

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y NEONATALES  
RELACIONADOS A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO EN UN  
HOSPITAL PÚBLICO. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS:**

- **Bach. Enf. Rojas Paico, Nadia Sthefany**
- **Bach. Enf. Silva Farfan, Haydeé Fiorella**

**ASESORA:**

- **Mg. Pinto Flores, Irene**

**NUEVO CHIMBOTE – PERÚ**

**2022**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

JURADO EVALUADOR

**REVISADO Y Vº Bº**

*[Faint signature]*  
Dra. Serrano Valdiverrano, Luz Carmen

DNI 17848488

ORCID: 000000014223365

*[Handwritten signature]*

**Mg. Pinto Flores, Irene**

**DNI: 07727011**

**ORCID: 0000000237914522**

**ASESORA**

*[Faint signature]*  
Ms. Cholo Diaz, Melissa

DNI 44552820

ORCID: 0000000173978824

SECRETARIO

*[Handwritten signature]*  
Mg. Pinto Flores, Irene

DNI: 07727011

ORCID: 0000000237914522

INTEGRANTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**UNS**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL SANTA

**JURADO EVALUADOR**

**Dra. Serrano Valderrama, Luz Carmen**  
DNI 17868480  
ORCID: 0000000294223365  
PRESIDENTE

**Ms. Cielo Diaz, Melissa**  
DNI 44552820  
ORCID: 0000000173878824  
SECRETARIO

**Mg. Pinto Flores, Irene**  
DNI: 07727011  
ORCID: 0000000237914522  
INTEGRANTE



## ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el aula de Multimedia de Enfermería, siendo las 17:00 horas del día 10 de octubre del 2022, dando cumplimiento a la Resolución N° 394 2022-UNS-PC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Carmen Serrano Valdeorrama, teniendo como miembros a M<sup>s</sup>. Melissa Cido Diaz (secretario) (a), y M<sup>g</sup>. Enzo Pinto Flores (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de ..... realizado por el, (la), (los) tesista (as) .....

Nadia Stefan y Rojas Paico y Nayde Pinella Silva Perjuán, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: Factores de riesgo maternos y neonatales relacionados a la ictericia en el recién nacido en un hospital público - Nuevo Chimbote, 2022

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Excelente asignándole un calificativo de 19 (diecinueve) puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 580-2022-CU-R-UNS)

Siendo las 18:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Carmen Serrano Valdeorrama  
Nombre: Dra. Carmen Serrano Valdeorrama  
Presidente

Melissa Cido Diaz  
Nombre: M<sup>s</sup>. Melissa Cido Diaz  
Secretario

Enzo Pinto Flores  
Nombre: M<sup>g</sup>. Enzo Pinto Flores  
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (3), tesis (2) y archivo (02).



## **DEDICATORIA**

*A mi Dios por su amor incondicional el cual a través de su Santo Espíritu me guía a tomar decisiones correctas que me llevan cada día más cerca de cumplir mi propósito en esta vida.*

*A mis queridos padres: Arturo y Rocío quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, a mi hermana mayor Fiorella quien me regalo 2 hermosos sobrinos Caleb y Dayra quienes llenan mi vida de dicha amor y alegría.*

*A mi amado hermano Josué Ismael que desde el día de su nacimiento fue una bendición para mi vida convirtiéndose así en mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar ser un ejemplo para el*

*Nadia Rojas Paico.*

## DEDICATORIA

*A Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de toda mi formación profesional, por ser el forjador de mi camino y el que me acompaña y siempre me levanta en cada tropiezo.*

*A mis padres Rosa y Guillermo el amor de mi vida que siempre velaron por mi bienestar, por brindarme todo su apoyo en los momentos más difíciles y motivarme a que pueda cumplir cada sueño.*

*A mi hijo Ángel, que con su amor y cariño es el motivo para no rendirme y gracias por brindarme esa fortaleza e impulso para poder salir adelante.*

*Silva Farfán Haydeé.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa por darnos la oportunidad de pertenecer a esta prestigiosa casa de estudios en especial a nuestra Escuela de Enfermería y a todos nuestros docentes calificados por brindarnos con excelencia sus conocimientos y formarnos como profesionales eficientes capaces de dejar en alto en nombre de Enfermería y de nuestra Universidad.*

*De manera especial nuestra asesora la profesora Mg. Irene Pinto Flores, por la confianza que deposito en nosotros para realizar este proyecto, por su tiempo y dedicación que en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar nuestros conocimientos para culminar nuestra tesis.*

*Al personal del servicio de estadística y archivo del Hospital Eleazar Guzmán Barrón por brindarnos el apoyo necesario y permitirnos trabajar las veces necesarias en su servicio con las historias clínicas de nuestro sujeto de estudio.*

## INDICE

Dedicatoria .....	V
Agradecimiento .....	VII
Lista de tablas .....	IX
Resumen .....	X
Abstract .....	XI
I. Introducción .....	12
1.1. Objetivos de la investigación .....	22
1.2. Formulación de hipótesis .....	23
1.3. Justificación .....	23
II. Marco teórico .....	25
III. Materiales y métodos .....	32
3.1. Método de estudio .....	32
3.2. Diseño de estudio .....	32
3.3. Población y muestra .....	33
3.4. Aspectos éticos .....	34
3.5. Definición y operacionalización de variables .....	35
3.6. Validez y confiabilidad .....	40
3.7. Procedimiento para recolección de datos .....	41
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	42
IV. Resultados y discusión .....	43
V. Conclusiones y recomendaciones .....	59
Referencias bibliográficas .....	61
Anexos .....	76



## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADO A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, NUEVO CHIMBOTE, 2022.....	43
TABLA 2. FACTORES DE RIESGO NEONATALES RELACIONADO A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, NUEVO CHIMBOTE, 2022.....	44
TABLA 3. ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO DE EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, NUEVO CHIMBOTE, 2022.....	45
TABLA 4. FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADO A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO DE EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, NUEVO CHIMBOTE, 2022.....	46
TABLA 5. FACTORES DE RIESGO NEONATALES RELACIONADOS A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON, NUEVO CHIMBOTE, 2022.....	47

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales y la ictericia en recién nacidos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022. La metodología descriptivo correlacional y de corte transversal, con una población de 50 neonatos con ictericia según criterios de inclusión. En la recolección de datos se utilizaron las historias clínicas, y se aplicaron los siguientes instrumentos: “Fichas de contenido sobre Factores de Riesgo Maternos y Neonatales” y “Ficha de contenido sobre el tipo de ictericia neonatal”. Resultados:

- Factores maternos, el 66% de madres tenían de 19 a 34 años, el 80% habían nacido por parto distócico, el 62% fueron madres multíparas, el 66% presentaron infección urinaria, el 80% no tuvieron ruptura prematura de membranas y el 82% no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Los factores neonatales, el 64% fueron recién nacidos a término, el 56% sexo masculino, el 60% de peso normal al nacer, el 56% no presentó incompatibilidad sanguínea madre-hijo, el 88% no presentaron cefalohematoma, el 66% no presentaron sepsis neonatal, el 44% recibió lactancia mixta y en el 80% no presentó de líquido amniótico meconial.
- El 52% de los recién nacidos presentaron ictericia patológica y el 48% presentaron ictericia fisiológica.
- Si existe relación estadística significativa entre la ictericia y el tipo de parto, la infección urinaria materna y la enfermedad hipertensiva del embarazo. Además, en la presencia de cefalohematoma y la incompatibilidad sanguínea madre-hijo.

**Palabras claves:** Riesgos maternos - neonatales, ictericia, recién nacido.

## ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between maternal and neonatal risk factors and jaundice in newborns at the Eleazar Guzmán Barrón Hospital. Nuevo Chimbote, 2022. The methodology was a non-experimental, descriptive correlational and cross-sectional design, with a population of 50 newborns with jaundice according to inclusion criteria. Clinical records were used for data collection, and the following instruments were applied: "Maternal and Neonatal Risk Factors content sheets" and "Type of neonatal jaundice content sheet".

- In the maternal factors, 66% of mothers were aged 19-34 years; 80% were born by dystocic delivery; only 62% were from multiparous mothers; 66% of mothers had urinary tract infection; 80% didn't have premature rupture of membranes and 82% didn't have hypertensive disease of pregnancy.
- In neonatal factors, 64% were term newborns; 56% were male; 60% had normal birth weight; 56% hadn't mother-infant blood incompatibility; 88% hadn't cephalohaematoma and 66% hadn't neonatal sepsis; 44% were mixed breastfeeding; and 80% hadn't meconium amniotic fluid.
- Also, 52% showed pathological jaundice, while 48% showed physiological jaundice.
- If there is a statistically significant relationship between jaundice and the type of delivery, maternal urinary tract infection and hypertensive disease of pregnancy. In addition, in the presence of cephalohematoma and mother-child blood incompatibility.

**Keywords:** Maternal - neonatal risks, jaundice, newborn.

## I. INTRODUCCIÓN

El momento del nacimiento es considerado como un suceso trascendental, excepcional; en el cual el ser humano da comienzo a la vida fuera del útero materno, enfrentándose a las nuevas percepciones totalmente diferentes a las experimentadas durante su permanencia intrauterina. El funcionamiento orgánico y sistémico de todo recién nacido (RN) atraviesa por una serie de variaciones, de acuerdo a lo que se desarrolla con el pasar del tiempo, siendo estos los siguientes: Anatómicos, fisiológicos, metabólicos y bioquímicos; los cuales estarán condicionados a la capacidad que tenga el recién nacido de adaptarse a las nuevas experiencias en su vida extrauterina (Cannizzaro y Paladino, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un recién nacido es considerado desde su nacimiento hasta los 28 días de nacido. Estos veintiocho primeros días de vida son de principal cuidado debido al riesgo de muerte que se presenta en este periodo. Por este motivo, es fundamental proporcionar al recién nacido una alimentación y atención adecuada para garantizar las posibilidades de subsistencia y contribución a los cimientos para otorgarle una buena salud y acompañado de una situación favorable de salud (OMS, 2016). Durante esta etapa, el sistema inmunológico del neonato aún no ha madurado lo suficiente y como tal, se encuentra expuesto a contraer diversas infecciones, entre ellas se encuentra la sepsis, mediante la contribución al desenvolvimiento de la ictericia neonatal, exponiendo la integridad y salud del recién nacido (Sánchez y Álvarez, 2018).

Bajo este contexto, se indica que la mayor proporción de recién nacidos desarrollan hiperbilirrubinemia neonatal con puntuaciones de bilirrubina sérica o plasmática por encima de 1mg/dl (17,1 micromol/l), los recién nacidos con hiperbilirrubinemia severa (BT>25mg/dl [428 micromol/l]) se encuentran en una disfunción neurológica inducida por

bilirrubina (BIND) que aborda kernicterus es cuando la bilirrubina se vincula la barrera hematoencefálica y dándose una adherencia al tejido cerebral (Tapia y Gonzales, 2016).

En este sentido, la ictericia neonatal es considerada una de las causas más frecuentes de intervención médica durante el periodo neonatal, la cual tiene una incidencia reportada del 60% al 90% a nivel mundial (Ruud, 2021). También, se ha indicado que, alrededor del 60% de los recién nacidos a término y el 80% de los recién nacidos prematuros presentan ictericia durante los primeros 3 días de vida (Pasha et al., 2020). Alrededor de las tres cuartas partes de los recién nacidos afectados residen en el África subsahariana y el sur de Asia; y los bebés que sobreviven después de una ictericia neonatal grave pueden adquirir secuelas del desarrollo neurológico a largo plazo, como parálisis cerebral, pérdida auditiva neurosensorial, dificultades intelectuales, parálisis de la mirada hacia arriba, convulsiones y displasia dental macroscópica (Bizuneh et al., 2020).

En Europa, específicamente en Reino Unido, de cada 100.000 RN, el 8.1% presenta ictericia, en Dinamarca la prevalencia es del 1.9% y en España de 2.3%. En Latinoamérica, el 1.5% de RN son diagnosticados con ictericia en Colombia, y el 10% en Venezuela; además, en Ecuador, se ha establecido a la ictericia neonatal como la tercera causa de muerte infantil, siendo la tasa de 159.59 de cada 10.000 menores de 1 año (6.99%). En Nicaragua el 83-86% son caracterizados con estudios sanguíneos incompatibles, además del 7 al 14 % del factor Rh en el cual los dos tipos de incompatibilidad son el 4% del total RN (OMS, 2018). A nivel nacional, investigaciones han revelado una prevalencia de ictericia neonatal en Huancayo y Lima de 4.2% y 6.03%, respectivamente (Ñacari, 2019).

Bajo este contexto, se ha manifestado que comprender los factores determinantes de la ictericia es crucial para prevenir y controlar el problema (Asefa et al., 2020). A nivel internacional, un estudio realizado en Etiopía evidenció que los factores que contribuyeron

a la presencia de ictericia en neonatos fueron la lactancia materna, lo que significa que los bebés mal alimentados tienen una probabilidad treinta veces mayor de desarrollar ictericia neonatal que los bebés bien alimentados, seguidos de cefalohematoma, infección o sepsis (Haile y Girma, 2020). En Colombia, una investigación determinó que la presencia de sepsis es uno de los factores que más se asoció a la ictericia en neonatos (Vásquez-Hoyos et al., 2020). En México, un estudio reveló una prevalencia de hiperbilirrubinemia indirecta en el 17% neonatos, lo cual se asoció a la edad gestacional, la lactancia exclusiva y la sepsis (Ñacari, 2019).

