

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**“FACTORES DE RIESGO A ICTERICIA NEONATAL HOSPITAL
DE CONTINGENCIA TINGO MARÍA- 2015”**

**Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA

Bach. DAZA CALIXTO, Marivel Lucia

ASESOR

Lic. Enf. REATEGUI RUIZ, Robert

Tingo María - Perú

2017



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 10:00 horas del día 26 del mes de octubre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Lic. Enf. Cristóbal Alegria Saldaña | Presidente |
| • Lic. Enf. De la Cruz Miraval, Elda | Secretaria |
| • Mg. Walter Hugo Masgo, Castro | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°1838-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "FACTORES DE RIESGO A ICTERICIA NEONATAL HOSPITAL DE CONTINGENCIA TINGO MARÍA- 2015" presentada por la Bachiller en Enfermería Señorita **Marivel Lucia, DAZA CALIXTO**. Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Buena.

Siendo las 11:00 Horas del día 26 del mes de OCTUBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a Dios y a toda mi familia. En especial a mis padres, por su comprensión y ayuda en momentos buenos y malos. Que me han enseñado a afrontar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento y que me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

AGRADECIMIENTO

A Dios Quien merece todo honor y reconocimiento al único digno de Gloria; por darme la vida, por rodearme y proveerme de bendiciones y estar siempre conmigo. Gracias por TODO SEÑOR.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi asesor Lic. Enf. Robert, Reátegui Ruiz, por su paciencia, dedicación y dirección que brindo al realizar este trabajo el cual me permitió valorar el esfuerzo requerido y experimentar el gusto por la búsqueda del nuevo conocimiento.

A mis Padres por ser la base que me sustenta. Gracias por todo el amor, apoyo, tiempo que han invertido desinteresadamente en cada etapa de mi vida, gracias por los principios, valores y educación que me han dado, el logro también es de ellos.

Marivel.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a la ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

METODOLOGIA: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional casos y controles, analítico de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolecto información en relación a los factores de riesgo asociados a la ictericia neonatal en gestantes atendidas en el hospital; la muestra estuvo conformada por 30 casos y 30 controles de neonatos. **RESULTADOS:** En

referencia a los factores demográficos se determinó, que la edad materna menor de 18 años (OR: 1.4), mostro estar presente significativamente como factor de riesgo asociado para la ictericia neonatal. En referencia a los factores maternos se determinó que uso de oxitocina, (OR: 1.96), y la Incompatibilidad sanguínea, (OR: 18), mostraron estar presente significativamente como factor de riesgo asociado para la ictericia neonatal.

En referencia a los factores neonatales se determinó que la presencia de cefalohematoma, (OR: 3.2), Prematuridad, (OR: 14.5), Sexo masculino, del recién nacido (OR: 1.1), presencia de Sepsis neonatal (OR: 5.5), mostraron estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal. **CONCLUSIONES:** los factores de riesgo asociados neonatales

(prematuridad, sepsis, cefalohematoma y sexo masculino) y factores maternos como (uso de oxitocina e incompatibilidad sanguínea) son los que mostraron estar Más presentes como factores de riesgo para la prevalencia de ictericia neonatal.

PALABRAS CLAVES: factores asociados, ictericia neonatal, prematuridad

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors associated with neonatal jaundice in Newborns attended at the Tingo Maria contingency hospital, 2015.

METHODS: A quantitative approach, observational and case - control cross. An instrument was developed, in which information was collected regarding the risk factors associated with neonatal jaundice in pregnant women attended at the hospital; The sample consisted of 30 cases and 30 neonatal controls.

RESULTS: With reference to demographic factors, maternal age under 18 years (OR: 1.4) was found to be significantly present as an associated risk factor for neonatal jaundice. Regarding maternal factors, oxytocin use (OR: 1.96) and blood incompatibility (OR: 18) were found to be significantly present as an associated risk factor for neonatal jaundice. The presence of neonatal sepsis (OR: 5.5), prematurity, (OR: 14.5), male gender, newborn (OR: 1.1), neonatal sepsis Were significantly present as a risk factor for neonatal jaundice. **CONCLUSIONS:** Neonatal associated risk factors (prematurity, sepsis, cephalohematoma and male gender) and maternal factors such as (oxytocin use and blood incompatibility) were those that were more present as risk factors for the prevalence of neonatal jaundice.

KEY WORDS: associated factors, neonatal jaundice, prematurity

INTRODUCCION

La hiperbilirrubinemia neonatal se manifiesta como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que refleja un desequilibrio temporal entre la producción y la eliminación de bilirrubina. Es clínicamente evidente cuando existe una concentración de bilirrubina mayor de 5mg/dl en suero sanguíneo. ⁽¹⁾

Las causas de ictericia neonatal son múltiples y producen hiperbilirrubinemia directa, indirecta o combinada, de severidad variable. La ictericia en la mayoría de los casos es benigna, pero por su potencial neurotoxicidad, debe ser monitorizada muy de cerca para identificar neonatos que pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa y alteraciones neurológicas inducidas por la bilirrubina ⁽²⁾.

No hay esquemas simples de manejo del recién nacido icterico, existiendo múltiples variaciones en su manejo. El egreso precoz post parto puede producir complicaciones no detectables en recién nacidos ictericos ⁽³⁾

El 70-80% de los recién nacidos desarrolla ictericia la primera semana de vida, la mayoría entre el tercer al quinto día de vida y tiene una duración máxima de 15 días, cuando se observa clínicamente, en la piel, la concentración de bilirrubina sérica total es de aproximadamente 5-7 mg/dl. Solamente el 8-11% de los recién nacidos que desarrollan ictericia la primera semana de vida tienen un aumento no fisiológico de bilirrubina, secundario en primer lugar a un incremento anormal de la hemólisis de los glóbulos rojos, por incompatibilidad de Rh, grupo ABO, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, o piruvato quinasa, alteraciones en la forma del eritrocito, esferocitosis hereditaria, o como resultado de hemólisis

extravasculuar cuando el recién nacido presenta un cefalohematoma o equimosis; la segunda causa de hiperbilirrubinemia, es la disminución de la captación por el hepatocito y/o disminución de la excreción de la bilirrubina indirecta. ⁽⁴⁾

En el 2009, en Estados Unidos, mediante un extenso estudio se determinó que de 47 801 recién nacidos, 4.3% tuvo valores de bilirrubina en concentraciones en las que la Academia Americana de Pediatría recomienda iniciar un tratamiento intrahospitalario con fototerapia. Otras revisiones han encontrado esta misma situación en 5% a 10% de los recién nacidos. ⁽⁵⁾

En países latinoamericanos aproximadamente 60% - 70% de los neonatos a término y más del 80% de los neonatos pretérmino, presentan ictericia. En la República Argentina nacen aproximadamente 700 000 niños por año. Alrededor del 60-70% de los recién nacidos presenta algún grado de ictericia. ⁽⁶⁾

En el Perú la tasa de incidencia en el 2013 fue de 39/1000 nacidos vivos, siendo las DISAS de Lima y Callao las que reportan el 48% de los casos, y a nivel regional Cusco, Arequipa, La Libertad e Ica, las que reportan mayor tasa de incidencia. Se observa con más frecuencia en neonatos prematuros que en neonatos a término. ⁽⁷⁾

En el presente estudio, se ha querido identificar los factores de riesgo para la ictericia neonatal, y de qué manera estos influyen en el producto.

INDICE

	Pàg.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION.....	vii
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	11
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	13
1.5. JUSTIFICACIÓN:.....	14
1.5.1. A nivel teórico:.....	14
1.5.2 A nivel práctico	14
1.5.3 A nivel metodológico.....	15
1.6. LIMITACIONES:.....	15
1.7. VIABILIDAD	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de investigación	16
2.1.1. Antecedentes Internacionales:.....	16
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	18
2.1.3. Antecedentes Locales	21
2.2. BASES TEÓRICAS:.....	21
2.3 BASES CONCEPTUALES:.....	23
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	32
2.5. VARIABLES.....	33
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	33
3. MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.1.2. Nivel:	34

3.1.3. Diseño:.....	34
3.2. POBLACIÓN y MUESTRA:.....	35
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	36
3.3.1. Para la recolección de datos:.....	36
3.3.2. Para la presentación de datos	38
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	39
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
4.1 Análisis descriptivo.....	40
4.2 Análisis Inferencial	46
5. DISCUSIÓN.....	54
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	59
ANEXOS	62

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La hiperbilirrubinemia neonatal se manifiesta como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que refleja un desequilibrio temporal entre la producción y la eliminación de bilirrubina. Es clínicamente evidente cuando existe una concentración de bilirrubina mayor de 5mg/dl en suero sanguíneo. ⁽¹⁾

Las causas de ictericia neonatal son múltiples y producen hiperbilirrubinemia directa, indirecta o combinada, de severidad variable. La ictericia en la mayoría de los casos es benigna, pero por su potencial neurotoxicidad, debe ser monitorizada muy de cerca para identificar neonatos que pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa y alteraciones neurológicas inducidas por la bilirrubina ⁽²⁾.

No hay esquemas simples de manejo del recién nacido icterico, existiendo múltiples variaciones en su manejo. El egreso precoz post parto puede producir complicaciones no detectables en recién nacidos ictericos ⁽³⁾

El 70-80% de los recién nacidos desarrolla ictericia la primera semana de vida, la mayoría entre el tercer al quinto día de vida y tiene una duración máxima de 15 días, cuando se observa clínicamente, en la piel, la concentración de bilirrubina sérica total es de aproximadamente 5-7 mg/dl. Solamente el 8-11% de los recién nacidos que desarrollan ictericia la primera semana de vida tienen un aumento no fisiológico de

bilirrubina, secundario en primer lugar a un incremento anormal de la hemólisis de los glóbulos rojos, por incompatibilidad de Rh, grupo ABO, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, o piruvato quinasa, alteraciones en la forma del eritrocito, esferocitosis hereditaria, o como resultado de hemólisis extravascular cuando el recién nacido presenta un cefalohematoma o equimosis; la segunda causa de hiperbilirrubinemia, es la disminución de la captación por el hepatocito y/o disminución de la excreción de la bilirrubina indirecta. ⁽⁴⁾

En el 2009, en Estados Unidos, mediante un extenso estudio se determinó que de 47 801 recién nacidos, 4.3% tuvo valores de bilirrubina en concentraciones en las que la Academia Americana de Pediatría recomienda iniciar un tratamiento intrahospitalario con fototerapia. Otras revisiones han encontrado esta misma situación en 5% a 10% de los recién nacidos. ⁽⁵⁾

En países latinoamericanos aproximadamente 60% - 70% de los neonatos a término y más del 80% de los neonatos pretérmino, presentan ictericia. En la República Argentina nacen aproximadamente 700 000 niños por año. Alrededor del 60-70% de los recién nacidos presenta algún grado de ictericia. ⁽⁶⁾

En el Perú la tasa de incidencia en el 2013 fue de 39/1000 nacidos vivos, siendo las DISAS de Lima y Callao las que reportan el 48% de los casos, y a nivel regional Cusco, Arequipa, La Libertad e Ica, las que reportan mayor tasa de incidencia. Se observa con más frecuencia en neonatos prematuros que en neonatos a término. ⁽⁷⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles serán los factores de riesgo a la ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?

