

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL CHOTA



FACTORES FRECUENTES EN RECIÉN NACIDOS CON
ICTERICIA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS.
CHOTA. AGOSTO– DICIEMBRE -2014

TESIS

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Enf. Banda Herrera Ismelda

ASESORA:

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

CHOTA, PERÚ, 2017

COPYRIGHT© 2017 by
ISMELDA BANDA HERRERA
Todos los derechos reservados

Banda I.2017 Factores Frecuentes en Recién Nacidos con Ictericia. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto– Diciembre -2014/Ismelda Banda Herrera. 58 páginas.

Tutora: Martha Vicenta Abanto Villar.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería- UNC 2017.

**Factores frecuentes en Recién Nacidos con Ictericia, Hospital José Soto
Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre – 2014.**

AUTORA: ISMELDA BANDA HERRERA

ASESORA: MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en
Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
**MCs. LUZ AMPARO NÚÑEZ ZAMBRANO
PRESIDENTA**



.....
**Lic. Enf. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ
SECRETARIA**



.....
**Lic. Enf. OSCAR FERNANDO CAMPOS SALAZAR
VOCAL**

Chota 2017, Perú

A:

A MIS PADRES, Quienes con su paciencia, comprensión y apoyo abnegado tanto económico, moral, emocional y espiritual, que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy en especial a mi niña Anghela Nicol.

A DIOS, Por haberme permitido culminar satisfactoriamente mi tesis, por haberme dado la vida y salud para lograr mis objetivos, por su infinita misericordia, que me ha dado sabiduría, quien me guía por el camino correcto para poder lograr mis metas.

A, la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar como Asesora y Co – asesora, MCs. María Eloísa Ticlla Rafael, por su motivación constante y por brindarme una excelente enseñanza, orientación, amistad y apoyo incondicional en todo momento del desarrollo de la tesis.

Al personal del Hospital José Soto Cadenillas Chota, por su cooperación brindada, facilitando el recojo de la información lo que permitió poder realizar la presente investigación.

A nuestra Casa Superior de Estudios, Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Máter, donde me impartieron conocimientos científicos durante mi formación profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
GLOSARIO.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. OBJETIVOS	7
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	9
2.2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	11
2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPÍTULO III.....	28
METODOLOGÍA	28
3.1. TIPO DE ESTUDIO	28
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	28
3.3. ESCENARIO DE ESTUDIO:	29
3.4. POBLACIÓN	29
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	31
3.8. ANÁLISIS DE DATOS.	31
3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	32
CAPÍTULO IV	34
RESULTADOS	34
INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tipo de Ictericia en recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto Diciembre, 2014.	34
Tabla 2. Sexo de los recién nacidos con Ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto-Diciembre, 2014.	37
Tabla 3. Tiempo de aparición de la Ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto – diciembre, 2014.	38
Tabla 4. Bajo peso en recién nacidos con Ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	40
Tabla 5. Incompatibilidad Grupo sanguíneo ABO en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	42
Tabla 6. Incompatibilidad del Factor Rh en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	44
Tabla 7. Prematuridad en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	47
Tabla 8. Lactancia materna en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	48
Tabla 9. Pérdida de peso en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota- Agosto diciembre, 2014.	50

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Ficha clínica de recolección de datos	55
Anexo 2	Autorización	57

GLOSARIO

Ictericia: La ictericia es provocada por concentraciones excesivas de bilirrubina en la sangre.

Ictericia fisiológica: La mayoría de los RN desarrolla niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2mg/dl durante la primera semana de vida. Este valor crece normalmente en los RN a término hasta un promedio de 6-8 mg/dl a los tres días de vida y disminuye a menos de 1,5 mg/dl al décimo día en RN normales

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

Ictericia por incompatibilidad de factor Rh: Es la causa más frecuente de ictericia neonatal no fisiológica y en el 97% de los casos se debe a isosensibilización para el antígeno Rh D. La administración profiláctica de inmunoglobulina Anti-D, ha disminuido sustancialmente los casos de mujeres isosensibilizadas y como consecuencia disminuyeron los RN ictericos por este motivo.

Ictericia por incompatibilidad de factor Rh: Es la causa más frecuente de ictericia neonatal no fisiológica y en el 97% de los casos se debe a isosensibilización para el antígeno Rh D. La administración profiláctica de inmunoglobulina Anti-D, ha disminuido sustancialmente los casos de mujeres isosensibilizadas y como consecuencia disminuyeron los RN ictericos por este motivo.

Ictericia por incompatibilidad del grupo sanguíneo ABO: En casi todos los casos de incompatibilidad ABO, el grupo sanguíneo de la madre es 0 y del recién nacido es A o B.

RESUMEN

Factores Frecuentes en Recién Nacidos con Ictericia. Hospital José Soto Cadenillas.
Chota. Agosto– Diciembre -2014

Autor: Ismelda Banda Herrera¹

Asesora: Martha Vicenta Abanto Villar²

El presente estudio tuvo como objetivo: Identificar los factores frecuentes a la ictericia en recién nacidos. Hospital “José Soto Cadenillas “Agosto– Diciembre Chota, 2014; Investigación tipo cuantitativo, descriptiva, de diseño retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 82 historias clínicas de los recién nacidos con diagnóstico de ictericia atendidos en el servicio de neonatología, el instrumento utilizado fue una ficha clínica elaborado por Morillo L (2014). Los resultados fueron los siguientes: En cuanto a la clasificación de la ictericia 62,2% de los recién nacidos presentaron ictericia, fisiológica y 37,8% presentaron ictericia patológica, con respecto al sexo 50% fueron de sexo masculino y 50 % femenino, en cuanto al tiempo de aparición 40,2% iniciaron la ictericia al segundo día de vida, la duración fue de 3 días 20,7% de los recién nacidos iniciaron la ictericia después de las 72 horas, 70,7% no presentaron prematuridad y 29,3 % presentaron prematuridad, 58,5% recibieron lactancia materna exclusiva, seguido de lactancia artificial 41,5%, presentaron pérdida de peso un 47,6%, mientras el 52,4% no perdieron peso, presentaron incompatibilidad sanguínea de grupo ABO 87,8% el 12,2% no presentaron incompatibilidad, tuvieron bajo al nacer 72,0% y 26,8% fueron de muy bajo peso 1,2% de extremadamente bajo, en cuanto al factor Rh tenemos que fue positivo 75,6% y negativo 24,4%.

Palabras claves: Factores frecuentes, Ictericia, Recién Nacido.

¹ Aspirante a licenciada de enfermería (Bach. Enf. Banda Herrera Ismelda, UNC)

² Martha V. Abanto Villar, Doctora en Salud. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud UNC - Filial Chota.

ABSTRACT

Factors in the newborns with jaundice -Hospital "José Soto Cadenillas" - Chota, August to December 2014

Autor: Ismelda Banda Herrera¹

Asesora: Martha Vicenta Abanto Villar²

The present study had as objective: to identify the frequent factors in the newborns with jaundice -Hospital "José Soto Cadenillas" - Chota, August to December 2014

Quantitative, descriptive transversal design, from retrospective design, the sample consisted of 82 clinical histories of the newborns with diagnosed of jaundice treated at the neonatology service, the used instrument was a clinical record to collect the information; The results were as following: As to the classification of jaundice the 62.2% of newborns had physiological jaundice, and the 37.8% had pathologic jaundice, of the total of newborns with jaundice the 50% were of male sex and 50% female (respectively), as to the time of appearance the 40.2% began the jaundice the second day of life, and the duration was for 3 days and the 20.7% of the newborns began the jaundice after 72 hours, the 70.7% didn't present prematurity and the 29.3% presented prematurity, the 58.5% received exclusive breastfeeding, followed for the artificial feeding by the 41.5%, showed loss weight the 47.6%, while the 52.4% did not lose weight,

Showed blood group incompatibility ABO in a 87.8% and the 12.2% didn't present incompatibility, and had low weight when they were born in a 72.0% and the 26.8% were of very low weight and the 1.2% of extremely low, as to the Rh factor we had that it was positive the 75.6% and the 24.4% negative.