A nivel mundial, se reportan entre 60% a 90% de casos de ictericia neonatal, esta enfermedad es considerada una de las causas más frecuentes de intervención médica (Ruud, 2021). Este trastorno es frecuente en los bebés recién nacidos, se caracterizan por el tono amarillento de su piel, ello debido al excedente de la bilirrubina en la sangre. Para el 5% al 10% de los neonatos es una afección de riesgo severa. Además, el factor asociado a este trastorno es el recién nacido a pretérmino (Ministerio de Salud, 2020).

A nivel internacional, en África y Asia, las tres cuartas partes de los neonatos presentan ictericia, desarrollan como consecuencia de la afección parálisis cerebral, pérdida auditiva, deficiencia intelectual, convulsiones y displasia dental (Bizuneh et al., 2020).

A nivel nacional, en el Perú, el 7% de los recién nacidos presentaron una alta prevalencia de ictericia. Por otra parte, en Huancayo, solo el 4.2% de los neonatos presentaron una alta prevalencia de ictericia. Mientras que, en Lima, solo el 6.03% de los bebés presentaron una alta prevalencia de ictericia. Los casos más frecuentes de ictericia se dieron en los recién nacidos de sexo masculino. A nivel local, en Chimbote, el 70.4% de los neonatos manifestaron ictericia fisiológica, mientras que el 29.6% de los bebés manifestaron ictericia patológica (Ñacari, 2019).



En el Perú, un estudio realizado en Huánuco evidenció mayor presencia de ictericia fisiológica en los neonatos, de los cuales, el 60% se ubicó en la categoría parto eutócico, el 84.5% fueron nacidos a término; y el 27% presentó incompatibilidad de grupo ABO (Pecho, 2020).

Se ha observado que, en el Hospital Regional EGB, no es ajeno a esta problemática, pues durante las prácticas realizadas (testimonio personal), se han presentado a diario casos nuevos de ictericia neonatal y se carece de una atención rápida por cuestiones de gestión y también por abastecimiento de lo necesario del material médico para controlar y diagnosticar. En otras ocasiones el neonato es de llevado con prontitud con la madre y en muchos casos son referidos a otros centros, a partir de su llegada se le somete a análisis de laboratorio para identificar las puntuaciones de bilirrubina según lo percibido, el RN pasa a la atención en neonatología, si es pertinente a cuidados intensivos, dependiendo de su estado actual, en función del tratamiento se definirá su estancia en el hospital; siendo el más usual en estos casos, la fototerapia.

En definitiva, la identificación temprana de los recién nacidos que tienen un mayor riesgo de desarrollar ictericia grave es de suma importancia para prevenir el daño cerebral. Ello se puede ejecutar mediante la identificación de los factores determinantes de la ictericia neonatal, con el fin de mitigar la morbilidad y mortalidad neonatal relacionada con este trastorno. Las investigadoras plantean la siguiente interrogante:

**¿Existe relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales y la ictericia en el recién nacido de un Hospital Público. Nuevo Chimbote, 2022?**

## En el **Ámbito Internacional**

En Colombia, Galindez y Carrera (2017), en su estudio “Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto” se encontró desde el análisis que los factores determinantes de la presencia de ictericia una participación del 87.00% para la lactancia materna exclusiva con una participación del 54.4% del sexo masculino, por otro lado, el 90,79% fueron RN a término y el 92,93% alcanzó el peso correspondiente a la edad gestacional y el 54,93% se diagnosticó con ictericia neonatal entre los 2-7 días de RN, listo para iniciar su tratamiento.

En Ecuador, Hurtado (2018), en su investigación “Ictericia neonatal, factores de riesgo y fototerapia en el Hospital General Julius Doepfner”, se evidenció que los incidentes asociados a la ictericia neonatal: el 54.79% son del sexo masculino, el 31.51% presentan incompatibilidad de grupo ABO y lactancia materna exclusiva sin resultados en 27.40%, se especificó que se encontró esta patología en el 60% de los casos de hospitalización. El análisis de los factores de riesgo se establece por contar con más de 2 factores, tales como el Rh y la no compatibilidad de (ABO) grupo sanguíneo, prolongado por la Hipoalimetación.

En Chile, Campbell y Mena (2020) en su estudio “Hiperbilirrubinemia severa en Recién Nacidos, factores de riesgo y secuelas neurológicas” del resultante queda evidenciado que la hiperbilirrubinemia se presentó con frecuencia en varones, con RR en promedio de 1.22 con un IC del 95% y un rango de 1.04 y 1.44, y en pretérminos tardíos, con un RR en promedio de 2.39 con un IC del 95% y un rango de 1.96 y 2.93 cotejado con RN de término. En aquellos con 4 días a más, la característica con mayor incidencia fue la presencia del peso bajo excesivamente, y en los primeros 3 días, la no compatibilidad de grupo sanguíneo; de la estadística se obtuvo que tres de cada 10 pacientes con encefalopatía aguda, precisan compromiso neurológico, de lo que se expone 11,8 por 100.000 nacidos vivos. Se concluyó

que, la prematuridad, el bajo peso extremo, la incompatibilidad del grupo clásico y el sexo masculino se asociaron a la hiperbilirrubinemia grave, estos hallazgos favorecen a identificar a individuos de alto riesgo y a disminuir el daño neurológico.

En Ecuador, Llivizaca y Torres (2020) en su estudio “Factores asociados a la ictericia neonatal en recién nacidos a término” se evidenció que la presencia de ictericia neonatal fue más frecuente en el sexo masculino que en el femenino con un 51,9% a predominio del primero, también logro demostrar que la presencia de un peso adecuado al nacer no constituye un factor protector para esta manifestación clínica pues un 91% presento un peso adecuado al nacimiento, en la relación a antecedentes familiares de ictericia neonatal, se encontró que apenas un 3,5% de los neonatos presentaba este antecedente lo cual evidencia que no hay una clara asociación entre estos antecedentes y como factor de riesgo obstétrico se evidencio que la presencia de hematoma estuvo presente en apenas 1,9% de la población.

En Ecuador, Estevez, Bonilla y Jara (2020) en su estudio “Caracterización de la ictericia en recién nacidos ingresados en el servicio de neonatología de la fundación pablo Jaramillo crespo “se evidencio que la prevalencia de hiperbilirrubinemia neonatal fue del 32.31%, con predominio del sexo masculino (55.41%), además, es el principal diagnóstico de ingreso (22.70%). El 82.4% de pacientes ingresaron con ictericia patológica. El principal factor de riesgo fue la incompatibilidad ABO con 52.7%. Conclusión: Hiperbilirrubinemia neonatal es una entidad frecuente y su diagnóstico temprano es esencial para evitar complicaciones.

### En el **Ámbito Nacional**

En Lima, Cosser (2018), en su estudio “Factores asociados a ictericia neonatal en recién nacidos a término en el Hospital Vitarte”, en cuanto a lo obtenido el RN a término, el factor ser del sexo masculino tiene incidencia (53,23%), un 38.7% de 2 días de vida en el primer

diagnóstico, un 91.9% con el peso idóneo al nacer, asimismo la relación de la edad gestacional y el peso solo el 80.6% es correcto, el 40.3% de los RN tienen un rango de 5 y menor a 10 mg/dl de hiperbilirrubinemia, el 88.7% tiene una lactancia materna suficiente, sepsis (12,9%), tiempo de vida de la madre de 20-34 años (72,6%), el 66.1% una madre multigesta, de las cuales el 54.8% tiene un parto de tipo vaginal, presencia de anemia en la madre (14.5%), incompatibilidad grupo-factor O+ (56,5%) y la incompatibilidad AO+ (22.6%). Según la investigación, el factor neonatal más común en los recién nacidos a término con ictericia fue el peso al nacer, mientras que el factor materno más común en los recién nacidos a término con ictericia fue la edad de la madre, que osciló entre 20 y 34 años.

En Lima, Condori (2018), en su estudio “Factores de Riesgo Materno asociado a Ictericia Neonatal en recién nacidos a término en el Servicio de Neonatología del Hospital San José del Callao”, como resultado la relación a la edad, el 66% de madres tenían un tiempo de vida entre 20 y 34 años, el 65,3% precisan un tiempo gestacional entre 39-41 semanas, los nacimientos fueron normales y con incompatibilidad ABO en un 57,3% y 26% respectivamente; por otro lado, no hay evidencia estadística de una relación correspondiente entre la edad materna con un  $p=0,541$ , si con la edad gestacional tiene un  $p=0,000$ ; no hubo con el tipo de parto ( $p=,085$ ) frente a la ictericia neonatal. La ictericia neonatal y la no compatibilidad de grupo ABO hay evidencia de una relación ( $p=0,000$ ) con un  $OR=10,298$  ( $IC=4,449$  y  $23,833$ ). El estudio concluye que la incompatibilidad del grupo ABO es un factor de riesgo para la ictericia del recién nacido; sin embargo, la edad materna, la edad gestacional y el tipo de parto no están relacionados con la enfermedad investigada.

En Puno, Flores (2018), en su estudio “Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en Recién Nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2018”, se presenta como resaltante que hay evidencia para determinar que la edad materna

inferior a 35 años; edad gestacional inferior a 37 semanas; y madre primigesta; parto distócico; los factores perinatales asociados fueron: sexo masculino del RN; bajo peso del RN; pretérminos como factores neonatales son incidentes en enfermedad estudiada; a diferencia del tipo de alimentación; comorbilidad e incompatibilidad sanguínea específica incidencia. En relación al nivel de bilirrubina sérica es de 66,25% y 33,75% , los neonatos analizados precisan nivel de bilirrubina inferior a 15mg/dl y mayor o igual a 15mg/dl; de lo que se concluye que, los bebés analizados que fueron diagnosticados con ictericia neonatal presentan un rasgo materno de mayor incidencia respecto de la edad materna, inferior a 35 años, edad gestacional inferior a 37 semanas, madre primeriza, y entre los factores de riesgo perinatal se encuentran el peso bajo del bebé al nacer, incompatibilidad sanguínea y parto prematuro.

En Huancayo, Maldonado y Álvarez (2019), en el estudio “Factores de riesgo de ictericia neonatal patológica - Hospital El Carmen”, expusieron como alcances que, el tiempo de vida gestacional a término, fue 85.0%. El peso al nacer del RN fue 83.3%, acorde al desarrollo de vida. El factor RH positivo fue recurrente en todas las madres. La no compatibilidad OAB en los recién nacidos estuvo dada por una participación del 91.7%. Se infiere de la investigación coexisten factores, en el Hospital “El Carmen”, relacionados a la ictericia neonatal en el 2018 y son: peso al nacer ( $p = 0.039$ ), edad gestacional ( $p = 0.008 < 0.05$ ), RH del recién nacido ( $p = 0.000$ ), incompatibilidad OB ( $p = 0.011$ ), e incompatibilidad OAB ( $p = 0.000$ ).

En Cusco, Soto y Guzmán (2020) en el estudio “Factores de riesgo relacionados a la ictericia neonatal en el Centro de Salud Accha Cusco, de enero a diciembre del 2019” respecto a la ictericia neonatal el 86% desarrollaron ictericia fisiológica, el 38% de los neonatos fueron diagnosticados en el 2 control, 33% en el tercer control, 19% en el cuarto control y solo 10%

fue diagnosticado en el 1 control. El 76% de los casos de ictericia corresponden a madres de 21 a 34 años, el 43% de los casos de ictericia fueron hijos únicos, el 10% presentaron infección urinaria y 5% desarrollaron anemia u otras patologías, la totalidad de neonatos con ictericia no presentaron factor RH (+), toda la madres recibieron control pre natales con normalidad, todos los neonatos tuvieron un apgar normal al 5<sup>a</sup> minuto de vida, 86% fueron nacidos a término, 100% nacidos de parto normal, 90% con peso normal, el 90% tuvieron un parto sin traumas obstétricos, solo 5% tuvieron problemas de tipo Caput y Cefalohematoma, la totalidad de los neonatos con ictericia recibieron lactancia materna exclusiva, pero el 5% de neonatos con ictericia tuvo ganancia favorable de peso y solo 5% presento policitemia. En conclusión, los factores maternos no están relacionados a la ictericia neonatal con un valor de OR= OR=0,667, mientras que los factores del recién nacido si están relacionados a la ictericia con un valor de OR=1,500.

En Lima, Readhead (2021) en el estudio “Factores de riesgo neonatales asociados a ictericia en el servicio de neonatología del Hospital San José – Callao: 2021” en este estudio se encontró que la prematuridad con un valor de chi cuadrado de 0.793, OR:0.896, IC95% (0.393-2.042), no guardo relación con la ictericia, a diferencia de la incompatibilidad ABO donde se observó un valor de chi cuadrado de 0.000, OR: 6,122 y IC 95% (4,739-7,910) estableciendo una relación significativa con la ictericia, por otro lado la lactancia materna no pudo medirse su asociación ya que a ningún recién nacido se le restringió la lactancia materna, por su parte la sepsis neonatal mostro una asociación significativa con un valor de chi cuadrado de 0.024, OR: 0.537. IC 95% (0.312-0.925).

### **En el Ámbito Regional**

En Huaraz, Inca y Ramos (2019), en su estudio “Factores de Riesgo Asociados a Ictericia Patológica del Recién Nacido; Hospital II ESSALUD, Huaraz, 2018”, en el desarrollo de la



investigación la mayoría de las madres 55.9% eran jóvenes con una edad entre 20-24 años, el 72.9% son multíparas, su proceso pre natal tuvo deficiencias en el 55.9% en los casos, el 62.7% de las madres experimentó infecciones urinarias, el 71.2% precisa incompatibilidad sanguínea, los nacimientos tuvieron un peso normal en el 89,8% de los casos, presentaron sepsis neonatal (59.3%), niños con exclusiva lactancia (64.4%), ingesta normal (66.1%), nacimientos a término (84,7%), se diagnosticó ictericia patológica precoz (67,8%), de tipología patológica tardía (16,9%), de tipología muy precoz (15,3%). En conclusión, existe evidencia estadística de la relación entre el tipo de parto y la ingesta de leche con la ictericia patológica del RN; sin embargo, no lo hay con los demás factores explorados.