1.2.2. Problema específico:

- ✓ ¿Cuáles serán las características socioeconómicas de las madres de neonatos con ictericia en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?
- ✓ ¿Cuáles serán los Factores maternos de riesgo a la ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?
- ✓ ¿Cuáles serán los Factores neonatales de riesgo a la ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Conocer las características socioeconómicas de las madres de neonatos con ictericia en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

- ✓ Identificar los Factores maternos de riesgo a la ictericia neonatal en los Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.
- ✓ Identificar los Factores neonatales de riesgo a la ictericia neonatal en los Recién Nacidos atendidos en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN:

1.5.1. A nivel teórico:

El valor teórico de este trabajo se enfoca en el aporte de un conocimiento basado en la metodología científica sobre los Factores de riesgo a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María 2015, el cual servirá de ayuda con antecedente para futuras investigaciones y para la sociedad y de este modo fortalecer y contribuir teorías que nos permitan analizar y enfocarnos desde el ámbito preventivo.

1.5.2 A nivel práctico

Frente a la problemática que se presentan de acuerdo a los resultados, la presente investigación servirá de ayuda para identificar las estrategias destinadas a disminuir la morbimortalidad de los Neonatos, por problemas relacionados a la ictericia.

1.5.3 A nivel metodológico

El presente trabajo se centra en los factores de riesgo a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María 2015, que servirá de instrumento válido y confiable para futuras investigaciones. Que tengan la posibilidad de ampliar con mayor profundidad el tema.

1.6. LIMITACIONES:

Una de las principales limitaciones inicialmente fue el obtener la población de neonatos considerados como casos, para lo cual se tuvo que estar pendiente de los RN con diagnóstico de ictericia en el servicio de neonatología, esta fue superada con las coordinaciones llevadas a cabo con los profesionales de enfermería del servicio, quienes comunicaban a la investigadora de la presencia de un RN con ictericia.

1.7. VIABILIDAD

Se considera que fue viable el estudio ya que se contó primeramente con información abundante sobre el tema, las cuales fueron obtenidas principalmente vía internet. Así mismo fue viable en razón que para extraer la información no fue necesario realizar procedimientos invasivos en el investigado, no se causó daño. En relación a lo económico, para el estudio se contó con el presupuesto al alcance del investigador.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

- En México, 2011. Villalobos Alcázar; Guzmán Bárcenas; González Pérez; Rojas Hernández, ⁽⁸⁾ realizaron un estudio retrospectivo, de casos y controles titulado “Factores promotores de la hiperbilirrubinemia neonatal no hemolítica, en una unidad de cuidados intermedios del recién nacido”. La muestra fue de 115 expedientes: 54 casos y 61 controles. Se calculó χ^2 y razón de momios con IC de 95%. de los resultados se muestra que de los 54 casos, 33 fueron pretérmino y 21 de término, para el grupo control 24 fueron pretérmino y 12 de término. Los factores promotores significativos en los RN pretérmino fueron, cesárea con una RM de 16.8 (IC 95% 3.81 - 82.03), el ayuno con una RM de 7.69 (I.C. 95% 1.87-34.43) con un promedio de horas de 111.6 ± 72 . En segundo lugar en ambos grupos la sepsis con RM 16.95 (I.C. 95% 1.98-377.10). Concluyen que los factores promotores identificados en ambos grupos fueron la sepsis y el ayuno.
- En Argentina, 2011, Spinellia, y cols, ⁽⁹⁾ realizaron un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, titulado “Prevalencia de ictericia en el Período neonatal” en la Población incluímos en

forma consecutiva a los niños nacidos en el HMIRS, asistidos en Internación Conjunta, con EG \geq a 35 semanas, examen físico normal, de peso adecuado para edad de gestación y alimentados a pecho exclusivo. Cumpliendo con los procesos de atención en todos los recién nacidos se realizó Grupo, RH y Coombs en sangre de cordón y monitoreo diario de bilirrubina transcutanea hasta el alta y luego en los controles por Consultorios Externos. En los resultados del 21 de abril y el 8 de mayo de 2007 nacieron 345 niños en el HMIRS, fueron excluidos 30 niños. Entre 40 y 72 horas de vida valoramos 315 niños presentando hiperbilirrubinemia \geq 6: 209/315 (66,3%), entre 73 y 120 horas de vida valoramos 280 niños presentando hiperbilirrubinemia \geq 14: 29/280(10,3%). Requirieron tratamiento con luminoterapia (LMT) 26/280 (9,28%). Al dividir a la población en dos grupos:1) de EG \leq 38 s y 2) \geq 39 s, la necesidad de tratamiento con LMT fueron: grupo 1) 14/95 (14,7%), grupo 2) 12/220(5,4%) obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Presentaron hiperbilirrubinemia prolongada 14/280(5%). 12/14 fueron niños con EG \leq 38s. Conclusiones. La prevalencia de hiperbilirrubinemia es coincidente con la bibliografía. Nuestros datos sugerirían la probabilidad de asistir al recién nacido de 38 s de EG como prematuro tardío, por lo que consideramos necesario llevar a cabo trabajos de investigación que confirmen

estos datos, para mejorar la calidad de atención de estos niños y sus familias.

- En México, 2011. Gallegos Dávila; Rodríguez Balderrama; Rodríguez Bonito; Abrego Moya; Rodríguez Camelo, ⁽¹⁰⁾ realizaron un estudio observacional, analítico, prospectivo, titulado Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal, que incluyó recién nacidos que ingresaron con diagnóstico de hiperbilirrubinemia indirecta, o bien que la desarrollaron durante su estancia. Se analizó una serie de variables y se compararon con un grupo control. *Resultados:* La prevalencia de hiperbilirrubinemia indirecta neonatal fue de 17%. Los factores de riesgo asociados fueron la edad gestacional menor de 35 semanas ($p < 0.05$, RR = 1.45, IC 95%: 1.03 - 2.05), la alimentación al seno materno exclusivo ($p < 0.05$, RR = 1.83, IC 95%: 1.08 - 3.08), y la sepsis ($p < 0.05$, RR = 1.88, IC 95%: 1.10 - 2.05). La edad de aparición de la ictericia en promedio fue 4.5 ± 2.2 días. **Conclusiones:** Los factores de riesgo más observados son la edad gestacional menor a 35 semanas, la alimentación al seno materno exclusivo y la sepsis.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- En Cajamarca Perú, 2013, Amador Morillo ⁽¹¹⁾, realizó un estudio de tipo, observacional, analítico, retrospectivo, de casos y

controles titulado “Factores asociados a ictericia neonatal que requirió fototerapia en el Hospital II”. La población de estudio estuvo constituida por 142 neonatos con ictericia, distribuidos en dos grupos: con y sin requerimiento de fototerapia. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a ictericia que requirió uso de fototerapia fueron: prematuridad (OR: 2.39; $p < 0.05$), lactancia materna exclusiva (OR: 2.56; $p < 0.05$), pérdida de peso (OR: 2.42; $p < 0.05$), incompatibilidad de grupo ABO (OR: 4.15; $p < 0.05$) y bajo peso al nacer (OR: 2.67; $p < 0.05$). concluyendo que la prematuridad, el bajo peso al nacer, la lactancia materna exclusiva, la pérdida de peso y la incompatibilidad de grupo ABO son factores asociados a ictericia neonatal que requirió fototerapia.

- En Lima Perú, 2013, Reina Abrigo, Raúl ⁽¹²⁾ realizaron un estudio de diseño observacional, retrospectivo, y transversal, titulado, “Prevalencia y factores de riesgo para ictericia neonatal, con recolección de la información directamente de las historias clínicas de neonatos con diagnóstico de en el Hospital Vitarte. Conclusiones: La ictericia fisiológica es una de las condiciones patológicas más frecuentes en el recién nacido y la mayor asociación con hiperbilirrubinemia posteriores al alta determinando una de las principales causas de consulta hospitalaria durante la primera semana de vida Consideramos como una gran necesidad un instrumento de diagnóstico rápido

de bilirrubinemia del recién nacido, debido a la falta de recurso humano, de laboratorio constante y las características de la población en estudio que cuenta con numerosos casos de ictericia fisiológica y un número considerable de consultas de urgencia post alta del binomio madre-hijo donde se cuenta muchas veces con la estimación visual de la ictericia la cual solo debe ser una primera aproximación a los niveles de bilirrubina, pero no determinante para una indicación certera de los pasos a seguir. Por otro lado también consideramos necesario para lograr mejor consenso, repetir este estudio en una población de un centro asistencial con mayor complejidad, que contenga mayor cantidad de registros que puedan ser representativos a fines de comparación en el análisis.

- En Juliaca Perú, 2014, Carrasco Gonzalo, ⁽¹³⁾ Realizo un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo de carácter exploratorio, titulado “Prevalencia y factores de riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal”. La muestra estuvo conformada por recién nacidos que ingresaron con diagnóstico de hiperbilirrubinemia. La población estuvo conformada por 240 neonatos con determinación de bilirrubina, nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Resultados: En el recién nacido a término se presenta una frecuencia del 60-70% y en niños prematuros hasta un 80% lo que constituye una incidencia elevada. Las concentraciones de bilirrubina en los neonatos son mucho más altas que en los adultos y se debe

fundamentalmente a una disminución de la vida media del eritrocito en el recién nacido de 70 a 90 días por la enorme poza de tejido hematopoyético que deja de funcionar al nacimiento. En el presente estudio se determinó que en el rango de 10 a 20 mg/dl de bilirrubina total reportada es donde se encuentra la mayor frecuencia (30%) de los RN registrados. Del total de neonatos estudiados el 63% presentaron hiperbilirrubinemia y el 37% fueron RN sanos. El sexo masculino es de mayor frecuencia y factor de riesgo para presentar hiperbilirrubinemia. De 3-6 días de nacidos la incidencia de hiperbilirrubinemia es mayor. El peso no es factor predisponente para presentar hiperbilirrubinemia (RN de peso normal 3-4kg mayor incidencia de hiperbilirrubinemia). Conclusiones: La prevalencia de hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital CMM de Juliaca es discretamente mayor a lo dado a conocer en las publicaciones especializadas por otras instituciones similares a la nuestra.