Keywords: jaundice, prematurity, blood incompatibility, Rh factor, newborn

¹ Aspiring to nursing degree (Bach. Enf. Banda Herrera Ismelda, UNC)

² Martha V. Abanto Villar, PhD in Health. Profesora in the Faculty of Nursing Health UNC – Branch Chota

INTRODUCCIÓN

En países latinoamericanos aproximadamente 60% - 70% de los neonatos a término y más del 80% de los neonatos pre término, presentan ictericia. En la República de Argentina nacen aproximadamente 700 000 niños por año. Alrededor del 60-70% de los recién nacidos presenta algún grado de ictericia. (1)

La ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina (2). Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) a término cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl. (3)

El grupo más grande de neonatos habitualmente sanos con mayor riesgo de hiperbilirrubinemia son los neonatos prematuros tardíos y los que sólo son alimentados a pecho (especialmente si se presentan dificultades en el amamantamiento). El inadecuado aporte calórico o la deshidratación del recién nacido cuando la lactancia materna se realiza en forma inadecuada, pueden contribuir significativamente al desarrollo de hiperbilirrubinemia. El aumento del número de mamadas disminuye la posibilidad de hiperbilirrubinemia significativa que en niños alimentados a pecho disminuye el aporte de bilirrubina a través de la circulación entero hepática. (4) (5)

Basándose en la estadística y la inquietud del investigador se ha desarrollado el presente trabajo de investigación sobre factores frecuentes a la ictericia en recién nacidos, ya que no se puede hablar aisladamente de cada uno de ellos porque en su mayoría presentan similares complicaciones. Los resultados aportarán al conocimiento de la frecuencia de estos factores, lo cual ayudarán al personal de salud para que intervengan en un diagnóstico e intervención precoz ya que la presencia de una ictericia patológica puede generar complicaciones en el recién nacido, dentro de estas las relacionadas al sistema neurológico, deshidratación, presencia de signos de infección; pudiendo llevar a una septicemia y muerte súbita del recién nacido.

En el presente estudio el objetivo fue, identificar los factores frecuentes a la ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, en el periodo de agosto- diciembre del 2014. En los resultados se encontró que la prematuridad, lactancia artificial, lactancia materna exclusiva, incompatibilidad sanguínea, Factor Rh, el bajo peso al nacer y la pérdida de peso. Son factores frecuentes. Su diagnóstico precoz es importante porque ayudará al personal responsable a intervenir en forma oportuna ante la presencia de estos casos, evitando las complicaciones y evitando la mortalidad del recién nacido. Como se sabe, el personal de salud enfrenta una serie de situaciones en donde se ponen en juego toda la habilidad, experiencia y conocimientos, para poder lograr la recuperación de la salud. Por ello el equipo de salud debe estar permanentemente capacitado con conocimientos de actualidad y avances, más aún si se trata de recién nacidos.

La estructura del presente trabajo de investigación es la siguiente: En el primer capítulo: Se presenta el problema: Definición y delimitación, formulación del problema, justificación y objetivos. El segundo capítulo: Hace referencia a los antecedentes, el marco teórico y la Operacionalización de las variables. En el tercer capítulo: Corresponde a la metodología: Tipo y diseño del estudio, área de estudio, escenario de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, análisis de datos y consideraciones éticas. El cuarto capítulo: Comprende los resultados, interpretación, análisis y discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I:

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La Ictericia Neonatal es un problema frecuente en todo el mundo. Este trastorno es una de las dos entidades clínicas más frecuentes en la edad neonatal (junto con la dificultad respiratoria) y una de las diez primeras causas de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intermedios; 60% a 70% de los neonatos maduros y 80% o más de los neonatos inmaduros llegan a padecer algún grado de ictericia neonatal. El 60% de los recién nacidos a término y el 80% recién nacidos pre término presentan hiperbilirrubinémica durante la primera semana de vida (6) (7).

Los recién nacidos de término sanos, se caracterizan por tener un desarrollo hepático donde casi en su totalidad los niveles de bilirrubina total sérica tienen un valor mayor a 1mg/dl, el periodo neonatal precoz, es el único en que se considera normal, adquiriendo la denominación de ictericia fisiológica si se manifiesta después de las 24 horas de vida. Corresponde a un cuadro benigno y auto limitado, que desaparece generalmente antes del mes de edad. Alrededor del 25% de los recién nacidos sanos, tienen alto riesgo de desarrollar una ictericia patológica denominada hiperbilirrubinémica, lo cual es motivo de preocupación dado que cifras altas de bilirrubina, se han asociado al daño del sistema nervioso central, lo que ha generado que el enfoque actual de la ictericia neonatal, sea reducir la incidencia de hiperbilirrubinemia severa y de encefalopatía por bilirrubina, en particular en el recién nacido dado de alta más que en el ya diagnosticado (8).

Su incidencia varía ampliamente entre diversas instituciones y en Norteamérica es aún la causa más común de readmisiones a las unidades de cuidados neonatales. En México también es la primera causa de readmisiones. Otras informaciones revelan que esta misma situación se presenta en el 5 al 10% de los recién nacidos (9).

Se han relacionado diversos factores de riesgo con la presentación de la ictericia neonatal dentro de estos los maternos, como el tipo de sangre, amamantamiento, uso de ciertos fármacos, diabetes gestacional; los neonatales como el trauma obstétrico, la mala alimentación, policitemia, prematurez, género masculino,

hermano con historia de hiperbilirrubinémica entre otros., A pesar de los recientes avances en el tratamiento de este problema, la toxicidad en el sistema nervioso causada por la bilirrubina es aún una importante amenaza, y tanto el kernicterus, como las alteraciones auditivas son secuelas graves y muchas veces incapacitantes, que aún se siguen observando (10).

Asimismo los estudios han demostrado que en los Estados Unidos, aproximadamente el 60% de los recién nacidos (2'4 millones) desarrollan ictericia neonatal cada año, habiéndose documentado ictericia neonatal en un 15,6% de los recién nacidos (11). En Roma, el 28,5% de los prematuros tardíos (34-36+6 semanas de edad gestacional) presentaron ictericia que requirió tratamiento con fototerapia. Dicha ictericia apareció principalmente entre el 2º y el 4º día de vida y se resolvió sólo con fototerapia (12).

Según datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en España, la incidencia de ictericia neonatal durante el año 2007 fue de 1,93 casos por cada 10.000 habitantes con una estancia media de 3,01 días, la incidencia en 2008 fue de 2,05 casos por cada 10.000 habitantes con una estancia media de 2,85 días; y en el año 2009 la incidencia fue de 1,69 casos por cada 10.000 habitantes con una estancia media de 2,78 días; la incidencia total en España durante el periodo 2007-2009 fue de 1,89 casos por cada 10.000 habitantes con una estancia media de 2,88 días. Dicha fuente también proporciona datos por comunidades autónomas, y en la Comunidad Valenciana, durante el año 2007, la incidencia de ictericia neonatal fue de 1,94 casos por cada 10.000 habitantes con una estancia media de 2,96 días; mientras que en el año 2008 la incidencia de ictericia neonatal fue de 2,10 casos por cada 10.000 habitantes y una estancia media de 2,84 días; y en el año 2009 la incidencia fue de 1,56 casos por cada 10.000 habitantes y una estancia media de 2,61 días, mientras la incidencia en la Comunidad Valenciana durante el periodo 2007-2009 fue de 1,87 casos por cada 10.000 habitantes y una estancia media de 2,81 días (12).

En países latinoamericanos, como en México la incidencia de hiperbilirrubinémica ictericia neonatal fue de 17%. Los factores de riesgo fueron la edad gestacional menor de 35 semanas, la lactancia materna y la sepsis (13). La misma tendencia

muestra el país de Ecuador donde la hiperbilirrubinémica neonatal entre julio 2010 y junio 2011, el 43,5% fue la causa de hospitalización (14).