### En el **Ámbito Local**

En Nuevo Chimbote, Tantas y Aznaran (2018), en su estudio “Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal patológicas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón”, se precisó que 1875 son RN, el 7.5% fueron diagnosticados con ictericia de tipo patológico, el complemento su condición fue sana, respecto a los determinantes neonatales incidentes en la ictericia patológica se estableció que ser del sexo masculino si lo es, obtuvo un  $p=0.00.0$ , referenciando la incompatibilidad sanguínea AOB, también fue incidente se obtuvo un  $p=0.000$  y se concluye que la sepsis neonatal es un factor de riesgo muy alto, alcanzó un valor  $p=0,000$ .

En Nuevo Chimbote, Dionicio (2020), en su estudio “Factores asociados a Ictericia Patológica, Recién Nacidos a término, Servicio de Neonatología, HREGB”, se estableció que existe una prevalencia patológica del 10,01%, en cuanto a los incidentes de tipo materno contrastados se tiene: la no compatibilidad de ABO con  $OR=10,5$  y  $p=0,00$ , el tipo de dieta alimenticia con  $OR=3,62$  y  $p=0,001$ ; la lactancia materna es la más frecuente; el tipo de parto con  $OR=3,59$  y  $p=0,001$ ; la modalidad de cesárea fue la más frecuente; las patologías

relacionadas a la gestación con  $OR=1,53$  y  $p=0,002$ ; la recurrente en los registros fue la ITU. El factor neonatal relacionado con el RN a término ( $p=0,004$ ;  $OR=3,62$ ), la sepsis neonatal y el SDR fueron los más frecuentes. Se estableció que la prevalencia de ictericia neonatal patológica fue de 10,01 por ciento, siendo variables maternas vinculadas la incompatibilidad ABO, la forma de parto, el tipo de alimentación del RN a término y las enfermedades durante el embarazo.

## **1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales y la ictericia en el recién nacido en un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

### **2.1.2. Objetivos específicos**

- Identificar los factores de riesgo maternos relacionado a la ictericia en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022.
- Describir los factores de riesgo neonatales relacionado a la ictericia en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022.
- Identificar la ictericia en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022.
- Determinar la relación entre los factores de riesgo maternos relacionado a la ictericia en el recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022.
- Determinar la relación entre los factores de riesgo neonatales relacionado a la ictericia en el recién nacido. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2022.

## 1.2. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

$H_1$  = Si existe relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales a la ictericia en un recién nacido en un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

$H_0$  = No existe relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales a la ictericia en un recién nacido en un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, se reportan entre 60% a 90% de casos de ictericia neonatal, esta enfermedad es considerada una de las causas más frecuentes de intervención médica (Ruud, 2021). Este trastorno es frecuente en los bebés recién nacidos, se caracterizan por el tono amarillento de su piel, ello debido al excedente de la bilirrubina en la sangre. Para el 5% al 10% de los neonatos es una afección de riesgo severa. Además, el factor asociado a este trastorno es el recién nacido a pretérmino (Ministerio de Salud, 2020).

A nivel internacional, en África y Asia, las tres cuartas partes de los neonatos presentan ictericia, desarrollan como consecuencia de la afección parálisis cerebral, pérdida auditiva, deficiencia intelectual, convulsiones y displasia dental (Bizuneh et al., 2020).

A nivel nacional, en el Perú, el 7% de los recién nacidos presentaron una alta prevalencia de ictericia. Por otra parte, en Huancayo, solo el 4.2% de los neonatos presentaron una alta prevalencia de ictericia. Mientras que, en Lima, solo el 6.03% de los bebés presentaron una alta prevalencia de ictericia. Los casos más frecuentes de ictericia se dieron en los recién nacidos de sexo masculino. A nivel local, en Chimbote, el 70.4% de los neonatos manifestaron ictericia fisiológica, mientras que el 29.6% de los bebés manifestaron ictericia patológica (Ñacari, 2019).

Durante nuestros estudios pre profesionales, en el curso de materno perinatal y recién nacido teníamos claro que nuestro trabajo de investigación sería en estas áreas, ya que fueron nuestros cursos favoritos durante la universidad. Junto a nuestras prácticas pre profesionales durante el internado de enfermería reafirmamos nuestro interés en este campo ya que nos permitió experimentar y observar directamente con la realidad del servicio en el cual nos dimos cuenta de que un gran porcentaje de recién nacidos ingresaba a la unidad de Neonatología con patología de Ictericia neonatal, los cuales un porcentaje de recién nacidos recibían tratamiento con fototerapia la cual llamó poderosamente nuestra atención creando en nosotras el deseo de investigar cuál era el motivo de dicha situación por lo cual decidimos iniciar este trabajo de investigación.

## II. MARCO TEÓRICO

Nuestro estudio está sustentado por la **Teoría del Enfoque de Riesgo**

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar o morir, sino que para algunos la probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar daño, hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos y en función del principio de justicia distribuida, que exige dar más aquellos que tienen mayor necesidad.

Los niveles altos de bilirrubina pueden ser tóxicos para el desarrollo del sistema nervioso central y pueden causar alteraciones neurológicas y del comportamiento (neurotoxicidad o Kernicterus) incluso en recién nacidos a término. Del cinco al diez por ciento de los recién nacidos que desarrollaron ictericia requirieron el manejo de la hiperbilirrubinemia. La ictericia neonatal puede deberse a diferentes parámetros como el peso al nacer, la edad gestacional, la ruptura prematura de membranas, enfermedades infecciosas maternas u otras enfermedades durante el embarazo (Ullah et al., 2016).

El enfoque de riesgo asume que, a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las

condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño prevención primaria; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación secundaria. (Silver, 1992)

### **Factores de riesgo maternos**

La edad materna es un factor debido a que, el embarazo adolescente y el de avanzada edad son un riesgo potencial tanto para la salud de la madre como para el feto. Por otro lado, el embarazo primerizo después de los 35 años: las mujeres de edad avanzada pueden tener embarazos normales con cuidados muy estipulados, pero muchas investigaciones mencionan que estas gestantes corren más riesgo de tener:

- Un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre)
- Complicaciones en el parto, incluido sangrado excesivo durante el trabajo de parto
- Trabajo de parto prolongado (que dura más de 20 horas)
- Un trabajo de parto que no avanza
- Un bebé con un trastorno genético, como el síndrome de Down

Tipo de parto, es la manera de como el ser humano nace del vientre de la madre.

Paridad, número total de partos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se atribuyen como la razón principal de la ictericia prolongada, y es bien sabido que la ITU puede ocurrir sin signos aparentes, y la ictericia es una característica importante. La ITU en recién nacidos afecta a 1 de cada 3



bebés con infección bacteriana comprobada, y la incidencia es mayor en recién nacidos de bajo peso al nacer y prematuros, así como en pacientes febriles (Chamdine et al., 2011).

Rotura prematura de membranas, es aquella que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, se puede presentar antes o después de las 37 semanas de edad gestacional. Se presenta en un porcentaje importante de los embarazos y es una de las principales causas de mortalidad materno-neonatal y prematuridad. Se desconoce la causa, pero está relacionado con múltiples factores de riesgo. El manejo de la ruptura prematura de membrana va a depender principalmente de las semanas de gestación y de la viabilidad del producto. (Dr. Orias,2022)

Enfermedad hipertensiva del embarazo, los trastornos hipertensivos durante la gestación afectan hasta a un 10% de las gestaciones y comprenden un espectro que va desde la hipertensión crónica hasta la eclampsia. La preeclampsia es una enfermedad multisistémica caracterizada por la existencia de un daño endotelial que precede al diagnóstico clínico y afecta a alrededor de un 3% de las gestaciones en el mundo, con una importante morbimortalidad materna y no neonatal, principalmente debida a la necesidad de una finalización pretérmino de la gestación y a su asociación con el crecimiento intrauterino restringido.

### **Factores de riesgo neonatales**

Entre los factores de riesgo neonatales, estudios reflejaron que la ictericia es uno de los problemas que más afectan a los recién nacidos y se define por la concentración sérica de bilirrubina indirecta (BI) que resulta de la destrucción parcial de los glóbulos rojos y termina migrando al bilirrubina hepática o directa, por ello se consideró los siguientes factores de riesgo:

Edad gestacional, es un factor importante ya que se relaciona con la inmadurez misma del organismo y su capacidad para poder eliminar adecuadamente la bilirrubina, el nivel de hematocrito en sangre y la vida media del eritrocito es mas corta lo cual conlleva a una hemolisis intensa cuya consecuencia es hiperbilirrubinemia. También se enfoca a recién nacidos con menos de 35 semanas de gestación ya que, los bebés prematuros se alimentan menos y realizan deposición menor a lo de un recién nacido a término, lo que implica menor cantidad de eliminación de bilirrubina.

Sexo, existen muchos estudios en los cuales nos indican que los neonatos de sexo masculino corren un riesgo aumentado de presentar ictericia mas grave que los del sexo femenino. Aunque la causa aún se desconoce.

Peso al nacer, un bebe con bajo peso corre un riesgo de poder sufrir complicaciones. Su aun pequeño cuerpo no es muy resistente, lo cual conlleva a la dificultades de poder alimentarse, aumentar su peso y combatir infecciones. Los neonatos con muy bajo peso al nacer pueden presentar hemorragias dentro del cerebro y su hígado se encuentra aún inmaduro aumentando el riesgo de infecciones.

Incompatibilidad ABO: ocurre cuando el tipo sanguíneo de una madre es grupo O y del bebé grupo A o grupo B; los anticuerpos (proteína que forman parte de la respuesta inmunitaria) materno contra la sangre del grupo A o B se transportan al feto y causan hemólisis en el recién nacido, el cual provoca hiperbilirrubinemia.

Cefalohematoma debido al parto: puede generar la acumulación de sangre debajo de la piel, el cual conlleva al aumento de la producción de la bilirrubina, debido a la degradación de una mayor cantidad de glóbulos rojos (Boas et al., 2021; Scrafford et al., 2016).

Sepsis, lo cual produce hemólisis y/o inflamación de las células y productos hepáticos, de allí se presenta la acumulación de distintas formas de bilirrubina aunque en la mayor parte de casos es la bilirrubina no conjugada.

Lactancia materna, otros estudios reflejaron que los bebés alimentados exclusivamente con leche materna tienen un patrón fisiológico diferente de ictericia en comparación con los bebés alimentados artificialmente. La ictericia en los lactantes suele aparecer entre las 24 y las 72 h de edad, alcanza su punto máximo entre los 5 y los 15 días de vida y desaparece a la tercera semana de vida (Ullah et al., 2016).

Líquido amniótico, rodea y protege al feto dentro de la cavidad uterina, le proporciona un soporte frente a la constricción del útero grávido, que le permite sus movimientos y crecimiento, y lo protege de posibles traumas externos. El meconio es la defecación fetal compuesta por líquido amniótico deglutido, material de descamación, secreciones intestinales y biliverdina. La incidencia de su aparición aumenta con la edad gestacional. El líquido meconial puede ser fluido o espeso, según la cuantía de meconio que hay pasado a la cavidad amniótica, la capacidad de dilución del líquido amniótico y lo reciente que haya sido dicha emisión de meconio. Cuanto más espeso sea mayor es el riesgo de aspiración meconial del recién nacido. Es importante aclarar que la presencia de líquido meconial puede causar problemas siempre y cuando se establezca el líquido amniótico francamente meconial. (Portales médicos, 2018)

La ictericia neonatal, es uno de los signos clínicos más comunes en los recién nacidos. La ictericia se presenta como una decoloración amarilla de la piel y la esclerótica en los bebés, lo que indica un nivel elevado de bilirrubina sérica que conduce a la acumulación de bilirrubina en los tejidos, incluida la piel y las membranas mucosas. Se cree que la ictericia es visible con niveles de bilirrubina de alrededor de 90 mmol/litro en bebés con tonos de piel pálidos (Subhabrata, 2017).

En la ictericia fisiológica, la bilirrubina indirecta máxima de los lactantes alimentados con leche materna puede ser mayor que la de los alimentados con leche desnatada (15-17 mg/dl frente a 12 mg/dl); este nivel más alto probablemente se deba al menor consumo de líquidos por parte de los bebés que están amamantando (Yousef et al., 2018).

Una ictericia se presenta como patología en el 6.0% de recién nacidos, después de las primeras 24 horas, acompañado de otros indicadores, la bilirrubina acrecentará más de 5 mg/dL diarios, excediendo las restricciones para ictericia fisiológica, el segmento directo sea mayor a 2 mg/dL o exceda 1 semana con el nacido a término (salvo si todavía precisa de lactancia materna, generalmente puede estar entre las 3 o más semanas), y, más de 2 semanas en el pre término (Lara, 2016).