2.1.3. Antecedentes Locales

Después de haber revisado la bibliografía no se le encontró antecedentes locales del estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS:

Teoría de Dorothea Orem:

Para Orem ⁽¹⁴⁾ el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido; el cual tiene la

capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Refiere además que son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

El Modelo de Nola Pender

La Dra. Pender ⁽¹⁵⁾ publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables. Esta

teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender perder sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

2.3 BASES CONCEPTUALES:

Concepto Hiperbilirrubinemia:

Rolleston y McNee (1929) y Kramer (1969) demostraron que la hiperbilirrubinemia progresiva se acompañaba de avance cefalocaudal de ictericia, la cual inicia en la cara, avanza al tronco, extremidades y finalmente involucra las palmas y las plantas de los pies, es decir por simple inspección de la piel del recién nacido se puede obtener un valor aproximado, del nivel sérico de bilirrubina.⁽¹⁶⁾

Kramer (1969) demostró la correlación de la progresión cefalocaudal de la ictericia con el aumento en sangre de la bilirrubina indirecta, determinando la presencia y progresión de ictericia en el recién nacido

totalmente desnudo, y bajo luz blanca, definiendo la progresión de ictericia por el punto más distal de progresión de ictericia.⁽¹⁷⁾

Mediante el blanqueo de la piel con la presión de un dedo y la observación del color de la piel después de la presión (huella), esta técnica puede no mostrar los mismos resultados en los niños de raza negra, pero en ellos las plantas y palmas son de utilidad para la búsqueda de ictericia clínicamente significativa.⁽¹⁸⁾

No se observó ictericia en piel con concentraciones de bilirrubina indirecta menor de 4mg/dl. A mayor concentración de bilirrubina sérica se evidenció relación entre los niveles de bilirrubina y la progresión céfalocaudal de la ictericia en la piel.⁽¹⁹⁾

Ebbesen (1975), comprobó la correlación que existe entre el aumento de la concentración de bilirrubina sérica y la progresión clínica de la ictericia, concluyó que la progresión céfalo caudal de ictericia en los recién nacidos corresponde a incrementos de la concentración sérica de Bilirrubina, en determinados intervalos. Por lo tanto, la valoración visual de la progresión de ictericia en el recién nacido contribuye a la evaluación clínica de la concentración de bilirrubina sérica.⁽²⁰⁾

Ictericia fisiológica

La mayoría de los Recién Nacidos (RN) desarrollan niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2 mg/dl durante la primera semana de Vida.⁽²¹⁾

Este valor crece normalmente en los RN a término hasta un promedio de 6-8 mg/dl a los tres días de vida y disminuye a menos de 1,5 mg/dl al décimo día en RN normales.

En los primeros tres días luego del nacimiento, la ictericia neonatal afecta al 60% de los niños nacidos a término y al 80% de los pre término. Entre los factores que provocan un aumento de la incidencia podemos nombrar a la alimentación con leche materna, probablemente a causa de los elevados niveles de beta-glucoronidasa en leche materna, además de una mayor concentración de la enzima en el intestino de los neonatos.

FACTORES DE RIESGO.

Existen factores cuya presencia incrementa el riesgo de hiperbilirrubinemia: ⁽²²⁾

Factores de riesgo elevado:

- ◆ Cifras de bilirrubina sérica y cutánea en zonas de alto riesgo al alta.
- ◆ Ictericia observada en las primeras 24 horas.
- ◆ Grupo sanguíneo incompatible con test de Coombs positivo.
- ◆ Otras enfermedades hemolíticas conocidas (por ejemplo deficiencia de G6PD).
- ◆ Edad gestacional entre 35 y 36 semanas.
- ◆ Hermano con antecedentes de fototerapia.
- ◆ Céfalohematoma o contusiones importantes.

- ◆ Lactancia materna exclusiva, particularmente si hay pérdida de peso excesivo.

Factores de riesgo mínimo:

- ◆ Cifras de bilirrubina sérica y cutánea en zonas de alto riesgo intermedio al alta.
- ◆ Edad gestacional. 37 -38 semanas.
- ◆ Aparición de ictericia antes del alta.
- ◆ Hermano con antecedentes de ictericia.
- ◆ Macrosomía; hijo de madre diabética.
- ◆ Sexo varón

Factores decrecientes:

- ◆ Cifras de bilirrubina sérica y cutánea en zonas de bajo riesgo
- ◆ Edad gestacional >41 semanas
- ◆ Lactancia artificial exclusiva
- ◆ Alta hospitalaria después de 72 horas

Etiología

La principal causa de la aparición de ictericia fisiológica en el RN es la inmadurez del sistema enzimático del hígado, a esto se le suma: una menor vida media del glóbulo rojo, la poliglobulia, la extravasación sanguínea frecuente y la ictericia por lactancia.

Las causas más comúnmente implicadas son: ⁽²³⁾

1. Aumento de la oferta de bilirrubina.

- **Mayor Producción:** un RN produce el doble de bilirrubina que un adulto, esto se explica por una mayor masa globular y también por su disminución fisiológica en la 1er. semana (por menor vida media del eritrocito fetal).
- **Circulación Entero hepática:** El RN reabsorbe gran parte de la bilirrubina, debido a este mecanismo, esto se debe principalmente a que el intestino no ha instalado su flora, y a una mayor actividad de la enzima betaglucuronidasa.

Disminución en la eliminación de la bilirrubina.

Puede suceder por alteraciones en uno o más de los siguientes pasos:

- **Captación y Transporte Intracelular:** es menor en el RN y logra alcanzar los niveles del adulto al 5to. Día de vida.
- **Conjugación:** La enzima glucuroniltransferasa presenta una disminución de su actividad (no de su concentración) durante los primeros tres días de vida, aumentando luego hasta los niveles del adulto.
- **Excreción:** en caso de producción excesiva hay una “incapacidad relativa” de eliminación.
- **Circulación Hepática:** El clampeo del cordón produce una cesación brusca de la sangre oxigenada que recibía el hígado en la vida fetal, esto podría ocasionar una insuficiencia relativa y transitoria en los primeros días, también puede tener importancia la persistencia del

conducto venoso, con el cortocircuito que produce el cual excluye parcialmente al hígado de la circulación y, por lo tanto, su capacidad de aclaración de la bilirrubina.

Ictericia no fisiológica.

Se produce en las primeras 24 horas de vida, en presencia de un incremento superior a los 0,5 mg% por hora o los 5 mg% diarios; o bien, en caso de que supere los 15 mg% o 10 mg% en neonatos a término y pre término, respectivamente. ⁽²⁴⁾

Etiología. Las causas más frecuentes son:

1. Aumento patológico de la oferta de bilirrubina

-Enfermedad Hemolítica: la gran mayoría causadas por incompatibilidad Sanguínea materno-fetal (ABO o Rh).

Otras causas son:

- Anomalías en la Morfología del eritrocito: esferocitosis familiar.
- Déficit enzima glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa (G-6-PD), los cuales disminuyen la vida media de los eritrocitos. En infecciones severas (Sepsis) existen hemólisis además de otros factores, como causa de Ictericia.
- Hematomas y Hemorragias: Un ejemplo de estos son los cefalohematomas, cuya reabsorción aumenta la oferta de bilirrubina.
- Incremento en la Reabsorción Intestinal: en condiciones patológicas, la mayor actividad del circuito entero hepático produce un aumento de la oferta de bilirrubina al hígado, como sucede en el retraso en la

alimentación gástrica en RN enfermos o la presencia de obstrucción intestinal total y parcial.

- Policitemia: Por mayor volumen globular, esto ocasiona una destrucción y producción aumentada de bilirrubina que llevaría a una hiperbilirrubinemia, generalmente entre el 3er. y 4to. Día.

2. Disminución patológica de la eliminación

- Defectos Enzimáticos Congénitos: déficit enzima G-6-PD: Síndrome de Crigler-Najjar

- Tipo I: déficit total.
- Tipo II: déficit parcial, pronóstico menos severo que responde al

Tratamiento con Fenobarbital.

- Ictericia Acolúrica Familiar Transitoria: (Síndrome de Lucey-Driscoll).

Se presentan en RN cuyas madres son portadoras de un factor inhibitorio en el suero que impide la conjugación.

-Ictericia por incompatibilidad de factor Rh.

Es la causa más frecuente de ictericia neonatal No fisiológica y en el 97% de los casos se debe a iso sensibilización para el antígeno Rh D.

La Administración profiláctica de inmunoglobulina Anti-D, ha disminuido sustancialmente los casos de mujeres iso sensibilizadas y como consecuencia disminuyeron los RN ictericos por este motivo.

Diagnóstico

El plan de estudios del RN icterico se basa en un trípode: ⁽²⁵⁾

- Interrogatorio

- Examen Clínico

- Laboratorio

Interrogatorio: Investigar sobre Antecedentes de: ictericia y anemia crónica familiar, drogas tomadas durante el embarazo. Antecedentes Perinatales: buscar datos correspondientes al Embarazo y el parto (parto Traumático, fórceps, ginecorrágia del tercer trimestre, inducción con oxitocina, etc.).

Examen Clínico: La presencia de la coloración icterica de la piel puede ser el único signo clínico. Su aparición sigue, en general, una distribución céfalo-caudal. la progresión de la ictericia dérmica y los niveles de Bilirrubina sérica determinados por Kramer.

Zona 1: 4 a 7 mg/dl. ⁽²⁶⁾

Zona 2: 5 a 8,5 mg/dl;

Zona 3: 6 a 11,5 mg/dl;

Zona 4: 9 a 17 mg/dl;

Zona 5: > de 15 mg/dl.

Si hay hemólisis se puede acompañar de otros signos como palidez de piel y mucosas, hepatoesplenomegalia, edema generalizado (HidropsFetalis) etc.

Otro síntoma frecuentemente asociado a la hemólisis es la hipoglucemia, como resultado de la hiperplasia pancreática.

Se debe buscar la presencia de cefalohematomas y otras hemorragias internas, como causa de hiperbilirrubinemia. La

presencia de petequias y púrpuras sugieren la posibilidad de infección post natal.

Laboratorio: Existen exámenes básicos que contribuirán a realizar el diagnóstico fisiopatológico: ⁽²⁷⁾

-Dosaje de Bilirrubinemia Total y Directa.

-Reacción de Coombs Directa e Indirecta.

-Hematocrito y Hemoglobina: para valorarla presencia de Anemia asociada.

- Recuentos de Reticulocitos.

Tratamiento

Las alternativas para el tratamiento de la hiperbilirrubinemia son las siguientes: ⁽²⁸⁾

- Fototerapia
- Exanguinotransfusión
- Terapia Farmacológica

Fototerapia: Es la terapéutica de elección y la más difundida para el tratamiento de la ictericia neonatal. Su administración redujo en gran medida el uso de la exanguinotransfusión y no se demostraron efectos adversos en la evolución alejada de los niños tratados.