En el Perú la tasa de incidencia en el 2004 fue de 39/1000 nacidos vivos, siendo las DISAS de Lima y Callao las que reportaron el 48% de los casos, y a nivel regional Cusco, Arequipa, La Libertad e Ica, las que reportan mayor tasa de incidencia. Se observa con más frecuencia en neonatos prematuros que en neonatos a término (13). Además Baltazar para el año 2014, encontró en Huancayo en cuanto a la prevalencia y causas de la ictericia neonatal es de 4,2% recién nacidos, con ictericia neonatal siendo las principales causas, la ictericia fisiológica, tipo de alimentación, incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO y la frecuencia de ictericia según sexo fue el masculino en 51,65% y según la edad gestacional, a término en un 92,20% (15).

Según el Plan anual de salud (2012) del Hospital Regional de Cajamarca se reportó dentro de las primeras quince causas de hospitalización en el servicio de neonatología para el 2009 la ictericia neonatal reportándose un total de 80 casos 41 del sexo masculino y 39 del sexo femenino (16).

En la provincia de Chota en el Hospital José Soto Cadenillas según reportes del servicio de Neonatología para el año 2014 de agosto a diciembre se reportaron 82 casos de ictericia neonatal dentro de estos 41 correspondieron al sexo masculino y 41 al masculino y para el año 2015 se registraron 30 casos de enero a octubre siendo la ictericia fisiológica la que predominó por encima de la patológica, el factor biológico frecuente fue la incompatibilidad de factor RH positivo (17).

Por la problemática presentada y no existiendo trabajos de investigación referentes al problema motivó investigar en el nivel local, sobre los factores frecuentes a la ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, esperando que los resultados contribuyan en la atención precoz y se eviten las complicaciones disminuyendo la morbimortalidad neonatal en el ámbito local.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores frecuentes en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas? Chota. Agosto- Diciembre- 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se desarrolló, porque la ictericia es un cuadro clínico frecuente en la población de los recién nacidos, sobre todo los primeros días de vida. Actualmente las recomendaciones para valorar el riesgo de un incremento de la bilirrubina sérica total responden a la línea de investigación Promoción de la salud, la presente investigación pretende identificar los factores frecuentes a la ictericia en recién nacidos. Mencionada problemática crea a la motivación para la realización del presente estudio por las consecuencias para la salud del recién nacido, en los estados patológicos la bilirrubina sérica, especialmente la bilirrubina indirecta, puede alcanzar un altísimo nivel que lleva a la neurotoxicidad, provocando kernicterus, y finalmente daños neurológicos permanentes o incluso la muerte.

Asimismo, con los resultados de la investigación se pretende implementar programas y proyectos que ayuden a disminuir la magnitud del problema, ya que en la actualidad se trabaja de una manera más recuperativa siendo muy escaso el trabajo en la prevención y promoción de este problema.

También podemos señalar que la promoción de la salud no solo es una problemática de interés y preocupación de las madres de los recién nacidos, de la zona rural con bajo nivel educativo, sino transversa a todas las madres, profesionales o no, de la zona rural o urbana. La promoción de la salud es un tema de interés familiar y comunitario, es decir, la promoción de la salud es tarea de todos. En este trabajo de investigación se da conocer los factores frecuentes a la ictericia en recién nacidos ya que es un problema frecuente que se da en el hospital José Soto Cadenillas, Distrito de Chota.

El propósito de esta investigación fue identificar los factores frecuentes a la ictericia en los recién nacidos, los resultados hacerlos extensivos a las autoridades del Hospital Chota, autoridades académicas de la Universidad Nacional de Cajamarca, profesionales afines, promotores e investigadores interesados ya que estos aportes contribuirán para que los profesionales de Salud y quienes estén inmersos en el trabajo del cuidado de los recién nacidos realicen un trabajo preventivo promocional acorde a la cultura preventiva de la población, tomando en cuenta la realidad sociocultural de la familia y la comunidad. Y finalmente, ésta investigación pueda constituir un punto de partida para futuras investigaciones.

1.4. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Determinar los factores frecuentes en los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre-2014.

B. Objetivos Específicos:

1. Identificar la Ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre -2014.
2. Determinar el sexo de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas .Chota. Agosto - diciembre-2014.
3. Conocer el tiempo de aparición de la ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas.Chota. Agosto- Diciembre -2014.
4. Identificar el bajo peso de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas.Chota. Agosto – Diciembre-2014.
5. Conocer la incompatibilidad ABO en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas.Chota. Agosto – Diciembre-2014.
6. Precisar el factor Rh de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre-2014.
7. Determinar la prematuridad de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre-2014.

8. Identificar la lactancia materna exclusiva en los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre-2014.
9. Identificar la pérdida de peso de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto – Diciembre - 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

En el estudio realizado por Covas, y colab, “Enfermedades hemolíticas por incompatibilidad ABO y Desarrollo de la ictericia grave en recién nacidos de término :Factores predictivos precoces “, Argentina en el año 2009 en el que mediante determinaciones de laboratorio desde el 1° al 7° día de vida en neonatos a término, obtuvieron como resultados que los neonatos con incompatibilidad ABO, 22% presentaron ictericia grave, y en ellos los valores de bilirrubina indirecta entre las 24 a 36 horas fueron más altos que en los neonatos a término que no desarrollaron ictericia grave (18).

En un estudio realizado por Campo, A, en Guanabacoa. La Habana, Cuba. En el año 2010, descriptivo y retrospectivo sobre ictericia neonatal agravada, incluyeron 173 recién nacidos que ingresaron al Departamento de Neonatología con diagnóstico con ictericia, durante los años 2008 a 2010. Lo que se determinó con este estudio fue 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 h (76,87 %) y entre los factores agravantes se hallaron el nacimiento pre término y el bajo peso al nacer. La mayoría de los pacientes fueron tratados con luminoterapia (90,17 %) (13).

En un estudio realizado por Gallegos y colab, “Prevalencia y factores de riesgo biológicos para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un Hospital universitario. Éste fue un estudio observacional, analítico y prospectivo, que incluyó neonatos con ictericia que la desarrollaron en su estancia hospitalaria, y se obtuvo como resultados que la prevalencia de ictericia neonatal fue de 17 % y los factores de riesgo relacionados fueron: pre términos, lactancia materna exclusiva y sepsis (18).

En Huancayo en el año 2015 en un estudio sobre la “Prevalencia y factores de riesgo de ictericia neonatal, estudio observacional, descriptivo , transversal, retrospectivo

de tipo analítico y caso y control en 1691 nacidos con una muestra de 155 casos y 310 controles de forma aleatorizada en el cual se obtuvo los resultados que el 7,7% de los casos de ictericia neonatal presentan sepsis neonatal, 3,9% presentan incompatibilidad ABO, 67,1% de los casos presentan ictericia fisiológica, el 32,9% presentan ictericia patológica, 8,4% de neonatos presentaron ictericia antes de las 24 horas de vida, y el 38,1% de recién nacidos la ictericia apareció después de las 72 horas de vida, 98,1% de ictericia neonatal poseen un APGAR a los 5 minutos de 7 a 10 puntos y el 1,9% de casos posee un APGAR a los 5 minutos de 4 a 6 puntos, se constata que la frecuencia de ictericia neonatal, predomina en el sexo masculino 56,8% de los casos y el 43,2% de sexo femenino, el 1,9% presentan cefalohetoma, el 1,9% de los casos presentan asfixia perinatal, el 12,3% de los casos presentan hipoalimentación (15).