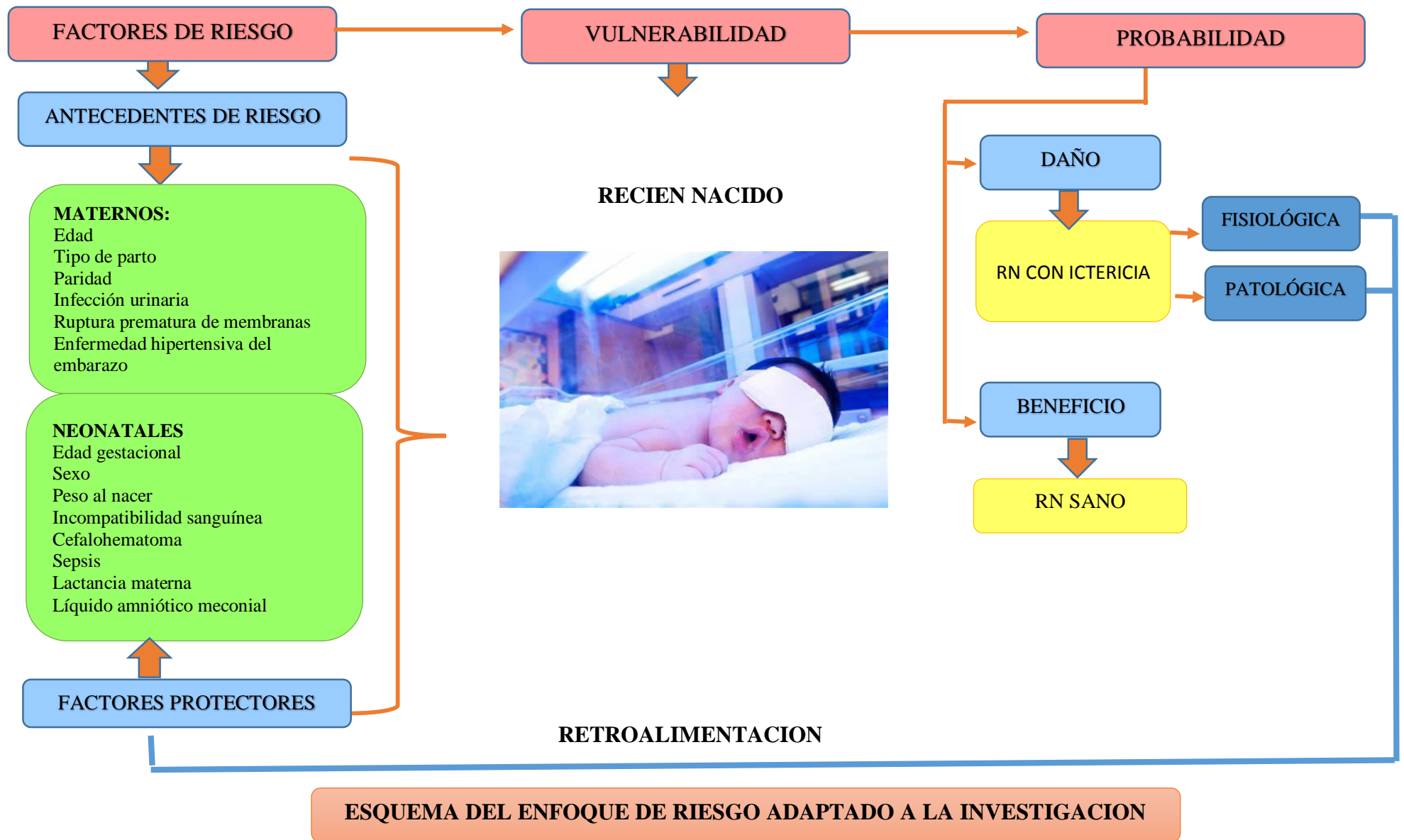
Por otro lado, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, por lo que disminuyen la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño.

**La vulnerabilidad**, se define como la medida susceptibilidad intrínseca o extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultades de recuperarse. Para el estudio los recién nacidos constituyen la vulnerabilidad.

**La probabilidad**, del daño o beneficio. Para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existe un recién nacido con ictericia neonatal ya sea fisiológica o patológica.

**Daño** está definido como el mal, deterioro causado a una persona por otras u otras, también se define como la afección no deseada en el cual se mide el riesgo.

**Beneficio** es aquella característica o factor que actúa como un agente protector.



### III. MATERIALES Y MÉTODOS

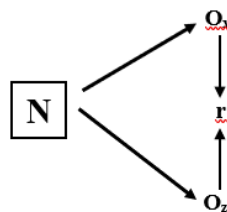
#### 3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El estudio en curso fue de enfoque cuantitativo, básico, de nivel correlacional y de corte transversal (Hernández et al., 2014).

- **Cuantitativo:** Porque se procesó la información mediante el análisis estadístico, para lo cual se requirió que los registros estén cuantificados y se realice el respectivo diagnóstico descriptivo.
- **Correlacional:** Porque la indagación estableció la existencia de relación que existe entre las variables estudiadas.
- **De corte transversal:** Porque se recolectó información de cada unidad de análisis en un periodo establecido, precisando un solo registro por unidad, lo que permitió generar una base de datos que permitió realizar posteriormente el análisis estadístico de las variables.

#### 3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

Constó de un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional.



Donde:

**N:** Recién nacido del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

**O<sub>x</sub>:** Factores de riesgo maternos y neonatales.

**O<sub>z</sub>:** Ictericia en el recién nacido.

**r:** relación



### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población estuvo conformada por los recién nacidos del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, entre los períodos Junio – Agosto del 2021, que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **3.3.2. Unidad de Análisis.**

Recién nacidos diagnosticados con ictericia del Hospital Eleazar Guzmán Barrón– Nuevo Chimbote.

#### **3.3.3. Marco Muestral.**

Estuvo constituido por recién nacidos certificados clínicamente con ictericia neonatal en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

#### **3.3.4. Criterios de Inclusión.**

- Recién nacidos con diagnóstico de ictericia neonatal.
- Todos los recién nacido a término, pre término y post término.
- Recién nacidos por parto vaginal o cesárea.
- Historias Clínicas completas.

#### **3.3.5. Criterios de exclusión**

- Recién nacido con malformaciones congénitas
- Recién nacido con asfixia al nacer.

#### **3.3.6. Muestra**

La muestra se obtuvo del cuaderno de registro de ingresos de RN al servicio de cuidados intermedios del cual se tomó 50 historias clínicas de Recién Nacido con Ictericia del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

### 3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se ha considerado los siguientes aspectos éticos según el artículo 8 de la resolución N° 560-2017-CU-R-UNS del oficio N° 057-2017-UNS-VRIN, sobre la propuesta del código de ética de investigación de la Universidad Nacional del Santa (Universidad Nacional del Santa, 2017)

- **Anonimato y Confidencialidad:** Garantizar que la información sea accesible solamente a personal autorizado en el presente estudio de investigación se reservaron todos los datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.
- **Beneficencia y No maleficencia:** Es la búsqueda del bienestar de las personas que participan en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles efectos adversos y maximizando los beneficios.
- **Consentimiento Informado:** (*Anexo 5*) El personal del servicio de estadística y archivo nos brindó su aprobación, luego de comprender la información que se le dio, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, los posibles riesgos, las alternativas, sus derechos y responsabilidades.
- **Integridad Científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de sus resultados.
- **Justicia:** Se constató el buen uso de la información proporcionada, la buena gestión del mismo, la buena planificación cumpliendo con los lineamientos de la universidad, generando así un producto académico de calidad que sirva de base para nuevas intervenciones científicas y gubernamentales.

- **Protección de la persona:** Se garantizó con este principio preservar la identidad, integridad, y confiabilidad de las madres de los neonatos que participan en el proceso de investigación.
- **Responsabilidad:** Las autoras presentaron un estudio con relevancia científica; asumen con responsabilidad su deber de considerar diligentemente los resultados a realizar y la toma de decisión que la investigación conlleva; y la generalización y continuidad para el futuro, para otras investigaciones.

### 3.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### *a. Variable Independiente: Factores de riesgo*

##### **Factores de riesgo materno**

**Definición conceptual:** Tipologías que coexisten en una gestante, que tiene por principal función incrementar el riesgo de contraer alguna enfermedad o infección en estudio (Cajamarca y Rojas, 2017).

- **Edad materna:**

*Definición conceptual:* Periodo de tiempo que ha cumplido la madre, empezando en el momento de nacimiento al momento de la aplicación del estudio (Ruiz et al., 2009).

*Definición Operacional:* Se utilizó la escala de medición de intervalo.

- Menores de 19 años.
- De 20 a 34 años.
- De 35 años a más.

- **Tipo de parto:**

*Definición conceptual:* Es la vía mediante la cual el ser humano sale de la vida intrauterina (Quintanilla, 2016).

**Definición Operacional:** Mediante escala de medición nominal:

- Parto eutócico
- Parto distócico

– **Paridad:**

**Definición conceptual:** Número de partos: ya sea de tipo vaginal y/o cesárea en una mujer (Quintanilla, 2016).

**Definición Operacional:** Se utilizó escala de medición nominal.

- Primípara
- Multípara

– **Infección urinaria**

**Definición conceptual:** Las infecciones urinarias son infecciones comunes que ocurren cuando entran bacterias a la uretra, generalmente de la piel o el recto, e infectan las vías urinarias. Pueden afectar a distintas partes de las vías urinarias, pero la infección de vejiga (cistitis) es el tipo más común. (Centro de control y prevención de enfermedades, 2022).

**Definición Operacional:** Se utilizó la escala de medición nominal.

- Si
- No

– **Ruptura prematura de membranas**

**Definición conceptual:** Es el rompimiento de mucosas antes de empezar el proceso del parto (Tapia y Gonzales, 2016).

**Definición Operacional:** Se utilizó la escala de medición nominal

- Si
- No

– **Enfermedad Hipertensiva del embarazo**

**Definición conceptual:** Esta enfermedad se presenta en el periodo del embarazo, con mucha frecuencia, convirtiéndose en una causa importante de mortalidad y morbilidad de tipo perinatal y materna (Saona, 2006).

**Definición Operacional:** Se utilizó la escala de medición nominal

- Pre Eclampsia
- Eclampsia
- No presenta

**Factores de riesgo neonatales**

**Definición conceptual:** Se exponen las causas o condiciones con las que nace el RN que incrementen o disminuyen sus posibilidades de riesgos de contraer ictericia neonatal (Cajamarca y Rojas, 2017).

– **Edad gestacional**

**Definición conceptual:** Precisa la cantidad de semanas que cumple la gestación de una mujer desde la fecundación hasta el nacimiento del RN (Quintanilla, 2016).

**Definición Operacional:** Se utilizó la escala de medición nominal.

- Post término
- A término
- Pre término

– **Sexo**

**Definición conceptual:** Es la diferencia funcional, orgánica y genética que precisa si el individuo es hombre o mujer, desde otra perspectiva, consiste en las características de tipo biológico, anatómico y en general fisiológico de los seres humanos (Quintanilla, 2016).

**Definición operacional:** Escala de medición nominal

- Masculino
- Femenino

– **Peso al nacer**

*Definición conceptual:* Cantidad de masa que posee el cuerpo del neonato analizado, habiéndose diagnosticado su situación clínica (Quintanilla, 2016).

*Definición operacional:* Escala de medición ordinal

- Peso elevado al promedio (> 4000gr)
- Peso promedio (2500 – 3999gr)
- Bajo peso (<2500 gr)
- Muy bajo peso (< 1500 gr)
- Extremadamente bajo peso (< 1000gr.)

– **Incompatibilidad sanguínea madre – hijo:**

*Definición conceptual:* Se cataloga como una incompatibilidad sanguínea al vínculo materno-fetal cuando se da la existencia de uno o más antígenos en los leucocitos con los que la madre cuenta, pudiendo generarse una reacción que actúa en contra de los antígenos a causa de las inmunoglobulinas, afectando así al recién nacido (Alvaro, 2016).

*Definición Operacional:* Se utilizó la escala de medición nominal

- Incompatibilidad ABO
- Incompatibilidad Rh-
- No presenta

– **Cefalohematoma**

*Definición conceptual:* Es la colección de sangre por debajo del periostio (Tapia y Gonzales, 2016).

*Definición operacional:* Escala de medición nominal

- Si
- No

– **Sepsis Neonatal**

*Definición conceptual:* Conceptualizado desde la existencia de patógenos en el regato sanguíneo (Tapia y Gonzales, 2016).

**Definición operacional:** Escala de medición nominal

- Si
- No

– **Lactancia materna**

**Definición conceptual:** Corresponde al hábito alimenticio del RN (Madrigal, 2014).

**Definición operacional:** Escala de medición nominal

- Lactancia mixta
- Lactancia artificial
- Lactancia materna exclusiva

– **Líquido Amniótico meconial**

**Definición conceptual:** Se concibe como el líquido que se encuentra rodeando el útero, las primeras heces del bebé son pegajosas, espesas y de color verde oscuro y adhieren a la capa protectora, el bebé dentro del útero las expulsa normalmente durante el inicio del embarazo y unos días después del nacimiento (Packard, 2021).

**Definición operacional:** Escala de medición nominal

- Si
- No

**b. Variable Dependiente: Ictericia Neonatal**

**Definición conceptual:** La ictericia se presenta como una pigmentación amarilla de piel y mucosas, que se debe al acúmulo de bilirrubina (Madrigal, 2014).

**Definición operacional:** Se mide con escala nominal

- Ictericia fisiológica
- Ictericia patológica

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

El proceso de obtención de información se realizó mediante la técnica de observación y registro de Historias Clínicas, empleando estos instrumentos:

**a. *Ficha de contenido sobre factores de riesgo (Anexo N°2 y Anexo N°3):***

Dentro de esta ficha se abarcó dos factores de riesgo: Materno y Neonatal. Su elaboración es producto de las investigaciones en base a algunas referencias teóricas, constó de 14 ítems, agrupadas en dos dimensiones: Factores de riesgo maternos: edad materna, tipo de parto, paridad, infección urinaria, rotura prematura de membranas y enfermedad hipertensiva del embarazo; y factores de riesgo neonatales: edad gestacional, sexo, peso al nacer, incompatibilidad sanguínea madre – hijo, cefalohematoma, sepsis neonatal, lactancia materna y presencia de líquido amniótico meconial.