Exanguinotransfusión: El procedimiento consiste en extraer lentamente sangre del paciente y reemplazarla con sangre o plasma fresco de un donante.

Terapia farmacológica

-Mesoporfirina: Inhibe el catabolismo del hemo, y por lo tanto, la producción de bilirrubina, disminuyendo así sus niveles plasmáticos. Es esencialmente inocua, ya que puede por un lado, moderar los índices de incremento de bilirrubina, y por el otro, disminuir significativamente los requerimientos de fototerapia en los RN prematuros.

- Fenobarbital: Es un inductor enzimático, que estimula las etapas de captación, conjugación y excreción de la bilirrubina. Por estar asociado aun: potencial desarrollo de adicción, sedación excesiva y efectos metabólicos adversos, han limitado su aplicación a los RN con déficit de G-6-PD.

También puede ser útil para diferenciar el Síndrome de Crigler- Najjar tipo II del tipo I. La administración a la madre durante el embarazo en el último trimestre se asoció con una disminución: en los niveles de bilirrubina sérica en el RN, y el riesgo de Kernicterus.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Ha: Los factores maternos y neonatales son factores de riesgo a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

Ho: Los factores maternos y neonatales NO son factores de riesgo a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente:

- Ictericia neonatal

Variable independiente:

Factores maternos, neonatales

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensión	INDICADOR	Calificación	Escala
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Ictericia Neonatal	Única	Ictericia Neonatal	SI NO	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Factores Asociados	Factores Maternos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incompatibilidad sanguínea ✓ Uso de oxitocina ✓ Diabetes gestacional ✓ Relación con el Síndrome de aspiración meconial 	SI NO	Nominal dicotómica.
	Factores Neonatales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalohematoma ✓ Prematurez, ✓ Género masculino, hermano ,con historia de hiperbilirrubinemia ✓ Presencia de sepsis neonatal 	SI NO	Nominal dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
DE LA MADRE:				
Edad	Única	Edad	En años	De razón
Grado de instrucción	Única	Grado de instrucción	Primaria Secundaria superior	Ordinal
Estado civil	Única	Estado civil	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Nominal
Ocupación	Única	Ocupación	Ama de casa Comerciante Empleada	Nominal
Número de dependientes económicos	Única	Número de dependientes económicos	Número	De razón
Control prenatal	Única	Control prenatal	SI NO	Nominal

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, la investigación fue retrospectiva.

De acuerdo el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue analítico.

3.1.1. Enfoque:

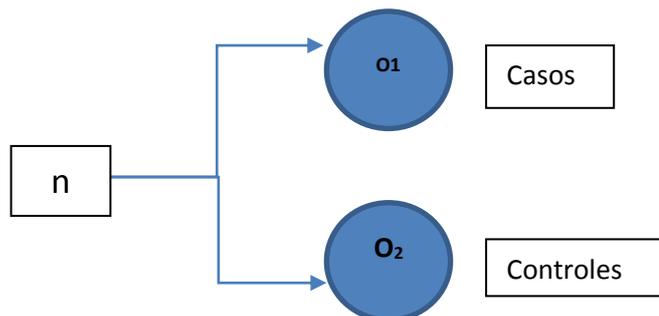
El estudio se sujetó a un enfoque cuantitativo ya que se recolectó la información y se analizó los datos a fin de contestar las preguntas de investigación haciendo uso de la estadística

3.1.2. Nivel:

Se siguió el nivel relacional analítico bivariado

3.1.3. Diseño:

Se realizó un estudio de diseño observacional tipo casos y controles, con el siguiente diagrama: :



3.2. POBLACIÓN y MUESTRA:

La población estuvo conformada por los neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital de contingencia Tingo María, 2015, que en total fueron 60 neonatos.

3.2.1. Criterios de Inclusión

- ✓ Neonatos con ictericia.
- ✓ Neonatos sin ictericia.

3.2.2. Criterios de Exclusión.

- ✓ Neonatos que presenten otras patologías.

3.2.3. Tamaño de la muestra:

La selección de los casos (neonatos con ictericia) y la selección de controles (neonatos sin ictericia)

Formulas:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- ✓ $Z_{1-\alpha/2}$: nivel de confianza al 95% = 1.96
- ✓ $Z_{1-\beta}$: poder estadístico (80%) = 0.84
- ✓ P: Probabilidad de existir o tasa de prevalencia (50%) = 0.50
- ✓ P_1 : Frecuencia de exposición entre los controles (40%) = 0.40
- ✓ P_2 : Frecuencia de exposición entre los casos.
- ✓ W: Odds ratio previsto = 4.

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2) + wp_2} = \frac{4 \times 0,40}{(1-0,40) + 4 \times 0,40} = \frac{1,6}{0,60 + 1,6} = 0,73$$

$$n = \frac{\left[1,96 \sqrt{2 \times 0,565 \times (1-0,565)} + 0,84 \sqrt{0,73 \times (1-0,73)} + 0,4 \times (1-0,4) \right]^2}{(0,73 - 0,4)^2}$$

n = 30 neonatos

Por tanto, se necesitó un grupo de n=30 casos y otros 30 controles.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.3.1. Para la recolección de datos:

Técnica.

La técnica utilizada fue: La observación, y el análisis documental

Instrumento.

Asimismo, el instrumento utilizado fue:

Guía de observación y/o recolección de datos; estuvo compuesto de datos generales de la madre y del recién nacido. Asimismo, se tuvo en cuenta datos relacionados con el embarazo y las infecciones de tracto urinario como de la prematuridad (Anexo 01).

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, con el fin de determinar hasta dónde los ítems de los instrumentos son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir.

Se seleccionó a 07 jueces o expertos, estos profesionales juzgaron la “bondad” de los ítems de los instrumentos, en términos de relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad y la tendenciosidad o sesgo de la formulación de los ítems.

Cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio; objetivos e hipótesis, matriz de consistencia entre otros. De igual manera, recibieron una ficha de validación compuesta por dos tablas de apreciación (una específica para cada instrumento y otra general); en el cual se recogió la información de cada experto. Dicho instructivo contenía los cuatros criterios de evaluación: relevancia, suficiencia, coherencia y claridad; y esta evaluación sirvió para determinar si el instrumento podía o no ser aplicado en la prueba piloto y posteriormente en la población en estudio; o en su defecto, si es que necesitaban hacer las correcciones pertinentes que beneficiaran al desarrollo de la investigación.

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del presente estudio de investigación, se realizaron los siguientes procedimientos:

Se realizó una prueba piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto y por último, se procedió a determinar el análisis de confiabilidad a través de la Prueba de Alfa de Crombach, para determinar si los instrumentos son confiables para ser aplicados dentro de la población en estudio.

3.3.2. Para la presentación de datos

Para la presentación de los datos de la presente investigación se tomó en cuenta las siguientes etapas:

Revisión de los datos.- En esta etapa se examinó en forma crítica los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio; de igual manera, se realizó el control de calidad respectivo a fin de hacer las correcciones necesarias en los mismos.

Codificación de los datos.- Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables consideradas en el estudio.

Procesamiento de los datos.- Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel 2010, previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz; posteriormente para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico SSPS 22.00.

Plan de tabulación de datos.- Con base en los datos que se obtengan y para responder al problema y objetivos planteados al inicio en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitará la observación de las variables en estudio: Factores de Riesgo para la Ictericia Neonatal.

Presentación de datos.- Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico correspondiente a los factores de riesgo a ictericia neonatal en la muestra en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos

➤ **Análisis descriptivo.-** Se detallaron las características de cada una de las variables según grupos de estudio, de acuerdo al tipo de variable; se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencia para las variables categóricas.

Análisis inferencial.- Para demostrar la fuerza de asociación de las variables se utilizó el Odds Ratio en la que se determino de la siguiente manera:

OR > 1: factor de riesgo

OR < 1: factor de protección

OR = 1: no hay asociación

Asi mismo se utilizó el estadístico no paramétrico Chi Cuadrado para establecer relación teniendo en cuenta significancia estadística con un $p < 0,05$

El procesamiento de los datos se llevo a cabo con el paquete estadístico SSPS versión 22.0 para Windows.

CAPÍTULO IV

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo

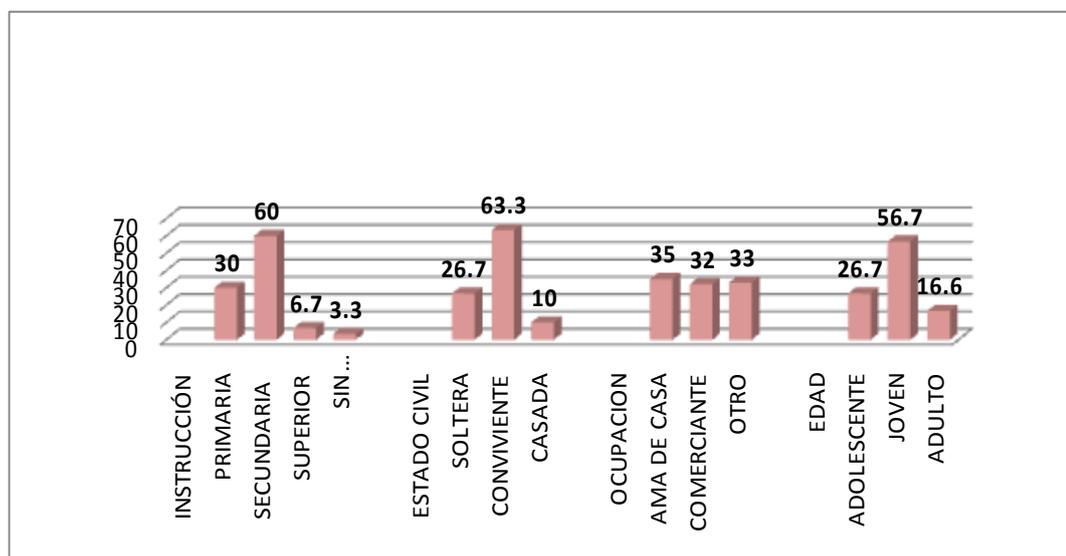
4.1.1 Datos Sociodemográficos

TABLA N° 01: Distribución de la población según Datos sociodemográficos Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

Datos de caracterización	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	18	30.0
SECUNDARIA	36	60.0
SUPERIOR	4	6.7
SIN INSTRUCCIÓN	2	3.3
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	16	26.7
CONVIVIENTE	38	63.3
CASADA	6	10.0
OCUPACION		
AMA DE CASA	21	35.0
COMERCIANTE	19	32.0
OTRO	20	33.0
EDAD		
ADOLESCENTE	16	26.7
JOVEN	34	56.7
ADULTO	10	16.6

