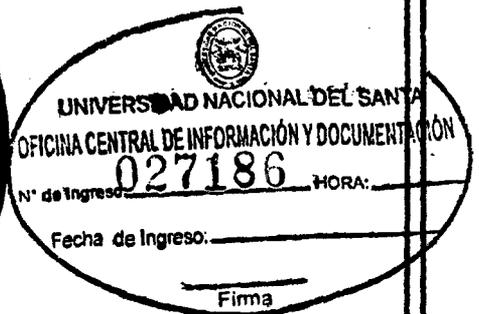




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



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



**ALGUNOS FACTORES MATERNOS RELACIONADOS AL
RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**Bach. CASTRO SALDAÑA, Fiorella Nathali
Bach. RAMOS PÉREZ, Silvia Jaqueline**

ASESORA:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2014**

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



Revisado y Vº Bº de:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

ASESORA

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



JURADO EVALUADOR

REVISADO Y Vº Bº DE:

Mg. PINTO FLORES, Irene

PRESIDENTA

Dra. HUANAP GUZMAN, Margarita

SECRETARIA

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A **Dios**, por haberme dado el don de la vida, por permanecer siempre conmigo en los momentos más difíciles, por guiarme por el buen camino, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional y cumplir con mis objetivos trazados.

A mi hermana **Norelly**, por estar siempre presente, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba y por alentarme siempre a seguir luchando por mis objetivos.

A mí amada sobrina **Rosita Camila**, por ser mi motivación, inspiración y felicidad. Gracias por ser la alegría de nuestro hogar.

A mis padres: **Elsa y Adalberto**, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional, por haberme sabido formar con buenos sentimientos y valores y en especial por transmitirme fuerza para seguir en busca de mis metas trazadas.

A mis abuelos **Luz y Angelmiro** por guiarme siempre por el buen camino, por sus consejos, por compartirme sus experiencias, por depositar su confianza en mí y por alentarme a seguir luchando por mis objetivos.

FIGURELLA

DEDICATORIA

A Dios, por estar presente y ayudarme en cada momento de mi vida, por haberme dado salud, sabiduría y todo lo necesario para seguir adelante, por permitirme llegar hasta este punto logrando mis objetivos.

A mis amados padres: Daniel y Grima, quienes me guiaron por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer, por el amor puro, transparente e incondicional que todos los días me brindan y solo se puede encontrar en dos personas que orgullosamente llamé padres.

A mis hermanos, quienes con su amor, apoyo y comprensión estuvieron siempre en mi vida estudiantil; que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles, para poder realizarme y llegar a ser una profesional.

SILVIA

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A nuestra asesora: **Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen.**

Por su apoyo brindado en nuestra formación profesional.

Quién con sus conocimientos supo orientarnos en el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, que nos formó en lo profesional, brindándonos la oportunidad de poder pertenecer a una casa de estudios de trascendencia histórica.

A nuestras docentes de la E.A.P. de Enfermería, por la educación impartida en cada etapa de nuestra formación profesional; por su orientación a la investigación científica y tecnológica, por su inculcación de valores como persona en lo espiritual, humanística y ético.

A las Enfermeras del Servicio de Neonatología y Modulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, por las facilidades brindadas para la ejecución de la presente tesis.

A nuestros queridos amigos/as, promoción 2006 de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, por los momentos alegres y tristes durante nuestra formación profesional; y porque hemos alcanzado los logros que día a día nos da satisfacción y orgullo.

FIGRELLA Y SILVIA

ÍNDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	16
II.	MARCO TEÓRICO	36
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	46
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
	4.1. RESULTADOS	58
	4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	82
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	5.1. CONCLUSIONES	92
	5.2. RECOMENDACIONES	93
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
	ANEXOS	111

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: ALGUNOS FACTORES MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	58
TABLA N° 02: RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	69
TABLA N° 03: ALGUNOS FACTORES MATERNOS RELACIONADOS AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	71

ÍNDICE DE GRAFICAS

	Pág.
GRÁFICO N° 01: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: EDAD DE LA MADRE. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	60
GRÁFICO N° 02: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: RESIDENCIA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	61
GRÁFICO N° 03: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	62
GRÁFICO N° 04: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: CONTROL PRENATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	63
GRÁFICO N° 05: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	64

GRÁFICO N° 06: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	65
GRÁFICO N° 07: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: TIPO DE PARTO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	66
GRÁFICO N° 08: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	67
GRÁFICO N° 09: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	68
GRÁFICO N° 10: RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	70

GRÁFICO N° 11: EDAD MATERNA RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	73
GRÁFICO N° 12: RESIDENCIA RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	74
GRÁFICO N° 13: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	75
GRÁFICO N° 14: CONTROL PRENATAL RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	76
GRÁFICO N° 15: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	77

GRÁFICO N° 16: ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	78
GRÁFICO N°17: TIPO DE PARTO RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	79
GRÁFICO N° 18: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	80
GRÁFICO N° 19: EDAD GESTACIONAL RELACIONADO AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.	81

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal tiene como objetivo general conocer algunos factores maternos relacionados al recién nacido con ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013. La población estuvo constituida por 80 recién nacidos con Ictericia neonatal de Agosto a Octubre del año 2013. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario: "Factores Maternos y Recién Nacidos con Ictericia Neonatal". El procesamiento y análisis de datos se realizó en el Software especializado SPSS 18, en dos niveles: descriptivo y analítico, llegando a las siguientes conclusiones:

El 33.8% de las madres sus edades son entre 20 a 25 años, el 55% reside en asentamientos humanos, el 56.3% tienen estudios secundarios, el 80% controles prenatales adecuados, el 60% con antecedentes obstétricos, el 98.8% no tienen antecedentes de hijos con ictericia neonatal, el 51.3% con tipo de parto distócico, el 87.5% brindaron lactancia materna exclusiva y el 61.3% son recién nacidos a término.

El 73.8% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica y el 26.3% ictericia patológica.

No se encontró relación estadística significativa entre la edad, residencia, grado de instrucción, control prenatal, antecedentes obstétricos, antecedentes de hijos con ictericia neonatal y tipo de parto con ictericia neonatal. Si existe relación estadística significativa entre la lactancia materna exclusiva y la edad gestacional del recién nacido con ictericia neonatal.

Palabras claves: Factores Maternos, Ictericia Neonatal.

ABSTRACT

This descriptive research, correlational and cross-sectional type has the general objective to know some factors related to maternal newborn with neonatal jaundice. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013 The population consisted of 80 infants with neonatal jaundice from August to October 2013 For data collection the survey technique and an instrument the questionnaire was administered. "Factors Maternal and Newborn with Jaundice neonatal ". The processing and analysis was performed in SPSS 18 Software specializes in two levels: descriptive and analytical, reached the following conclusions:

33.8% of mothers their ages are between 20-25 years, 55% live in settlements, 56.3% had secondary education, 80% adequate prenatal care, 60% with obstetric history, 98.8% have no history of children with neonatal jaundice, 51.3% with type dystocia, 87.5% gave exclusive breastfeeding and 61.3% were term infants.

73.8% of infants had physiological jaundice and pathologic jaundice 26.3%.

No statistically significant relationship between age, residence, education level, prenatal, obstetric history, history of children with neonatal jaundice and type of delivery with neonatal jaundice was found. If there is significant relationship between exclusive breastfeeding and gestational age of the newborn with jaundice neonatal.El 73.8% of neonates had physiologic jaundice and pathologic jaundice 26.3%.

Keywords: Maternal factors, Neonatal jaundice.

I. INTRODUCCIÓN:

El nacimiento constituye un momento trascendental, emotivo, dramático y sobrecogedor en la vida del nuevo ser y da pie al inicio de la vida extrauterina. Al nacer el organismo del recién nacido debe experimentar una serie de cambios anatómicos, fisiológicos, metabólicos y bioquímicos; además de la capacidad que tenga para adaptarse al medio ambiente. Teniendo en cuenta la calidad del órgano reproductor de la madre y su organismo en general, así como las condiciones del producto, sin dejar de considerar los múltiples factores que son indispensables para que esta etapa de la vida culmine con éxito y sin perjuicio para la vida del recién nacido (1).

La finalidad biológica de la gestación y de toda la asistencia prenatal, es llevar al feto a un estado de madurez que le garantice soportar sin daño el trauma normal e inevitable del parto, puede adaptarse con rapidez a las exigencias de la vida extrauterina y lograr así obtener máximo desarrollo en sus potencialidades. La transición desde la vida intrauterina a la extrauterina precisa de muchos cambios. La supresión de la dependencia materna a través de la placenta necesita de la activación de la función pulmonar para conseguir el intercambio de O_2 y CO_2 , de la función gastrointestinal para la absorción de nutrientes, de la función renal para la excreción de desechos y mantenimiento de la homeostasis química, de la función hepática para la neutralización y excreción de sustancias tóxicas y

de acción del sistema inmunológico para la protección contra la infección. El sistema cardiovascular y endocrino también experimentan las adaptaciones necesarias al suprimir el soporte materno y placentario (2).

El período neonatal se extiende desde el parto hasta el día 28 de vida. Durante este tiempo el neonato debe hacer muchos ajustes a la vida extrauterina. Muchas de estas tareas de desarrollo se presentan poco después del parto y las tareas biológicas son aquellas que comprenden: 1) establecer y mantener la respiración; 2) adaptarse a los cambios circulatorios; 3) regular la temperatura; 4) ingerir, retener, y digerir los nutrientes; 5) eliminar los desechos y 6) regular el peso (3).

El Ministerio de Salud (MINSA) define al nacimiento a término al recién nacido con edad gestacional de 37 a 41 semanas; nacimiento pre término al recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas y pos término al recién nacido con edad gestacional mayor de 41 semanas (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS). Considera nacimiento pretérmino todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer. Aunque todos los nacimientos que se producen antes de completar las 37 semanas de gestación son nacimientos pre término, la mayor parte de las muertes y los daños neonatales corresponden a los partos que se producen antes de la semana 34 de gestación (Ibid).

La ictericia Neonatal, es la coloración amarilla de la piel y mucosas por aumento de la bilirrubina (> 12 mg/dl). En el recién nacido a término la progresión clínica de la ictericia es céfalo caudal incrementándose de acuerdo a los niveles séricos de la bilirrubina (5).

La alimentación inicial (dentro de la primera hora) tiende a mantener bajo el nivel de bilirrubina sérica al estimular la actividad intestinal (reflejo gastrocólico) y la expulsión del meconio y las heces. Las prácticas de alimentación pueden influir sobre la aparición y el grado de la hiperbilirrubinemia fisiológica. La ictericia por ingesta de leche materna se ha definido como una hiperbilirrubinemia indirecta progresiva más allá de la primera semana de vida. Se manifiesta hacia el final de la primera semana de vida y se piensa que es el resultado de sustancias indefinidas en la leche de ciertas madres. Se han propuesto varias posibles explicaciones, incluida la presencia de la inhibición del glucorofenil – transferasa, concentración demasiado altas de ácidos grasos libres, concentración más alta de grasas en la leche de algunas madres y aumento de la absorción entérica de la bilirrubina no conjugada por el recién nacido. La ictericia por la lactancia por lo general se hace evidente cerca al tercer día de vida. No se conoce ninguna otra causa clínica aparente. En su génesis intervienen factores como la deshidratación, la falta de líquidos o la pérdida de peso. Las investigaciones recientes han documentado una relación significativa entre el número de sesiones de lactancia durante los primeros tres días de vida y los niveles de bilirrubina.

El calostro (el precursor de la leche) es un laxante natural que ayuda a promover la expulsión de meconio (Ibid).

Fisiopatológicamente la ictericia puede ser secundaria a un aumento de la carga de bilirrubina en la célula hepática; a la disminución de la capacidad del hígado para extraer la bilirrubina del plasma como resultado de la captación, conjugación, excreción defectuosa o una compleja interacción de varios de estos factores; dando lugar al desarrollo de ictericia neonatal fisiológica o patológica. La ictericia fisiológica se presenta por lo común en el 50 % de los niños a término y el 80 % de los prematuros (6).

La ictericia fisiológica se desarrolla en casi la mitad de los bebés sanos a términos y es característico después de las 24 horas del parto, se manifiesta por un aumento progresivo en el nivel de bilirrubina no conjugada en la sangre del cordón o desde 2 mg/dl hasta un pico medio de 5 mg/dl entre las 60 y las 72 horas de vida. Ictericia Patológica o hiperbilirrubinemia se refiere al nivel de bilirrubina no conjugada, evidenciada dentro de las 24 horas del parto (Ibid).

La ictericia es un signo frecuente en el recién nacido y generalmente es fisiológica; cuando es patológica obliga a establecer rápidamente el diagnóstico y tratamiento adecuado, debido a que el incremento de la fracción libre de bilirrubina no conjugada puede penetrar la barrera

hematoencefálica y causar daño neurológico con graves secuelas para el recién nacido (7, 8).

Se calcula que 1 de cada 200 niños nacidos a término alimentados a pecho presentan aumentos significativos de los niveles de bilirrubina no conjugada (ictericia de la leche materna) a partir del 7° día de vida, llegando a alcanzar unas concentraciones máximas de hasta 10–30 mg/dl durante la 2° y 3° semana. Si se mantiene la lactancia natural, la hiperbilirrubinemia va descendiendo gradualmente y luego puede persistir durante 3–10 semanas a niveles más bajos. Si se interrumpe la lactancia, la hiperbilirrubinemia desciende rápidamente y suele alcanzar los valores normales en el plazo de unos días. La interrupción durante 1-2 días sustituyendo la leche materna por preparados artificiales conduce a un rápido descenso de la bilirrubina sérica, tras lo cual se puede reanudar la lactancia materna sin que la hiperbilirrubinemia vuelva a los altos niveles previos. La fototerapia puede resultar beneficiosa en caso de que este indicada (9).

Prácticamente todos los recién nacidos presentan algo de ictericia pero no siempre es perceptible. Para algunas madres, se trata de una condición temporal que desaparecerá por sí sola o con un ligero tratamiento. No obstante, en raras ocasiones puede ser muy grave, por lo cual es importante estar bien atento a ella (10).

La actitud frente a la hiperbilirrubinemia ha cambiado con el tiempo. De la rigidez e intransigencia inicial de los años 1950 a 1980 se pasó a la fase permisiva de los años 80. Desde 1991 se han descrito nuevos casos de kernicterus en recién nacidos a término (RNT) sin problemática neonatal evidente, siempre en niños dados de alta precozmente y lactados al pecho. Ante esta situación, la Academia Americana de Pediatría en 1999 alertó sobre la necesidad de efectuar un seguimiento de estos niños, y consideró que en los RNT la cifra de bilirrubina ≥ 17 mg/dL después de las 72 horas de vida sería una hiperbilirrubinemia significativa, ya que suele incluir a todos los RNT que van a desarrollar una ictericia potencialmente peligrosa y, por lo tanto, tributaria de tratamiento (11).

La ictericia neonatal es la patología más frecuente de Neonatología. Su incidencia tiene íntima relación con muchos factores maternos, como por ejemplo: edad materna, edad gestacional, patologías asociadas, control prenatal, lactancia materna exclusiva, entre otros. Se calcula que el 60 o 70% de los recién nacidos la presentan (Ibid).

La asociación entre lactancia materna e ictericia neonatal es un hecho aceptado en la actualidad, tanto en recién nacidos sanos a término, como en prematuros. Ya en el siglo pasado se tuvo la impresión de que la leche materna estaba implicada en la producción de la hiperbilirrubinemia neonatal, pero no fue sino en los inicios de la década de los 60 cuando se demostró que los recién nacidos alimentados exclusivamente con leche

materna presentaban ictericia en grado moderado y severo en mayor proporción que los recién nacidos alimentados con fórmulas industrializadas, tanto en la primera semana de vida como a mayor edad (12).

El 13% de los neonatos alimentados con leche materna alcanzan cifras de bilirrubina ≥ 12 mg% y el 2% alcanzan cifras de bilirrubina ≥ 15 mg%, mientras que los niños alimentados con leche de fórmula alcanzan cifras de bilirrubina en apenas el 4% y el 0.3% respectivamente. Se ha podido demostrar que los recién nacidos a término y sanos que son alimentados con leche materna, tienen entre 3 y 4 veces más posibilidad de desarrollar ictericia moderada y severa que los alimentados con biberón. Por otro lado, también se ha demostrado en varios estudios que la ictericia por lactancia materna puede prolongarse semanas o meses y además que es más frecuente en la actualidad, por el aumento de madres que deciden amamantar a sus hijos (Ibid).