En un estudio realizado por Amador, L. En el hospital II – ESSALUD Cajamarca 2013, sobre Factores biológicos asociados a la ictericia neonatal que requirió fototerapia, estudio de tipo, observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 142 neonatos con ictericia según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin requerimiento de fototerapia en cual se obtuvo los resultados el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a ictericia que requirió uso de fototerapia fueron: prematuridad, lactancia materna exclusiva, pérdida de peso, incompatibilidad de grupo ABO y bajo peso al nacer (13). La Prematuridad en el grupo con ictericia que recibió fototerapia fue de 28% mientras que en el grupo con ictericia que no recibió fototerapia fue de 14%, el bajo peso al nacer en el grupo con ictericia que recibió fototerapia fue de 25% mientras que en el grupo con ictericia que no recibió fototerapia fue de 11%, lactancia materna exclusiva en el grupo con ictericia que recibió fototerapia fue de 86% mientras que en el grupo con ictericia que no recibió fototerapia fue de 74%, pérdida de peso en el grupo con ictericia que recibió fototerapia fue de 45% mientras que en el grupo con ictericia que no recibió fototerapia fue de 25%, Incompatibilidad de grupo ABO en el grupo con ictericia que recibió fototerapia fue de 15% mientras que en el grupo con ictericia que no recibió fototerapia fue 4% (13).

2.2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Teoría de la Ictericia Neonatal

La enfermedad fetal por incompatibilidad Rh es el resultado de la sensibilización de una madre Rh negativa con el Rh positivo en una exposición a este tipo de Rh en diferentes eventos, tales como: en el momento del nacimiento de una bebé Rh negativo, de una madre Rh positivo (teoría de la abuela); de la exposición de una madre Rh Negativo al Rh positivo durante una transfusión; en complicaciones asociadas al embarazo (aborto, ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional, procedimiento invasivo de diagnóstico fetal o el parto pretérmino previo); o la más común, por la exposición de la madre Rh negativo con un feto Rh positivo en el momento del parto.

La respuesta inmunológica desencadenada por el huésped es la formación de anticuerpos contra el Rh positivo. Para el desarrollo de la enfermedad se debe dar el mecanismo conocido sensibilización (exposición de madre Rh negativo con Rh positivo); posteriormente, en un segundo contacto de la madre con un Rh positivo, se presenta la enfermedad fetal por destrucción inmune de los eritrocitos Rh positiva.

El sistema Rh-Hr está representado en su genotipo por seis alelomorfos que ocupan seis sitios fijos en cada cromosoma, denominados Cc- D-d-E-e; la expresión Rh positivo corresponde a la aglutinación de eritrocitos que tienen en su membrana antígenos con una mayor expresión de C-D-E, y el Rh negativo corresponde a la no aglutinación de los eritrocitos debido a la presencia de antígenos débiles que corresponden a c-d-e. Una madre Rh negativa será cc-dd-ee; un padre Rh positivo puede ser homocigoto CC-DD-EE o heterocigoto Cc-Dd-Ee, un hijo de padre homocigoto siempre será Rh positivo y un hijo de padre heterocigoto tiene un 50% de probabilidad de ser Rh positivo y un 50% de ser Rh negativo. Las madres Rh negativo con Duffy positivo se comportan como Rh positivo, por lo tanto el fenómeno inmunológico no sucede (19).

A. Ictericia

La ictericia es provocada por concentraciones excesivas de bilirrubina en la sangre. En el neonato este trastorno es causado por inmadurez fisiológica de la función hepática o por incompatibilidad del grupo sanguíneo que conduce a una obstrucción eritrocítica aumentada. En el neonato pre término la ictericia es más común y más grave que en los neonatos a término debido a la menor madurez enzimática hepática.

Se sabe que la ictericia fisiológica en el recién nacido, es una situación muy frecuente (60% de recién nacidos) en el neonato a término, y se caracteriza por ser monosintomática, fugaz (2° al 7° día), leve (bilirrubinemia inferior a 12,9 mg/dL si recibe lactancia artificial, o a 15 mg/dL si recibe lactancia materna), y de predominio indirecto. Una ictericia será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dL diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dL o dure más de una semana en el RN a término (excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más) (18).

La ictericia es la coloración amarilla de la piel, conjuntivas y pigmentos biliares en la sangre. Estos pigmentos, que en condiciones normales están presentes en la sangre como resultado de la destrucción de la hemoglobina de los hematíes, se filtran en el hígado y se excretan en las heces.

B. Incidencia

En los primeros tres días luego del nacimiento, la ictericia neonatal afecta al 60% de los niños nacidos a término y al 80% de los pre término. Sin embargo, el desarrollo de medidas terapéuticas como la fototerapia y profilácticas como el uso de la globulina inmune anti-Rh para prevenir la sensibilización materna han provocado un importante descenso de la misma. (20).

C. CAUSAS:

- a.** Hiperbilirrubinemia por inmadurez o ictericia fisiológica.
- b.** Enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea.
- c.** Infecciones: Infecciones agudas especialmente estreptococos Gram negativos e infecciones crónicas (toxoplasmosis), citomegalovirus, herpes, rubéola.

- d. Hemorragias internas: Superficiales (petequias, equimosis, hematomas), profundas (Hemorragia intracraneana, hemorragias masivas en cavidades torácicas y abdominales) y transfusiones (materna-fetal).
- e. Causas metabólicas: Transitorias /administración de drogas como el cloranfenicol).
- f. Causas obstructivas; Hepatitis neonatal, agentes tóxicos y atresia de vías biliares.
- g. Desconocidos o múltiples: Por leche materna, infecciones intrauterinas crónicas y sepsis.

D. CLASIFICACIÓN:

1. Ictericia fisiológica

La mayoría de los RN desarrolla niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2mg/dl durante la primera semana de vida. Este valor crece normalmente en los RN a término hasta un promedio de 6-8 mg/dl a los tres días de vida y disminuye a menos de 1,5 mg/dl al décimo día en RN normales. Esta ictericia fisiológica, monosintomática, benigna y auto limitada, tiene unos límites tanto temporales como en valores absolutos (20).

a. Criterios de ictericia fisiológica en recién nacidos.

- Aparición a partir del 2º día.
- Su comienzo después de las primeras 24 horas de vida.
- Tener su acmé en un RN de término entre el 2º y 3er día, en el pretérmino entre el 4º y 6º día.
- Tener una duración máxima de 7 días en el RN de término y de 10 días en el pre término.
- Tener un aumento diario inferior a 5 mg/dl.
- No llegar a cifras mayores de 13 mg/dl. de bilirrubina total en niños con alimentación artificial y 15 mg/dl. En niños con leche materna.
- Tener una bilirrubina directa menor a 2 mg/dl., o en todo caso, inferior al 15% de la bilirrubina total

b. Etiología

Durante la etapa fetal, la mayor parte de la bilirrubina atraviesa la placenta y es metabolizada por el hígado materno. En el momento del nacimiento este proceso se corta bruscamente y al igual que lo que ocurre con otros procesos fisiológicos, debe ser asumida por los órganos y sistemas del/la recién nacido/a los cuales deben adaptarse y madurar para asumir el proceso en forma eficiente. Para comprender la razón del aumento de bilirrubinemia, es necesario tener en cuenta que el metabolismo de la bilirrubina se produce principalmente por el hígado, lo que explica que la principal causa de aparición de ictericia fisiológica en el RN, sea inmadurez del sistema enzimático del hígado que provoca un desequilibrio entre la producción y eliminación de bilirrubina.

Causas de esta condición transitorias frecuentes al recién nacido

Aumento de la oferta de bilirrubina

- Mayor Producción: Produce el doble de bilirrubina que un adulto, esto se explica por una mayor masa globular y también por su disminución fisiológica en la primera semana (por menor vida media del eritrocito fetal). Esto aumenta la oferta de bilirrubina al hígado por mayor destrucción de glóbulos rojos.
- Circulación Enterohepática: Reabsorbe gran parte de la bilirrubina debido a este mecanismo, esto se debe principalmente a que el intestino no ha instalado su flora, y a una mayor actividad de la enzima betaglucuronidasa (20).

Disminución en la eliminación de la bilirrubina

- Captación y transporte intracelular: es menor y logra alcanzar los niveles del adulto al quinto día de vida.
- Conjugación: la enzima glucoroniltransferasa presenta una disminución de su actividad (no de su concentración) durante los primeros tres días de vida, aumentando luego hasta los niveles del adulto.
- Excreción: en caso de producción excesiva hay una “incapacidad relativa” de eliminación.