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 01: Porcentaje de Distribución de la población según Datos sociodemográficos Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



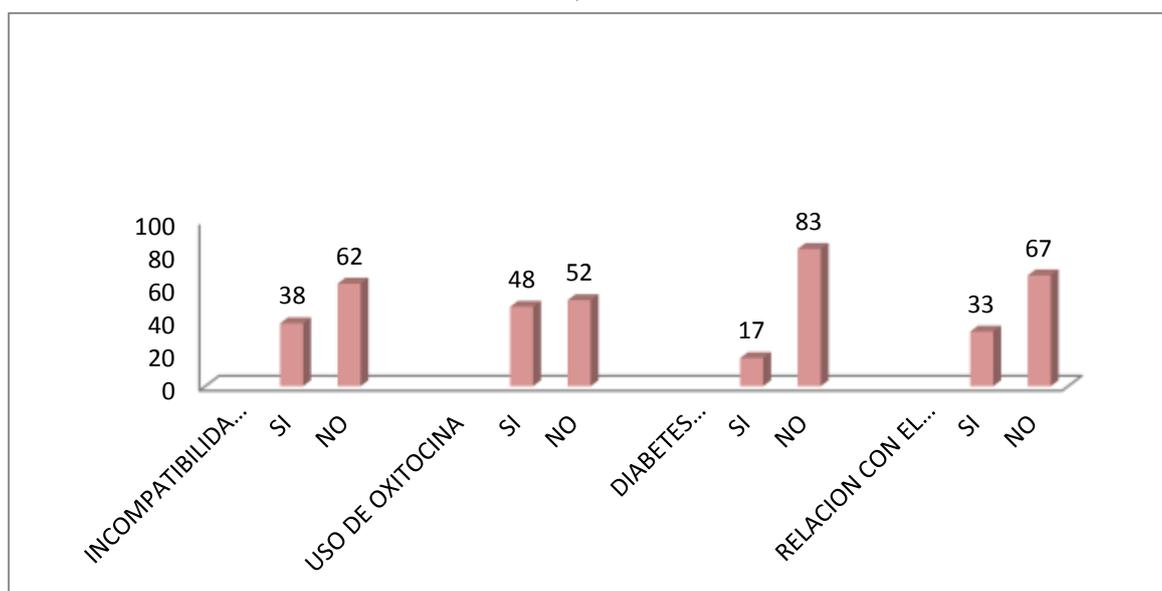
En referencia a las variables de caracterización, se pudo observar en relación al grado de instrucción el mayor porcentaje fue en los que tuvieron instrucción secundaria (60%) y en menor porcentaje los que no tuvieron instrucción (3,3%).según el estado civil el mayor porcentaje fue conviviente (63.3%) en relación a la ocupación se puede observar que el mayor porcentaje son amas de casa con (35%), y en menor porcentaje comerciante (32%), en relación a la edad, que el mayor porcentaje fue en el grupo de edad de joven (56,7%); y en menor porcentaje adultos (16.6%)

TABLA N° 02: Distribución de la población en estudio según Factores Maternos a la ictericia neonatal, Hospital de contingencia Tingo María, 2015

Factores Maternos	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100.0
INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA		
SI	23	38.0
NO	37	62.0
USO DE OXITOCINA		
SI	29	48.0
NO	31	52.0
DIABETES GESTACIONAL		
SI	10	17.0
NO	50	83.0
RELACION CON EL SINDOME DE ASPIRACION MECONIAL		
SI	20	33.0
NO	40	67.0

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 02: Porcentaje de Distribución de la población en estudio según Factores Maternos a la ictericia neonatal, Hospital de contingencia Tingo María, 2015



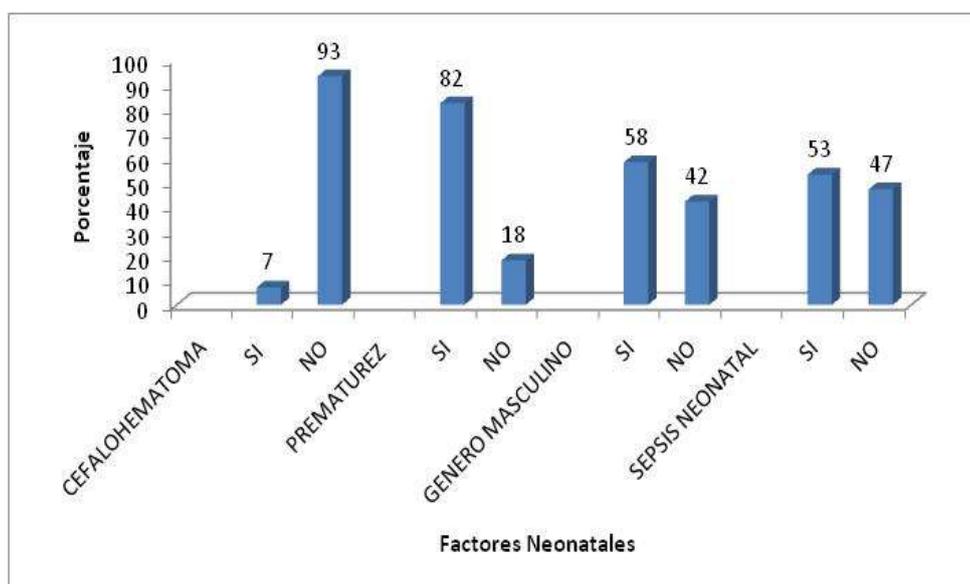
En referencia a los factores maternos, se pudo observar que la incompatibilidad sanguínea estuvo presente en un (38%) y en un (62%) no estuvo presente, el uso de oxitocina estuvo presente en un (48%) y en un (52%) no estuvo presente, la diabetes gestacional estuvo presente en un (17%), y en un (83%) no estuvo presente, en relación al pasaje de meconio estuvo presente en un (33%) y en un (67%); no estuvo presente

TABLA N° 03: Distribución de la población en estudio según Factores Neonatales de riesgo a la ictericia neonatal, Hospital de Contingencia Tingo María, 2015.

Factores Neonatales	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100.0
CEFALOHEMATOMA		
SI	4	7.0
NO	56	93.0
PREMATUREZ		
SI	49	82.0
NO	11	18.0
GENERO MASCULINO		
SI	35	58.0
NO	25	42.0
SEPSIS NEONATAL		
SI	32	53.0
NO	28	47.0

Fuente: (Cuestionario estructurado)

GRAFICO N° 03: Porcentaje de la población en estudio según Factores Neonatales de riesgo a la ictericia neonatal, Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



En referencia a los factores neonatales, se pudo observar que el cefalohematoma estuvo presente en un (7%) y en un (93%) no estuvo presente, la prematurez estuvo presente en un (82%) y en un (18%); no estuvo presente, el género masculino estuvo presente en un (58%) y en un (42%) no estuvo presente, la sepsis neonatal estuvo presente en un (53%) y en un (47%) no estuvo presente.

4.2 Análisis Inferencial

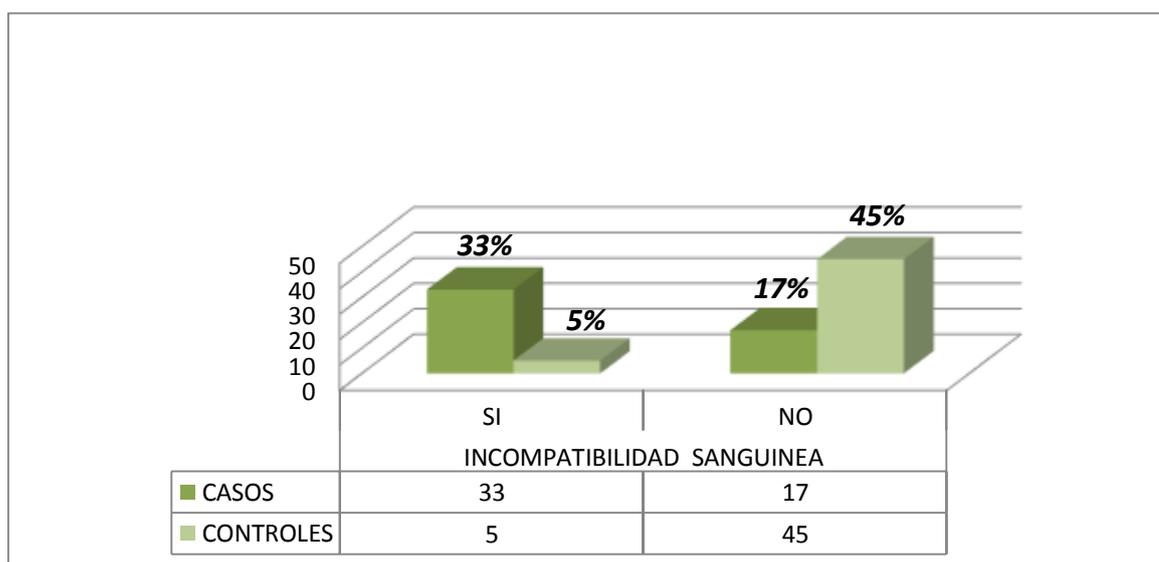
4.2.1 En relación a Factores Maternos

TABLA N° 04: Relación entre ictericia neonatal e Incompatibilidad Sanguínea Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

ICTERICIA	INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	20	33.0	10	17.0	30	50.0	18	0,008	20.3
CONTROLES	3	5.0	27	45.0	30	50.0			
TOTAL	23	38.0	37	62.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 04: Porcentaje de Relación entre ictericia neonatal e Incompatibilidad Sanguínea Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