En la actualidad según algunos estudios, hasta el 60% de los bebés nacidos a término desarrollan ictericia durante las primeras dos semanas del nacimiento. Hay casos en que la ictericia del recién nacido tiene niveles más preocupantes. En estas situaciones el bebé debe pasar varias horas al día bajo una lámpara o fluorescentes de fototerapia en el hospital. En las unidades de Neonatología, en el año 2004 en el Instituto Materno Perinatal de Lima; el 30% de los recién nacidos egresados han sido tratados con fototerapia, por un promedio de 2 a 5 días (13).

En el **Ámbito INTERNACIONAL:**

A continuación presentamos estudios relacionados con algunas variables.

En ESPAÑA: Martínez, J; Otheguy, I; García, H. y Cols. (1999). En el estudio Hiperbilirrubinemia en el recién nacido de término sano y alimentado a pecho, ensayo clínico controlado cuyo objetivo fue comparar el efecto de cuatro intervenciones sobre la hiperbilirrubinemia del recién nacido a término sano alimentado a pecho, evaluaron 2.897 recién nacidos durante un año, de los cuales el 7.4% presentaron niveles de Bilirrubina Indirecta sérica de 17 mg/dl. Concluyeron que los recién nacidos alimentados a pecho tienen mayor incidencia de ictericia, se podría explicar por pobre ingesta calórica y aumento de la reabsorción intestinal de bilirrubina, para prevenir hay que alentar a las madres a alimentar frecuentemente (14).

En URUGUAY; Moraes, M; Bustos, J. (2004). En su estudio, Ictericia grave en el recién nacido. Se presenta el caso clínico de una recién nacida de 38 semanas de edad gestacional que reingresa al sexto día de vida con cifras de bilirrubina de 32,52 mg/dl, debido a falta de aporte adecuado, sin hemólisis. Con la fototerapia intensiva y el adecuado aporte de volumen, se logra la disminución de las cifras de bilirrubinas, no constatándose secuelas neurológicas. Se discute la aparición cada vez más frecuente de estos casos, su etiología y se realiza una puesta al día

acerca de las modalidades terapéuticas, principalmente sobre la fototerapia intensiva (15).

En BOLIVIA; Fuertes, M; Orellana, L; Aránguiz, P. y Cols. (2005). Resultados perinatales preliminares de Síndrome hipertensivo del embarazo en el Hospital Barros Luco Trudeau. Se revisaron 163 fichas clínicas de pacientes atendidas durante el primer semestre del 2001. Se recopilaron datos perinatales de la embarazada y del neonato, tales como factores de riesgo, estado nutricional al ingreso y egreso a los controles, patología obstétrica asociada, vía del parto, complicaciones y patologías neonatales, entre otras. La mayor proporción de las pacientes tienen entre 18 y 34 años. La patología concomitante más frecuente fue el síndrome hipertensivo del embarazo (20,8%). Las cesáreas fueron 37,4%. La complicación neonatal más frecuente fue la hiperbilirrubinemia (12,88%) (16).

En ARGENTINA; Covas, M; Medina, M; Ventura, S. y Cols. (2009). Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO y desarrollo de ictericia grave en recién nacidos a término: factores predictivos precoces. Se encontraron que 172 de 1.263 RNT (13,6%) presentaron incompatibilidad ABO. Se incluyeron 126 niños, de los cuales 28 (22%) presentaron ictericia grave. Estos últimos presentaron valores de BI entre las 24 y 36 horas más elevadas que aquellos RNT que no desarrollaron ictericia grave. Se excluyeron 46 niños (33 sin consentimiento, 11 controles

incompletos y 2 por razones clínicas). Un valor de BI \geq 8,75 mg % entre las 24 y 36 horas fue el punto de corte que presentó la menor tasa de clasificación incorrecta: sensibilidad 78%, especificidad 83%, VPP45% y VPN 95%. Se determinó que la BI entre las 24 y 36 horas de vida, contribuiría a identificar a los recién nacidos a término con incompatibilidad ABO que presentan un riesgo mayor de presentar ictericia grave entre el 2º y el 7º días de vida (17).

En CUBA; Campo, A; Alonso, R; Amador, R. y Cols. (2010). Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 173 recién nacidos que ingresaron al Departamento de Neonatología con diagnóstico de hiperbilirrubinemia agravada. Se encontró que la incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal agravada fue del 3,67% y predominó en hermanos con antecedentes de ictericia (56,65%). El tiempo de aparición fue de 48 a 72 horas (76,87%) y entre los factores agravantes se hallaron el nacimiento pretérmino y el bajo peso al nacer. La mayoría de los pacientes fueron tratados con luminoterapia (90,17%). Se determinó que los factores agravantes son la prematuridad y el bajo peso al nacer. La luminoterapia es una medida terapéutica eficaz para su tratamiento (18).

En el **Ámbito NACIONAL:**

Se han encontrado pocos estudios relacionados con nuestra tesis, lo cual ponemos a consideración.

En TRUJILLO; Díaz, J. (1995). En un estudio Ictericia en recién nacidos a término hospitalizados: frecuencia, etiología y tratamiento. Hospital de Apoyo de Belén de Trujillo. 1991 – 1994, se encontró que la frecuencia de los RNT ictericos hospitalizados fue de 42.8%, siendo de estos el 52.4% patológica y el 47.6% es fisiológica, el 18.3% corresponde a incompatibilidad de tipo ABO, el 7.1% a infección, un 7.9% multicausal, 4.0% por asfixia, 1.6% debido a sepsis y no se llegó a determinar la causa en un 13.5%. Además informa que en 126 RNT ictericos hospitalizados, 30.9% fueron tratados con fototerapia, 22.2% fototerapia más fenobarbital, 2.4% recibió los dos tratamientos más exanguinotransfusión; 1.6% recibió solamente fenobarbital y 42.9% solo fue observado (19).

En AREQUIPA; Chávez, R. (1998). En su estudio Evaluación de la ictericia fisiológica neonatal: Servicio de Neonatología. Hospital Regional Honorio Delgado. Enero – Diciembre 1997. En el grupo estudiado predominaron los neonatos a término con 91,96%. Hubieron 21 casos en total cuya aparición fue antes de las 24 horas. Tan sólo en 58 casos se determinaron las bilirrubinas séricas, 34 neonatos a término tuvieron más de 12 mg/dl mientras que los prematuros fueron 2 los que tenían mas de

15 mg/dl. Se hallaron varias patologías concurrentes tanto en los de término como en los prematuros, en los prematuros la asfixia, dificultad respiratoria y la policitemia en la totalidad de casos no recibieron fototerapia, así como no lo hicieron con infección perinatal, policitemia, sepsis o equimosis en el grupo a término (20).

EN LIMA. MARADIEGUE, E; SALVADOR, J. (1999). Embarazo en primigestas añosas. Estudio retrospectivo transversal de las 133 primigestas de 35 a más años atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1º de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998. Comparándolas con las 5,006 primigestas de 20 a 29 años atendidas en el mismo período. Resultados: La incidencia de patología materna es más elevada en las primigestas añosas, con un RR de 8,55 para hipertensión arterial previa, 2,49 en eclampsia, 1,39 en pre eclampsia, 2,18 en desproporción cefalopélvica y 2,03 en la hemorragia del 3er trimestre. La cesárea tiene un riesgo relativo de 2,55. En el neonato, el riesgo relativo es mayor para apnea neonatal (3,47) e hiperbilirrubinemia (21).

En TRUJILLO; Quijano, Y. (1999). En su investigación sobre Ictericia en recién nacidos a término hospitalizados: frecuencia, etiología y tratamiento, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en RNT, hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, entre enero de 1990 a diciembre de 1997; encontrándose 2298 RNT hospitalizados de los cuales 788 tuvieron entre

sus diagnósticos de alta el de ictericia neonatal, de los que se seleccionó aleatoriamente 255 casos. Los datos obtenidos fueron: La frecuencia de ictericia neonatal en RNT hospitalizados fue de 34.29%; en relación a la etiología el 11.76% correspondió a ictericia fisiológica, 88.24% a ictericia patológica: incompatibilidad ABO 73.33%, incompatibilidad Rh 2.75%, cefalohematoma 1.18%, por lactancia materna 0.78%, causas múltiples 1.18% y no se llegó determinar su causa en 9.02%; En fototerapia fue el tratamiento que se utilizó en el 100% de RNT ictericos, 3.53% recibió fototerapia más fenobarbital, 5.88% fototerapia mas exanguinotransfusión, 0.39% los tres tipos de tratamiento (22).

En SULLANA: Castillo, L. (2004). En su estudio Factores asociados a la presencia de Hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital de Apoyo III Sullana durante Enero a Diciembre – 2003. En la investigación se encontró que en los neonatos con lactancia materna precoz tuvieron 1.23 veces mayor riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia neonatal que los que no consumen lactancia materna precoz. Se ha podido demostrar que los recién nacidos a término y sanos que son alimentados con leche materna tienen entre 3 y 4 veces más posibilidad de desarrollar hiperbilirrubinemia moderada que los alimentados con fórmulas. Hubieron 21 (28.37%) casos de incompatibilidad ABO y Rh, 53 (71.62%) no presentaron ningún tipo de incompatibilidad. Lo que concluye que los neonatos con incompatibilidad sanguínea tienen 2.8% de desarrollar hiperbilirrubinemia neonatal que aquellos que no tienen incompatibilidad sanguínea, con incompatibilidad

menor de 0.005. En niños con incompatibilidad ABO es común desarrollar hiperbilirrubinemia moderada, estos niños parecen expuestos a mayor riesgo de Kernicterus o secuela neurológica (23).

En LIMA: Parodi, J; Meana, J; Ramos, J. (2005). En su Estudio Ictericia neonatal, señala que existen factores cuya presencia incrementa el riesgo de hiperbilirrubinemia, demostrando que en su población de estudio presenta como factores de riesgo: la alimentación a pecho (hipoalimentación), la mayor pérdida de peso (más de 5%) y el sexo masculino (24).

En LIMA: Pichilingue, G. (2008). En su Estudio Ictericia en el recién nacido a término sano en el Policlínico Luis Negreiros Vega - Es Salud. 2007. Se encontró que el 55% de los recién nacidos a término presentaron ictericia, 1 de cada 10 fueron atendidos por consultorio externo en las primeras 72 horas de vida luego de ser dados de alta (25).

En el **AMBITO LOCAL:**

No se encontraron estudios relacionados con las variables de la investigación.

Durante las prácticas pre-profesionales en el servicio de neonatología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón en Nuevo Chimbote y Hospital La Caleta en Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, observamos que la ictericia en los recién nacidos es cada vez más frecuente, constituyendo un problema de salud neonatal ya que se asocia con la complicación del Kernicterus para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo.

Según La Unidad de Estadística del Hospital La Caleta, de la Red Pacifico Norte, año 2012 en el primer semestre nacen aproximadamente 250 niños por mes, de los cuales 15 presentan ictericia neonatal.

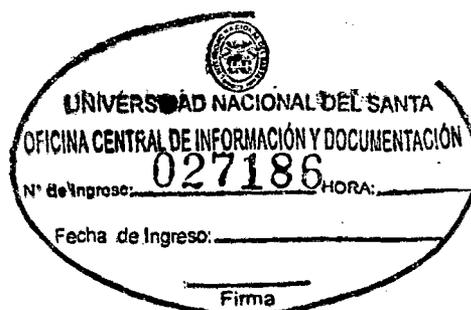
Según La Unidad de Estadística Informática y Archivo del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, en el primer semestre del año 2012, nacieron aproximadamente 200 niños por mes, de los cuales 30 presentaron ictericia neonatal.

El recién nacido sano es citado para su primer control en el Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, a los 4-5 días de vida,

observándose algunos RN con ictericia fisiológica al control de la semana de vida, en algunos casos con valores de bilirrubina elevados que están relacionados a los factores de riesgo maternos, a los cuidados y atención que recibe el neonato en su hogar. La presencia de ictericia, en nuestros recién nacidos, demandan alto costo económico y emocional para los padres, implica: cama ocupada, la utilización de horas médicas, referencia para hospitalización, seguimiento por consultorio con numerosas visitas, elevado número de determinaciones de laboratorio. Es importante para nosotras conocer las características de la ictericia neonatal, su frecuencia, los factores maternos y las pautas de manejo.

Los recién nacidos con ictericia neonatal que ingresan al Hospital Eleazar Guzmán Barrón, o algunos referidos de otros Centros de Salud, son internados en la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios, permaneciendo hasta superar los problemas patológicos que presentan y posteriormente van a su casa con educación a los padres sobre la problemática del recién nacido y sus cuidados.

El profesional de Enfermería debe enfatizar la parte preventivo-promocional, identificando los factores maternos en las gestantes con riesgo a tener un recién nacido con ictericia neonatal, para orientar a la madre y así mejorar su cuidado.



Esta problemática es de actualidad en todos los hospitales del Perú y de la Región de Ancash, es por eso el interés en conocer los factores maternos en el recién nacido con ictericia neonatal y es por el cual se considera necesario realizar la presente investigación.

Por lo anteriormente mencionado y dada la importancia para el profesional de enfermería en el área preventivo-promocional en el recién nacido se formula la siguiente interrogante:

¿CUÁLES SON ALGUNOS FACTORES MATERNOS RELACIONADOS AL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer algunos factores maternos relacionados al recién nacido con ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar algunos factores maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.
2. Identificar al recién nacido con ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.
3. Determinar algunos factores maternos relacionados al recién nacido con ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.

HIPÓTESIS: Implícita

El presente trabajo de investigación es de gran importancia pues los resultados podrán ampliar y/o fortalecer los conocimientos científicos del profesional de enfermería y del equipo de salud respecto a la relación entre los factores maternos y la ictericia en el recién nacido.

Además permitirá que el profesional de salud mejore las estrategias sanitarias en los programas preventivo – promocionales de acuerdo a las características propias de las comunidades y de esta manera disminuir la morbimortalidad materno-infantil que continua siendo un problema de salud pública a nivel nacional e internacional.

Para el profesional de enfermería porque permitirá la identificación de madres gestantes que presentan algunos factores de riesgo maternos descritos en la presente investigación, que predispongan a un recién nacido con ictericia neonatal. También contribuirá a fortalecer acciones o estrategias de prevención y promoción en mujeres en edad fértil con factores maternos que contribuyen a tener un recién nacido con ictericia neonatal, involucrando al cuidador familiar e incorporando modelos de cuidado que permita mejorar los estilos de vida en la futura madre.

A través de este trabajo de investigación el profesional de enfermería tomará como base la decisión de hacer una valoración a todos los recién nacidos pre término y a término en la Institución para detectar signos de alarma: como la ictericia.

Para las instituciones formadoras como la Universidad Nacional del Santa, servirá como fuente bibliográfica para desarrollar nuevos trabajos de investigación, que ampliara los conocimientos, aportando alternativas de solución sobre el problema. A la Escuela Académica Profesional de Enfermería, les permitirá identificar grupos de riesgo en mujeres en edad fértil para generar estrategias de intervención preventivo - promocional a través de programas educativos como el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud).

Así también los resultados del presente estudio, van a contribuir a reforzar los conocimientos en las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intermedios (UCI) y tomar medidas inmediatas para el cuidado del recién nacido con ictericia neonatal brindando sus cuidados con mucha seguridad, habilidad, destreza y con base científica.

II. MARCO TEÓRICO:

El presente trabajo de investigación se sustenta en el **Enfoque de riesgo** que es un método que se emplea para medir las necesidades de atención. Ayuda a determinar las prioridades de salud. Es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Pretende mejorar la atención para todos, priorizando la atención a aquellos grupos que más la requieren (26) (27).

El enfoque 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 – *prevención secundaria*. La *prevención primordial* se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la *prevención terciaria* está dirigida a quienes ya tienen daño o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (27).