- **Circulación Hepática:** el clampeo del cordón produce una cesación brusca de la sangre oxigenada que recibía el hígado en la vida fetal, esto podría ocasionar una insuficiencia relativa y transitoria en los primeros días aunque esto aún está en discusión. También puede tener importancia la persistencia del conducto venoso, con el cortocircuito que produce el cual excluye parcialmente al hígado de la circulación y por lo tanto, su capacidad de aclaración de la bilirrubina (20).

2. Ictericia Patológica ó Hiperbilirrubinemia.

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

También se considera que la ictericia es patológica cuando hay evidencia de hemólisis aguda o si persiste durante más de 10 o 21 días, respectivamente, en recién nacidos a término o pre término

a. Etiología

Las causas más probables asociadas a una condición de hiperbilirrubina patológica son:

1) Aumento patológico de oferta de bilirrubina

- **Enfermedad Hemolítica:** la gran mayoría causadas por incompatibilidad sanguínea materno fetal (ABO o Rh). Otras causas son: Anomalías en la morfología del eritrocito: esferocitosis familiar, déficit enzima glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa (G-6-PD), los cuales disminuyen la vida.
- **Media de los eritrocitos.** En infecciones severas (sepsis) existen hemólisis además de otros factores, como causa de ictericia.
- **Hematomas y hemorragias:** un ejemplo de estos son los cefalohematomas, cuya reabsorción aumenta la oferta de bilirrubina.
- **Incremento en la reabsorción intestinal:** en condiciones patológicas, la mayor actividad del circuito entero hepático produce un aumento de la oferta de bilirrubina al hígado, como sucede en el retraso en la

alimentación por vía nasogástrica en hospitalizados, o la presencia de obstrucción intestinal total y parcial.

- Policitemia: mayor volumen globular ocasiona una destrucción y producción aumentada de bilirrubina que llevaría a una hiperbilirrubinemia, generalmente entre el tercer y cuarto día de vida (20).

2) Disminución patológica de la eliminación:

- Defectos enzimáticos congénitos: déficit enzima G-6-PD: Síndrome de Crigler-Najjar:
 - Tipo I: déficit total.
 - Tipo II: déficit parcial, pronóstico menos severo.
- Ictericia acolúrica familiar transitoria: (Síndrome de Lucey-Driscoll). Se presentan en RN cuyas madres son portadoras de un factor inhibitorio en el suero que impide la conjugación. Su pronóstico es bueno.

3. Ictericia por incompatibilidad de factor Rh

Es la causa más frecuente de ictericia neonatal no fisiológica y en el 97% de los casos se debe a isosensibilización para el antígeno Rh D. La administración profiláctica de inmunoglobulina Anti-D, ha disminuido sustancialmente los casos de mujeres isosensibilizadas y como consecuencia disminuyeron los RN ictéricos por este motivo.

Se ha demostrado que en muchas situaciones clínicas hay paso de glóbulos rojo Rh (+) fetales al torrente sanguíneo materno Rh (-). Esto ocasiona la producción de anticuerpos contra el antígeno D del Rh Las IgG al atravesar la barrera placentaria, llegan al torrente sanguíneo fetal cubriendo al eritrocito Rh (+), con lo que se atraen macrófagos que se adhieren a él y causan hemólisis extravascular en el bazo.

Los productos de la hemólisis son derivados vía placentaria hacia la circulación materna, para ser metabolizados. Después del nacimiento ese aumento en la producción de bilirrubina, sumado a la inmadurez de los mecanismos hepáticos de transporte (Ligandina Y) y de glucuronización,

puede producir hiperbilirrubinemia de diversos grados de severidad, con el riesgo de kernicterus. La ictericia suele manifestarse en las primeras 24 horas de vida; a veces lo hace a las cuatro o cinco horas del nacimiento, con un pico máximo al tercero o cuarto día (20).

4. Ictericia por incompatibilidad del grupo sanguíneo ABO

En casi todos los casos de incompatibilidad ABO, el grupo sanguíneo de la madre es 0 y del recién nacido es A o B. La sensibilización anti-A es más frecuente, pero la sensibilización anti-B suele producir una enfermedad hemolítica más grave. Aunque el feto puede desarrollar una anemia intrauterina, casi nunca es suficientemente grave para causar una hidropesía fetal o muerte intrauterina. El principal problema clínico es el desarrollo de un hiperbilirrubinemia importante después del nacimiento.

Los estudios analíticos requeridos son similares a los que se practican en la incompatibilidad Rh. Habitualmente puede encontrarse anti-a o anti-b en el suero del recién nacido o después de una elusión de los anticuerpos de los hematíes del recién nacido. Así mismo, la presencia de numerosos microsferositos en la sangre del recién nacido y de reticulocitosis sugiere una incompatibilidad ABO (20).

A. FISIOPATOLOGÍA:

La degradación de la hemoglobina que resulta de la destrucción normal patológica de los eritrocitos origina dos compuestos: La globulina que sirve para resintetizar la hemoglobina y el pigmento hem que debe eliminarse.

Para que el pigmento derivado de la degradación de la hemoglobina se eliminen a través de las vías biliares, debe experimentar una serie de transformaciones que lo convierten de un compuesto tóxico liposoluble (bilirrubina indirecta) en otro tóxico hidrosoluble (bilirrubina directa).

El proceso de transformación se inicia al acoplarse la bilirrubina con una molécula de albúmina, unión indispensable para que ocurra la glucoronización en las células hepáticas y a veces en otros: parénquima, como el riñón y el tracto gastrointestinal. La conjugación de la bilirrubina se logra mediante una cadena de reacciones, en las que podría distinguirse dos etapas:

La primera termina con la formación de la bilirrubina indirecta y la segunda en bilirrubina directa mediante la acción de la glucoroniltransferasa. Las fases 1 y 2 requieren alto consumo energético (ATP y por tanto de oxígeno tisular) cualquier condición patológica que altere el metabolismo normal del recién nacido (hipoxia, hipoglucemia, hipotermia e infecciones) puede interferir el nivel de conjugación normal de la bilirrubina (21).

B. TRATAMIENTO:

Fototerapia:

La fototerapia consiste en el uso de luz con un espectro semejante al de la bilirrubina que descompone a esta en productos no tóxicos (22).

La luz causa una reacción fotoquímica en la piel (foto isomerización) que cambia la bilirrubina no conjugada en foto bilirrubina, la cual es excretada por el hígado en la bilis.

Además, la foto oxidación genera productos de la bilirrubina que son excretados en la orina; sin embargo, este no es el mecanismo por el cual la fototerapia ejerce su mayor efecto.

La mejor luz es la azul en cuanto a efectividad, pero tiene el inconveniente de que altera el color de la piel del niño. La mayoría de aparatos de fototerapia usan luz blanca, La eficacia de la fototerapia depende de la intensidad de la luz y de la cercanía de esta al niño. Hay que tratar de colocarla lo más cerca que se pueda: 45 a 50 cm, para esto hay que considerar medidas de seguridad en cuanto a evitar el sobrecalentamiento del recién nacido. Se debe cubrir los ojos para proteger la retina y estar atento a que no se produzca conjuntivitis, Se debe vigilar al niño cada 4 a 6 horas de manera de ir actuando en presencia de algunas complicaciones sobre toda la superficie corporal.

La fototerapia provoca con frecuencia alteración de la deposiciones que se hacen más líquidas y verdosas, hipertermia, daño ocular, disminución del flujo mesentérico y síndrome del niño bronceado.

Indicaciones de tratamiento domiciliario en recién nacidos con hiperbilirrubinemia.

Recién nacidos a término sanos más de 48 hrs. de vida.

Bilirrubina en suero < 20 mg/dl.