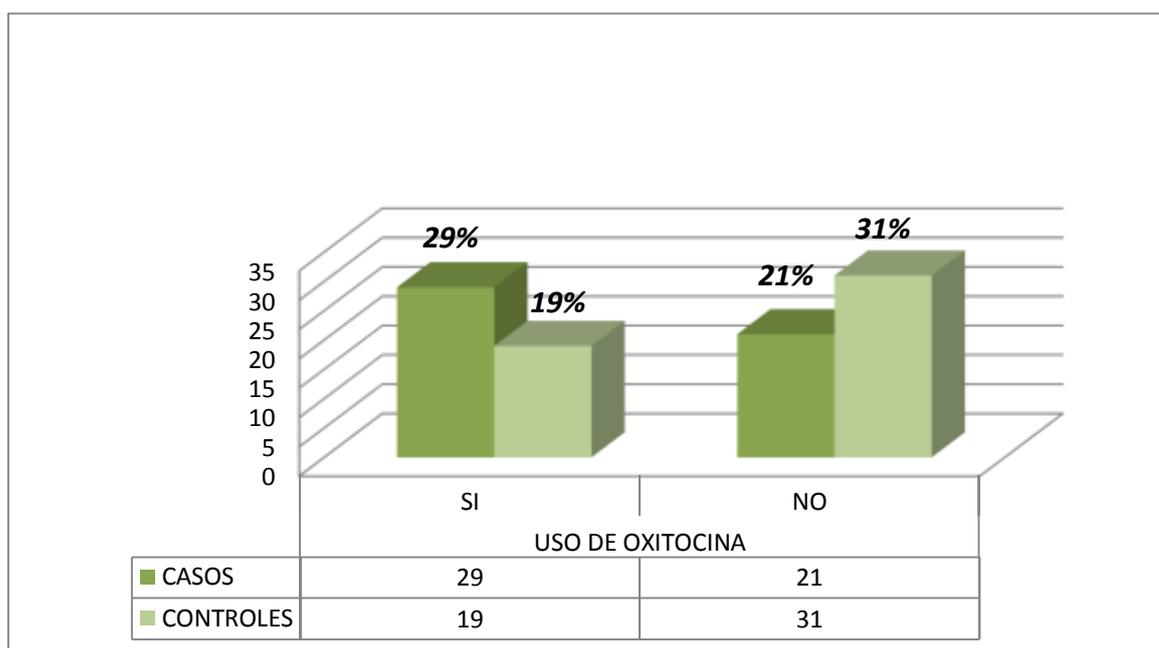
En la tabla N° 04, En referencia al factor de riesgo materno incompatibilidad sanguínea, se obtuvo un (OR: 18), lo cual indica de que existe 18 veces mayor probabilidad de que un neonato con incompatibilidad sanguínea presente ictericia neonatal.

**TABLA N° 05: Relación entre Ictericia Neonatal y uso de Oxitocina
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**

ICTERICIA	USO DE OXITOCINA				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	17	29.0	13	21.0	30	50.0	1.96	0,019	1.66
CONTROLES	12	19.0	18	31.0	30	50.0			
TOTAL	29	48.0	31	52.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

**Grafico N° 05: Porcentaje de Relación entre ictericia neonatal y uso de
oxitocina
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**



En la tabla N°05, En referencia al factor de riesgo materno el uso de oxitocina, se obtuvo un (OR: 1.96), lo cual indica de que existe 2 veces mayor probabilidad de que el uso de oxitocina produzca ictericia neonatal.

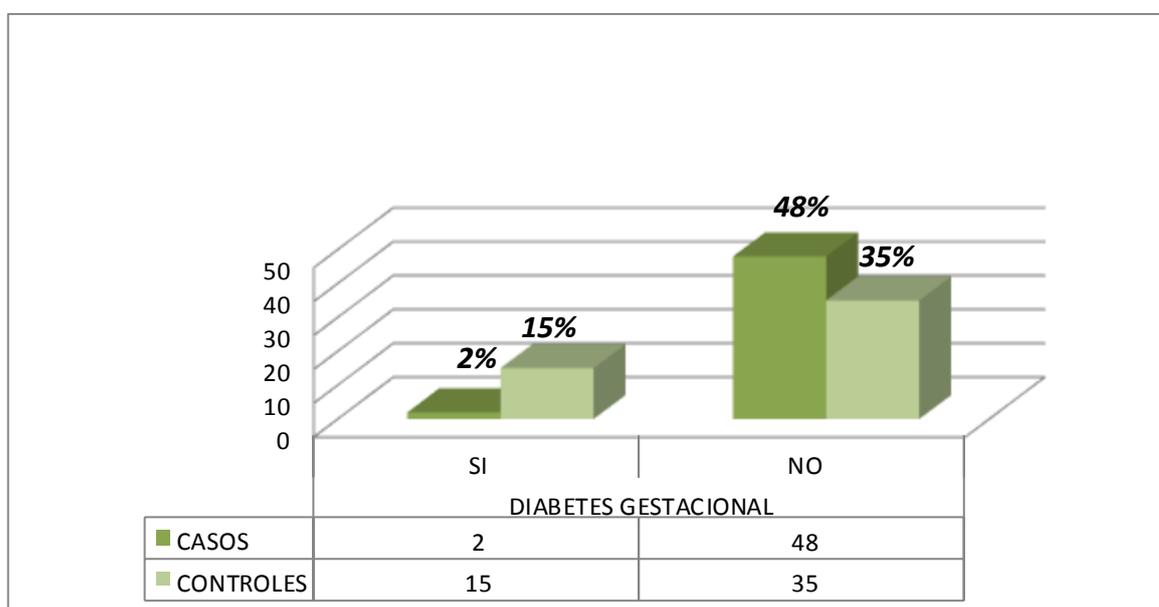
TABLA N° 06: Relación entre ictericia neonatal y Diabetes Gestacional

Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

ICTERICIA	DIABETES GESTACIONAL				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	1	2.0	29	48.0	30	50.0	0.08	0,001	0.6
CONTROLES	9	15.0	21	35.0	30	50.0			
TOTAL	10	17.0	50	83.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

**Grafico N° 06: Porcentaje de Relación entre Ictericia Neonatal y Diabetes Gestacional
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**



En la tabla N°06, En referencia al factor de riesgo materno diabetes gestacional, se obtuvo un (OR: 0.08), lo cual indica de que no existe una probabilidad de que un neonato de madre con diabetes gestacional presente ictericia neonatal.

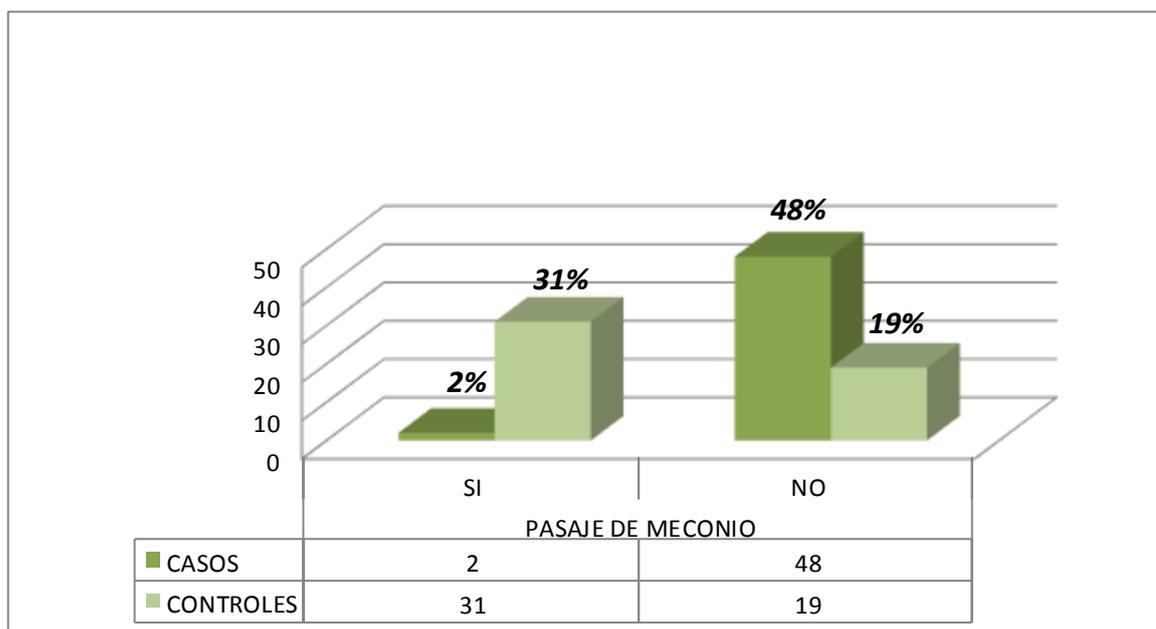
TABLA N° 07: Relación entre Ictericia Neonatal y Pasaje de meconio

Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

ICTERICIA	PASAJE DE MECONIO				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	1	2.0	29	48.0	30	50.0	1.0	0,006	0.6
CONTROLES	19	31.0	11	19.0	30	50.0			
TOTAL	20	33.0	40	67.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 07: Porcentaje de Relación entre ictericia neonatal y pasaje de meconio
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



En la tabla N° 07, En referencia al factor de riesgo materno pasaje de meconio, se obtuvo un (OR: 1.0), lo cual indica de que el pasaje de meconio no es un factor de riesgo a ictericia neonatal.

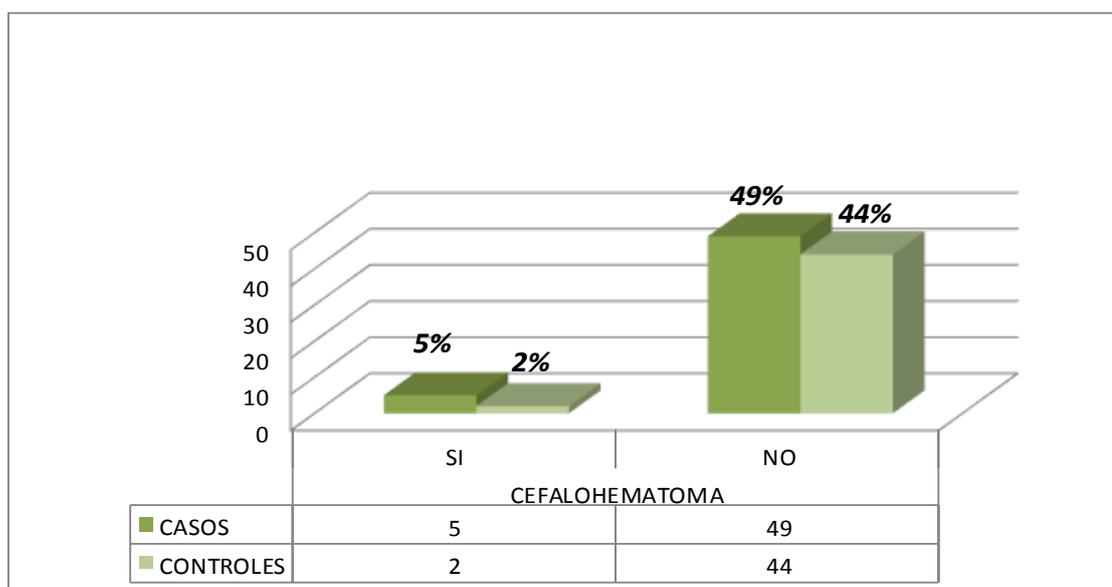
4.2.2 En Relación a Factores Neonatales

TABLA N° 08: Relación entre ictericia neonatal y Cefalohematoma Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

ICTERICIA	CEFALOHEMATOMA				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	3	5.0	27	49.0	30	50.0	3.2	0,055	1.07
CONTROLES	1	2.0	29	44.0	30	50.0			
TOTAL	4	7.0	56	93.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 08: Porcentaje de Relación entre ictericia neonatal y Cefalohematoma Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