La hipótesis en la que se basa el enfoque de riesgo es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, se comprenderá adecuadamente las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención (28).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (29).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (Factor de riesgo o Factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (Factor de daño o beneficio) (30).

Riesgo, implica la probabilidad que una o más características o factores incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (31).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. El conocimiento del riesgo da una medida de la

necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada, sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca (32).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades (29).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancias detectables en personas o grupo de personas, asociados con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción, conllevando a incrementar aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud (27) (28) (31).

Su importancia radica en que son observables y/o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice (32).

Existen factores de riesgo maternos que se asocian al recién nacido con ictericia neonatal tales como: Edad Materna, Procedencia, Grado de instrucción, Control prenatal, Antecedentes Obstétricos,

Antecedentes de hijos con ictericia neonatal, Tipo de parto, Lactancia Materna exclusiva, Edad gestacional (33).

La Vulnerabilidad, se define como la medida de susceptibilidad intrínseca, extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultad de recuperarse. Para el estudio de investigación, los Recién nacidos constituyen la Vulnerabilidad (34).

La **Probabilidad**, del daño o beneficio. Para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existe un recién nacido con ictericia neonatal (35).

Daño, se define como el mal, deterioro causado a una persona por otra u otras o por el hecho de las cosas, también se define por el resultado, afección no deseada en el cual se mide el riesgo (Ibid)

Algunos factores maternos, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal, probabilidad de presentar ictericia neonatal.

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

La Edad materna óptima para la gestación está comprendida entre los 20 y 30 años edad, a partir de esta cifra aumenta el riesgo materno y fetal. Las embarazadas de 15 años tienen una alta frecuencia de nacimientos pretérminos, debido a la inmadurez de sus órganos reproductores, puesto que aún se encuentran en una fase de crecimiento y desarrollo. Esta frecuencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, porque a medida que se avanza en edad hay más probabilidades de que la mujer tenga enfermedades que pudieran afectar su embarazo, así como cambios hormonales y la rigidez aumentada del tejido conectivo. Cuando la mujer es mayor de 30 años, la edad le constituye un factor de riesgo perinatal. El útero pierde su normalidad fisiológica, las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales, la elasticidad y la contractilidad al sufrir una degeneración fibrosa circunscrita o difusa. La falta de extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación (36).

Procedencia, lugar donde habita o procede la madre. Existen tres tipos: urbano, asentamiento humano y rural. En la residencia urbana, las madres viven en lugares con características adecuadas de saneamiento ambiental, teniendo un mayor acceso a los medios de comunicación, salud pública, institucionales educativas, etc. En los asentamientos humanos, comprenden pueblos jóvenes constituidas a veces por familias extensas o desintegradas, siendo éste un factor de riesgo para la inasistencia en los hospitales y la falta de control prenatal. En lo rural las

madres viven alejadas de las ciudades, en muchos casos no contando con servicios de salud, educación, información, etc. cercano a su vivienda, estos pueden ser factores condicionantes para el cuidado y desarrollo normal de la gestación (37).

El Grado de Instrucción, nivel educativo alcanzados por las madres. La baja educación en las mujeres, es el factor de riesgo de recién nacidos con ictericia neonatal. Muchos autores reportan que el mayor porcentaje de prematuridad se encuentran, cuando la madre es analfabeta o solo suele tener primaria incompleta. Las mujeres que no han tenido acceso a la educación viven sumisas en una situación de marginación y pobreza, enfrentando riesgos muy graves de enfermar y morir, así como no contar con los recursos para asistir a los centros de salud. En cambio una mujer con un nivel educativo adecuado adquiere buenos conocimientos, siguiendo un régimen más saludable durante el embarazo (38).

El control prenatal, es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objetivo de asegurar una óptima condición de salud física y mental a la madre y el producto de la gestación, prevenir e identificar precozmente las condiciones patológicas que se presentan. La falta de control prenatal constituye un factor de riesgo, pues la gestante llega en busca de asistencia tardíamente con complicaciones que comprometen su vida y la del feto. La ausencia o inadecuado control

prenatal, constituye un factor asociado al nacimiento del niño antes de término, ya que a través de él se vigila la evolución del embarazo desde su inicio a intervalos adecuados teniendo presente las complicaciones más frecuentes en cada trimestre. Un completo control prenatal permitiría una gestación a término (39).

Antecedentes obstétricos, constituyen riesgos graves para la salud. Son alteraciones que interrumpen el curso normal de la gestación antes de completarse el desarrollo normal fetal. Entre algunos de las siguientes: Embarazos múltiples, Enfermedad hipertensiva del embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, tiempo de Expulsión (40).

Antecedentes de Hijos con Ictericia Neonatal, son múltiples las entidades o factores que pueden determinar la presentación de una ictericia; es pieza fundamental valorar los antecedentes maternos y familiares; es decir realizar un interrogatorio dirigido a la madre sobre antecedentes que indiquen riesgos como la presencia de ictericia en sus otros hijos o historia familiar de riesgo, ya que existe un alto porcentaje de antecedentes de hermanos con ictericia neonatal (57% es positivo frente al 43% que es negativo) (41).

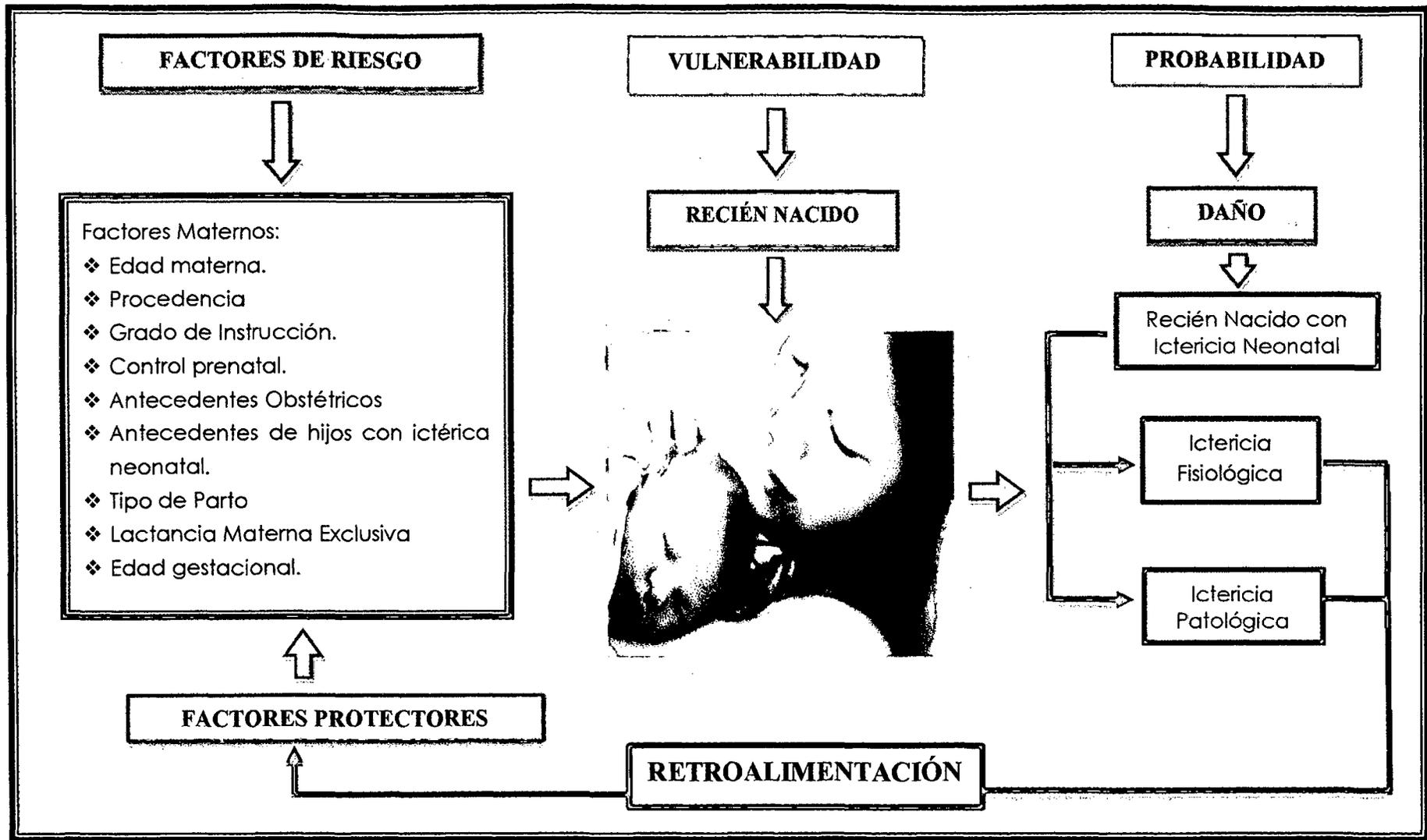
Tipo de Parto, los neonatos a término nacidos mediante parto vaginal muestran niveles de TSB (bilirrubina) superiores a los nacidos mediante una intervención de cesárea. Algunos estudios reportan que de la distribución porcentual de recién nacidos que presentaron ictericia neonatal, el 63.63% de los partos fueron normales o eutócicos, mientras que el 36.36% fueron por cesárea (42).

Lactancia Materna Exclusiva, los recién nacidos amamantados presentan un tipo de ictericia provocada por determinadas sustancias presentes en la leche materna que pueden hacer que aumente la concentración de bilirrubina en la sangre al no poder excretarla a través de los intestinos. Este tipo de ictericia aparece entre los tres y los cinco primeros días de vida y suele mejorar entre la tercera y la duodécima semanas (43).

Edad gestacional, se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Permite hacer una relación entre las semanas de gestación, el crecimiento y desarrollo fetal. (44)

La OMS clasifica a los recién nacidos como: Recién nacido pre término cuyo nacimiento se da antes de las 37 semanas, recién nacido a término cuyo nacimiento ocurre entre las 37 y 42 semanas y recién nacido pos término que es aquel cuya edad gestacional es mayor de 42 semanas (45).

Así el presente estudio pretende determinar el grado de relación que existe entre los factores de riesgos anteriormente descritos y la presencia recién nacidos con ictericia neonatal. Identificando los factores de riesgo conoceremos el perfil de la población expuesta al daño que acude al Hospital Eleazar Guzmán Barrón y de acuerdo a ello actuar preventivamente desarrollando intervenciones adecuadas.



ESQUEMA DEL ENFOQUE DE RIESGO, ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

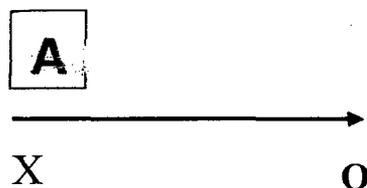
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional y corte transversal.

- **Descriptivo:** Para efectos del presente estudio, se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto.
- **Correlacional:** Porque pretende determinar la relación que existe entre sus dos fenómenos para luego describir en función a sus objetivos.
- **Corte Transversal:** Porque se identificará las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procederá a la descripción y análisis de los mismos.

El esquema es el siguiente:



Dónde:

A: Recién nacido.

X: Algunos factores maternos.

O: Recién nacido con Ictericia Neonatal.

3.2. POBLACIÓN

A. Universo Muestral:

La población de estudio estuvo constituida por 80 recién nacidos a término y pretérmino con diagnóstico de ictericia neonatal atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, de Agosto a Octubre del año 2013.

B. Unidad de análisis:

Constituido por el recién nacido a término y pretérmino con ictericia neonatal y que cumplen con los criterios de inclusión.

C. Marco Muestral:

Recién nacidos a término y pretérmino con ictericia neonatal registrados en el Libro de censo del Servicio de Neonatología y del Módulo de Pediatría en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante Agosto a Octubre del año 2013.

D. Criterios de inclusión:

- Recién nacidos con historias clínicas completas y con los respectivos exámenes de laboratorio.
- Recién nacidos con ictericia fisiológica y patológica.
- Todos los recién nacidos a término y pretérmino.

- Recién nacidos registrados en el Libro de Censo entre el período Agosto, setiembre y octubre, 2013.
- Todas las madres mayores de 14 años de edad.

3.3. DISEÑO MUESTRAL

Estuvo conformado por 80 recién nacidos a término y pretérmino con ictericia neonatal registrados en el libro de Censos del servicio de Neonatología y Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Distrito de Nuevo Chimbote durante el año 2013, según criterios de inclusión.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS:

Se dará cumplimiento a los principios según la comisión de Ética como la autonomía, Anonimato y confidencialidad, beneficencia y no maleficencia, justicia, integridad científica y responsabilidad; respetando la integridad física del recién nacido.

A) Principio de Autonomía: Esto es el respeto a la dignidad de las personas. Las personas que son sujetos de investigación deben participar de forma voluntaria y disponer de información adecuada. La investigación debe garantizar el pleno respeto de sus derechos y libertades fundamentales, en particular si se encuentran en situación de especial vulnerabilidad. En el presente estudio de investigación se respeta los datos que se registran, evitando modificaciones para obtener beneficios propios.

- B) Anonimato y Confidencialidad:** Privacidad de la identificación de la persona, garantiza que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso. En el presente trabajo de investigación se guardara el anonimato de los recién nacidos para su estudio.
- C) Principio de Beneficencia y No Maleficencia:** Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador debe responder a: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios. El presente estudio de investigación proporciona actuar en bien de la madre y del recién nacido. Se refiere a la obligación de no hacer daño a las personas, el respeto no solo a la vida, se tiene en cuenta e discreción y la privacidad de los datos personales de la madre y al recién nacido.
- D) Principio de Justicia:** El investigador debe ejercer un juicio razonable y tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento no den lugar o toleren prácticas injustas. Una injusticia seria negar un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o imponer indebidamente una carga sobre determinada persona que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. En la presente investigación la justicia es la

constante voluntad de dar a cada uno su propio derecho por lo que cada dato obtenido de la madre y el recién nacido son equitativos, antes, durante y después de la recolección de datos, sin excepción alguna; respetando la privacidad de la madre y el recién nacido.

- E) 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 en el análisis y comunicación de sus resultados. La integridad o rectitud deben regir no solo la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional. En el presente trabajo de investigación se respetara la veracidad de los resultados obtenidos tanto en la ejecución como en la difusión de estos.
- F) Responsabilidad:** El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas. Ni el acto de delegar ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad. Las investigadoras asumirán con responsabilidad las consecuencias de la difusión del trabajo de investigación.

3.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. FACTORES MATERNOS:

Entorno materno que favorece o afecta el normal desarrollo de los recién nacidos, así como la edad materna, procedencia, grado de instrucción, trabajo, control prenatal, riesgos obstétricos, tipo de parto, lactancia materna, edad gestacional del recién nacido.

1.1. EDAD MATERNA: ✓

Definición Conceptual: Años cumplidos por la madre gestante al momento del parto.

Definición Operacional: Mediante escala ordinal:

- a) 14 - 19 años
- b) De 20 - 25 años
- c) De 26 - 30 años
- d) > 31 años.

1.2. PROCEDENCIA: ✓

Definición Conceptual: Lugar donde la madre inicio su existencia o el lugar de donde viene.

Definición Operacional: Mediante escala nominal:

- a) Urbano.
- b) Asentamiento Humano (AA.HH).
- c) Rural.

1.3. GRADO DE INSTRUCCIÓN: ✓

Definición Conceptual: Estudios alcanzados por la madre del recién nacido a través de entidades educativas a lo largo de su vida.

Definición Operacional: Mediante escala nominal:

- a) Analfabeta.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Superior

1.4. CONTROL PRENATAL: ✓

Definición conceptual: Número de controles que tiene la madre durante su embarazo, para la detección precoz de factores de riesgo en su estado de salud.

Definición operacional: Mediante escala nominal:

- a) Adecuado
- b) Inadecuado
- c) Ninguno.

1.5. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Definición conceptual: Son las patologías que se presentan durante la gestación.

Definición operacional: Mediante escala nominal:

a) Sin antecedentes.

b) Con antecedentes.

- Embarazos múltiples.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura prematura de membranas
- Tiempo de Expulsión.

1.6. ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL:

Definición conceptual: Presencia de ictericia en los hijos anteriores durante el periodo neonatal.

Definición operacional:

a) Si presento.

b) No presento.