**b. *Ficha de contenido: Ictericia Neonatal (Anexo N°04)***

Creado por las investigadoras en función a las referencias académica donde se conocerá el tipo de ictericia que especifica el recién nacido: fisiológica o patológica. En las fichas antes mencionadas los investigadores marcaron la respuesta que se obtuvo como datos de las historias clínicas del neonato con ictericia.

### **3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

– ***Validez***

El instrumento utilizado (Anexo N°2), (Anexo N°3) y (Anexo N°4) fue de Carretero Bardales Luz y Morales Chorres Pierina quienes en su investigación denominado “*Antecedentes de riesgo materno y del recién nacido asociados a la ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015*” mencionan que



los instrumentos fueron validados a través de un juicio de expertos en el área. Los instrumentos referenciados fueron sometidos a una prueba preliminar mediante una prueba piloto en 10 historias clínicas del servicio de neonatología en el área de unidad de cuidados intermedios del Hospital La Caleta, cuyas especificaciones demográficas se asemejan a la de la población de la investigación, el objetivo de esta prueba es que los instrumentos utilizados sean claros e inteligibles.

– ***Confiabilidad***

Esta propiedad se determinó mediante la prueba estadística alfa de CROMBACH del cual se obtuvo un valor de 0.75. Siendo un valor de alfa de Cronbach aceptable cuando es igual o superior a 0.70 y menor o igual a 0.95.

### **3.7. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó los siguientes pasos:

- Se planificó a través de la Dirección de la Escuela académica de la Profesión de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, con la Dirección del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón para el permiso correspondiente para la ejecución del proyecto.
- Se acordó con la jefa del área de Unidad de Cuidados Intermedios para la ejecución de los instrumentos en el año en curso.
- Se siguió los protocolos de bioseguridad: uso de doble mascarilla, uso de protector facial, control de temperatura y uso de alcohol al ingresar.
- Se seleccionó las historias clínicas de los neonatos que reúnan los criterios de inclusión establecidos para la aplicación de los instrumentos.
- Se aplicaron los instrumentos para la obtención de información de las historias clínicas de los neonatos seleccionados como población muestra.

- Una vez aplicados los instrumentos, se comprobó que no se hayan producido errores, que estén debidamente acabados y que el número de instrumentos corresponda al número de instrumentos.
- Posterior a la aplicación del instrumento se procedió a tabular y categorizar los datos, organizando la información.

### **3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

El procesamiento y análisis de resultados se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 26, en un contexto analítico y descriptivo.

A **nivel descriptivo** los resultados estuvieron expresados en tablas y gráficos estadísticos, cifras relativas y absolutas, media aritmética.

A **nivel analítico** se utilizó la prueba correlación de Pearson ( $r$ ) y la de Independencia de Criterios ( $\chi^2$ ) para estimar la relación, para especificar la asociación entre las variables.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

##### 4.1. RESULTADOS

**TABLA 1. FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADOS A LA ICTERICIA EN EL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

FACTORES MATERNOS		Fi	%
<b>Edad</b>	Menores de 19 años	8	16.0
	19 a 34 años	33	66.0
	Mayores de 34 años	9	18.0
<b>Tipo de parto</b>	Parto eutócico	10	20.0
	Parto distócico	40	80.0
<b>Paridad</b>	Primípara	19	38.0
	Múltipara	31	62.0
<b>Infección urinaria</b>	Si	17	34.0
	No	33	66.0
<b>Ruptura prematura de membrana</b>	Sí	10	20.0
	No	40	80.0
<b>Enfermedad hipertensiva del embarazo</b>	Pre eclampsia	3	6.0
	Eclampsia	6	12.0
	No presenta	41	82.0
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de contenido sobre factores de riesgo

**TABLA 2. FACTORES DE RIESGO NEONATALES RELACIONADOS A LA ICTERICIA EN EL RECIÉN NACIDOS DE EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

<b>FACTORES NEONATALES</b>		<b>Fi</b>	<b>%</b>
<b>Edad gestacional</b>	Pre término	10	20.0
	A término	32	64.0
	Post término	8	16.0
<b>Sexo</b>	Masculino	28	56.0
	Femenino	22	44.0
<b>Peso al nacer</b>	Extremadamente bajo peso (<1000gr.)	1	2.0
	Bajo peso (<2500gr.)	13	26.0
	Peso normal (2500 – 3999gr)	30	60.0
	Macrosómico (>4000gr)	6	12.0
<b>Incompatibilidad sanguínea madre-hijo</b>	ABO	16	32.0
	Rh-	6	12.0
	No presenta	28	56.0
<b>Cefalohematoma</b>	Sí	6	12.0
	No	44	88.0
<b>Sepsis</b>	Si	17	34.0
	No	33	66.0
<b>Lactancia materna</b>	Lactancia materna exclusiva	19	38.0
	Lactancia artificial	9	18.0
	Lactancia mixta	22	44.0
<b>Líquido amniótico meconial</b>	Si	10	20.0
	No	40	80.0
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de contenido sobre factores de riesgo

**TABLA 3. ICTERICIA EN RECIEN NACIDOS DE EL HOSPITAL ELEAZAR  
GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

<b>ICTERICIA EN RECIEN</b>		
<b>NACIDOS</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Fisiológica	24	48.0
Patológica	26	52.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de contenido sobre ictericia neonatal

**TABLA 4. FACTORES DE RIESGO MATERNOS RELACIONADO A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO DE EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

FACTORES MATERNOS		ICTERICIA					
		Fisiológica		Patológica		TOTAL	
		fi	%	fi	%	fi	%
<b>Edad materna</b>	Menores de 19 años	4	50.0	4	50.0	8	16.0
	19 a 34 años	15	45.0	18	55.0	33	66.0
	Mayores de 34 años	5	55.0	4	45.0	9	18.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Tipo de parto</b>	Parto eutócico	5	50.0	5	50.0	10	20.0
	Parto distócico	19	47.5	21	52.5	40	80.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Significativo</b>							
<b>Paridad</b>	Primípara	8	42.0	11	58.0	19	38.0
	Múltipara	16	52.0	15	48.0	31	62.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Infección urinaria</b>	Sí	12	71.0	5	29.0	17	34.0
	No	12	36.0	21	64.0	33	66.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Sig.</b>							
<b>Ruptura prematura de membrana</b>	Sí	7	70.0	3	30.0	10	20.0
	No	17	42.5	23	57.5	40	80.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Enfermedad Hipertensiva del embarazo</b>	Pre eclampsia	1	33.0	2	67.0	3	6.0
	Eclampsia	6	100.0	0	0.0	6	12.0
	No presenta	17	41.0	24	59.0	41	82.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>
<b>Significativo</b>							

**Fuente:** Ficha de contenido sobre los factores de riesgo e ictericia neonatal

**TABLA 5. FACTORES DE RIESGO NEONATALES RELACIONADO A LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO DE EL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE, 2022.**

FACTORES NEONATALES		ICTERICIA					
		Fisiológica		Patológica		TOTAL	
		fi	%	fi	%	fi	%
<b>Edad gestacional</b>	Pre término	6	30.0	4	70.0	10	20.0
	A término	14	44.0	18	56.0	32	64.0
	Post término	4	50.0	4	50.0	8	16.0
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Sexo</b>	Masculino	11	61.0	17	39.0	28	56.0
	Femenino	13	59.0	9	41.0	22	44.0
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Peso al nacer</b>	Extremadamente bajo peso (<1000gr.)	0	0.0	1	100	1	2.0
	Bajo peso (<2500gr.)	8	62.0	5	38.0	13	26.0
	Peso normal (2500 – 3999gr)	13	43.0	17	57.0	30	60.0
	Macrosómico (>4000gr)	3	50.0	3	50.0	6	12.0
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Incompatibilidad sanguínea madre-hijo</b>	Incompatibilidad ABO	6	38.0	10	62.0	16	32.0
	Incompatibilidad Rh-	5	83.0	1	17.0	6	12.0
	No presenta	13	46.0	15	54.0	28	56.0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	
<b>Significativo</b>							
<b>Cefalohematoma</b>	Sí	6	100.0	0	0.0	6	12.0
	No	18	41	26	59.0	44	88.0
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

<b>Significativo</b>							
<b>Sepsis</b>	Si	5	29.0	12	71.0	17	34.0
	No	19	58.0	14	42.0	33	66.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							
<b>Lactancia materna</b>	Lactancia materna exclusiva	10	53.0	9	47.0	19	38.0
	Lactancia artificial	7	77.0	2	23.0	9	18.0
	Lactancia mixta	7	32.0	15	68.0	22	44.0
		24	48.0	26	52.0	50	100
<b>NO Significativo</b>							
<b>Líquido amniótico meconial</b>	Si	4	40.0	6	60.0	10	20.0
	No	20	50.0	20	50.0	40	80.0
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>48.0</b>	<b>26</b>	<b>52.0</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>NO Significativo</b>							

Fuente: Ficha de contenido sobre los factores de riesgo e ictericia neonatal



## 4.2.DISCUSIÓN

En la **Tabla N° 01**, Factores de riesgo maternos en los recién nacidos de un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

Se evidenció que en cuanto a la edad, el 66% de las madres tenía entre 19 a 34 años, el 18% mayor de 34 años y el 16% menor de 19 años. De acuerdo al tipo de parto; el 80% experimentaron un parto distócico y el 20% eutócico. De acuerdo a la paridad, el 62% son madres multíparas y el 38% primíparas.

Referente a la infección urinaria el 66% de las madres manifestaron infección urinaria y el 34% no lo presentaron. En relación a la ruptura prematura de membrana el 80% de las madres no lo presentaron y el 20% de las madres si lo presentaron.

En cuanto a la enfermedad hipertensiva del embarazo; el 82 % no lo presentaron, el 12% presentaron eclampsia y el 6% desarrolló pre eclampsia.

Lo que concuerda con Baldeón (2019), en su estudio “Prevalencia de Ictericia neonatal en un hospital regional de Huancayo 2016” en donde el 66% de las madres tuvieron la edad comprendida entre 19 a 34 años, el 12% mayor de 34 años.

Asimismo, los resultados coinciden con los de Díaz (2017), en su estudio “Factores de riesgo e ictericia neonatal en el hospital regional el Carmen año 2016”, se encontró que el 58.7% de madres presentaron comorbilidades como infección de tracto urinario y el 15.4% desarrollaron pre eclampsia.

Por otro lado, hallazgos distintos obtuvo Torres (2019), en “Factores asociados a ictericia patológica en neonatos a término hospital el Carmen 2019” en donde el 59.1% de las progenitoras experimentaron un parto vaginal, el 40.3% fueron primigestas y el 15.7% desarrollaron infección del tracto urinario.

En la **Tabla N° 02**, Factores de riesgo neonatales en los recién nacidos de un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

Se evidencia que el 64% son recién nacidos a término, el 20% de los recién nacidos son pre término y el 16% pos término. En cuanto al sexo, el 56% fueron de sexo masculino y el 44% femenino.

De acuerdo al peso al nacer, el 60% nacieron con un peso normal, el 26% bajo peso, el 12% macrosómico y el 2% extremadamente bajo peso. El 56% no presentaron incompatibilidad sanguínea, el 32% presentó incompatibilidad ABO y el 12% presentó incompatibilidad por Rh negativo.

Con respecto al desarrollo cefalohematoma por los recién nacidos, el 88% no lo presentó y el 12% de los recién nacidos si lo presentó. El 66% presentó sepsis neonatal y el 24% no lo presentó. En cuanto al tipo de lactancia; el 44% recibió lactancia mixta, el 38% lactancia materna exclusiva y el 18% artificial. El 80% no presentaron líquido amniótico meconial al nacer y el 20% de los recién nacidos si lo presentaron.

Datos semejantes obtuvo Daza (2017), en su investigación “Factores de Riesgo a ictericia neonatal Hospital de Contingencia Tingo María, 2015” en donde el 58% de los recién nacidos son de sexo masculino, el 62% de los recién nacidos no presentaron incompatibilidad sanguínea, el 93% no presentaron cefalohematoma y el 53% de los recién nacidos presento sepsis neonatal.

Hallazgos homólogos presenta Banda (2017), en “Factores frecuentes en recién nacidos con ictericia Hospital José Soto Cadenillas Chota 2014” donde 87.8% de los neonatos presentaron incompatibilidad ABO y 24.4% presentó Incompatibilidad Sanguínea por Rh-.

En la **Tabla N°03**, Ictericia en recién nacidos de un hospital público. Nuevo Chimbote, 2021.

Se obtuvo que el 52% presentaron ictericia fisiológica, mientras que el 48% presentaron ictericia patológica.

Los resultados obtenidos coinciden con lo reportado por Serruto (2018), en “Factores maternos que influyen en la ictericia neonatal patológica en el servicio de neonatología del Hospital Manuel Núñez Butrón puno enero diciembre 2017” en donde el 10.1% de los neonatos desarrollaron ictericia patológica y el 89.9% desarrolló ictericia fisiológica.

Los datos concuerdan por lo expuesto por Baldeón (2019), en su estudio en donde el 90.4% de los RN tuvieron ictericia fisiológica mientras que el 9.6% tuvieron ictericia patológica.