No historia de enfermedad hemolítica

- Considerar hematocrito y recuento de hematíes.
- Grupo sanguíneo de la madre y recién nacido compatibles.
- Test de Coombs compatibles.
- Incremento de bilirrubina inferior a 1 mg/dl en 3-4 horas.
- Entorno social adecuado.
- No elevación de la bilirrubina directa.

FACTORES FRECUENTES PARA LA ICTERICIA:

Entre los factores para la ictericia neonatal se encuentran los siguientes:

a. Prematuridad. Se denomina parto pre término o prematuro al acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días completos). El recién nacido se denomina “neonato pre término (15).

La lactancia materna. El aumento del número de mamadas disminuye la posibilidad de hiperbilirrubinemia significativa que en niños alimentados a pecho disminuye el aporte de bilirrubina a través de la circulación entero hepática. La circulación Enterohepática: reabsorbe gran parte de la bilirrubina debido a este mecanismo, esto se debe principalmente a que el intestino no ha instalado su flora, y a una mayor actividad de la enzima betaglucuronidasa (20)

El síndrome de ictericia por leche materna debe ser diferenciado de otras causas de ictericia prolongada en el recién nacido como enfermedades hemolíticas, hipotiroidismo, hijos de madres con diabetes, hiperbilirrubinemia neonatal transitoria, obstrucción intestinal.

No hay razón para suprimir la leche materna parcial o totalmente, para hacer el diagnóstico, considerando que los beneficios de la lactancia materna son mayores que el simple hecho de confirmar un diagnóstico. Interrumpir la leche materna parcial o totalmente sólo debe hacerse con fines terapéuticos.

b. Bajo peso al nacer. Peso menor de 2500 gr de peso al nacimiento. Estos recién nacidos tienen menos de la tasa esperada de crecimiento intrauterino o un periodo corto de gestación (15).

c. Factor RH. Es la causa más frecuente de ictericia neonatal No fisiológica y en el 97% de los casos se debe a isosensibilización para el antígeno Rh D (23).

d. Incompatibilidad ABO. Un bebé que tiene el tipo de sangre A o B nacido de una madre que es de tipo O (24).

e. Sexo. La frecuencia de ictericia neonatal se da en ambos sexos y algunos estudios revelan que en mayor porcentaje se da en el sexo masculino

f. Pérdida de peso. Pérdida de peso mayor de 5% del peso del nacimiento en la primera semana.

Entre otros factores frecuentes para la ictericia se encuentran:

Maternos	Neonatales
<ul style="list-style-type: none">▪ Infecciones Intrauterinas▪ Diabetes▪ Abortos Previos▪ Pre-Eclampsia▪ Fiebre Materna▪ Ruptura Prematura de Membranas▪ Historia Familiar de Ictericia▪ Inducción del Parto con Oxitocina	<ul style="list-style-type: none">▪ Asfixia▪ Estreñimiento▪ Ayuno▪ Lactancia Materna▪ Pérdida de Peso▪ Prematurez▪ Trisomía 21▪ Cefalohematomas

Prevención de la Ictericia Neonatal

La ictericia o hiperbilirrubinemia es una condición médica común que se presenta en los recién nacidos durante las primeras 2 o 4 días de vida. Esta condición es causada

por altos niveles de bilirrubina, el residuo de la degradación de las células sanguíneas, que se encuentra en la sangre y en la bilis. Los hígados que han alcanzado la madurez pueden filtrar y eliminar la bilirrubina, pero los hígados inmaduros de los recién nacidos puede causar que se desarrolle ictericia. Si bien no existe una manera para prevenir completamente la ictericia, conocer los factores de riesgo puede ayudarte a determinar lo que puedes hacer para prevenir y prepararte para la ictericia neonatal.

1. Realizar exámenes de sangre durante el embarazo. Ciertas incompatibilidades de la sangre pueden causar que más células sanguíneas se degraden, produciendo así más bilirrubina.

- Las madres con sangre Rh negativo o tipo de sangre O+ deben considerar realizar pruebas de sangre adicionales para sus bebés, ya que la incompatibilidad Rh y la incompatibilidad ABO se encuentran entre los factores de riesgo más elevados.
- Las deficiencias de las enzimas genéticas, tal como la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, también pueden producir un riesgo elevado de ictericia, ya que puede destruir determinadas células sanguíneas, creando así más bilirrubina en el torrente sanguíneo.
- Además de los exámenes de sangre prenatales, en la actualidad, los doctores realizan pruebas para la ictericia antes de que el bebé abandone el hospital.

2. Reduce el riesgo de un parto prematuro. Los bebés que nacen antes de las 38 semanas corren un riesgo más elevado de desarrollar ictericia. El hígado de un bebé prematuro está menos desarrollado que el de un bebé nacido a término, lo cual ocasiona que a este le resulte más difícil eliminar la bilirrubina.

- Algunos factores de riesgo para un parto prematuro, tales como la edad o un parto múltiple, no se pueden cambiar. Sin embargo, muchos riesgos medioambientales sí pueden evitarse.
- Cuidado prenatal actualizado. El cuidado prenatal oportuno y consistente asegurará que tú y tu bebé permanezcan lo más saludables que sea posible

durante el embarazo y, además, ayudará a detectar cualquier problema que podría causar un parto prematuro.

- Contaminantes químicos. El tabaco, el alcohol, las drogas ilícitas y algunos medicamentos pueden incrementar las probabilidades de tener un parto prematuro. Si necesitas ayuda para dejar de consumir alguno de ellos, habla con tu doctor. Asimismo, los contaminantes ambientales también pueden ser un factor de riesgo.
- Reducir el riesgo de contraer determinadas infecciones. Las infecciones, tales como el herpes, la sífilis, el citomegalovirus (CMV) y la toxoplasmosis pueden causar partos prematuros e ictericia.

3. Tener en cuenta que los bebés amamantados tienen una mayor probabilidad de desarrollar ictericia. Sin embargo y, por lo general, esta se trata fácilmente y se elimina con rapidez.

- La leche materna no fluye naturalmente hasta algunos días después del nacimiento del bebé. Durante los primeros días de vida, los bebés amamantados consumen una sustancia previa a la leche denominada calostro, cuya cantidad es escasa pero cuyos nutrientes son muchos.
- Debido a que estos bebés no ingieren tanta leche como los bebés alimentados con fórmula durante los primeros días de vida, su sistema digestivo no se vacía tan rápido, lo que ocasiona que la bilirrubina se acumule en su sistema. Por lo general, esto no es un motivo de preocupación y los expertos aún recomiendan que se les dé de lactar (25).

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍTEMS
VARIABLE 1: FACTORES FRECUENTES A LA ICTERICIA							
Prematuridad	Cualitativa	Recién Nacidos con edad Gestacional menos de 37 semanas (15).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Sí: < 37 semanas de gestación. 2) No: >37 semanas de gestación.		Nominal	1
Lactancia materna	Cualitativa	Alimentación al pecho materno que excluye cualquier alimento sólido o líquido, con excepción de gotas, minerales o medicamentos (16).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Si 2) No		Nominal	1
Pérdida de peso	Cualitativa	Pérdida de peso mayor de 5% del peso del nacimiento en la primera semana (15).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Si 2) No		Nominal	1

Incompatibilidad sanguínea	Cualitativa	Un bebé que tiene el tipo de sangre A o B nacido de una madre que es de tipo O (16).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Si : (A ó B) 2) No (O)		Nominal	1
Bajo peso	Cualitativa	Peso al nacimiento menor a 2.500 g (15).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Extremadamente bajo peso: 1000-1500 2) Muy bajo peso: 1500-2000 3) Bajo peso: 2000-2500		Nominal	1
Incompatibilidad del Factor Rh	Cualitativa	Proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos .Son Rh+, los que presentan dicha proteína y Rh -, quienes no presentan la proteína (20).	Ficha clínica del Recién Nacido	1) Sí 2) No		Nominal	1