1.7. TIPO DE PARTO:

Definición conceptual: Es la forma de como el bebé es alumbrado del útero materno.

Definición operacional: Mediante escala nominal:

- a) Eutócico.
- b) Distócico.

1.8. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Definición conceptual: Alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida, debe ser exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. (OMS).

Definición operacional: Mediante escala nominal:

- a) Sí.
- b) No.

1.9. EDAD GESTACIONAL:

Definición conceptual: La edad gestacional es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo.

Definición operacional: Mediante escala nominal:

- a) Recién nacido Pretérmino
- b) Recién nacido a Término.

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL

Definición Conceptual: Es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, que se observa en el RN, con valores superiores de 12 mg/dl.

Definición operacional: Mediante escala ordinal:

- a) Fisiológica.
- b) Patológica.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos con diagnóstico de ictericia neonatal. Utilizando la técnica de la encuesta. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos, elaborado por las autoras para obtener datos calificables y cuantificables, teniendo en cuenta el juicio de expertos en el área de investigación. Donde se consideraron: Factores Maternos en el recién nacido con ictericia: Edad materna: de 14 a 19 años, de 20 a 25 años, de 26 a 30 años, de 31 años a más; Procedencia: Urbano, Asentamiento humano, Rural; Grado de instrucción: Analfabeta, Primaria, Secundaria y Superior; Control prenatal: Adecuado, Inadecuado y ninguno; Riesgo obstétrico: Embarazos múltiples, Enfermedad hipertensiva del embarazo, Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, Rotura prematura de membranas y Tiempo de expulsión;

Tipo de parto: Eutócico y distócico; Lactancia materna: si recibe y no recibe y Edad gestacional del recién nacido: Antes de 37 semanas, 37 a 41 semanas y más de 41 semanas.

3.7. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

A. CONFIABILIDAD:

Para medir la confiabilidad de datos se utilizó el método de coeficiente de alfa de Crombach y el coeficiente de Spearman Brown.

B. VALIDEZ:

Instrumento fue validado por juicio de expertos.

3.8. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó autorización a la Dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa y a la Dirección del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, para el ingreso al Servicio de Neonatología y al Módulo de Pediatría. Así mismo se coordinó con el personal de este servicio para que nos brinden las facilidades requeridas en la investigación, permitiendo el acceso al libro de Censo. Se realizó las coordinaciones correspondientes y se procedió a la recolección de datos en el Servicio de Neonatología y Modulo de Pediatría desde Agosto a octubre del 2013.

Se trabajó con el libro de Censo del Servicio de Neonatología y Módulo de Pediatría considerándose a los recién nacidos con diagnóstico de ictericia y que reunieron los criterios de inclusión.

Posteriormente se tuvo acceso a las historias clínicas y finalmente se obtuvo los datos a través del llenado del instrumento (ANEXO N° 1).

Una vez terminado el llenado de los instrumentos se verificó que no existan errores en las respuestas, y luego se procedió a la tabulación respectiva.

3.9. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó utilizando la prueba de independencia de criterios con un nivel de significancia del 5% ($< 0,05$) a través del Programa Software SPSS 18, en sus 2 niveles; previa codificación de los datos obtenidos:

El análisis estadístico.

- **Nivel Descriptivo:** Los resultados están presentados en tablas unidimensionales, cifras absolutas y relativas, media aritmética. Frecuencia relativa y simple.

- **Nivel Analítico:** Tablas bidimensionales, para determinar la relación entre las variables en estudio se realizó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado, se considerará el Nivel de significancia de la probabilidad de equivocarse es menos al 5% ($T < 0.05$); medidas de asociación epidemiológica (ODA RATTION).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01: ALGUNOS FACTORES MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

ALGUNOS FACTORES MATERNOS	Fi	Hi
EDAD MATERNA		
14 – 19 años	20	25.0
20 – 25 años	27	33.8
26 – 30 años	13	16.3
≥ 31 años	20	25.0
PROCEDENCIA		
Urbano	19	23.8
Asentamiento Humano	44	55.0
Rural	17	21.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	2	2.5
Primaria	13	16.3
Secundaria	45	56.3
Superior	20	25.0
CONTROL PRENATAL		
Adecuado	64	80.0
Inadecuado	15	18.8
Ninguno	1	1.3

Continuación de la TABLA N° 01

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Sin antecedentes	32	40.0
Con antecedentes	48	60.0
ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL		
Si	1	1.3
No	79	98.8
TIPO DE PARTO		
Eutócico	39	48.8
Distócico	41	51.3
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		
Si	70	87.5
No	10	12.5
EDAD GESTACIONAL		
Recién nacido a termino	49	61.3
Recién nacido a Pretérmino	31	38.8
TOTAL	80	100.0

Fuente: Historias clínicas. Servicio de Estadística y Archivo.
Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

EDAD MATERNA

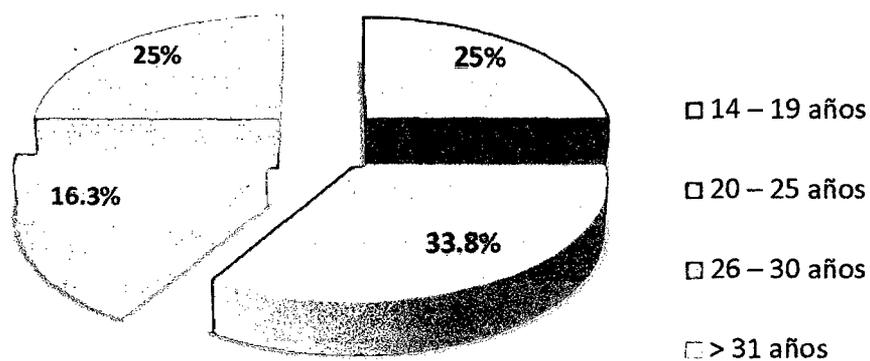
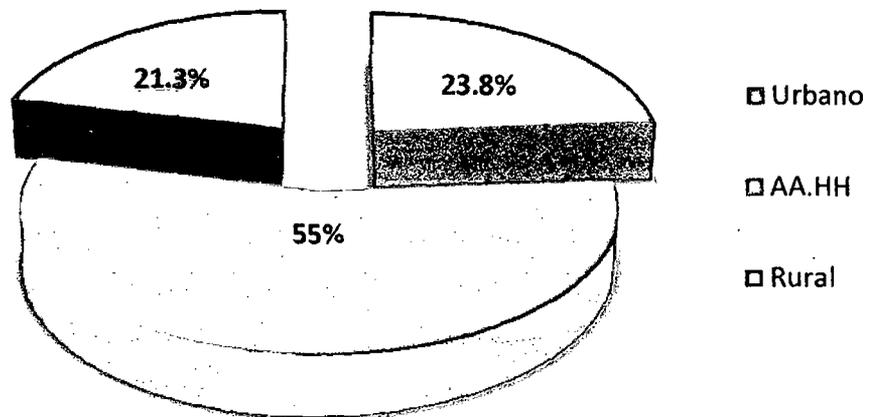


GRÁFICO N° 01: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: EDAD. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

PROCEDENCIA



**GRÁFICO N° 02: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: PROCEDENCIA.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

GRADO DE INSTRUCCION

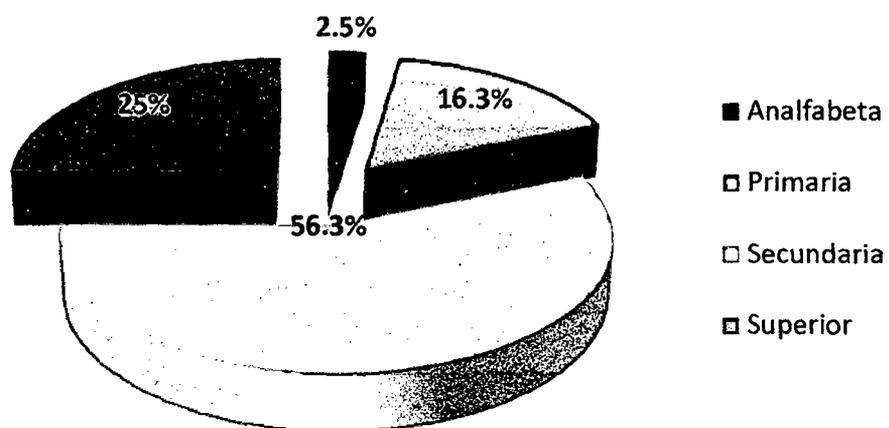


GRÁFICO N° 03: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

CONTROL PRENATAL

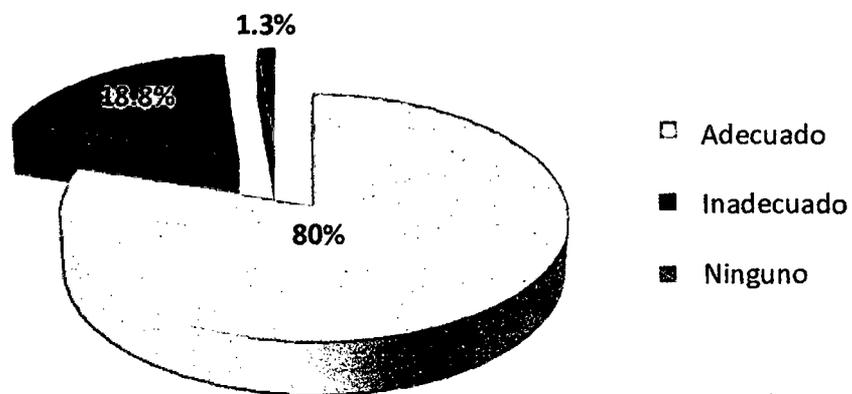
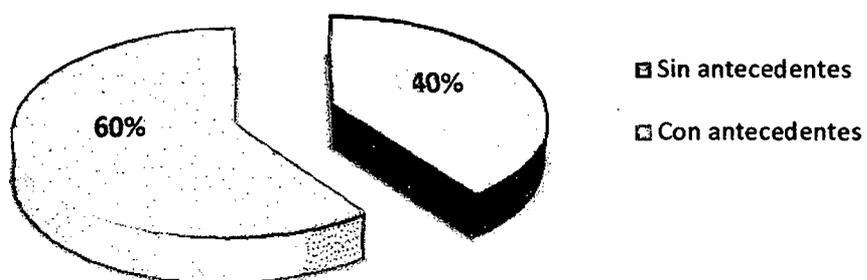


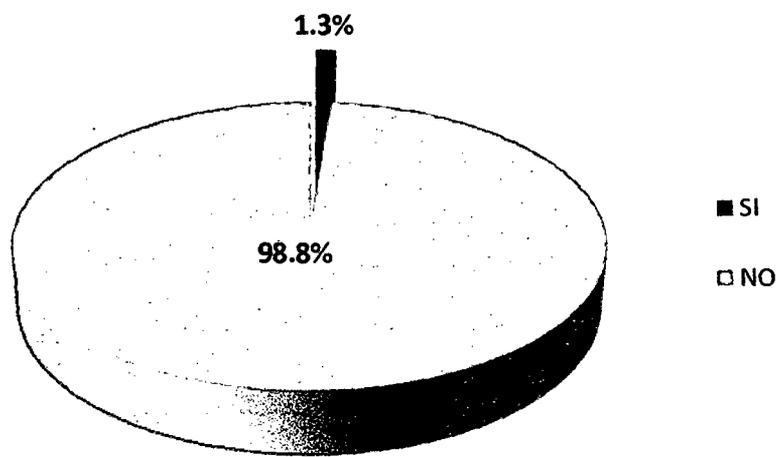
GRÁFICO N° 04: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: CONTROL PRENATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



**GRÁFICO N° 05: ALGUNOS FACTORES MATERNOS:
ANTECEDENTES OBSTETRICOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN
BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL



**GRÁFICO N° 06: ALGUNOS FACTORES MATERNOS:
ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

TIPO DE PARTO

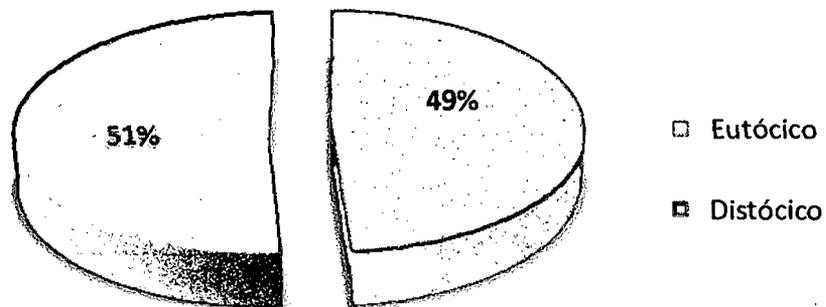


GRÁFICO N° 07: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: TIPO DE PARTO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

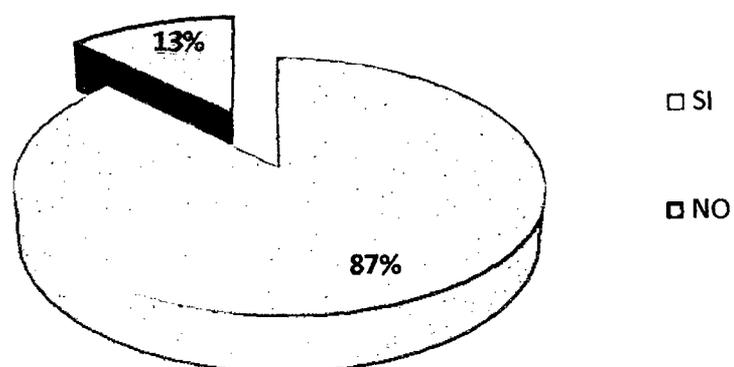


GRÁFICO N° 08: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

EDAD GESTACIONAL

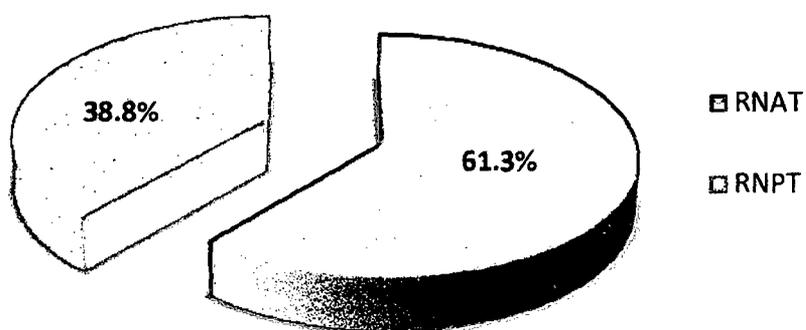


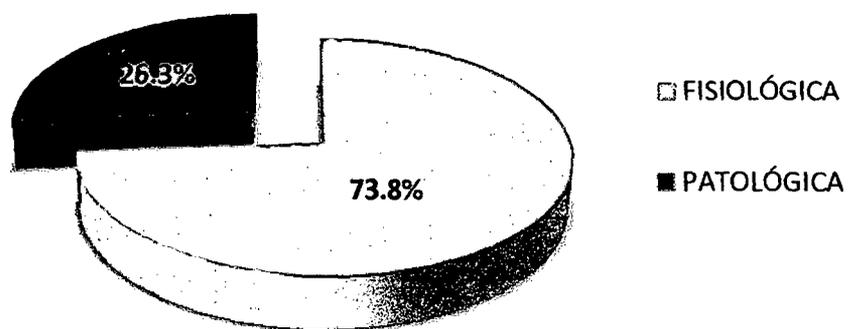
GRÁFICO N° 09: ALGUNOS FACTORES MATERNOS: EDAD GESTACIONAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

**TABLA N° 02: RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

RN CON ICTERICIA NEONATAL	Fi	Hi
FISIOLÓGICA	59	73.8
PATOLÓGICA	21	26.3
TOTAL	80	100.0

Fuente: Historias clínicas. Servicio de Estadística y Archivo. Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

RN CON ICTERICIA NEONATAL



**GRÁFICO N° 10: RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

TABLA N° 03: ALGUNOS FACTORES MATERNOS RELACIONADOS AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

FACTORES MATERNOS	RN CON ICTERICIA NEONATAL					
	FISIOLOGICA		PATOLOGICA		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
EDAD MATERNA						
14 – 19 años	16	80.0	4	20.0	20	25.0
20 – 25 años	20	74.1	7	25.9	27	33.8
26 – 30 años	8	61.5	5	38.5	13	16.3
≥ 31 años	15	75.0	5	25.0	20	25.0
$X^2_o = 1,423$ $GL = 3p = 0,700$ ($> 0,05$) No sig.						
PROCEDENCIA						
Urbano	16	84.2	3	15.8	19	23.8
Asentamiento Humano	31	70.5	13	29.5	44	55.0
Rural	12	70.6	5	29.4	17	21.3
$X^2_o = 1,409$ $GL = 2p = 0,494$ ($> 0,05$) No sig.						
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Analfabeta	1	50.0	1	50.0	2	2.5
Primaria	9	69.2	4	30.8	13	16.3
Secundaria	32	71.1	13	28.9	45	56.3
Superior	17	85.0	3	15.0	20	25.0
$X^2_o = 2,189$ $GL = 3p = 0,534$ ($> 0,05$) No sig.						
CONTROL PRENATAL						
Adecuado	48	75.0	16	25.0	64	80.0
Inadecuado	11	73.3	4	26.7	15	18.8
Ninguno	0	0.0	1	100.0	1	1.3
$X^2_o = 2,863$ $GL = 2$ $p = 0,239$ ($> 0,05$) No sig.						