Por otro lado, los hallazgos difieren con lo expuesto por Pacheco (2017), en su investigación “Caracterización de la ictericia neonatal por subgrupos en el hospital Pablo Arturo Suarez de la Ciudad de Quito en el año 2017” donde el 70 % presenta ictericia patológica, mientras que el 30% pertenece a otra tipología.

La ictericia patológica, llamada así a la elevación mayor de 5 mg/dl del total de bilirrubina primordialmente detectada en las primeras horas de existencia que este acompañada de otros síntomas.

Por otro lado, la fisiológica es mucho más frecuente en neonatos a término propia de ser leve mono sintomática que emerge transitada el primer día de nacimiento.

En la **tabla N° 04**, Factores de riesgo maternos relacionado a la ictericia en el recién nacido de un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

Referente a la **edad materna**, se evidencia que el 55% de madres mayores de 34 años tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 55 % con la edad comprendida entre 19 a 34 años tuvieron recién nacidos con ictericia patológica. No existe Relación Estadística Significativa entre ambas variables.

Respecto a **tipo de parto**, el 50 % de las madres con parto eutócico tuvieron RN con ictericia fisiología y el 52.5% con parto distócico tuvieron RN con ictericia patológica. Existe relación significativa entre ambas variables.

Los resultados concuerdan con lo reportado por Corrales (2021), en su estudio “Factores asociados a la ictericia neonatal fisiológica en recién nacidos en el Hospital santa María del socorro desde julio de 2019 a junio de 2020” en donde el 43.9% de las madres que tuvieron parto eutócico tuvieron neonatos con ictericia fisiológica.

En cuanto a la **paridad**, el 52% de las madres multíparas tuvieron RN con ictericia fisiológica y el 58% de madres primíparas tuvieron RN con ictericia patológica. No existe relación estadística entre ambas variables.

Hallazgos similares obtuvo Quintanilla (2016), “Factores maternos y neonatales asociados a la ictericia del recién nacido en el Hospital de Moquegua 2014 - 2015” donde se evidenció que tanto las madres primíparas como las multíparas tuvieron neonatos con ictericia fisiológica y patológica en un 50%, no encontrando vínculo significativo entre ambas variables estudiadas.

Datos que difieren por Flores (2021), donde manifiesta que la paridad está asociada significativamente a la presencia de ictericia fisiológica en los recién nacidos siendo las primíparas quienes mayor casos han reportado.

Referente a la presencia de **infección urinaria**, el 71% de las madres que si lo presentaron tuvieron recién nacidos (RN) con ictericia fisiológica mientras que el 64% de las madres con ausencia de infección urinaria tuvieron recién nacidos con ictericia patológica. Existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Similar información reportó Bardales (2018), en su estudio “Factores de riesgos asociados a ictericia neonatal en el pretérmino en el hospital nacional Sergio Bernales García de enero a diciembre 2017” donde evidenció que este factor materno tiene una gran implicancia en el tipo de ictericia en el recién nacido, donde el 15.8% de las madres que tuvieron infección urinaria presentaron neonatos con ictericia patológica.

Así también Serrato (2019) expone que la aparición de esta patología urinaria en el último trimestre durante la gestación posee una significativa influencia en el desarrollo de ictericia patológica en los recién nacidos.

En cuanto a **ruptura prematura de membrana (RPM)**, el 70 % de las madres que lo presentaron tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 57.5% de las madres que no presentaron tuvieron RN con ictericia patológica de modo que no existe relación estadística significativa entre ambas variables estudiadas.

Hallazgos que difieren con Uriol (2018), en su estudio “Factores de Riesgos maternos neonatales relacionados al recién nacidos con ictericia neonatal Hospitalizado en el servicio de neonatología del hospital Belén de Trujillo 2018” donde el 63.8% de las madres que no tuvieron RPM sus neonatos desarrollaron ictericia fisiológica y 64.7% de las madres que sí tuvieron RPM tuvieron neonatos con ictericia patológica así como también identificó asociación significativa entre esta variable al tipo de ictericia neonatal.

Referente a **la enfermedad Hipertensiva del Embarazo**, el 100% de las madres que tuvieron eclampsia tuvieron neonatos con ictericia fisiológica y el 67% de las madres que presentaron pre eclampsia tuvieron recién nacidos con ictericia patológica. Existe relación estadística entre ambas variables estudiadas.

Lo reportado difiere con Corrales (2021), en donde el 8.5% de las madres con pre eclampsia sus RN tuvieron ictericia fisiológica.

Hallazgo similar obtuvo Porras (2014), en “Morbimortalidad Neonatal en Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en el Hospital Sergio Bernales Año 2013” en donde evidencia que la existencia que la enfermedad Hipertensiva durante el embarazo conlleva a la ictericia neonatal patológica en un 14.7%.

Datos similares tuvieron Inca y Ramos (2019), en donde el 80% de las madres con pre eclampsia tuvieron RN con ictericia fisiológica

En la **Tabla N°05**, Factores de riesgo neonatales relacionado a la ictericia en el recién nacido de un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022.

De acuerdo a **la edad gestacional**, el 50% de los recién nacidos (RN) post término presentaron ictericia fisiológica y el 70% de los RN pre término presentaron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre las variables empleadas para este estudio.

Referente al **sexo**, los 61% de los RN masculinos tuvieron ictericia fisiológica y el 41% de los RN femeninos tuvieron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Datos contrarios expone Aguirre (2017), en su investigación “Perfil epidemiológico de ictericia neonatal en recién nacidos en el servicio de neonatología en el Hospital

de vitarte en el año 2016” en donde señala que dentro de los factores neonatales que están relacionados a la ictericia neonatal se encuentra el sexo masculino y edad gestacional a término puesto que representan el 70% y 65.9% respectivamente de los casos de ictericia patológica y fisiológica.

En cuanto al **peso al nacer**, el 62% de los RN con bajo peso al nacer tuvieron ictericia fisiológica y el 100% de los RN con extremadamente bajo peso al nacer tuvieron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Datos similares obtuvo Inca y Ramos (2019), en cuanto a la inexistencia de relación estadística significativa entre el sexo del neonato y el tipo de ictericia; dado que el 16% del sexo femenino tuvo ictericia patológica y el 73% masculino tuvo ictericia fisiológica. En cuanto al peso el 100% de neonatos macrosómicos tuvo ictericia patológica, el 100% de neonatos con bajo peso tuvo ictericia patológica. En cuanto a la sepsis; el 20% de que tuvieron sepsis desarrollaron ictericia patológica y 75% que no lo tuvo desarrolló ictericia fisiológica.

En **incompatibilidad sanguínea madre- hijo**, el 83% de los RN con incompatibilidad Rh – con ictericia fisiológica mientras el 62% de los RN con incompatibilidad sanguínea ABO sus RN tuvieron ictericia patológica. Existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Estos datos difieren con lo manifestado por Carretero y Morales (2016), en “Antecedentes de riesgo maternos y del recién nacido asociados a la ictericia neonatal Hospital Eleazar Guzmán Barrón Nuevo Chimbote, 2015” donde evidencia que el 100% de la incompatibilidad sanguínea por Rh- tuvo una ictericia patológica

mientras que el 77.1% de los que no presentaron incompatibilidad tuvieron una ictericia fisiológica.

Teniendo en cuenta que el paso de inmunoglobulinas G, tanto las anti A o G hacia su primogénito es un factor de estudio indispensable para evaluar la manifestación de ictericia patológica. Por ello, es importante el cumplimiento de protocolos evaluativos durante el periodo de gestación para el seguimiento y tratamiento oportuno.

Referente a la presencia de **cefalohematoma**, el 100% de los recién nacidos que lo presentaron tuvieron ictericia fisiológica mientras que el 59 % que no lo presentaron tuvieron ictericia patológica. Existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Datos similares se obtuvieron por Ylla (2019), en “Factores relacionados al desarrollo de cefalohematoma en el Servicio de Neonatología en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo junio 2016 a 2018” donde el 69.1% de neonatos que presentaron hematoma subperióstico desarrollaron ictericia patológica.

También concuerda con lo reportado por Antinori (2017), en su estudio “Factores de Riesgo asociados a la ictericia Neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2018”, donde evidencia que el 54.8% de los neonatos sin cefalohematoma desarrollo ictericia patológica así también el 36% de las madres con incompatibilidad ABO tuvieron recién nacido con ictericia. Ambas variables tanto la presencia de cefalohematoma y la incompatibilidad influyeron significativamente en la presencia de ictericia neonatal.

De tal manera se puede resaltar que la presencia de ciertas características neonatales como la inmadurez hepática tanto para la captación como para la conjugación



potenciado con la existencia de la reabsorción extravascular, representado por el encefalohematoma en el neonato, conllevan al factor de riesgo neonatal para la manifestación del tipo de ictericia por el aumento de bilirrubina indirecta.

Referente a la **sepsis** neonatal, el 58% que no lo presentaron tuvieron ictericia fisiológica mientras que 71% que sí, tuvieron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

De acuerdo a **lactancia materna**, el 77% con una lactancia artificial tuvieron ictericia fisiológica y el 68% con una lactancia mixta tuvieron ictericia patológica. Existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Resultados similares reveló Zarate (2013), “Factores neonatales asociados a ictericia en el recién nacido a término en el Hospital Nacional PNP Luis Sáenz periodo enero 2012 diciembre 2012” se evidencia que el 52.9% de los neonatos alimentados con lactancia materna mixta desarrollaron ictericia patológica.

Hallazgos difieren con los obtenidos por Suarez (2020), en “Factores de riesgo asociados a la Hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital de ventanilla durante el año 2019” en donde el factor de riesgo neonatal como la lactancia materna exclusiva y macrosomía son factores determinantes en la tipología de ictericia neonatal.

Dado los resultados es menester recordar la importancia de una alimentación satisfactoria y suficiente con lactancia materna exclusiva dado que, de lo contrario se elevará la producción de bilirrubina aminorando su conjugación, así también aumentará su presencia en sangre por la conversión del meconio en urobilinógeno y este a bilirrubina indirecta.

De acuerdo a la existencia de **líquido amniótico meconial**, el 50% que no lo presentó tuvo ictericia fisiológica y el 60% que si lo presentó tuvo ictericia patológica. No existe relación estadística significativa empleadas para este estudio.

Resultado que coincide con lo expuesto por Coba y Sánchez (2017), quien hace referencia que la presencia de este factor no influye de manera sustancial al desarrollo de ictericia neonatal.

Dado lo expuesto, se determina que dentro de los factores de riesgos neonatales que contribuyen en la tipología de ictericia se encuentra la incompatibilidad sanguínea y la presencia de cefalohematoma. Mientras que dentro de los factores maternos de riesgos asociados a la ictericia neonatal se encuentra el tipo de parto, la infección urinaria y la enfermedad hipertensiva del Embarazo.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

- En los factores de riesgo maternos, se evidenció que el 66% de las madres tuvieron 19 a 34 años de edad; el 80% tuvo parto eutócico; el 62% fueron madres multíparas; el 34% desarrollaron infección urinaria; el 20% tuvieron ruptura prematura de membrana; y el 12% de las madres desarrollaron eclampsia.
- En relación a los factores neonatales, se evidenció que el 20% fueron prematuros; 16% fueron considerados recién nacidos post término; el 56% eran del sexo masculino, el 26% presentaron un bajo peso al nacer; el 32% presentó incompatibilidad sanguínea del grupo ABO; el 12% presentaron cefalohematoma; el 34% presentó sepsis neonatal; el 44% recibió lactancia mixta; y en el 20% hubo presencia de líquido amniótico meconial.
- Se evidenció que, de los neonatos del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, el 48% manifestaron ictericia fisiológica, mientras que el 53% ictericia patológica.
- Se concluyó que los factores de riesgo maternos como el tipo de parto, la infección urinaria y la enfermedad Hipertensiva del Embarazo tiene relación estadística significativa con el desarrollo de ictericia en el recién nacido
- Los factores de riesgo neonatales como la incompatibilidad sanguínea y la presencia de cefalohematoma tiene relación estadística significativa

## 5.2. RECOMENDACIONES

- A los futuros investigadores, seguir indagando sobre los factores de riesgo relacionados a la ictericia en neonatos, pues aún existen vacíos de conocimiento con respecto a este tema. De esta forma, se continuará contribuyendo a la comunidad científica, sobre todo en el ámbito de la salud.
- A los profesionales de la salud poner más énfasis en cuanto a la educación sexual de las adolescentes ya que se reportó un considerado número de madres gestantes adolescentes.
- A los profesionales de la salud recomendar el diagnóstico temprano de los factores de riesgo de la ictericia neonatal. Además, poner a disposición del profesional de enfermería guías y protocolos sobre la ictericia neonatal para brindar una atención adecuada a los recién nacidos.
- A los profesionales de la salud, realizar atención prenatal periódica y oportuna a las mujeres embarazadas, con la finalidad de detectar aquellas situaciones que pueden favorecer a la aparición de la ictericia en neonatos. Así mismo, después del nacimiento del recién nacido, se debe establecer como política fundamental la evaluación de la ictericia neonatal en los servicios de salud, con el fin de realizar una detección temprana de dicho trastorno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, M. (2017). *Factores frecuentes en recién nacidos con ictericia Hospital José Soto Cadenillas Chota 2014*. Tesis, Cajamarca.  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3231605>
- Alvarado, J. (2015). *Apuntes de Neonatología*. Perú: AMP ediciones.
- Alvaro, I. (2016). Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 76(3).  
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300010>
- Asefa, G., Gebrewahid, T., Nuguse, H., Gebremichael, M., Birhane, M., Zereabruk, K., . . . Beyene, B. (2020). Determinants of neonatal jaundice among neonates admitted to neonatal Intensive Care Unit in public general hospitals of Central Zone, Tigray, Northern Ethiopia, 2019: a Case-Control Study. *BioMed Research International*, 2020, 1-8.  
doi: <https://doi.org/10.1155/2020/4743974>
- Aguirre; S. (2017). *Perfil epidemiológico de ictericia neonatal en recién nacidos en el servicio de neonatología en el hospital de Vitarte en el año 2016*. Universidad San Juan Bautista.Lima.Perú  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2840989>
- Antinori, M. (2017). *Factores de riesgo asociados a la ictericia neonatal en el servicio de neonatología del hospital regional Hermilio Valdizàn Medrano - Huánuco 2016*". Tesis. Huánuco-Perú  
[http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/DIESTRA RODRIGUEZ%252c Alexander-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/DIESTRA%20RODRIGUEZ%252c%20Alexander-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Aznaran, K., & Tantas, I. (2017). *Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal patológica en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, 2017*. Universidad San Pedro, Chimbote. Perú

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4974>

Barcía, Y., & Macias, K. (2018). *Hiperbilirrubinemia Neonatal - UCIN IESS CEIBOS*.