VARIABLE 2: ICTERICIA EN RECIÉN NACIDOS

Fisiológica	Cuantitativa	Cuando en el recién nacido los niveles de bilirrubina sérica no conjugada son superiores a 2mg/dl durante la primera semana de vida (18).	Historia clínica del Recién Nacido.	1) 12-15mg/dl en recién nacidos pre término. 2) 10-12 mg/dl en recién nacidos a término.		Nominal	
Patológica	Cuantitativa	Se produce en las primeras 24 horas de vida, en presencia de un incremento hemólisis aguda o si persiste durante más de 10 o 21 días (14)	Historia clínica de Recién Nacido	1) 12.9 mg/dl en recién nacidos a término. 14.9 mg/dl en recién nacido pretermino.		Nominal	
Tiempo de aparición en horas de la ictericia	Cuantitativa	Determinado por el tiempo que se presenta la Ictericia (14).	Historia clínica de Recién Nacido	1) 0-24horas 2) 25-48 horas 3) 49-72 horas 4) > 72 horas		Nominal	

Sexo	Cualitativa	Son características biológicas que distinguen al hombre de la mujer, determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano.	Historia clínica de Recién Nacido	<ol style="list-style-type: none"> 1) Masculino 2) Femenino 		Ordinal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación fue cuantitativo, diseño transversal porque los datos se recogieron en un solo momento, el instrumento se aplicó por única vez, retrospectivo, porque se usó la recolección de datos para la base de medición numérica y el análisis estadístico.

Descriptivo, ya que se determinó la frecuencia de los factores frecuentes en los recién nacidos con ictericia atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas.

Retrospectivo, porque se tomó la información de las historias clínicas de los recién nacidos con ictericia atendidos en el periodo de agosto a diciembre del 2014.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, dicha institución se ubica en la zona urbana de la ciudad de Chota, En él se atiende la población del ámbito de las Provincias de Chota, Santa Cruz y Hualgayoc. Este se encuentra ubicado en el jirón Exequiel Montoya en la zona urbana de la ciudad de Chota, la misma que corresponde al distrito de Chota, provincia del mismo nombre ubicado en el departamento de Cajamarca en la parte septentrional del Perú, se encuentra a 2,388 msnm, por el norte limita con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, con el este, con la provincia de luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe, Chiclayo (Lambayeque).

3.3. ESCENARIO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia y Distrito de Chota, de nivel II – 1, por contar una población de recién nacidos para dicha investigación. Además, por tener capacidad resolutive.

La Información se recopiló en los servicios de neonatología, correspondiente a las historias clínicas de los recién nacidos con ictericia, correspondiente al periodo de agosto- diciembre del 2014. Este servicio cuenta con recurso humano capacitado y material necesario para solucionar los problemas de salud de los usuarios.

3.4. POBLACIÓN

Población. La población estuvo conformada por 82 historias clínicas de los recién nacidos con diagnóstico de ictericia dentro de ellos 41 mujeres y 41 varones, partos correspondientes a los meses de agosto a diciembre del 2014, atendidos en el servicio de neonatología del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Los mismos que correspondieron al ámbito de influencia de atención del hospital (Provincia de Chota, Santa Cruz y Hualgayoc), tanto de la zona urbana como rural.

Unidad de análisis: La unidad de análisis del presente trabajo estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de los recién nacidos con ictericia que fueron atendidos en el servicio de neonatología durante el periodo de Agosto a Diciembre del 2014, ámbito de influencia de atención del hospital José Soto Cadenillas.

Criterios de inclusión

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión.

1. Recién nacidos con diagnóstico de ictericia
2. Recién nacidos de ambos sexos.
3. Recién nacidos atendidos correspondientes al área de influencia del hospital José Soto cadenillas (Provincia de Chota, Hualgayoc y Santa cruz).

4. Recién nacidos tanto del área urbana como rural.

a. Criterio de Exclusión

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

1. Recién nacidos con malformaciones congénitas.
2. Recién nacidos con patologías hepáticas.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: La técnica a emplear fue el análisis documental, es un sistema donde se describe y representa un documento que agrupa los datos y la información, llenada directamente por el autor. Los datos fueron recolectados a través de ficha clínica.

Para recolectar los datos se pidió permiso a las autoridades del hospital José Soto Cadenillas - Chota y a los responsables del servicio de neonatología se dio a conocer los objetivos del estudio para obtener su colaboración.

INSTRUMENTO: El instrumento utilizado fue adaptado teniendo en cuenta la ficha clínica del autor Amador M. (2014), ya validado en su estudio titulado Factores asociados a la ictericia neonatal, a continuación, se describe.

- En la parte I: Contiene datos generales:

Tiempo de aparición de la ictericia

Sexo

- En la parte II: Se hace mención de los factores frecuentes:

Prematuridad

Lactancia materna

Pérdida de peso

Incompatibilidad sanguínea (ABO)

Bajo peso

Factor Rh

Prueba piloto.

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto en 8 historias clínicas de neonatos con ictericia neonatal, las mismas que no fueron incluidas en el total de la población estudiada, luego se realizaron algunas adecuaciones y se aplicó el instrumento final.

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se solicitó la autorización del Director del Hospital Losé Soto Cadenillas de Chota y a la Enfermera responsable del servicio de neonatología.

Se procedió a realizar un listado de los pacientes con el diagnóstico de ictericia neonatal, según el registro de atención diaria del servicio de neonatología, atendidos en el periodo de agosto a diciembre del 2014, ubicando el número de historia clínica.

Luego se ubicó la historia clínica y se realizó el llenado de la ficha de recolección de información.

3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada de las historias clínicas de los recién nacidos con ictericia. Se la procesó en una hoja de cálculo Excell, para luego procesarla en el programa SPSS versión: 23, los resultados fueron presentadas en tablas simples.

3.8. ANÁLISIS DE DATOS.

Luego del procesamiento de datos los resultados se confrontaron con los antecedentes, teniendo en cuenta los objetivos previstos, además teniendo en cuenta las teorías relacionados con el tema llegando así a las conclusiones.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación cuantitativa buscó asegurar la objetividad de la investigación, en relación a la ética se tuvo en cuenta los siguientes principios:

Rigor ético: se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos que aseguran la validación del trabajo de investigación.

- a) **La no maleficencia:** Principio de la bioética que afirma el deber de no hacer a los demás algo que no desean.

En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no hubo riesgo de hacer daño a la persona, ya que solo se buscó obtener información, se recogió la información por medio de la ficha clínica de las historias clínicas de los recién nacidos con el diagnóstico de ictericia. Al conocerse los factores biológicos frecuentes se logrará una perspectiva real y así los entes pensadores y reguladores de salud pueden implementar medidas tanto preventivas como de control para la prevención de estos factores biológicos y así evitar las complicaciones o daños que estos pueden generar en los recién nacidos.

- b) **La beneficencia:** Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al máximo los riesgos

El trabajo de investigación realizado será de beneficio para las madres, el personal de salud ya que se está aportando al conocimiento sobre los factores biológicos frecuentes que se presentan en los recién nacidos con ictericia para que se pueda actuar sobre ellos a tiempo reduciendo las complicaciones que estos pueden generar en los recién nacidos controlando la morbilidad y evitando la muerte del neonato asimismo se pueda actuar en las medidas de prevención de los mismos.

Rigor científico:

Confidencialidad: Es un derecho del sujeto de investigación que todos los datos recolectados en la misma sean tratados con discreción y secreto. Se debe guardar con discreción el nombre de las personas y de las Instituciones donde se realiza la investigación salvo en aquellos casos en que se tenga su consentimiento para divulgarlos (26).

En la presente investigación si bien es cierto la información se obtuvo de las historias clínicas, se contó con la autorización del director de la Institución y el permiso del jefe de servicio. Por tanto, este principio se cumple porque no se divulgarán los nombres de los pacientes, sólo fueron utilizados para la investigación.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad.

