madres, durante las primeras 48 horas de vida, (o 72hs si nacieron es por cesárea). Es el tiempo de observación necesario, posterior al nacimiento, para poder detectar posibles complicaciones, y si realizar luminoterapia por hiperbilirrubinemia, o antibióticoterapia por sífilis congénita cuando corresponda. Si el estado clínico lo permite, el recién nacido permanece en ese sector junto a su madre.

El Consultorio de Seguimiento de RN de alto riesgo, a cargo de dos profesionales médicos, se controla a todo bebé egresado de la UCIN considerado de alto riesgo, principalmente los RNP menores de 1500 g de peso al nacimiento.

La Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intermedia y Aislamiento, está destinada a pacientes reinternados por causas infecciosas. Cercano a la terapia hay un Consultorio donde se atienden a los pacientes que consultan por guardia.

Cuenta con un sector de Centro de Lactancia Materna (CLM), donde las madres de los niños internados realizan la extracción de leche en forma estéril y segura, almacenándola en heladeras.

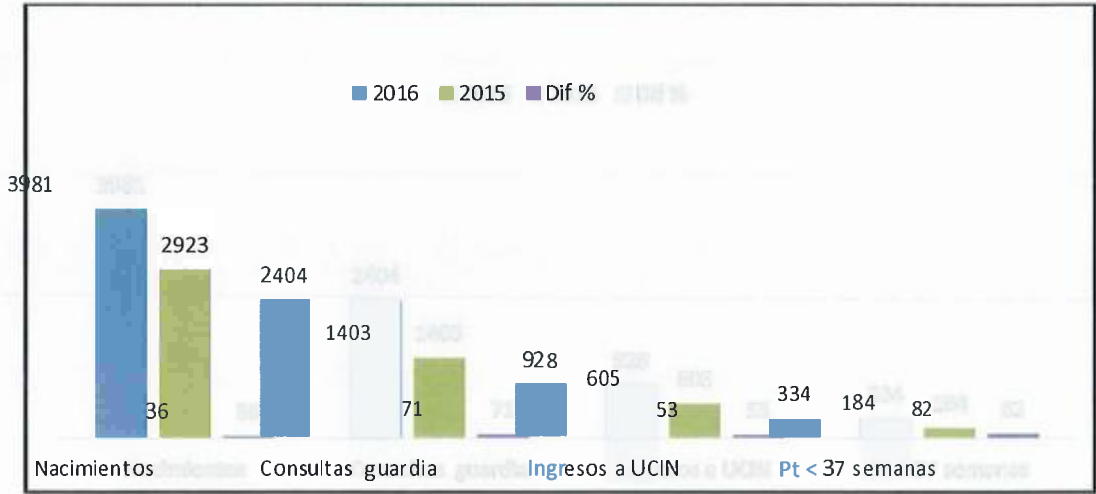
Posee además el sector de residencia materna que permite a las madres de los recién nacidos internados permanecer viviendo en la institución mientras dure la internación de su hijo. (Ver Anexo 1, Plano del Servicio de Neonatología).

A continuación en el gráfico Nro 3, pueden observarse los datos que muestran la evolución del trabajo en el Servicio durante los años 2016 y 2015. Hubo un aumento del 36 % en los nacimientos y un 71 % en las consultas de guardia, 53 % de ingresos a UCIN y un 82 % de pacientes de pre término,

No obstante la relación nacimientos/ ingresos a UCIN se mantuvo en rangos similares (4.3% y 4.8% respectivamente), pero, en cambio, la relación nacimientos / paciente Pt<37 semanas fue 11.9 % para el año 2016 y 15.9 % para el 2015 con una disminución del 4%.

Gráfico N º 3:

Indicadores comparativos 2016-2015



Fuente: informe estadístico del Servicio 2016

En el primer trimestre del 2017, período también incluido en el trabajo los indicadores fueron:

- Nacimientos: 2247
- Consultas por guardia: 664
- Ingresos a UCIN: 743
- PT<37s 164

## 6- Desarrollo.

### 6.1 Indicador “Reinternación al Servicio de Neonatología” como indicador de calidad

Se podría definir la calidad como conjunto de características de un servicio que le confiere aptitud para satisfacer las necesidades del usuario. La mejoría en la calidad de los servicios requiere medir los datos a lo largo del tiempo, y la capacidad para entender la variación de esos datos y así poder evaluar procesos que lleven a cambios.