Fuente: Historias clínicas. Servicio de Estadística y Archivo. Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

Continuación de la TABLA N° 03

ANTECEDENTES OBSTETRICOS						
Sin antecedentes	22	68.6	10	31.3	32	40.0
Con antecedentes	37	77.1	11	22.9	48	60.0
$X^2_o = 0,689$ GL= 1 p= 0,407(> 0,05) No sig.						
ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL						
Si	0	0.0	1	100.0	1	1.3
No	59	74.7	20	25.3	79	98.8
$X^2_o = 2,845$ GL= 1 p= 0,092(> 0,05) No sig.						
TIPO DE PARTO						
Eutócico	29	74.4	10	25.6	39	48.8
Distócico	30	73.2	11	26.8	41	51.3
$X^2_o = 0,015$ GL= 1 p= 0,904(> 0,05) No sig.						
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
Si	55	78.6	15	21.4	70	87.5
No	4	40.0	6	60.0	10	12.5
$X^2_o = 6,724$ GL= 1 p= 0,010(< 0,05) SIG.						
EDAD GESTACIONAL						
RN a termino	31	63.3	18	36.7	49	61.3
RN pretérmino	28	90.3	3	9.7	31	38.8
$X^2_o = 7,180$ GL= 1 p= 0,007 (< 0,05) SIG.						
TOTAL	59	73.8	21	26.3	80	100.0

Fuente: Historias clínicas. Servicio de Estadística y Archivo. Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

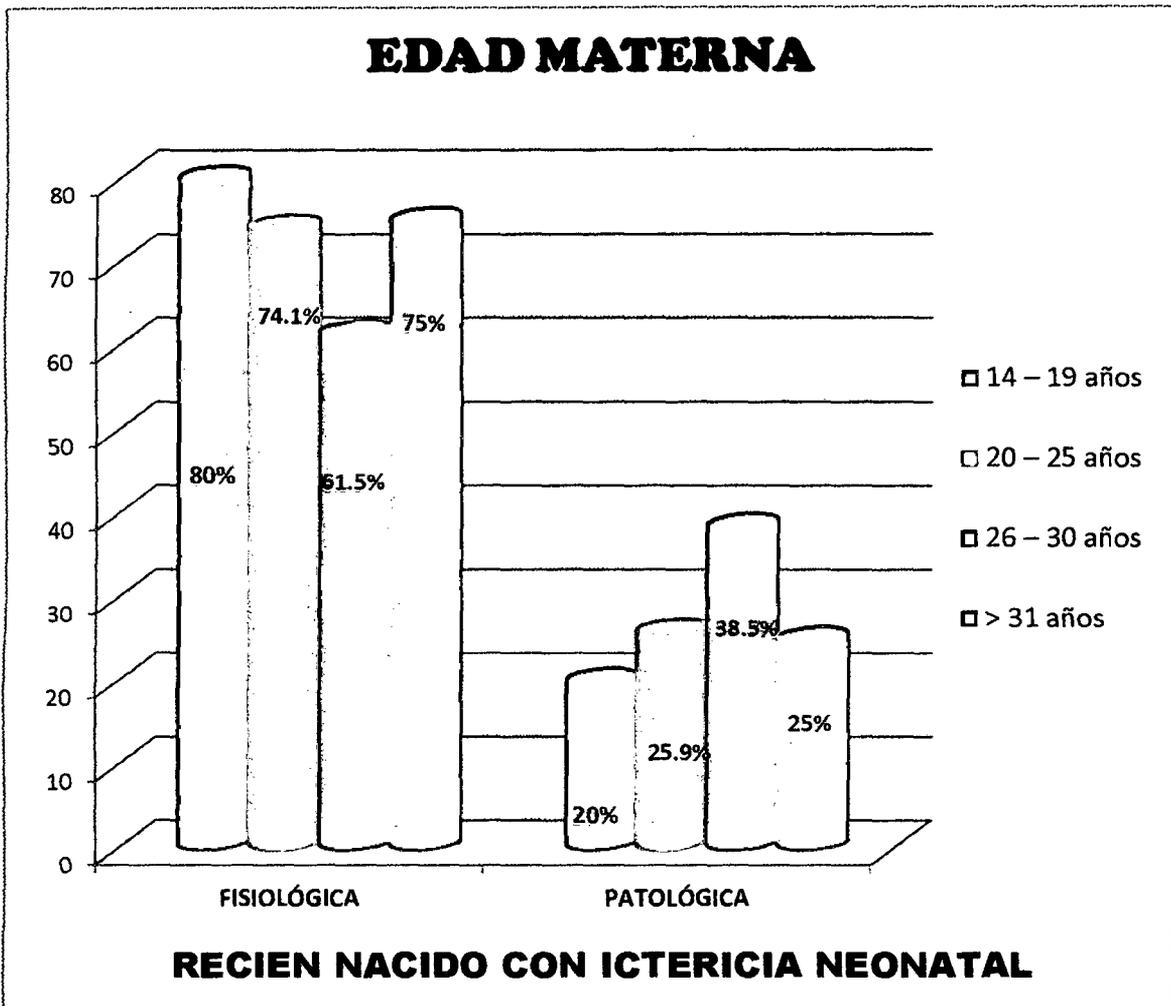
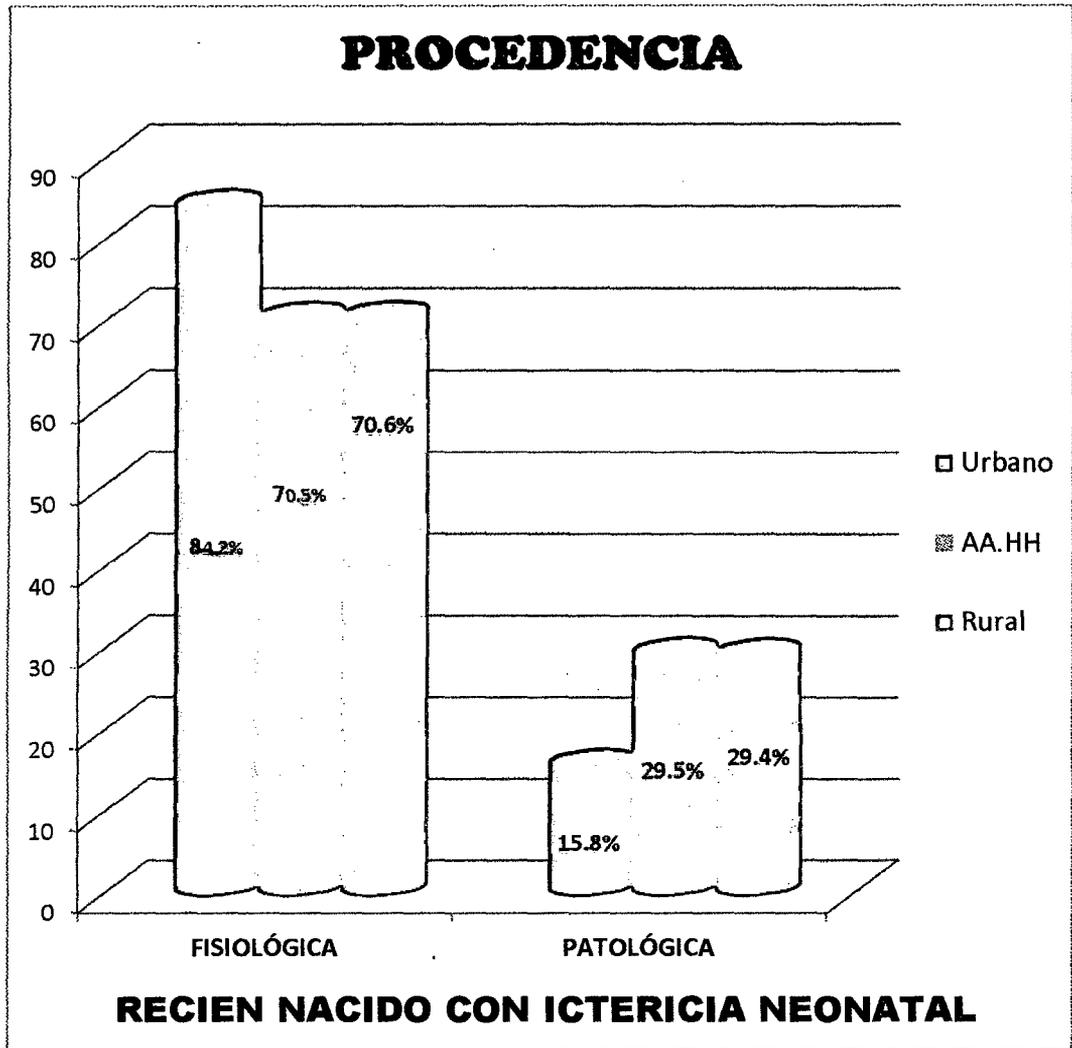
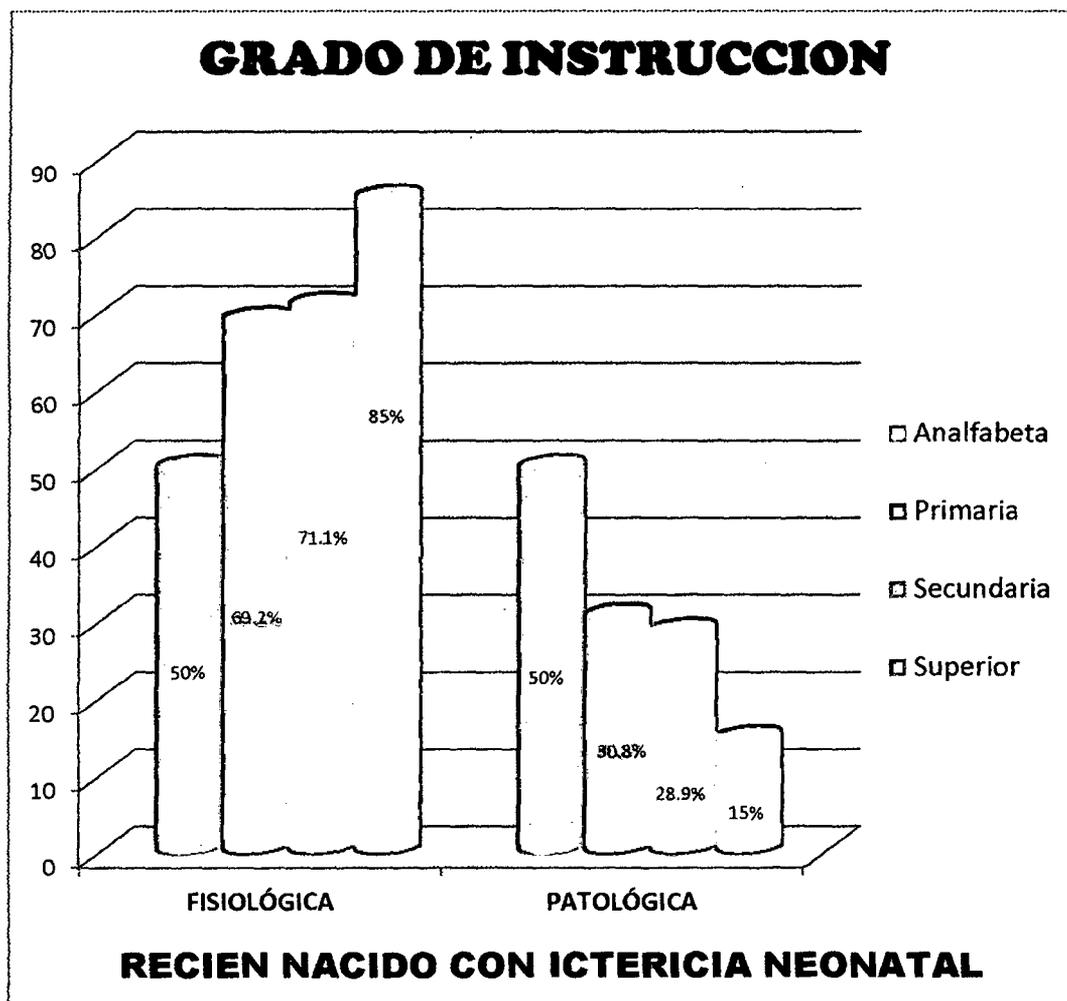


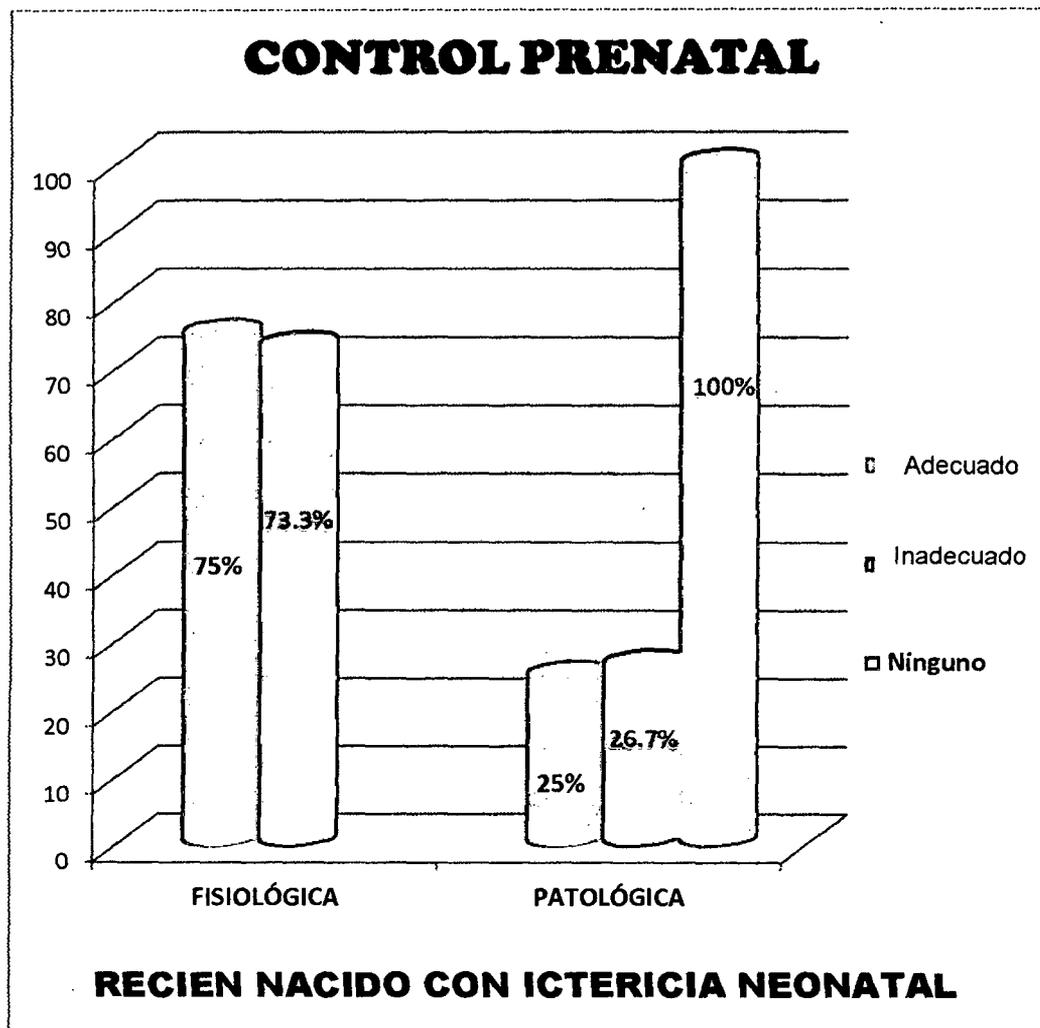
GRÁFICO N° 11: EDAD MATERNA RELACIONADO AL RECEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