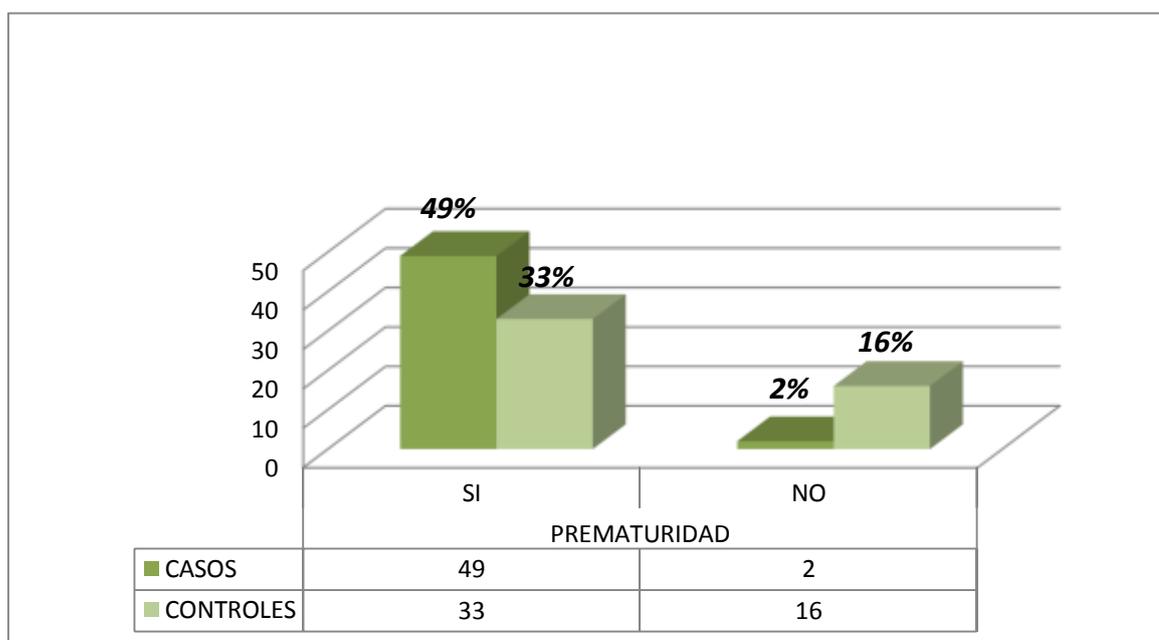
En la tabla N° 08, En referencia al factor de riesgo neonatal cefalohematoma, se obtuvo un (OR: 3.2), lo cual indica de que existe 3 veces mayor probabilidad de que un neonato con cefalohematoma presente ictericia neonatal.

TABLA N° 09: Relación entre ictericia neonatal y Prematuridad Hospital de Contingencia Tingo María, 2015

ICTERICIA	PREMATURIDAD				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	29	49.0	1	2.0	30	50.0	14.5	0,004	9.1
CONTROLES	20	33.0	10	16.0	30	50.0			
TOTAL	49	82.0	11	18.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

Grafico N° 09: Porcentaje de Relación entre Ictericia Neonatal y Prematuridad Hospital de Contingencia Tingo María, 2015



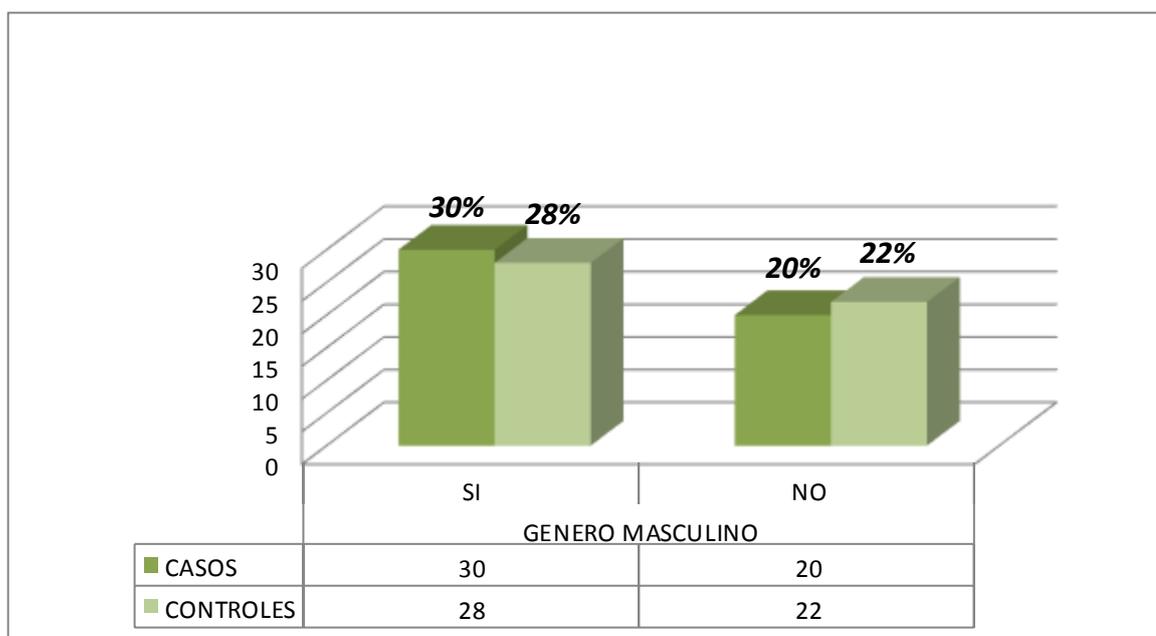
En la tabla N° 09, En referencia al factor de riesgo neonatal prematuridad, se obtuvo un (OR: 14.5), lo cual indica de que existe 15 veces mayor probabilidad de que un neonato prematuro presente ictericia neonatal.

**TABLA N° 10: Relación entre ictericia neonatal y Género Masculino
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**

ICTERICIA	GENERO MASCULINO				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	18	30.0	12	20.0	30	50.0	1.1	0,005	0.06
CONTROLES	17	28.0	13	22.0	30	50.0			
TOTAL	35	58.0	25	42.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

**Grafico N° 10: Porcentaje de Relación entre Ictericia Neonatal y Género Masculino
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**



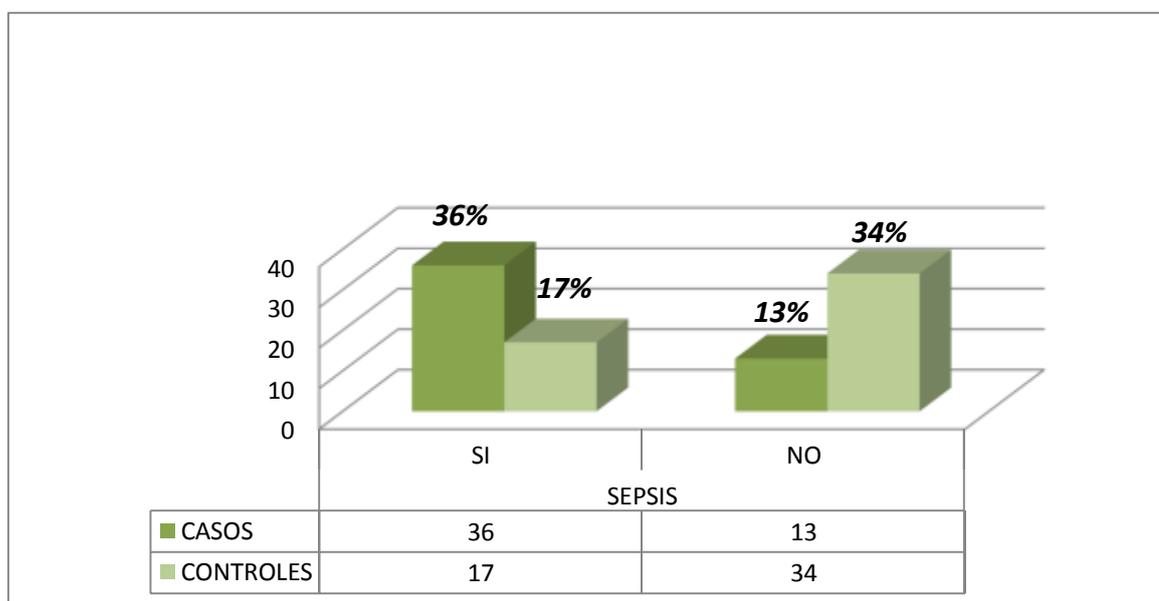
En la tabla N° 10, En referencia al factor de riesgo neonatal género masculino, se obtuvo un (OR: 1.1), lo cual indica de que existe una probabilidad leve de que un neonato de género masculino presente ictericia neonatal.

**TABLA N° 11: Relación Entre Ictericia Neonatal Y Sepsis
Hospital De Contingencia Tingo María, 2015**

ICTERICIA	SEPSIS				TOTAL		OR	VALOR p	chi
	SI		NO		N°	%			
	N°	%	N°	%					
CASOS	22	36.0	8	13.0	30	50.0	5.5	0,004	9.6
CONTROLES	10	17.0	20	34.0	30	50.0			
TOTAL	32	53.0	28	47.0	60	100.0			

Fuente: (Cuestionario estructurado)

**Grafico N° 11: Porcentaje de relación entre Ictericia Neonatal y Sepsis
Hospital de Contingencia Tingo María, 2015**



En la tabla N° 11, En referencia al factor de riesgo neonatal presencia de sepsis, se obtuvo un (OR: 5.5), lo cual indica de que existe 6 veces mayor probabilidad de que un neonato con sepsis presente ictericia neonatal.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los hallazgos muestran que la presencia de ictericia neonatal en el ámbito del hospital es multicausal que van desde factores maternos, neonatales y demográficos, el conocimientos en medidas preventivas para evitar la ictericia en el recién nacido son deficientes, lo cual conlleva a que existan factores de riesgo asociados para la presencia del mismo en los neonatos.

En referencia a los factores maternos asociados para la ictericia neonatal como uso de oxitocina, se obtuvo un (OR: 1.96), lo cual indica estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal. Incompatibilidad sanguínea, se obtuvo un (OR: 18), lo cual indica estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal, en base a ello Arenas Y. (18) en su estudio, concluyó cómo la inmunoglobulina endovenosa tiene el suficiente sustento bibliográfico para su uso como alternativa de manejo en la hiperbilirrubinemia por incompatibilidad ABO, en busca de disminuir la necesidad de llevar al recién nacido a procedimientos invasivos como la exanguinotransfusión, del mismo modo Amador L. (20), en su estudio refiere que las variables en estudio como factores asociados a ictericia que requirió uso de fototerapia fueron: prematuridad (OR: 2.39; $p < 0.05$), lactancia materna exclusiva (OR: 2.56; $p < 0.05$), pérdida de peso (OR: 2.42; $p < 0.05$), incompatibilidad de grupo ABO (OR: 4.15; $p < 0.05$) y bajo peso al nacer (OR: 2.67; $p < 0.05$), son factores asociados a ictericia neonatal. Del mismo modo Campo A, (11), en su

estudio determinó que el uso de oxitocina se encuentra como factor de riesgo en menor cuantía, asociada a ictericia neonatal.