Según el Dr. Carlos Alberto Díaz en su libro *Importancia de los Procesos Asistenciales Integrados en las Organizaciones de Salud*, “Trabajar en calidad, en sus cuatro dimensiones es una obligación de todos y cada uno dentro de la organización asistencial, con el compromiso principal de la dirección estratégica. Las lógicas que conforman la calidad asistencial son: la satisfacción del usuario, la técnica, la eficiencia y la seguridad” y los métodos son la “difusión de buenas prácticas, política clínica basada en la evidencia, aprender de los fracasos, integración de los procesos de mejora”.

Según Ricardo Bernztein, “Un indicador es una expresión matemática que busca expresar en forma resumida, oportuna, sensible y específica, las características de un factor de riesgo, de un factor de protección o de un problema de salud específico en la población”.

Los indicadores proporcionan la base para el seguimiento y la evaluación:

- Muestran como puede ser medido el éxito de un proyecto
- Especifican de manera precisa cada objetivo (Componente, Propósito, Fin)
- Establecen metas para medir si se ha cumplido un objetivo

## 6.2. Características de los Indicadores

Según lo dicho previamente en este trabajo los egresados de la UCIN presentan una frecuencia de reingreso entre 10% y el 20 % (3,35-38). Y en los RNT egresados de Internación Conjunta una tasa de reingreso aproximada de 20%0 durante el primer mes de vida.

El indicador a considerar en este trabajo es la **“Reinternación al Servicio de Neonatología”**. Algunos autores conciben a la reinternación como indicativo de deficiente calidad en algún proceso de la atención del paciente. Se analizarán los indicadores con los pacientes egresados de la UCIN y de la Internación conjunta: **Reingreso a Neonatología del egresado de la UCIN y Reingreso a Neonatología del egresado de la Internación Conjunta**

Cuadro N° 1

Características del Indicador: Reingreso a Neonatología del egresado de la UCIN

|                         |                                                                                                                              |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del indicador    | Reingreso a Neonatología del egresado de la UCIN                                                                             |
| Atributo                | Refleja o no la calidad del Servicio                                                                                         |
| Justificación           | El reingreso muestra que hubo un proceso ineficiente que genera un problema de salud y/o inconveniente en el núcleo familiar |
| Fórmula                 | $\frac{\text{Nº pacientes reingresados a UCIN}}{\text{Nº pacientes egresados de la UCIN}} \times 100$                        |
| Explicación de términos | Numerador: N° de pacientes reingresados, egresados de la UCIN<br>Denominador : N° de pacientes egresados de la UCIN          |
| Población               | Pacientes ingresados a la UCIN durante el año 2016 y primer trimestre del 2017                                               |
| Tipo                    | Indicador de proceso asistencial                                                                                             |
| Fuentes de datos        | Estadística del Servicio, programa neostat                                                                                   |
| Estándar                | <20%                                                                                                                         |
| Comentarios             | Escaso antecedente de éste indicador relacionado a calidad de atención                                                       |

Fuente: elaboración propia

Cuadro N.º 2

Características del Indicador: Reingreso a Neonatología del egresado de la Internación Conjunta

| Nombre del indicador         | Reingreso a Neonatología del egresado de la Internación Conjunta                                                                                                     |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atributo<br>Justificación    | Refleja o no la calidad del Servicio<br>El reingreso muestra que hubo un proceso ineficiente que genera un problema de salud y/o inconveniente en el núcleo familiar |
| Fórmula                      | $\frac{\text{Nº pacientes reingresados a UCIN}}{\text{Nº pacientes egresados de Internación Conjunta}} \times 1000$                                                  |
| Explicación de términos      | Numerador: Nº de pacientes reingresados, a la UCIN, egresados de Inter. Conjunta<br>Denominador: Nº de pacientes egresados de la Inter. Conjunta                     |
| Población<br>Tipo            | Pacientes ingresados a Internación Conjunta durante el año 2016 y primer trimestre del 2017<br>Indicador de proceso asistencial                                      |
| Fuentes de datos<br>Estándar | Estadística del Servicio, programa neostat<br><20% o                                                                                                                 |
| Comentarios                  | Escaso antecedente de éste indicador relacionado a calidad de atención                                                                                               |

Fuente: elaboración propia

6.3. Causas de Reingreso del Egresado de Internación Conjunta

El número total de nacimientos durante el 2016 fue 3981, y en el primer semestre del 2017, 2247, representa un total de nacimientos en el período estudiado de 6228. Los ingresos a UCIN durante el período de estudio fueron de 2671 pacientes.