Ecuador: Universidad de Guayaquil. Ecuador

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36192/1/CD%202735->

[%20BARCIA%20CAMPODONICO%20YOKASTA%20VANESSA%20MACIAS%20GILER%20KATHERINE%20GISEL.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36192/1/CD%202735-%20BARCIA%20CAMPODONICO%20YOKASTA%20VANESSA%20MACIAS%20GILER%20KATHERINE%20GISEL.pdf)

Banda; I.(2017). *Factores frecuentes en el recién nacido con ictericia Hospital José Soto Cadenillas Chota Agosto Diciembre 2014*. Cajamarca Universidad Nacional de Cajamarca - Perú

<https://1library.co/document/y4wl519q-factores-frecuentes-recien-nacidos-ictericia-hospital-jose-cadenillas.html>

Bardales; W. (2018). *Factores de riesgo asociados a Ictericia Neonatal en el Pretérmino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero a diciembre 2017*. Lima. Perú

Baldeon Borjas, C. L. (2019). *PREVALENCIA DE ICTERICIA NEONATAL EN UN HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAYO 2016*. Tesis. Huancayo. Perú

<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/135>

Bizuneh, A., Alemnew, B., Getie, A., Wondmieneh, A., & Gedefaw, G. (2020).

Determinants of neonatal jaundice among neonates admitted to five referral hospitals in Amhara region, Northern Ethiopia: an unmatched case-control study. *national Center for Biotechnology information*, 4(1), 1-9. EE.UU

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7511639/>

- Boas, V., Silva, M., Da Silva, E., Virgolio, N., Porangaba, R., Sousa, L., . . . Velozo, L. (2021). Clinical repercussions of neonatal ictericia in the premature. *Investigación, Sociedad y Desarrollo*, 10(9), 1-8.  
doi:<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17580>
- Cáceres, J. (2015). *Ictericia neonatal. Factores de riesgo, hospital provincial Martín Icaza enero - agosto*. Ecuador: Universidad de Guayaqui.Ecuador  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22397>
- Cajamarca, C., & Rojas, S. (2017). *Frecuencia de hiperbilirrubinemia por incompatibilidad AOB en recién nacidos. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014 -2015*. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Campbell, W., & Mena, P. (2019). Hiperbilirrubinemia severa en Recién Nacidos, factores de riesgo y secuelas Neurológicas. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(3), 267-274.Chile doi:<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.772>
- Cannizzaro, C., & Paladino, M. (2014). Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 24(2), 59-74. Buenos Aires - Argentina  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12732011000200004](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732011000200004)
- Carranza, R., Caycho, T., Salinas, S., Ramírez, M., Campos, C., Cuquista, K., & et al. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de Universitarios Peruanos. *Revista cubana de enfermería*, 35(4). Cuba  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859/500>

Carretero, R., & Morales, P. (2016). *Antecedentes de riesgo materno y del recién nacido asociados a la ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería.* Universidad Nacional de la Santa, Chimbote. Perú

<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2603>

Carvajal, C. (2019). Bilirrubina: Metabolismo, pruebas de laboratorio e Hiperbilirrubinemia. *Medicina legal de Costa Rica*, 36(1), 73-83.

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152019000100073](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100073)

Castro, F., & Ramos, S. (2014). *Algunos factores maternos relacionados al recién nacido con Ictericia Neonatal. Hospital Eleazar Guzman Barron. Nuevo Chimbote, 2013.* Universidad Nacional del Santa, Chimbote. Perú

<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2100>

Chamdine, O., Shadi, H., Merhi, B., & Rajab, M. (2011). Urinary tract infection and indirect hyperbilirubinemia in newborns [Infección del tracto urinario e hiperbilirrubinemia indirecta en recién nacidos]. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(12), 544-547.

doi:<http://dx.doi.org/10.4297/najms.2011.3544>

Centro de control y prevención de enfermedades (2022), Infección urinaria EE.UU

[https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/uti.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fantibiotic-use%2Fcommunity%2Fsp%2Ffor-patients%2Fcommon-illnesses%2Futi.html](https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/uti.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fantibiotic-use%2Fcommunity%2Fsp%2Ffor-patients%2Fcommon-illnesses%2Futi.html)



- Chancay, J. (2016). *Ictericia neonatal factores de riesgo y sus complicaciones estudio a realizar en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario de Guayaquil período 2015*. Ecuador  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36438>
- Coba, C., & Sanchez, M. (2008). *Relación entre el grado de tinción meconial del liquido amniotico durante el trabajo de parto y la presencia de complicaciones neonatales. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Relation*. Perú  
[https://inppares.org/magazine/Revista III 2009/6 Tincion Meconial.pdf](https://inppares.org/magazine/Revista%20III%202009/6%20Tincion%20Meconial.pdf)
- Condori, J. (2018). *Ictericia Neonatal y aplicación del normograma 2004 de la asociacion americana de pediatria para fototerapia en la unidad de neonatologia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron Puno. Periodo Julio - Diciembre del 2016*. Perú  
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/5100>
- Cosser, K. (2018). *Factores asociados a ictericia neonatal en recién nacidos a término en el Hospital Vitarte 2018*. Lima: UNFV. Perú  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2891>
- Deza Villanueva, S. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de instituciones educativas en Villa Salvador. *Revista Psicológica*, 23(2), 231-240. Perú  
[https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015\\_2/S.Deza.pdf](https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/S.Deza.pdf)
- Díaz, H. (2017). *Factores de riesgo e Ictericia Neonatal en el Hospital Regional el Carmen*. Huancayo. Perú  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2176206>

- Dionicio, E. (2020). *Factores asociados a Ictericia Patológica, Recién Nacidos a término, Servicio de Neonatología, HREGB. Perú*  
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/14026?show=full>
- Flores, S. (2018). *Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, Abancay 2018.*  
Abancay: Universidad Nacional del Altiplano. Perú  
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/15011>
- Galindez, A., Carrera, S., Díaz, A., & Martinez, M. (2017). Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. *Rev Undenar Universidad y Salud*, 352 - 358. Colombia  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n3/0124-7107-reus-19-03-00352.pdf>
- Haile, M., & Girma, H. (2020). Prevalence and contributing factors of Neonatal Jaundice in neonatal intensive care unit at St Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia, 2019. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 74, 21-26. EE.UU  
<https://iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/52708/54465>
- Hansen, R., Gibson, S., De paiva Alves, E., Goddard, M., & MacLaren, . A. (2018). Adaptive response of neonatal sepsis-derived Group B Streptococcus to bilirubin [Respuesta adaptativa del estreptococo del grupo B derivado de la sepsis neonatal a la bilirrubina]. *Scientific Reports*, 8(1), 6470. EE.UU  
<https://doi.org/10.1038/s41598-018-24811-3>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 5a. ed). México: McGraw-Hill.

- Hurtado, J. (2018). *Ictericia neonatal, factores de riesgo y fototerapia en el Hospital General Julius Doepfner*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja.  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20503/1/TESIS%20ICTERICIA%20NEONATAL%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20Y%20FOTOTERAPIA%20EN%20EL%20HOSPITAL%20GENERAL%20JULIUS%20DOEPFNER.pdf>
- Inca, K., & Ramos, Y. (2020). *Factores de riesgo asociados a ictericia patológica del recién nacido, hospital II ESSALUD, Huaraz, 2018*. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo. Recuperado el 14 de Diciembre de 2020, Perú de <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4149>
- Kaplan, M., & Olusanya, B. (2018). *Hiperbilirrubinemia neonatal*. Recuperado el 23 de Febrero de 2021, de Revista intra med.: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93091>.
- Lara, D. (2016). *Relación entre ictericia y valores séricos de bilirrubina en neonatos de madres hospitalizadas en el área de gineco obstetricia del hospital Isidro Ayora de Loja. [Tesis Pregrado]*. Ecuador.: Universidad Nacional de Loja.  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17100>
- Madrigal, C. (2014). Ictericia neonatal. . *Revista Médica de Costa Rica Y Centro América LXXI*, 759 – 763.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145n.pdf>
- Maldonado, A., & Alvarez, W. (2019). *Factores de riesgo de ictericia neonatal patológica - Hospital El Carmen, 2018*. Universidad Peruana Los Andes.  
[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPLA\\_9fb7f5d952086002e962785f50fa62e9](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPLA_9fb7f5d952086002e962785f50fa62e9)

Meza, P. (2021). *Factores asociados, a la ictericia neonatal fisiológica en recién nacidos atendidos en el Hospital Santa María del Socorro desde Julio de 2019 a Junio Perú de 2020.*

[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ\\_4cb14b7da7b042ad17ac3623ff6b27cb](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_4cb14b7da7b042ad17ac3623ff6b27cb)

Ministerio de Salud. (3 de Febrero de 2020). *MINSA*. Obtenido de 2,300 casos anuales de ictericia en neonatos podrán ser atendidos con nuevos equipos. Perú  
<https://www.gob.pe/institucion/regionlalibertad/noticias/101407-2-300-casos-anuales-de-ictericia-en-neonatos-podran-ser-atendidos-con-nuevos-equipos>

Ministerio de Salud. (2021). *Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de vida para la Persona, Famili y Comunidad*. MINSA. Perú  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>

Murillo, M. (2021). Ictericia neonatal. *revista Ocronos*. Vol. IV. N° 2, Pág. Inicial: Vol. IV; n°2:21. Recuperado el 23 de Febrero de 2021, España de  
<https://revistamedica.com/ictericia-neonatal-revision-bibliografica/>

Ñacari, M. (2019). Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Revista médica PANACEA*, 7(2), 63-68. Ecuador

<https://doi.org/10.35563/rmp.v7i2.29>

OMS. (2018). *Ictericia Neonatal*. Recuperado el 26 de Junio de 2021, EE.UU de  
<https://www.who.int/es/news/item/13-12-2018-nearly-30-million-sick-and-premature-newborns-in-dire-need-of-treatment-every-year>

Organización Mundial de la Salud, (. ((OMS) 2016). *Lactancia y recién nacido.EE.UU*

[https://www.who.int/topics/infant\\_newborn/es/#:~:text=Estos%2028%20primeros%20d%C3%ADas%20de,una%20vida%20con%20buena%20salud.](https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/#:~:text=Estos%2028%20primeros%20d%C3%ADas%20de,una%20vida%20con%20buena%20salud.)

Orias,V.(2020) .Ruptura Prematura de Membrana. publicado 22-11-2020 de Revista Mexicana de Pediatría

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>

Ortiz.M(2014).Complicaciones Neonatales Asociado a la Ruptura Prematura de Membrana en Recien Nacidos Pretermino.Mexico

<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp145c.pdf>

Packard, L. (2021). *Aspiración de meconio.EE.UU*

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=meconium-aspiration-90-P05493#:~:text=El%201%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,pocos%20d%C3%ADas%20de%20haber%20nacido.>

Pacheco; W. (2017). *Caracterización de la Ictericia neonatal por subgrupos en el hospital pabor Arturo Suarez de la Ciudad de Quito 2017.Ecuador*

<https://docplayer.es/117523343-Pontificia-universidad-catolica-del-ecuador-facultad-de-medicina-especializacion-en-pediatria.html>

Pasha, Y., Alizadeh-Tabari, S., Pasha, E., & Zamani, M. (2020). Etiology and therapeutic management of neonatal jaundice in Iran: a systematic review and meta-analysis.

*World Journal of Pediatrics* EE.UU, 480-493.

<https://doi.org/10.1007/s12519-020-00339-3>

Pecho, R. (2020). Factores de riesgo en recién nacidos con ictericia neonatal en el servicio de neonatología en los Andes Centrales del Perú 2019. *Revista Científica de la facultad de medicina humana-UPLA*, 8(1), 39-42.

<https://doi.org/10.51701/medicina.v8i1.97>

Pensilvania, A., Ansong-Assoku, B., & Mohamed, A. (2018). Neonatal Jaundice [ictericia neonatal]. *Journal StatPearls Publishing*, 1(1), 1-12. España

<https://europepmc.org/article/nbk/nbk532930>

Perez, F. (2017). “Factores de riesgo a ictericia neonatal hospital de ontingencia Tingo María- 2015.” Tesis De Grado Académico. Perú

<http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/DIESTRA>

[RODRIGUEZ%252c Alexander-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/610/DIESTRA RODRIGUEZ%252c%20Alexander-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Porras; E. (2014) *Morbimortalidad Neonatal en Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en el Hospital Sergio E. Bernales Año 2013*. Huancayo. Universidad Peruana de los Andes

<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/98>

Portales médicos (2018) Líquido amniótico. España

[https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/liquido-](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/liquido-meconial/#:~:text=L%C3%ADquido%20Meconial%20Resumen%3A%20El%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,%C3%B3ptimas%20para%20el%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.)