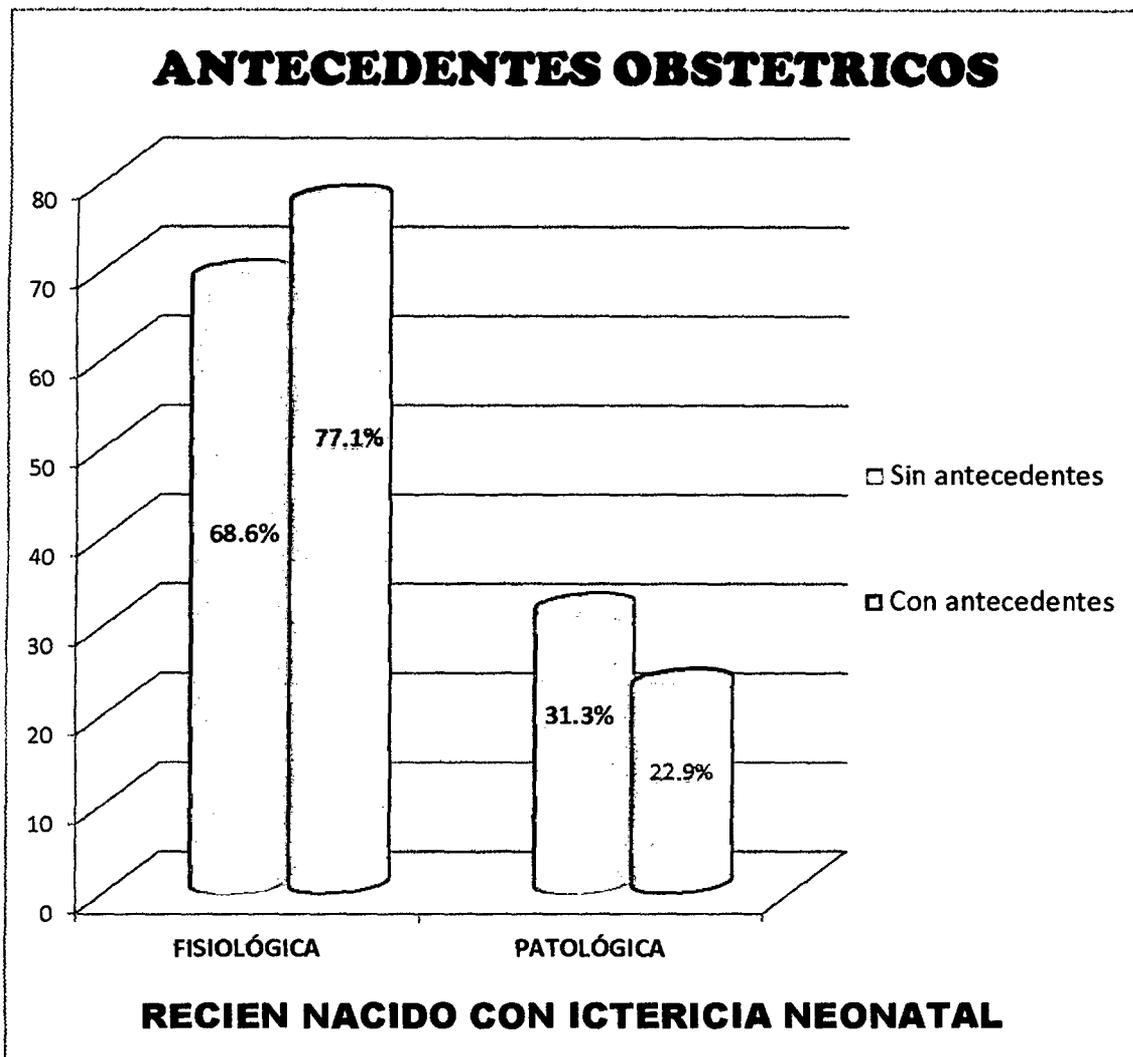
GRÁFICA N° 12: PROCEDENCIA RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



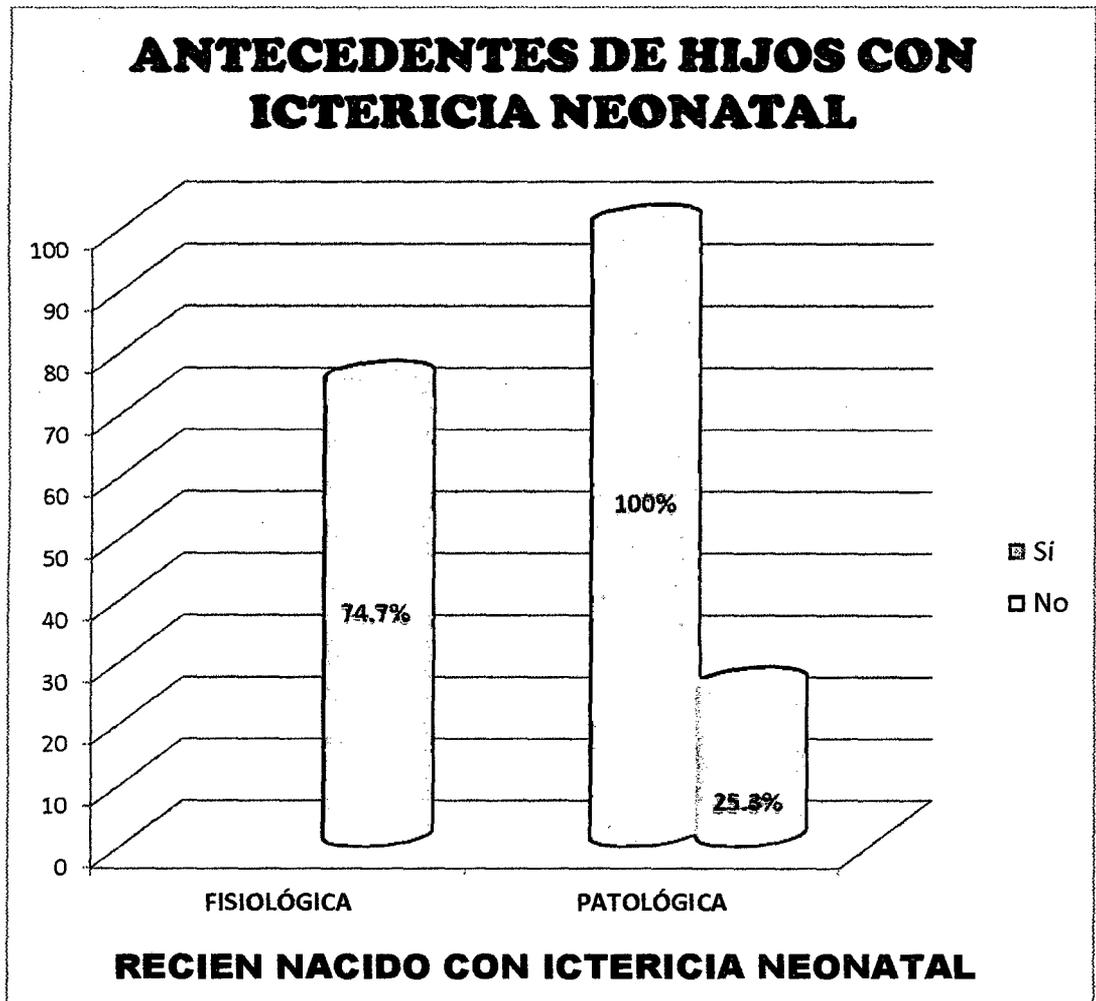
GRÁFICA N° 13: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



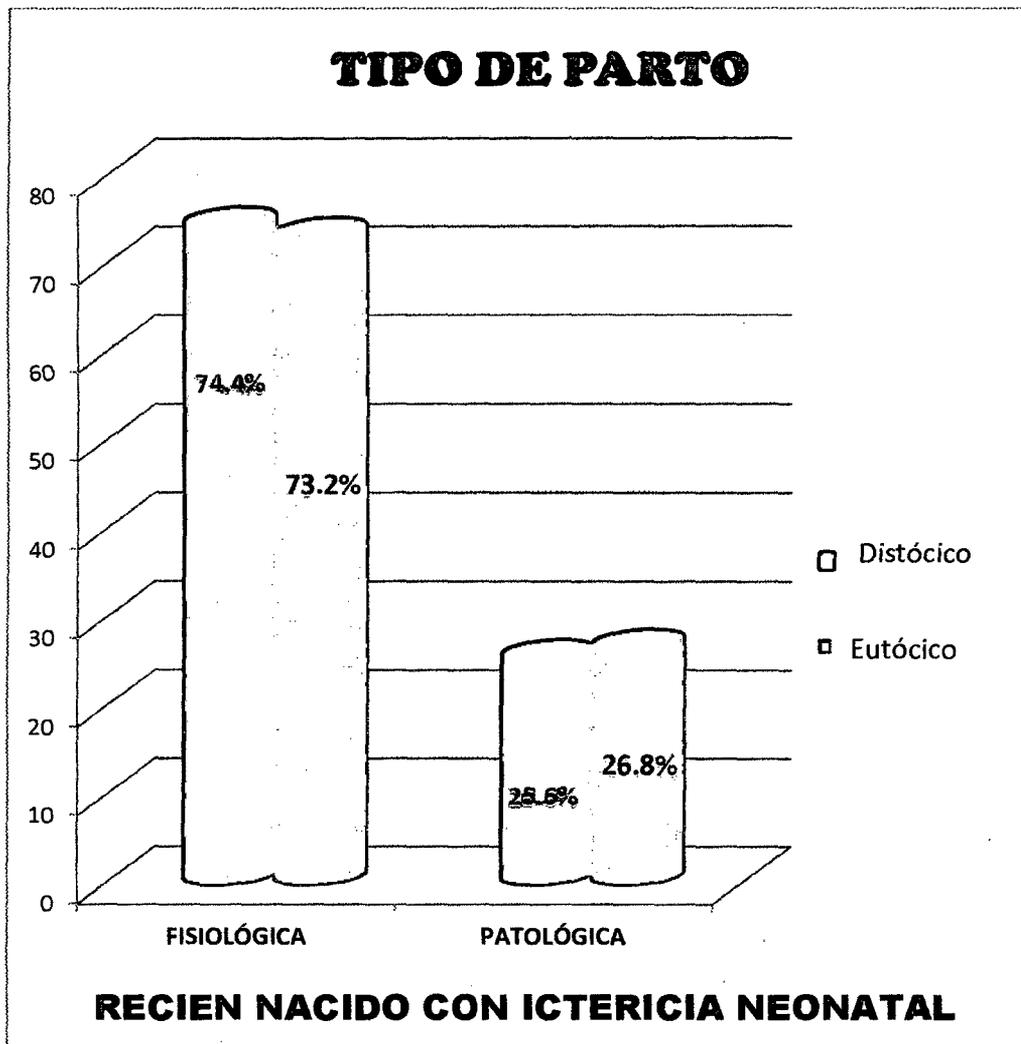
GRÁFICA N° 14: CONTROL PRENATAL RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



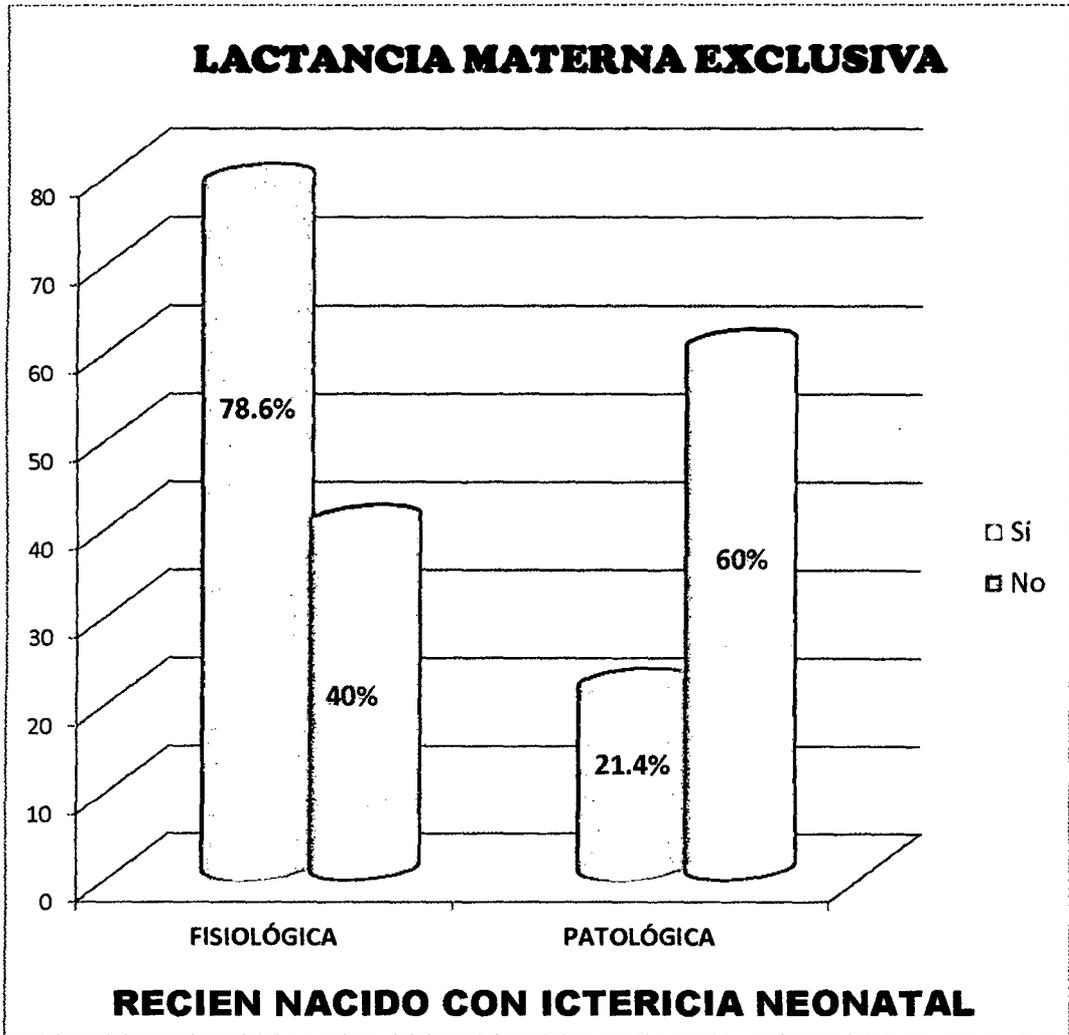
GRÁFICA N° 15: ANTECEDENTES OBSTETRICOS RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