En cada trimestre se analizó la cantidad de pacientes que ingresaron a la UCIN y cuya previa internación fue en Internación Conjunta, edad al reingreso, y causas de reingreso, estas son: mal progreso de peso (MPP), cambio de color (c. color), infecciones respiratorias (infecc. Resp.), traumatismo de cráneo (TEC), vómitos, Hiperbilirrubinemia (Hiperbi.), Infecciones cutáneas (Infecc. Cut.), causa materna, otras. La cantidad de pacientes encontrados se puede visualizar en la Tabla Nro 1

Tabla N°1

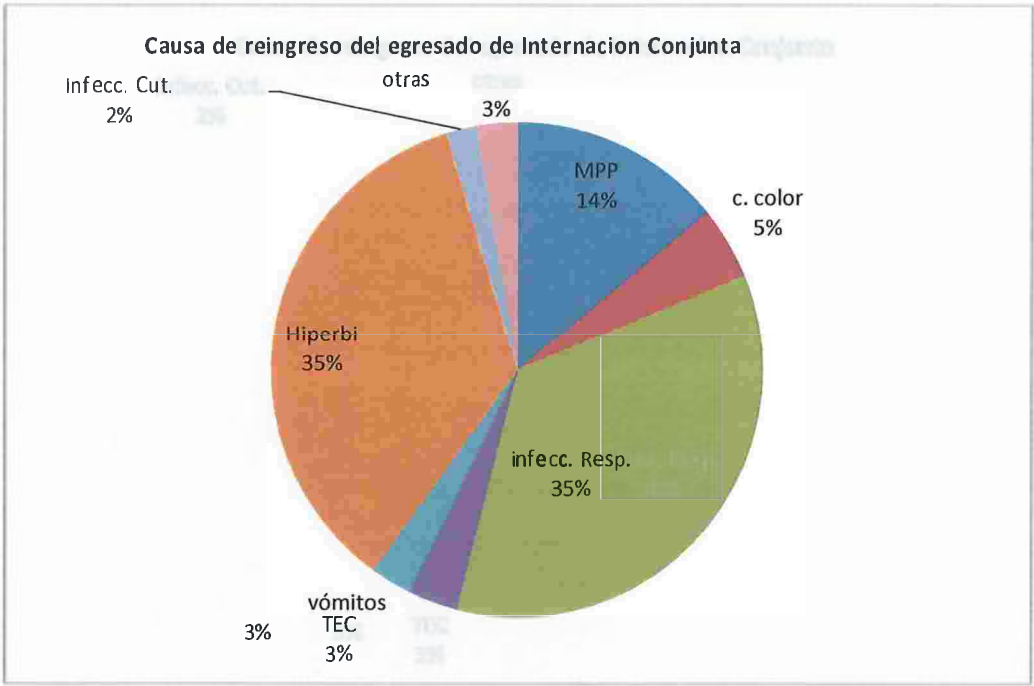
Tabla N° 1: Causas de reingreso, en el grupo egresado de Internación Conjunta.

|        | MPP | c. color | infecc. Resp. | TEC | vómitos | Hiperbi | Infecc. Cut. | otras | total |  |
|--------|-----|----------|---------------|-----|---------|---------|--------------|-------|-------|--|
| 1 trim | 18  | 3        | 14            | 4   | 3       | 26      | 1            | 2     |       |  |
| 2 trim | 9   | 2        | 28            | 0   | 0       | 15      | 2            | 1     |       |  |
| 3trim  | 10  | 3        | 25            | 1   | 0       | 19      | 3            | 2     |       |  |
| 4trim  | 9   | 4        | 23            | 3   | 2       | 23      | 6            | 2     |       |  |
| 1 trim | 4   | 2        | 16            | 4   | 2       | 28      | 0            | 1     |       |  |
| 2 trim | 6   | 5        | 35            | 1   | 4       | 30      | 8            | 3     |       |  |
|        | 56  | 19       | 141           | 13  | 11      | 141     | 8            | 11    | 412   |  |

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 4:

Causas de reingreso, en el grupo egresado de Internación Conjunta.



Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico, se registraron un total de 412 pacientes reingresados, son pacientes reingresados a Neonatología, con internación previa en el área de Internación Conjunta, así que se excluyeron todos los pacientes nacidos en otra Institución, y son todos recién nacidos dentro de los 30 días de vida.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron infecciones respiratorias, principalmente bronquiolitis, e Hiperbilirrubinemia, es un 70% del toda la población.

**Promedio de días de vida en las causas más frecuentes**

|          |              |          |
|----------|--------------|----------|
| MPP      | Infec. Resp. | Hiperbi. |
| 7,9 días | 16,6 días    | 6,3 días |

Fuente: elaboración propia

El promedio de días de vida de cada motivo de internación es el esperable según cada patología.

Teniendo en cuenta que los recién nacidos vivos del período en estudio son 6271, y los recién nacidos reingresados egresados de Internación Conjunta son 412, la tasa de reingreso de esta población es de 65%0. Esta tasa es mucho más alta a la esperada, reportada en trabajos de países desarrollados que es menor a 20%0. (2) (3).

La Academia Americana de Pediatría sugiere que el reingreso del recién nacido sano a término es un indicador de inadecuada evaluación del alta de este recién nacido. La evaluación incluye determinar la estabilidad fisiológica, la preparación del entorno familiar, y el soporte social y asegurarse el seguimiento de ese recién nacido. Entre las causas más frecuentes de reingreso están la hiperbilirrubinemia y mal progreso de peso, y esto está íntimamente relacionado con la lactancia. En otros trabajos se reportó cifras de reinternación por hiperbilirrubinemia entre 4,3%-5%0. En la población en estudio de este trabajo arroja una cifra de 22,4 %0.

Se tendría que apuntar a reducir estas dos causas haciendo un proyecto promoviendo la lactancia, con las madres antes y después del nacimiento del bebé. En la actualidad se trabaja con este tema en los Centros Periféricos y en el Hospital, pero es insuficiente, se debería estudiar

cuales son las fallas de este proceso, y fortalecer las distintas etapas de apoyo a la lactancia, antes, después del nacimiento y durante la internación en el Hospital.

La otra causa más frecuente es la de las enfermedades respiratorias, y esto también está relacionado a la prevención, promover vacunación materna, y campañas con la embarazada para prevención de esta patología y otras como los accidentes.

#### **6.4. Causas de Reingreso del Egresado de la UCIN**

Se analizó los reingresos a Neonatología, que previamente habían estado internados en este sector. Los pacientes ingresados a la UCIN en el período de estudio fueron 1671 pacientes, solamente se tuvo en cuenta a los nacidos en esta Institución, los reingresos fueron 40, dando una tasa de reingreso de 2,4 %, esta cifra está dentro de lo esperado según la literatura. (3,35-38)(4).

Si bien la tasa estaría dentro de lo esperado, 14 de ellos fueron dentro de las 72 horas posteriores al alta, y 27 dentro de los 7 días del alta, dentro de esos 27 pacientes 18 (66%), pertenecen a población de alto riesgo como prematuros tardíos, EG entre 34-37 S, prematuros extremos, menores de 31s o menores de 1500g, y pacientes con diagnóstico de Síndrome de Down.

Se observa que en los primeros 7 pacientes, que se internaron dentro de las 48 horas, hubo mala interpretación del estado clínico del neonato. Pero reflexiona que en todos estos pacientes con factores de riesgo aumentado, como las poblaciones descriptas más arriba, habría que valorar el entorno social, familiar, que a pesar de estar tenido en cuenta en las normativas del Servicio, no se le da la relevancia que merece.