[meconial/#:~:text=L%C3%ADquido%20Meconial%20Resumen%3A%20El%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,%C3%B3ptimas%20para%20el](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/liquido-meconial/#:~:text=L%C3%ADquido%20Meconial%20Resumen%3A%20El%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,%C3%B3ptimas%20para%20el%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.)

[%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/liquido-meconial/#:~:text=L%C3%ADquido%20Meconial%20Resumen%3A%20El%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,%C3%B3ptimas%20para%20el%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.)

[%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/liquido-meconial/#:~:text=L%C3%ADquido%20Meconial%20Resumen%3A%20El%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico%20es%20el,%C3%B3ptimas%20para%20el%20desarrollo%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20mismo.)

Programas Obstetras G.(2020)Trastornos Hipertensivos en la Gestación .de le Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

[https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP  
Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP%20Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf)

Quintanilla, V. (2016). *Factores maternos y neonatales asociados a la ictericia del recién nacido en el hospital regional de Moquegua*. . Perú: Revista ciencia y tecnología, para el desarrollo-UJCM. .

<https://revistas.ujcm.edu.pe/index.php/rctd/article/view/50>

Readhead, O (2021) Factores de riesgo neonatales asociados a ictericia en el servicio de neonatología del hospital San José – Callao. Peru 2021

[https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ\\_9f57f3421c46cc849cafd670945  
88fd1/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_9f57f3421c46cc849cafd67094588fd1/Details)

Ruiz, J., Romero, G., & Moreno, H. (2009). *Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia*. 2009.

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-  
06492008000200002&ing=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492008000200002&ing=es)

Ruud, T. (2021). The epidemiology of neonatal jaundice. *Pediatric medicine*, 4, 4-18.  
EE.UU <http://dx.doi.org/10.21037/pm-21-4>

Sánchez, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *Revista Médica Sinergia*, 4(9).España

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/319>

Sanchez, F., & Álvarez, L. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Rev Enfermería Scielo*. Perú  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>

- Saona, P. (2006). Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* , 219-225.Perú
- Serruto; H. (2018). “Factores Maternos que Influyen en la Ictericia Neonatal Patológica en el Servicio de Neonatología del Hospital Manuel Núñez Butrón. Puno enero diciembre 2017 Perú
- [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT\\_771fdfcde8daea04e4c8631be0271c72](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_771fdfcde8daea04e4c8631be0271c72)
- Silber, T. (1992). Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. Editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. EE.UU
- Scrafford, C., Mullany, L., Katz, J., Khatry, S., LeClerq, S., Darmstadt, G., & et al. (2016). Incidence and Risk Factors for Neonatal Jaundice among Newborns in Southern Nepal. *Trop Med Int Health [Internet]*, 18(11), 1317–1328.EE.UU
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055829/>.
- Soto, R. Guzman, C. (2020) Factores de riesgo relacionados a la ictericia neonatal en el Centro de Salud Accha Cusco, de enero a diciembre del 2019Perú
- <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3864?show=full>
- Suarez Acharte, G. (2019). *Factores de riesgo asociados a la hiperbilirrubinemia neonatal en el hospital de ventanilla durante el año 2019*. Tesis De Grado Academico.Perú
- [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ\\_980d7a5c734634603b02eed5b86f373a/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPSJ_980d7a5c734634603b02eed5b86f373a/Details)
- Subhabrata Mitra, J. R. (2017). Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment [Ictericia neonatal: etiología, diagnóstico y tratamiento ]. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(12), 699-704. EE.UU



<https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.699>

Tapia, J., & Gonzales, A. (2016). *Neonatología*. Chile: 3ra edición. .

Torres, R. (2020). *Factores asociados a ictericia patológica en neonatos a término- hospital “el carmen”,2019*. Tesis De Grado Academico. Perú  
<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1592>

Ullah, S., Rahman, K., & Hedayati, M. (2016). Hyperbilirubinemia in Neonates: Types, Causes, Clinical Examinations, Preventive Measures and Treatments [Hiperbilirrubinemia en recién nacidos: tipos, causas, exámenes clínicos, medidas preventivas y tratamientos]. *Iranian Journal of Public Health*, 45(5), 558-568.EE.UU <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935699/>

Universidad Nacional de Santa, U. (2019). *Aspectos éticos*.Perú

Universidad Nacional del Santa. (2017). *Código de Ética de investigación de la Universidad del Santa*. Resolución N° 560-2017-CU-R-UNS, Universidad Nacional del Santa; 2017.Perú

Urdiales, J. (2013). *Factores causales de la hiperbilirrubinemia y su manejo en los recién nacidos que ingresan al servicio de Neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Mayo 2012 a Octubre 2012*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja.  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17670?mode=full>

Uriol, O. (2018). *Factores De Riesgo Maternos - Neonatales Relacionados Al Recien Nacido Con Ictericia Neonatal Hospitalizado En El Servicio De Neonatología Del Hospital Belén De Trujillo 2018*. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo.Perú  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25436>

- Vásquez-Hoyos, P., Romero, H., Álzate, P., Hernando, L., Góngora, M., & Roa, A. (2020). Factores de riesgo asociados a exanguinotransfusión por ictericia neonatal en un hospital universitario: estudio de casos y controles. *Revista Mexicana de Pediatría*, 87(3), 91-96.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94838>
- Vásquez, P. (2014). Morbimortalidad neonatal en enfermedades hipertensivas del embarazo en el hospital Sergio Bernal año 2013. Tesis De Grado Académico. Perú  
[https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/98/PORRAS ORIHUELA EMILY VILMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/98/PORRAS_ORIHUELA_EMILY_VILMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Velásquez, S., & Huaman, D. (2020). Efectos del cuidado enfermero basado en teoría de Kristen Swanson sobre conocimientos y aceptación de lactancia materna en primigestas. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), 1-14.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf204o.pdf>
- Vieira, C., Mendes, E., Correia, Y., Perasol, L., Vilarinho, M., Inácio, M., . . . Silva, P. (2020). Conhecer na perspectiva da puérpera a relevância do projeto de assistência ao parto baseada na teoria de Virginia Henderson. *Revista Nursing*, 23(265), 4181-4186.EE.UU  
<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/630/621>
- Waseem Abbas, M., Shamshad, T., Aizaz Ashraf, M., & Javaid, R. (2016). Jaundice: a basic review [Ictericia: una revisión básica]. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(5), 1313-1319.EE.UU  
<http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20161196>

Ylla, J. (2019). *Factores relacionados al desarrollo de cefalohematoma en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo junio 2016 – junio 2018.*

Perú

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10368>

Yousef Mojtahedi, S., Izadi, A., Seirafi, G., Khedmat, L., & Tavakolizadeh, R. (2018). Risk

Factors Associated with Neonatal Jaundice: A Cross-Sectional Study from Iran

[Factores de riesgo asociados con la ictericia neonatal: un estudio transversal de

Irán].EE.UU

<http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2018.319>

Zárate, D. (2013). *Factores neonatales asociados a ictericia en el recién nacido a término en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz : periodo enero 2012 - diciembre 2012.*

Perú

[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3257/1/Zarate\\_Luque\\_Daysi\\_Victoria\\_2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3257/1/Zarate_Luque_Daysi_Victoria_2013.pdf)

# **ANEXOS**

**Anexo 01.**

**PRESUPUESTO ANALITICO**

<b>CÓDIGO POR ASIGNAC.</b>	<b>DESCRIPCIONES ESPECIFICAS</b>	<b>SUB. TOTAL S/.</b>	<b>TOTAL S/.</b>
2.3.1.99.1	<b>BIENES Y SERVICIOS</b>		<b>1980.00</b>
2.3.15.1.2	MATERIALES Y ÚTILES DE ESCRITORIO ✓ Papel bond A-4. ✓ Lapiceros: rojo, azul, negro. ✓ Lápices. ✓ Borrador. ✓ Regla. ✓ Cuaderno. ✓ Tajador. ✓ Clips.	200.00	
2.3.27.4.2	✓ Engrapador y grapas. ✓ Perforador. ✓ Fólderes manila y faster ✓ Resaltador. ✓ Tablilla con sujetador. ✓ Lapiceros tinta indeleble. ✓ Calculadora.  MATERIALES DE PROCESAMIENTO DE DATOS ✓ USB, Cds.	80.00	
2.3.15.12	MATERIALES DE IMPRESIÓN ✓ Copias ✓ Tinta de impresora. ✓ Impresora	700.00 400.00	
2.3.15.99	IMPRESIONES Y SUSCRIPCIONES ✓ Trabajos de tesis.	150.00	
2.3.15.1	OTROS MATERIALES. Bienes no considerados en otras asignaciones específicas (imprevistos)	450.00	
	<b>SERVICIOS</b>		<b>800.00</b>

2.3.21.2.1	<b>MOVILIDAD LOCAL</b> ✓ Gastos por desplazamiento interurbano.	300.00	
2.3.2.2.4.4	<b>SERVICIOS NO PERSONALES</b> ✓ Internet ✓ Digitación e Impresiones ✓ Anillados ✓ Personal Encuestador ✓ Estadista ✓ Gastos de encuadernación del proyecto de tesis y sus copias. ✓ Gastos de empastado del informe final y sus copias.	500.00	
	<b>✓ TOTAL</b>		<b>S/. 2780.00</b>

**FICHA DE CONTENIDO: FACTORES DE RIESGO MATERNOS**

**AUTORAS:** Rojas Paico Nadia y Silva Farfán Haydeé

**INSTRUCCIÓN:** Observar las historias clínicas de los neonatos del Área de Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y marcar con una X la opción correspondiente:

***FACTORES DE RIESGO MATERNO:***

**1. Edad materna:**

- Menores de 19 años ( )
- 19 a 34 años ( )
- Mayores de 34 años ( )

**2. Tipo de parto:**

- Parto eutócico ( )
- Parto distócico ( )

**3. Paridad:**

- Primípara ( )
- Multípara ( )

**4. Infección urinaria:**

- Si ( )
- No ( )

**5. Ruptura prematura de membrana:**

- Si ( )
- No ( )

**6. Enfermedad Hipertensiva del embarazo**

- Pre eclampsia ( )
- Eclampsia ( )
- No presenta ( )

FACULTAD DE CIENCIAS

E.P ENFERMERIA

FICHA DE CONTENIDO: FACTORES DE RIESGO NEONATALES

**AUTORAS:** Rojas Paico Nadia y Silva Farfán Haydeé

**INSTRUCCIÓN:** Observar las historias clínicas de los neonatos del Área de Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y marcar con una X la opción correspondiente:

**FACTORES DE RIESGO NEONATALES**

**1. Edad gestacional:**

- a) Pre término ( )
- b) A término ( )
- c) Post término ( )

**2. Sexo:**

- b) Masculino ( )
- c) Femenino ( )

**6. Peso al nacer:**

- a) Extremadamente bajo peso (< 1000gr.) ( )
- b) Muy bajo peso (1500 gr) ( )
- c) Bajo peso (<2500 gr) ( )
- d) Peso promedio (2500 – 3999gr) ( )
- e) Peso elevado al promedio (> 4000gr) ( )

**7. Incompatibilidad sanguínea madre – hijo:**

- a) ABO ( )
- b) Rh- ( )
- c) No presenta ( )

**5. Cefalohematoma:**

- a) Si ( )
- b) No ( )



**6. Sepsis neonatal:**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**7. Lactancia materna:**

- a) Lactancia materna exclusiva ( )
- b) Lactancia artificial ( )
- c) Lactancia mixta ( )

**8. Líquido Amniótico meconial**

- a) Si ( )
- b) No ( )



## Anexo 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**E.P ENFERMERIA**

**FICHA DE CONTENIDO: ICTERICIA NEONATAL**

**AUTORAS:** Rojas Paico Nadia y Silva Farfán Haydeé

**INSTRUCCIONES:** Observar las historias clínicas de los neonatos del Área de Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y marcar con una X la opción correspondiente:

**Ictericia Fisiológica ( )**

**Ictericia Patológica ( )**

## Anexo 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO DE TESIS: Factores de riesgo maternos y neonatales relacionados a la ictericia en el recién nacido en un Hospital Público. Nuevo Chimbote, 2022.**

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es: Factores de riesgo maternos y neonatales relacionados a la ictericia en el recién nacido en un Hospital público. Nuevo Chimbote, 2022, el propósito de este estudio es Determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y neonatales y la ictericia en el recién nacido en un hospital público. Nuevo Chimbote, 2022. El presente proyecto de investigación está siendo conducida por Rojas Paico Nadia Sthefany y Silva Farfán Haydeé Fiorella; con la asesoría de la Mg. Pinto Flore, Irene docente de la Universidad Nacional del Santa.

La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Yo \_\_\_\_\_,  
doy mi consentimiento para que las investigadoras ingresen al servicio de Estadística y Archivo y puedan obtener las historias clínicas de los recién nacidos atendidos en el Hospital Guzmán Barrón.

He recibido información verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados cuando este haya concluido. Para lo cual puedo comunicarme con:

Nombres de las Investigadoras: Rojas Paico Nadia y Silva Farfán Haydeé

Institución: Universidad Nacional del Santa, Teléfonos: 968779034 / 944997927

Como prueba de consentimiento, firmo a continuación:

---

Firma

---

Nombre de la encargada del Área