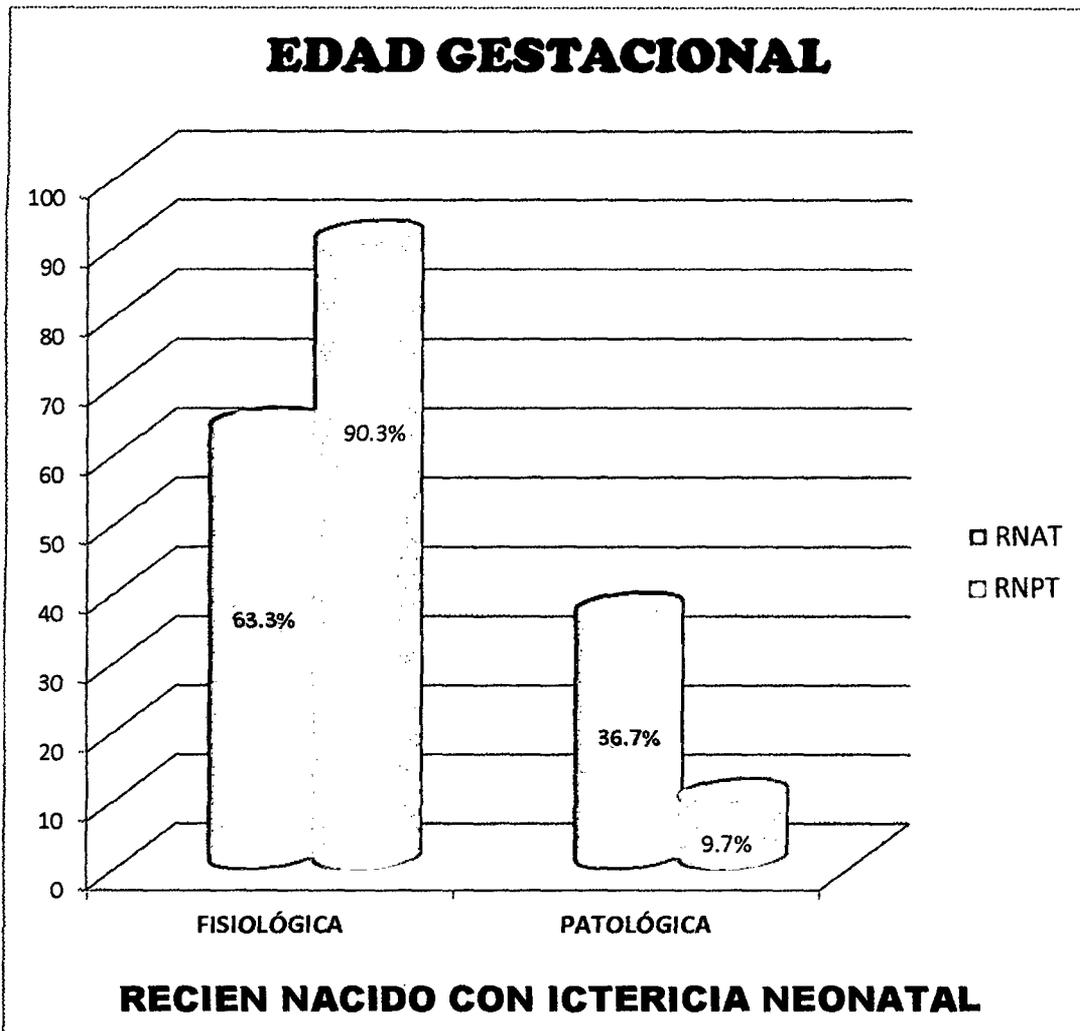
GRÁFICA N° 16: ANTECEDENTES DE HIJOS CON ICTERICIA NEONATAL RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



GRÁFICA N° 17: TIPO DE PARTO RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



GRÁFICA N° 18: LACTANCIA MATERNA RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



GRÁFICA N° 19: EDAD GESTACIONAL RELACIONADO AL RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La **tabla N°01**, sobre algunos factores maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón; se observa que el 33.8% de las madres sus edades oscilan entre 20 a 25 años, el 55% residen en asentamientos humanos, el 56,3% tiene estudios secundarios, el 80% presentaron controles prenatales adecuados (más de 6 controles prenatales), el 60% presentaron antecedentes obstétricos, el 98,8% no tienen antecedentes de hijos con ictericia neonatal, el 51,3% presentaron parto distócico, el 87,5% brindaron lactancia materna exclusiva y el 61,3% tuvieron recién nacidos a término (RNAT).

Los resultados son similares a algunas variables hallados por Crisóstomo, P; y Delgado, L; que en sus estudio "Perfil epidemiológico en recién nacidos con ictericia fisiológica, nacidos entre julio de 2011 y julio de 2012 en el Hospital La Unión. Valdivia – Chile 2012". Encontraron ictericia en los recién nacidos de madres entre 20 a 34 años de edad predominantemente (67.27%), siguiendo con el rango de 15 a 19 años con un 18.1%, y el rango de 35 o más años con un 14.5%, predomina el rango entre 38 semanas a 38+6 semanas de gestación con un 36.3%, un 92.8% se alimenta con lactancia materna exclusiva, un 27.2% con lactancia mixta y un 0% con lactancia artificial exclusiva, pero difieren en la presencia de ictericia fisiológica en los partos eutócicos (63.63%) por sobre las cesáreas (36.36%) (46).

Los resultados son similares a los hallados por Campo, A; Alonso, R; Morán, R. y Cols. Menciona que en su estudio "Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Ciudad de la Habana Julio-Septiembre 2010". Hubo un total de 4 703 nacidos vivos; de ellos 173 presentaron ictericia neonatal agravada, alimentación con lactancia materna exclusiva 90%, se encontró predominio de la edad de la madre de 20 a 24 años 40%, parto distócico 62%, madres residentes de asentamientos humanos 52%, pero difieren en las madres con primaria 48%, inadecuado control prenatal 60% y al estudiar el antecedente de hermanos con ictericia neonatal el 56,65% fue positivo frente al 43,35% que fue negativo; respectivamente (47).

Los resultados se asemeja a los hallados por García, L; en su estudio "Ictericia neonatal". Considera que los neonatos nacidos a término son lo que presentaron mayor incidencia de ictericia neonatal con el 69%, comparado con los prematuros que el 50% reportaron bilirrubina total normal y 50% aumentada (48).

Los resultados difieren a los hallados por Parodi, J; Meana, J; Ramos, J. y Cols. Nos dicen que en su estudio "Ictericia neonatal - Servicio Neonatología en el Hospital JR Vidal", encontraron que en los primeros tres días luego del nacimiento, la ictericia neonatal afecta al 60% de los niños nacidos a término y al 80% de los pretérminos (49).

La **tabla N°02**, sobre el recién nacido con ictericia neonatal. Hospital Eleazar Guzmán Barrón; se observa que el 73,8% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica y el 26,3% ictericia patológica.

Los resultados se asemejan a los hallados por Crisóstomo, P; y Delgado, L; que en su estudio "Perfil epidemiológico en recién nacidos con ictericia fisiológica, nacidos entre julio de 2011 y julio de 2012 en el hospital la unión. Valdivia- Chile". Hallaron que del total de 442 partos, se presentaron 306 recién nacidos sin ictericia (69.2%), 81 recién nacidos excluidos de nuestro estudio (18.3%), quedando una muestra final de 55 (12.4%) recién nacidos que presentaron el cuadro de ictericia fisiológica (46).

Los resultados son similares a los hallados por Parodi, J; y Meana, J; en sus estudios "Ictericia Neonatal. Encontró que el 86 % de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica después de 48 horas de vida; sólo 12 recién nacidos padecieron ictericia precoz y ninguno estaba icterico en las primeras 24 horas de la vida (50).

La **tabla N°03**. En Algunos Factores Maternos relacionados al recién nacido con ictericia neonatal, tenemos que el 80% de las madres de 14 a 19 años sus recién nacidos presentaron ictericia fisiológica y el 38.5% de 26 a 30 años sus recién nacidos presentaron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados son similares a los hallados por López, A; Salas, D; Laurencio, M. quienes en su Estudio "Patologías del recién nacido en relación con la edad materna". El mayor porcentaje de nacimientos se registró en madres con edades comprendidas entre 16-20 años, representando 36,6% coincidiendo a su vez con el mayor número de patologías más frecuentes: ictericia del recién nacido (23,4%) (51).

En la residencia; el 84.2% de las madres que proceden de zona urbana tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 29.5% provenientes de AA.HH. sus RN presentaron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En Tipo de Parto; el 74.4% de madres que presentaron parto eutócico tuvieron recién nacido con ictericia fisiológica y el 26.8% de madres que presentaron parto distócico tuvieron sus recién nacidos con ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados son similares con algunas variables a los hallados por Camaripano, L; y Ramos, I. quienes en su Estudio "Factores de riesgo perinatal en pacientes que ingresaron en el servicio de patología neonatal del Hospital Universitario Antonio María Pineda Barquisimeto, septiembre-diciembre 1998", refieren que de 266 madres, predominaron las siguientes características: adolescentes, provenientes del área urbana, parto vaginal; patologías maternas más frecuentes: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y expulsivo prolongado. En los recién nacidos con

relación a los diagnósticos de ingreso y egreso, predominaron recién nacidos a término adecuado para la edad gestacional (32.70%), recién nacido pretérminos (24,43%) agregándole al egreso los diagnósticos de ictericia fisiológica (12,40%) (52).

En control prenatal; el 75% de madres con control prenatal adecuado tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica, mientras que el 100% de madres sin control prenatal tuvieron RN con ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En los antecedentes obstétricos; el 77.1% de madres que presentaron antecedentes obstétricos tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 31.3% de madres sin antecedentes obstétricos sus recién nacidos presentaron ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados son similares a los hallados por Tang, L; y Mere, J. quienes en su Estudio "Embarazo Múltiple", refieren que de 219 embarazos, con edades maternas entre 15 y 42 años. El 63.5% tuvo control prenatal adecuado. El embarazo terminó por cesárea en 113 gestantes, debido a preeclampsia (25,5%) y rotura prematura de membranas (11.1%) entre otras. La complicación neonatal más frecuentes fue la ictericia fisiológica (7.6%) (53).

Los resultados son similares a los hallados por Flores, G; Peña, J; López, M. y Cols. Quienes en su Estudio "Antecedentes perinatales y morbimortalidad del hijo de madre con preeclampsia severa". Refieren que de 236 recién nacidos. Los antecedentes de la madre fue preeclampsia previa en 72%. Las características de los neonatos fueron: edad gestacional 37 semanas. El 43.7% de estos neonatos presentó morbilidad y el diagnóstico que predominó ictericia fisiológica (12.7%) (54).

En el Grado de instrucción; el 85 % de madres con estudio superior sus hijos nacieron con ictericia fisiológica, el 50% de madres analfabetas tuvieron RN con ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados difieren con algunas variables a los hallados por Lima, A; Oliveira, I; Menezes, M. y Cols. Quienes en su Estudio "Síndromes hipertensivas graves - estudio descriptivo con adolescentes atendidas en maternidad escolar". Refieren que de una población de 186 adolescentes embarazadas con preeclampsia severa y/o eclampsia, tuvieron educación primaria, pero se asemeja en el embarazo que avanzó a término y el tipo de parto más frecuente fue la cesárea. Fueron identificados casos de ictericia fisiológica (55).

En antecedentes de hijos con ictericia neonatal; el 74.7% de madres que no tuvieron hijos con ictericia neonatal presentaron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 100% de madres que sí tuvieron hijos con ictericia

neonatal presentaron sus recién nacidos con ictericia patológica. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados son parecidos a los hallados por la revista de Centers For Disease Control and Prevention, sobre "Alerta sobre la ictericia", refiere "Aproximadamente el 60% de los RN presentan ictericia. Los RN con alguno de los siguientes factores de riesgo necesitan mayor vigilancia y un control temprano de la ictericia: Un recién nacido con una hermana o hermano que ha padecido de ictericia tiene más probabilidad de contraer ictericia patológica" (56).

En Lactancia Materna Exclusiva; el 78.6% de madres que si alimentaron con lactancia materna tuvieron recién nacidos con ictericia fisiológica y el 60% de madres que no alimentaron con lactancia materna exclusiva tuvieron sus recién nacidos con ictericia patológica. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados son similares a los hallados por Jonguitud, A; Martinez, B; Bravo, A; quienes en su estudio "Admision de neonatos con ictericia al servicio de pediatria de un Hospital General". Observaron que 31 de los 40 recién nacidos obtuvieron ictericia al segundo día de vida, todos estaban alimentados a seno materno (57).

Los resultados difieren a los hallados por Maisels, L; en su estudio "Ictericia y lactancia materna". Observó a 2414 neonatos a término. De estos 147 neonatos (6.1%) tuvieron bilirrubina sérica mayor de 12.9 mg/dl,

el 83% fueron amamantados. El bebe alimentado con fórmula, una concentración superior de 12.9 mg/dl se considera patológico; no obstante en un bebe amamantado, la hiperbilirrubinemia no se considera patológica hasta ser mayor de 15.7 mg/dl. La condición es que los bebes sean saludables y nacidos a término (58).

Los resultados son similares a los hallados por Gómez, A; quien menciona que en su estudio "Ictericia neonatal". Se documenta la relación entre la ictericia neonatal fisiológica y lactancia materna en un 90% de casos (59).

Aproximadamente 2-4% de los recién nacidos a término normales alimentados con lactancia materna, tienen concentraciones sérica de bilirrubina indirecta mayor de 10 mg/dl durante la tercera semana de vida, cuando la ictericia fisiológica de recién nacido normalmente está en descenso. La alimentación juega un papel importante para el desarrollo de la hiperbilirrubinemia, se conocen sustancias contenidas en la leche materna que inhiben la función de enzimas encargadas de la conjugación de la bilirrubina aumentando la probabilidad de presentar ictericia tales como los ácidos libres entre otras. Resultados marcan que de 38 casos reportados con bilirrubina elevada 50% corresponde a los alimentados al seno materno y 50% a los no alimentados con leche materna.

Los resultados difieren a los hallados por Franco, O; Retamozo, L; Oliveros, M; quienes en su Estudio "Ictericia en el recién nacido a término sano", refieren que de 4,922 RN, necesitaron evaluación por ictericia 333

(6.7%), de los cuales 110 (2.2%) fueron ictericia fisiológica y 233 (4.5 %) ictericia patológica. Entre ellos se observó por la lactancia materna (87.4%) (60).

Los resultados también difieren de los hallados por Ortiz, J; quien en su estudio "Ictericia por Hiperbilirrubinemia". Neonatos nacidos alimentados al seno materno presento una frecuencia de 48% (29 casos), los que no son alimentados al seno materno una frecuencia de 52% (31 casos), de estos 61% reporto ictericia fisiológica (61).

En Edad Gestacional; el 90.3% de madres con recién nacidos pretérmino presentaron ictericia fisiológica y el 36.7% de madres que tuvieron recién nacidos a término presentaron ictericia patológica. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados difieren a los hallados por Sehlke, P; Rubio, L; Cloherty, J. y Cols. En sus estudios "Ictericia neonatal". Observaron que el 60% de los recién nacidos (RN) desarrollan ictericia neonatal, el 25% de los RN a término presentaron ictericia fisiológica y el 45% de los recién nacidos prematuros desarrollan ictericia patológica (62).

Los resultados son similares a los hallados por Salas, M; y Peñaloza, J; quienes refieren que la edad gestacional menor de 37 semanas de gestación es un factor que se encuentra asociado a ictericia fisiológica en un 60 -80% (63).

Los resultados se asemejan a los hallados por Mesquita, M; nos dice en su estudio "Hiperbilirrubinemia neonatal. Pediatría - Paraguay. 2000" que el 65% de los recién nacidos a término y el 80 % de los pretérminos presentaron ictericia fisiológica (64).

Los resultados difieren a los hallados por Gonzales, M; y Pire, J; quienes realizaron una investigación en el departamento de Pediatría del Hospital "Dr. Agustín Zubillaga" de Barquisimeto, donde encontraron 56 recién nacidos explorados presentan ictericia fisiológica (53 recién nacidos a término y 3 recién nacidos pretérminos) (65).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.** El 33.8% de las madres sus edades oscilan entre 20 a 25 años, el 55% residen en asentamiento humano, el 56.3% tienen estudios secundarios, el 80% presentaron controles prenatales adecuados, el 60% presentaron antecedentes obstétricos, el 98.8% no tienen antecedentes de hijos con ictericia neonatal, el 51.3% con tipo de parto distócico, el 87.5% brindaron lactancia materna exclusiva y el 61.3% son recién nacidos a término.
- 2.** El 73.8% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica y el 26.3% presentaron ictericia patológica.
- 3.** No se encontró relación estadística significativa entre la edad, residencia, grado de instrucción, control prenatal, antecedentes obstétricos, antecedentes de hijos con ictericia neonatal y tipo de parto con ictericia neonatal. Si existe relación estadística significativa entre la lactancia materna exclusiva y la edad gestacional del recién nacido con ictericia neonatal.