Tabla N°2: Causas de reingresos de pacientes egresados de la UCIN

| EG  | PN    | MOTIVO DE EINGRESO     | COMENTARIO      | DIAS POSTERIORES | AL ALTA |
|-----|-------|------------------------|-----------------|------------------|---------|
| 40s | 3930g | Hiperbilirrubinemia    |                 | 1                |         |
| 40s | 2950g | Bronquiolitis          | CVAS previo     | 1                |         |
| 36s | 2470g | Apnea, CVAS            | CVAS previo     | 1                |         |
| 37s | 2000g | CVAS                   |                 | 1                |         |
| 35s | 2250g | MPP                    |                 | 2                |         |
| 39s | 4100g | Bronquiolitis          | C. Color previo | 2                |         |
| 38s | 3080g | Hiperbilirrubinemia    | S. Down         | 2                |         |
| 36s | 2570g | Cambio color           |                 | 2                |         |
| 31s | 1560g | CVAS                   | S. Down         | 2                |         |
| 40s | 2970g | Obstrucción Intestinal | Vómitos previo  | 2                |         |
| 39s | 3550g | Cambio color           |                 | 3                |         |
| 32s | 1120g | CVAS                   |                 | 3                |         |
| 40s | 3300g | Fiebre                 |                 | 3                |         |
| 39s | 3030g | Hiperbilirrubinemia    | Hiperbi previa  | 3                |         |
| 40s | 4870g | MPP                    | S. Down         | 4                |         |
| 39s | 3170g | MPP                    |                 | 4                |         |
| 30s | 1480g | MPP                    |                 | 4                |         |
| 30s | 1460g | Cambio color           |                 | 4                |         |
| 32s | 1200g | CVAS                   |                 | 4                |         |
| 37s | 2860g | Hiperbilirrubinemia    |                 | 4                |         |
| 39s | 3170g | Bronquiolitis          |                 | 5                |         |
| 40s | 3300g | Fiebre                 |                 | 5                |         |
| 29s | 1430g | Bronquiolitis          |                 | 6                |         |
| 35s | 2520g | Cambio color           |                 | 6                |         |
| 35s | 2560g | Acompañante            | gemelar         | 6                |         |
| 33s | 2560g | Hiperbilirrubinemia    |                 | 6                |         |
| 31s | 1060g | Cambio color           |                 | 7                |         |
| 28s | 1000g | Bronquiolitis          |                 | 8                |         |
| 40s | 2550g | Insuficiencia cardíaca | Cardiopatía     | 9                |         |
| 37s | 2250g | Bronquiolitis          |                 | 10               |         |
| 38s | 3250g | Bronquiolitis          |                 | 11               |         |
| 27s | 870g  | Cambio color           |                 | 11               |         |
| 39s | 2150g | MPP                    |                 | 17               |         |
| 39s | 3290g | Bronquiolitis          |                 | 20               |         |
| 39s | 2400g | Bronquiolitis          |                 | 22               |         |
| 28s | 1250g | Cambio color           |                 | 24               |         |
| 34s | 1840g | Bronquiolitis          |                 | 30               |         |
| 34s | 2130g | Bronquiolitis          |                 | 34               |         |
| 32s | 1720g | Bronquiolitis          |                 | 36               |         |
| 32s | 2280g | Bronquiolitis          |                 | 36               |         |

Fuente: elaboración propia

## 7. Conclusiones

- Se identificaron y caracterizaron dos indicadores de reingresos en la Neonatología del hospital: egresados de la UCIN y egresados de INTERNACIÓN CONJUNTA.
- Se caracterizaron los indicadores y se utilizaron en el periodo 2016-2017.
- Se diferenciaron dos poblaciones, los egresados de INTERNACIÓN CONJUNTA y los egresados de la UCIN.
- Los dos grupos tienen distintas tasas de reingreso esperadas según la bibliografía.
- Si bien uno de ellos, los egresados de la UCIN, arroja una tasa con cifras dentro de lo esperado, llama la atención que en más del 50% de estos pacientes reingresados dentro de los 7 días contaban con factores de riesgo que quizás no fueron jerarquizados.
- En los recién nacidos reingresados egresados de Internación Conjunta la tasa de reingreso de esta población es de 65%o muy superior a la tasa esperada, reportada en trabajos de países desarrollados que es menor a 20%o.
- No se encontró bibliografía con datos de poblaciones semejantes a la del estudio, Partido de Tigre, Provincia de Buenos Aires, Argentina, solo de países desarrollados.
- En todos esos trabajos se hace énfasis en la importancia del cuidado del paciente una vez dado el alta, visitas a la familia en su hogar, o seguimiento con llamadas telefónicas y cuidadosa evaluación de los recursos de la familia.
- En todos esos países cuentan con relación mejorada de personal para médico, en relación al personal médico, a la inversa de lo que ocurre en nuestro país, esto dificulta que se trabaje en prevención, y se centraliza la atención en el asistencialismo, que lleva a mayores costos.