En referencia a los Factores neonatales asociados a la ictericia del recién nacido se observó que la presencia de cefalohematoma, (OR: 3.2), lo cual indica estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal. Prematuridad, (OR: 14.5), lo cual indica estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal. Sexo masculino, (OR: 1.1), presencia de Sepsis, (OR: 5.5), lo cual indica estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal. Al respecto Campo A, (11) en su estudio manifiesta que de 173 recién nacidos que ingresaron al Departamento de Neonatología con diagnóstico de hiperbilirrubinemia agravada, 74 fueron prematuros, Gallegos J (14) concluye que Los factores de riesgo asociados a la ictericia neonatal fueron la edad gestacional menor de 35 semanas ($p < 0.05$, RR = 1.45, IC 95%: 1.03 - 2.05), y la sepsis ($p < 0.05$, RR = 1.88, IC 95%: 1.10 - 2.05). Morales, Mario (16) en su estudio concluye que de 18 recién nacidos en el período de estudio lo que representa el 16,2 por mil de reingresos. Trece fueron del sexo masculino (72.2%) y 5 de sexo femenino (27,8%). Primigestas correspondieron a 83,3% y fueron producto de segunda gestación o más un 16,7%. La vía de parto fue en un 77,7% parto vaginal y en un 22.3% por cesárea. Tenían 37 semanas de edad gestacional o menor tiempo de gestación 9 (50%). Amador L. (20) en su estudio concluye que el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a ictericia que requirió uso de fototerapia fueron: prematuridad (OR: 2.39; $p < 0.05$), lactancia materna exclusiva (OR: 2.56; $p < 0.05$), pérdida de peso (OR: 2.42;

$p < 0.05$), Carrasco E (22) en su estudio manifiesta que del total de neonatos estudiados el 63% presentaron hiperbilirrubinemia y el 37% fueron RN sanos. El sexo masculino es de mayor frecuencia y factor de riesgo para presentar hiperbilirrubinemia. De 3-6 días de nacidos la incidencia de hiperbilirrubinemia es mayor. El peso no es factor predisponente para presentar hiperbilirrubinemia (RN de peso normal 3-4kg mayor incidencia de hiperbilirrubinemia).

CONCLUSIONES

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

- En referencia a los factores maternos se determinó que el uso de oxitocina, (OR: 1.96), y la Incompatibilidad sanguínea, (OR: 18), mostraron estar presente significativamente como factor de riesgo asociado para la ictericia neonatal.
- En referencia a los factores neonatales se determinó que la presencia de cefalohematoma, (OR: 3.2), Prematuridad, (OR: 14.5), Sexo masculino, del recién nacido (OR: 1.1), presencia de Sepsis neonatal (OR: 5.5), mostraron estar presente significativamente como factor de riesgo para la ictericia neonatal.

RECOMENDACIONES

- Al personal de salud debe diseñar un plan de trabajo anual, considerando prioritariamente las actividades de promoción de la salud, enfocando el escenario de familias y entornos saludables, donde desarrollara efectivamente los ejes temáticos de: (Autocuidado e higiene y ambientes saludables). Enfocados en aquellos factores de riesgo identificados como causantes de la ictericia neonatal en la población objetivo y prevenir nuevos casos de ictericia neonatal
- A las familias sensibilizadas y empoderadas en la aplicación adecuada de prácticas saludables de autocuidado, ambientes y entornos saludables tienen el compromiso de expandir la experiencia a otras familias de su entorno para prevenir casos nuevos de ictericia neonatal en la población general.
- Diseñar estudios de mayor nivel para asegurar una mejor medición de los factores asociados que conllevan a la ictericia neonatal en gestantes atendidas en el hospital.
- El equipo técnico de promoción de la salud debe diseñar planes de intervención para prevención y controlar la presencia de nuevos casos de ictericia neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Spinellia S, García H, Aspresa N, Boccaccioc C, De Lucae J, Tovo A, et al. Prevalencia de ictericia en el Período neonatal en un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Hosp. Mat. Inf. 2012 Julio; 30(1).
2. Gonzales de Prada EM. Hiperbilirrubinemia neonatal. RevSoc Bol Ped. 2005 abril; 44(1).
3. Lamas F. Hiperbilirrubinemia Neonatal. [Online]. 2011. (Citado el 15 de octubre del 2015). Disponible en:
http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Pediatria/Ped-52%20Hiperbilirrubinemia%20Neonatal_v0-11.pdf.
4. Echeverría González C. Intervención educativa para detección de ictericia clínicamente significativa por parte de las madres en un Hospital de Bogotá, 2013. 2013. Para optar el título de Maestría en Epidemiología.
5. Amador Morillo L. Factores asociados a ictericia neonatal que requirió fototerapia en el Hospital II – EsSalud Cajamarca periodo 2013. 2013 Noviembre. Tesis para optar el título de médico cirujano.
6. ibíd..pag. 45.
7. Carrasco Gonzalo E. Prevalencia y factores de riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca, Perú. Revista Científica "Investigación Andina". 2015 Junio; 15(01).
8. Villalobos Alcázar G, Guzmán Bárcenas J, González Pérez V, Rojas Hernández A. Factores promotores de la hiperbilirrubinemia neonatal no hemolítica, en una unidad de cuidados intermedios del recién nacido. Perinatal ReprodHum. 2011 Julio 2011; 15(03).

9. Spinellia S. Op. cit., pág. 11.
10. Gallegos Dávila JA, Rodríguez Balderrama I, Rodríguez Bonito R, Abrego Moya V, Rodríguez Camelo G. México, 2011. Gallegos Dávila, José Alfredo; Rodríguez Balderrama, Isaías; Rodríguez Bonito, Rogelio; Abrego Moya, Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario. Medicina Universitaria. 2010 Octubre; 11(45).
11. Amador Morillo L. op. cit., pág. 17.
12. Reina Abrigo R. Prevalencia y factores de riesgo para ictericia neonatal en el servicio de Pediatría del Hospital Vitarte de enero 2013 a diciembre 2013. 2013. Para optar el título de Médico Cirujano.
13. Carrasco Gonzalo E. op. cit., pág. 89.
14. CICAT. Teorías y modelos de enfermería. 2015. Disponible desde: <http://cicatnet.com/web/2015/06/15/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>.
15. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 15.
16. Echeverría González CLOc, p1. Op. cit., pág. 16.
17. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 17.
18. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 14.
19. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 18.
20. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 20.
21. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 22.
22. Erráz Jaramillo PJ. "Incidencia, factores de riesgo, y manejo de ictericia patológica en el servicio de neonatología del hospital general provincial isidro ayora de la ciudad de Loja en el año 2007". 2009. Tesis previa a la obtención del Título de Médico General.

23. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 15.
24. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 17.
25. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 24.
26. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 25.
27. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 26.
28. Erráez Jaramillo PJ. Op. cit., pág. 28.
29. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. RevMexPediatr. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
30. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013. (Citado el 15 de octubre del 2015). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
31. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012. (Citado el 15 de octubre del 2015). Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp.
32. ibíd..pag. 10.
33. Reporte de unidad de epidemiología, estadística e informática hospital de Tingo María 2015.

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores de riesgo a la Ictericia Neonatal en el Hospital de Contingencia Tingo María, 2015.

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

1. **Edad:** _____ en años.

2. **Grado de instrucción:**

- Sin estudios ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria Completa ()
- Universitario ()

3. **Estado civil:**

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

4. **Ocupación:**

- Ama de casa ()
- Comerciante ()
- Empleada ()
- Otro () Especifique: _____

II. FACTORES RELACIONADOS CON LA ICTERICIA NEONATAL:

FACTORES MATERNOS.

1. **Presenta incompatibilidad sanguínea**

- a) Si
- b) No

2. **uso de oxitocina**

- a) Si
- b) No

3. **diabetes gestacional**

- a) Si
- b) No

4. Relación con el pasaje de meconio

- a) Si
- b) No

FACTORES NEONATALES

5. Cefalohematoma

- a) Si
- b) No

6. Prematurez.

- a) Si
- b) No

7. género masculino hermano con historia de hiperbilirrubinemia.

- a) Si
- b) No

8. Presencia de sepsis neonatal.

- a) Si
- b) No

**ANEXO Nº 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“Factores de Riesgo a la Ictericia Neonatal, Hospital de Contingencia Tingo María, 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION
<p>PROBLEMA GENREAL. ¿Cuáles son los factores asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>✓ Cuáles son los Factores maternos asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?</p> <p>✓ Cuáles son los Factores neonatales asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENREAL. Determinar los factores asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar los Factores maternos asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015</p> <p>Identificar los Factores neonatales asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María en el periodo de enero a octubre del 2015.</p> <p>Identificar los Factores del grupo.</p>	<p>H_a: los factores maternos, neonatales están asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.</p> <p>H_o: los factores maternos, neonatales no están asociados a la ictericia neonatal en el Hospital de contingencia Tingo María, 2015.</p>	<p>V.I: Factores maternos, neonatales</p> <p>V.D: Ictericia neonatal</p>	<p>MATERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incompatibilidad sanguínea ✓ Uso de oxitocina ✓ Diabetes gestacional. ✓ Relación con pasaje de meconio. <p>NEONATALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalohematoma. ✓ Prematurez ✓ Género masculino hermano con historia de hiperbilirrubinemia ✓ Sepsis neonatal 	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>De acuerdo a la intervención del investigador, el estudio será observacional.</p> <p>De acuerdo a la planificación de la toma de datos, la investigación será retrospectiva.</p> <p>De acuerdo el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, será transversal.</p> <p>Y, según el número de variables de interés, el estudio será analítico.</p> <p>Diseño del estudio</p> <p>Se realizara un estudio retrospectivo descriptivo caso y control. N1 (caso); N2 (control)</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION: Enfoque cuantitativo, nivel relacional.</p> <p>DISEÑO: Caso y Control</p> <p>POBLACION: 60 Neonatos.</p> <p>MUESTRA: 30 Casos y 30 Controles.</p> <p>TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS: La observación y el análisis documental.</p> <p>ANALISIS DE DATOS: Análisis descriptivo Análisis inferencial</p>