5.2. RECOMENDACIONES

- Educar de forma clara y precisa a las madres el signo característico que presenta un recién nacido icterico, para acudir de forma oportuna al establecimiento de salud y evitar futuras complicaciones.
- Realizar talleres didácticos y entregar folletos informativos sobre lactancia materna, ictericia neonatal a las madres.
- Propiciar la unión madre-hijo desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria, por lo que no debe existir separaciones.
- Determinar en forma rápida aquellos neonatos que presentan hiperbilirrubinemia, con la finalidad de inicio de tratamiento adecuado y oportuno.
- El profesional de enfermería debe realizar seguimiento a los neonatos que presentaron ictericia neonatal e investigar antecedentes familiares de hermanos hospitalizados por ictericia.
- Los profesionales de salud deben tener en cuenta que todos los recién nacidos cuentan con grupo sanguíneo y factor Rh además se debe realizar durante las primeras 8 horas de vida la prueba de bilirrubina total sérica.

- Realizar un análisis de diagnóstico situacional de las zonas carentes de apoyo en salud y así identificar a las gestantes de riesgo para una vigilancia durante su embarazo.
- Capacitar continuamente al personal de salud para brindar una atención eficiente y eficaz hacia la gestante y el recién nacido.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALWIN, J. (1992). Valoración del riesgo en medicina perinatal clínicas. Revista Obstetrica y Ginecologica. Pag. 305-314. Mexico.
2. REEDER, J; MARTIN, L. (1998). Enfermería Materno Infantil. 17° Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. Mexico.
3. LONDERMILK, P. (1998). Enfermería materno – infantil. 1° volumen. Edit. Harcourt/ Brace. Madrid – España.
4. GOLDENBERG, R. (2002). The management of perterm labor. ObstetGynecol Geosalud. Accesado el 16 de Setiembre 2013. Disponible en: <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>
5. HINOJOSA, R. (2007). Guías de práctica clínica y guías de procedimiento. Departamento de Neonatología. MINSA.

6. MAISELS, M. (1990). Ictericia neonatal. Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido. 3^{ra} Ed. Edit. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. Argentina.
7. GARTHER, L; LEE, K. (1992). Un conjugated Hyperbilirrubinemia. Neonatal - Perinatal Medicine. 5^{ta} Ed. Edit. Mosby Year Book.
8. WENNGBERG, R; AHLFORS, C. (1982). Free bilirubin is of importance. Pediatrics.
9. NELSON. (2000). Tratado de Pediatría. Vol II. 16^{va} Ed. Edit. Mc Graw - Hill interamericana. México.
10. BABY CENTER. (2013). Ictericia. Accesado el 11 de Abril 2013. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a900328/ictericia#ixzz2QB44MoqE>
11. MAISELS, M. (1999). Early discharge and neonatal jaundice. Accesado el 28 de enero del 2013. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-4-12.pdf>

12. VASQUEZ, R; MARTINEZ, M; ACOSTA, F. y COLS. (1994).
Guías de Práctica Clínica: Accesado. El 01
de Setiembre del 2013. Disponible en:
[http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS
_MEDICINA_ESPECIALIZADA/PEDIATRIA/I
ctericia%20Neonatal.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/PEDIATRIA/Ictericia%20Neonatal.pdf)
13. MUÑOZ, H. (2010). Ictericia del recién nacido. Accesado. El
01 de Setiembre del 2013. Disponible en:
[http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatrica/lactan
cia%20materna/Clase%2010%20-
%2010.htm](http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatrica/lactancia%20materna/Clase%2010%20-%2010.htm)
14. MARTÍNEZ, J; OTHEGUY, L; GARCÍA, H. y COLS. (1999).
Hiperbilirrubinemia en el recién nacido de
termino sano y alimentado a pecho.
Accesado el 28 de enero del 2013.
Disponible en:
[http://www.jursoc.unlp.edu.ar/externos/sitioid
n1/external.htm](http://www.jursoc.unlp.edu.ar/externos/sitioidn1/external.htm).
15. MORAES, M; BUSTOS, J. (2004). Ictericia grave en el recién
nacido. Uruguay. Accesado el 28 de enero
del 2013. Disponible en:
[http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource
/es/lil-463111](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-463111)

16. FUERTES, M; ORELLANA, L; ARÁNGUIZ, P. y COLS. (2005). Resultados perinatales preliminares de síndrome hipertensivo del embarazo en el Hospital Barros Luco Trudeau. Bolivia. Accesado el 21 de abril del 2013. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-426848>
17. COVAS, M; MEDINA, M; VENTURA, S. y COLS. (2009). Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO y desarrollo de ictericia grave en recién nacidos a término: factores predictivos precoces. Argentina. Accesado el 28 de enero del 2013. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-515398>
18. CAMPO, A; ALONSO, R; AMADOR, R. y COLS. (2010). Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Cuba. Accesado el 28 de enero del 2013. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-585054>

19. DÍAZ, J, (1995). Ictericia en recién nacidos a término hospitalizados: frecuencia, etiología y tratamiento. Hospital de Apoyo de Belén de Trujillo. Tesis para optar el grado de Bachiller en medicina. Trujillo.
20. CHÁVEZ, R. (1998). Evaluación de la ictericia fisiológica neonatal: Servicio de Neonatología. Hospital Regional Honorio Delgado. Enero - Diciembre. Arequipa. Accesado el 28 de enero del 2013. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-240509>
21. MARADIEGUE, E; SALVADOR, J. (1999). Embarazo en primigesta añosa. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima - Perú. Accesado el 21 de abril del 2013. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-270715>
22. QUIJANO, Y. (1999). Ictericia en recién nacidos a término hospitalizados: frecuencia, etiología y tratamiento. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. Trujillo.

23. CASTILLO, L. (2004). Factores asociados a la presencia de Hiperbilirrubinemia neonatal en el Hospital de Apoyo III Sullana durante Enero a Diciembre -2003.
24. PARODI, J; MEANA, J; RAMOS, J. y COLS. (2005). Ictericia neonatal: Accesado. El 05 de Agosto del 2013. Revista de Posgrado de la VI Catedra de Medicina. N° 151 –Noviembre.
25. PICHILINGUE, G. (2008). Ictericia en el recién nacido a término sano en el Policlínico Luis Negreiros Vega - EsSalud. 2007. Lima.
26. KRAUSKOPF, D. (2007). El enfoque de riesgo en la atención de salud. Organización internacional del trabajo. Colombia.
27. LABORI, J. (2002). Atención del embarazo con Enfoque de riesgo. Boletín práctica médica. Cuba. Fecha de acceso: 16 de Febrero de 2014. Disponible en:
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/bopram/e/v2n0900/02.htm>.

28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex. OPS – OMS. Washington.
29. FLETCHER, H. (1999). Epidemiología clínica. Ediciones Consulta. Barcelona.
30. CASTAÑEDA, G. (2003). Notas de clase. Departamento de salud. Salud pública. Facultad de ciencias médicas “Comandante M. Fajardo”. Cuba. Fecha de acceso: 24 de Febrero de 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/enfoque-de-riesgo/enfoque-de-riesgo.shtml>.
31. RODRIGUEZ, A. (1997). Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Dirección nacional de estomatología. Ministerio de Salud Pública. Fecha de acceso: 24 de Febrero de 2014. Disponible en: <http://www.bus.sdl.cu/revistas/est/vol/54-1-97/est07197.htm>.

32. BEAGLEHOLE, R. (2000). Epidemiología Básica. 1° Ed.
Publicación de la PPS. Publicación científica:
551. Washington. D.C. Estados Unidos.
33. ANDERSEN, F. (2002). Tratado de Obstetricia y Ginecología.
2da ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana.
México.
34. PITA, S. (2000). Determinación de factores de riesgo. Rev.
Unidad de epidemiología clínica y
bioestadística. España.
35. FRIESNER, A; y RAFF, B. (2001). Enfermería Materno
Infantil. Edit. El manual Moderno S.A.
México.
36. GRANADA, M. (2001). La mujer y el proceso reproductivo, 11°
Ed. Edit. Interamericana. México.
37. CARRERA, M. (1998). Protocolo de obstetricia y medicina
perinatal del instituto Dexeus. 3° Ed. Edit.
Masson. España.

38. PIZARRO, A. (2006). A tu salud "si mujer servicios integrales para la mujer". 1° Ed. Managua Imprimerur.
39. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). Control prenatal y parto de bajo riesgo. Publicación científica N°1205. Washington.
40. GRANDI, C; y LARGUIA, A. (2003). Contribución de la prematurez extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. Del hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Argentina.
41. SEIDMAN, D. (2001). Ictericia Neonatal. Inglaterra. Fecha de acceso: 20 de Marzo de 2014. Disponible en:
http://www.FacultadMedicina%2Fguias_pedi at%2Fiictericia.doc. .html
42. OGAS, M; CAMPOS, A; RAMACCIOTTI, S. (2006). Ictericia en el recién nacido. Fecha de acceso: 28 de Marzo de 2014. Disponible en:
http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/revisiones/H iperbilirrubinemia%20en%20el%20Recien%20Nacido.pdf

43. DOWSHEN, M. (2011). Ictericia asociada a la leche materna.
Fecha de acceso: 28 de Marzo de 2014.
Disponible en:
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=KidsHealth&lic=1&ps=107&cat_id=20827&article_set=46352
44. MARINELLO, Z. (2005). Comportamiento del parto pretérmino en el período comprendido entre enero y diciembre en el Hospital General Docente. Cuba. Fecha de acceso: 03 de Marzo de 2014. Disponible en:
<http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamiento-parto-pretermino-Tesis.html>
45. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1999). Factores de Riesgo de la mortalidad perinatal.
46. CRISÓSTOMO, P; y DELGADO, L. (2012). Perfil epidemiológico en recién nacidos con ictericia fisiológica, nacidos entre julio de 2011 y julio de 2012 en el hospital la unión. Valdivia- Chile. Fecha de acceso: 02 de Abril de 2014. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmc932p/doc/fmc932p.pdf>

47. CAMPO, A; ALONSO, R; MORÁN, R. y COLS. (2010).
Revista Cubana de Pediatría.
Hiperbilirrubinemia neonatal agravada.
Ciudad de la Habana Julio-Septiembre 2010.
Fecha de acceso: 02 de Abril de 2014.
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000300002&script=sci_arttext
48. GARCÍA, L. (2010). Ictericia neonatal - Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo.
Fecha de acceso: 04 de Abril de 2014.
Disponible en :
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/4886/1/HIPERBILIRRUBINEMIA%20NEONATAL.pdf>
49. PARODI, J; MEANA, J; RAMOS, J. y COLS. (2005). Ictericia neonatal - Servicio Neonatología en el Hospital JR Vidal. Fecha de acceso: 04 de Abril de 2014. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.pdf

50. PARODI, J; y MEANA, J. (2005). Ictericia Neonatal. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina (Universidad del Noreste). Fecha de acceso: 07 de Abril de 2014. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/tapa.pdf>
51. LÓPEZ, A; SALAS, D; LAURENCO, M. (2000). Patologías del recién nacido en relación con la edad materna. Bolivia. Fecha de acceso: 08 de Abril de 2014. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=213206&indexSearch=ID>
52. CAMARIPANO, L; RAMOS, I. (2003). Factores de riesgo perinatal en pacientes que ingresaron en el servicio de patología neonatal del hospital universitario Antonio María Pineda Barquisimeto, septiembre-diciembre 1998. Bolivia. Fecha de acceso: 08 de Abril de 2014. Disponible en: http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM1902/BM190206.pdf

53. TANG, L; Y MERE, J. (2009). Embarazo Multiple. España.

Fecha de acceso: 08 de Abril de 2014.

Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ginecologia/Vol_42N3/embarazo.htm

54. FLORES, G; PEÑA, J; LÓPEZ, M. y COLS (2001).

Antecedentes perinatales y morbimortalidad del hijo de madre con preeclampsia severa.

España. Fecha de Acceso: 08 de Abril de

2014. Disponible en:

http://bvs.insp.mx/php/bibliografia.php?id_referencia=3664&id_seccion=16

55. LIMA, A; OLIVEIRA, I; MENEZES, M. y COLS (2012).

Síndromes hipertensivas graves - estudio

descriptivo con adolescentes atendidas en

maternidad escolar. Portugal. Fecha de

acceso: 08 de Abril de 2014. Disponible en:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/224>

56. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2006). Alerta sobre la ictericia. España. rev 6_06. Fecha de acceso: 08 de Abril de 2014. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/documents/kernicterus_fact%20sheet_sp.pdf
57. JONGUITUD, A; MARTINEZ, B; BRAVO, A. (2004). Admision de neonatos con ictericia al servicio de pediatria de un Hospital general. Fecha de acceso: 07 de Abril de 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp034d.pdf>
58. MAISELS, L. (2002) Ictericia y lactancia materna. Fecha de acceso: 10 de Abril de 2014. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%2010%20-%2010.htm>
59. GÓMEZ, A. (2000). Ictericia neonatal en Pediatría. La Habana. Fecha de acceso: 12 de Abril de 2014. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol_82_03_10/ped02310.htm

60. FRANCO, O; RETAMOZO, L; OLIVEROS, M; (2002). Ictericia en el recién nacido a término sano. España. Fecha de acceso: 12 de Abril de 2014. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=343641&indexSearch=ID>
61. ORTIZ, J. (2001). Ictericia por Hiperbilirrubinemia Indirecta. Fecha de acceso: 12 de Abril de 2014. Disponible en: http://www.childrenshealthnetwork.org/CRS/CRS/pa_svbreast_spg.htm
62. SEHLKE, P; RUBIO, L; CLOHERTY, J. y COLS. (2004). Ictericia neonatal. Fecha de acceso: 12 de Abril de 2014. Disponible en: http://200.72.129.100/hso/documentos/neo/guiascli/15_Ictericia.pdf
63. SALAS, M; y PEÑALOZA, J. (2002). Pediatra Bases fisiológicas, clínicas y terapéuticas. Fecha de acceso: 12 de Abril de 2014. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/164116468/Hiperbilirrubinemia-Neonatal>

64. MESQUITA, M. (2000). "Hiperbilirrubinemia neonatal. Pediatría – Paraguay". Fecha de acceso: 14 de Abril de 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312010000300002&script=sci_arttext
65. GONZALES, M; y PIRE, J. (2005). Departamento de Pediatría del Hospital "Dr. Agustín Zubillaga" de Barquisimeto. Fecha de acceso: 14 de Abril de 2014. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmuccla/textocompleto/TWF553DV4G652008.pdf

ANEXOS

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

ANEXO N° 01



CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

**FACTORES MATERNOS Y RECIEN NACIDO CON ICTERICIA
NEONATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2013.**

Autoras: Castro, Fiorella; Ramos Pérez, Silvia.

INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa dentro del paréntesis (x), solo una respuesta o escriba en los espacios punteados. Use letra clara.

FACTORES MATERNOS

1. Edad Materna:

- a) 14 – 19 años ()
- b) 20 – 25 años ()
- c) 26 – 30 años ()
- d) > 31 años ()

2. Procedencia ¿En qué zona vive?

- a) Urbano ()
- b) AA.HH. ()
- c) Rural ()
- d) Especifique:..... ()

3. Grado de Instrucción:

- a) Analfabetas ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

4. Control Prenatal

- a) Adecuado ≥ 6 ()
- b) Inadecuado < 6 ()
- c) Ninguno ()

5. Antecedentes Obstétrico

- a) Sin Antecedentes ()
- b) Con Antecedentes
 - Embarazos múltiples ()
 - Enfermedad hipertensiva del embarazo ()
 - Placenta previa ()
 - Desprendimiento prematuro de placenta ()
 - Rotura prematura de membranas ()
 - Tiempo de Expulsión ()

6. Antecedentes de Hijos con Ictericia Neonatal

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

7. Tipo de Parto

- a) Eutócico ()
- b) Distócico ()

8. Lactancia Materna Exclusiva

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

9. Edad Gestacional

- a) Recién nacido pretérmino ()
- b) Recién nacido a término ()

RECIEN NACIDO CON ICTERICIA NEONATAL

- a) Fisiológica ()
- b) Patológica ()