- Es necesario mejorar la relación medico enfermeras en función de la demanda, para lograr una atención de calidad adecuada.
- Debería realizarse esfuerzos en acciones preventivas para disminuir las tasas de reintegración y mejorar la eficiencia del servicio del Hospital.
- Los programas de prevención previa al nacimiento, durante la internación y seguimiento pos alta sería de utilidad en los dos grupos identificados en el trabajo para evitar los reingresos, mejorando la calidad de los servicios, y disminuyendo los costos.

Según lo expresado en el libro Salud para los Argentinos *“Las acciones preventivas son mucho más efectivas, en relación a su costo, que las curativas. En términos generales se suele estimar que cada dólar gastado en prevención consigue resultados, sobre la salud de la población, equivalentes a dieciséis dólares gastados en curación”.* (15)

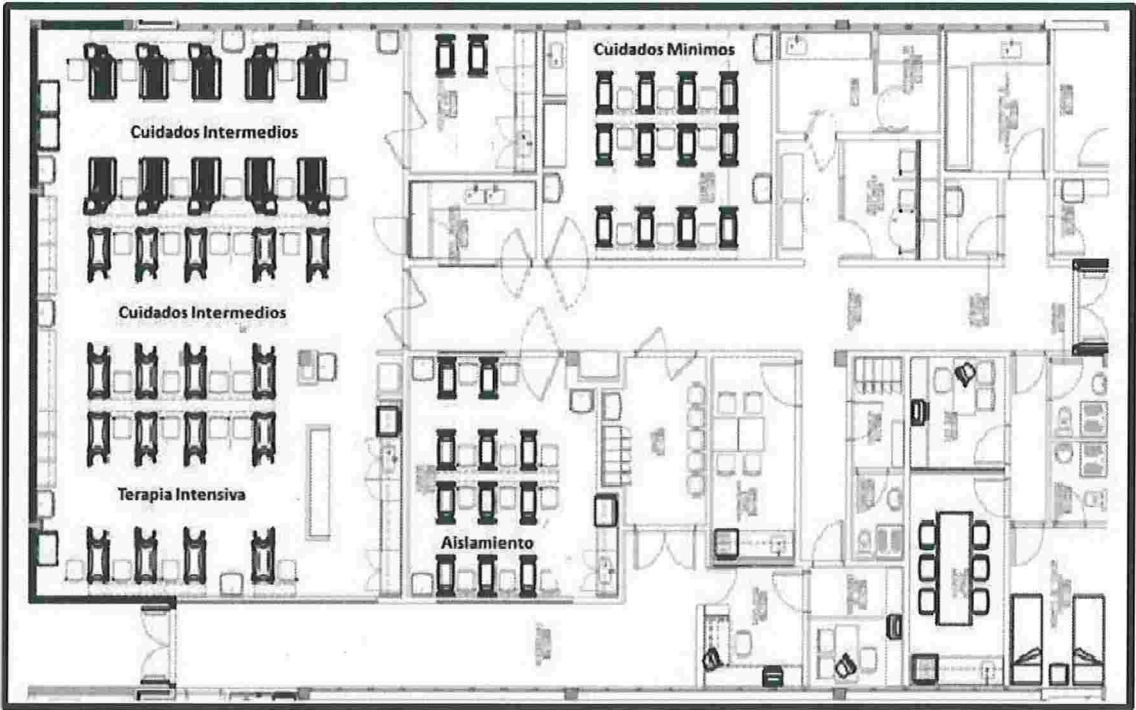
## Bibliografía

1. González García G, Tobar, F.(2004) “*Salud para los Argentinos*”, Ediciones Isalud. pag. 266-267
2. Korgenski - Buchi. (2013)- “*Early Readmission of Newborns in a Large Health Care System Young*”; J. Pediatrics 2013;131; e 1538
3. (3,35-38) Kuo DZ, Lyle RE, Casey PH, Stille C.(2017) “*Care System Redesign for Preterm Children After Discharge From the NICU*” J.Pediatrics.
4. Danielsen B, Gilbert WM, (2007). *Cost, causes and rates of rehospitalization of preterm infants. Underwood MA, 2007. J Perinatol. 2007; 27(10):614. Epub Aug 23.*
5. Kato T, Yorifuji T, Inoue S, Yamakawa M, Doi H, Kawachi I, (2013) “*Associations of preterm births with child health and development: Japanese population-based study.*” J. Pediatr. 2013 Dec; 163(6):1578-1584.e4. Epub Aug 20.
6. Díaz C.A., (2017). “*Importancia de los Procesos Asistenciales Integrados en las Organizaciones de Salud*, pag.4.
7. Koivisto M, Marttila R, Saarela T, Pokela ML, Valkama AM, Hallman M. (2005). “*Wheezing illness and re-hospitalization in the first two years of life after neonatal respiratory distress syndrome.*” J Pediatr. 2005; 147 (4):486.
8. Paranjothy S, Dunstan F, Watkins WJ, Hyatt M, Demmler JC, Lyons RA, Fone D. (2013) “*Gestational age, birth weight, and risk of respiratory hospital admission in childhood*” J. Pediatrics. 2013 Dec; 132(6):e1562-9. Epub 2013 Nov 18
9. McCormick MC, Richardson DK, Ringer S, Gray E, (1996), “*Normal birth weight intensive care unit survivors: outcome assessment*”. J. Pediatrics 1996; 97(6 Pt 1):832.

10. Using Statistical Process Control to Drive Improvement in Neonatal Care. (2017) (2017)  
clin\_perinatol\_2017\_sep\_44(3)\_627.
11. Guix Oliver J. (2016), "Calidad en salud pública", Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España; Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. Archives de Pédiatrie 2016;23:234-240
12. Marseille F, Boubreda C, Herleniusb E, Andresa, V , Roberta, G. Marchini, (2011).  
"Hospital readmission after postpartum discharge of term newborns in two maternity wards in Stockholm and Hospital readmissions—not just a measure of quality". JAMA. 2011;306
13. Kangovi S, Grande D. (2011) "Hospital readmissions—not just a measure of quality". JAMA. 2011; 306
14. William A. Engle, MD, Kay M. Tomashek, MD, Carol Wallman, MSN, and the Committee on Fetus and Newborn. (2007) "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk Pediatrics'' Vol: 120 Nro: 6 Págs: 1390– 1401. Fecha: 01/12/2007
15. González García G, Tobar F., "Salud para los argentinos" pág. 138

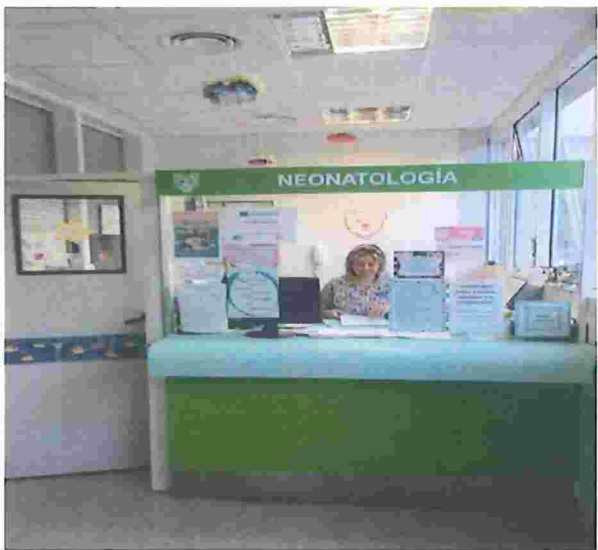
Anexos

Anexo 1: plano del Servicio de Neonatología



Anexo 2: foto del ingreso al Servicio de Neonatología





Anexo N°3: foto de la UCIN del Servicio de Neonatología



Anexo N° 4 : foto de la residencia materna del Servicio de Neonatología.