Se consideró este principio durante todo el proceso de la investigación para la confiabilidad de la información que se obtuvo durante la revisión de las historias clínicas y la información es tal cual estuvo registrada en la misma y la toma de datos fue realizada por la Tesista.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Tipo de ictericia en recién nacidos, atendida en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto - Diciembre Chota, 2014.

Tipo de ictericia en los recién nacidos	Nº	%
Fisiológica	51	62,2
Patológica	31	37,8
Total	82	100,0

En la tabla, se observa que el 62,2% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, mientras el 37,8% de recién nacidos presentaron ictericia patológica.

Estos resultados tienen similitud a los encontrados por Cruz, N (2015) el 67,1% de los casos presentan ictericia fisiológica, mientras que el 32,9% presentan ictericia patológica (15).

También, los resultados encontrados en el presente estudio tienen relación con los referidos por Cerrado, L (2012) (27) Chile, quien encontró que los recién nacidos que presentaron ictericia fisiológica fueron el 63,63% de los partos, mientras que el 36,36% presentaron ictericia patológica. Así mismo los resultados encontrados por Salome, C (2012) (28) en Ecuador, quien obtuvo los siguientes resultados, el 63,5% de recién nacidos por vía vaginal presentaron ictericia fisiológica, mientras el 36,5% presentaron ictericia patológica en lo que respecta a que la ictericia patológica los niveles anormales de bilirrubina representan una amenaza para el desarrollo correcto del recién nacido, debido a las características neurotóxicas de la bilirrubina indirecta. Para Lamas expone que la ictericia en los recién nacidos es un proceso benigno y auto limitado con la prevalencia que rondan entre un 40%-60% datos que se ajusta con lo encontrado en nuestra población, en donde el 68,5% presento

ictericia fisiológica y el 31,5% presentaron ictericia patológica. Sin embargo, se destaca que se debe poseer un criterio adecuado al momento de valorar a un recién nacido desde la anamnesis y búsqueda de factores de riesgo. Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar las Ictericias fisiológicas de las no fisiológicas. Este enfoque incluye recabar correctamente los antecedentes familiares, del embarazo y parto, el estado y características del RN, las horas de aparición de la Ictericia, el ritmo de ascenso, la edad gestacional y la patología agregada. Todo esto nos dará una mayor definición del riesgo a fin de actuar correctamente (28).

De acuerdo a los datos encontrados se puede decir que el mayor porcentaje de neonatos presentaron un tipo de ictericia fisiológica ya que esta se evidencia clínicamente después de las 24 horas de vida en la mayoría de los recién nacidos, lo cual representa menor riesgo de sufrir complicaciones. Sin embargo, el porcentaje de recién nacidos con ictericia patológica es un porcentaje representativo constituyendo el 37,8% del total, ellos están expuestos a riesgos pues al alcanzar un alto nivel la bilirrubina sérica lleva a una neurotoxicidad, provocando el kernicterus, y finalmente daños neurológicos permanentes incluso la muerte.

Para optimizar el manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal, es necesaria una atención precoz e identificación de los factores de riesgo como herramienta para seleccionar, planificar y evaluar las estrategias adecuadas para el tratamiento de la enfermedad.

Por ende, se debe informar a los padres sobre los signos de alarma de la progresión, control precoz del recién nacido (7-10 días en caso de alta precoz o niveles de bilirrubina alta, control a las 24-48 horas). Cuando el equipo de salud entrega a los padres la posibilidad de tomar decisiones informadas, está respetando su autonomía y protegiendo al recién nacido, dado que esta comprensión está condicionada por la cultura en la que influye las creencias sobre la salud, las prácticas de auto cuidado, los comportamientos, tratamientos terapéuticos, y la utilización de los servicios de salud, muchas veces los casos de ictericia en un recién nacido dentro de las creencias se las asocia al susto.

Tabla 2. Sexo de los recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto - Diciembre Chota-, 2014.

Sexo de los recién nacidos	N^a	%
Masculino	41	50,0
Femenino	41	50,0
Total	82	100,0

Se observa en la presente tabla, en cuanto al sexo de los recién nacidos con ictericia que tanto para el sexo masculino como para el femenino se encontró que corresponde el 50% respectivamente.

Según los resultados encontrados no guardan similitud con el estudio de Mariño, C. Gutiérrez, R. Ferrari, C (2010), donde concluyó que el 58,18% de los recién nacidos de sexo masculino presentan ictericia en recién nacidos de sexo masculino más que en las recién nacidas de sexo femenino (41,81%) (29). Asimismo con los resultados encontrados en el estudio realizado por Cruz, A. (2015), en Huancayo sobre “Prevalencia y factores de riesgo de ictericia neonatal “se constata que la frecuencia de ictericia neonatal, predomina en el sexo masculino 56,8% de los casos y el 43,2% de sexo femenino estos resultados no guardan relación con los resultados encontrados (15).

Por otro lado los resultados encontrados guardan relación con los referidos en el estudio realizado por Zarate, L (2013) en Lima, quien encontró en cuanto a la frecuencia de ictericia, según el sexo fue tanto para el masculino como el femenino respectivamente, lo cual coincide con los resultados encontrados (18).

Por lo tanto, según los resultados del estudio tenemos que se presentó tanto en hombres como mujeres recién nacidos atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas presentaron ictericia en igual porcentaje, esto nos quiere decir que ambos sexos están expuestos a sufrir riesgos que puede repercutir en su salud.

Tabla 3. Tiempo de aparición de la ictericia en los recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota-Agosto Diciembre, 2014.

Tiempo de aparición de la Ictericia	Nº	%
0 - 24 h	16	19,5
25 - 48 h	33	40,2
49 - 72 h	16	19,5
Más de 72 h	17	20,7
Total	82	100,0

Se observa, que el 40,2% de neonatos presentaron ictericia antes las 48 horas de vida y el 19,5% de recién nacido la ictericia apareció entre las 0-24 hrs y de 49 y 72 horas respectivamente y el 20,7% más de 72 horas de vida.

Estos resultados se relacionan con los encontrados por: Campo, A (2010). La Habana, Cuba, en donde el tiempo de aparición fue de 48 a 72 h (76,87 %) y entre los factores agravantes se hallaron el nacimiento pre término y el bajo peso al nacer (28). Según la literatura nos dice que el tiempo de aparición es precoz, antes de las 24 horas debe considerarse patológica hasta no probarse lo contrario. Mientras más precoz, es más urgente evaluar la ictericia y considerar una eventual intervención, de acuerdo a su etiología. Cuando la ictericia aparece en las primeras seis horas de vida, debe postularse una enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh Los ascensos rápidos de la bilirrubina en los primeros días de vida, de más de 5 a 8 mg en 24 horas, deben considerar la posibilidad de una causa patológica. Cuando este ascenso es de 0,5 mg / hora, debe descartarse inmediatamente alguna causa de hemólisis. Por lo tanto en los resultados encontrados nos indican que la mayoría de los recién nacidos presentan ictericia fisiológica lo cual tiene relación con lo que la literatura que nos indica que la ictericia fisiológica se presenta después de las 24h de nacidos lo cual coincide con otros estudios en los que se describe mayor incidencia después de las 72 horas de vida .y que la duración de la misma por lo general supera los tres días.

En los resultados de la presente se evidencia que la mayoría de neonatos presentaron la ictericia entre 25 a 48 horas después del nacimiento por lo que tuvieron una ictericia de tipo fisiológica esto según autores la bilirrubina es simplemente un producto final del catabolismo del hem y, adicionalmente no produce ningún tipo de daños para la salud, de lo contrario muy altos niveles pueden producir su acumulación en el cerebro, causando daño irreversible en diversas áreas, como los ganglios basales, ocasionando encefalopatía por bilirrubina aguda y/o crónica.

Tabla 4. Bajo peso en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto - diciembre Chota, 2014.

BAJO PESO	N	%
Extremadamente bajo :(De 1000 a 1500)	1	1,2
Muy bajo: (De 1500 a 2000)	22	26,8
Bajo peso: (De 2000 a 2500)	59	72,0
Total	82	100,0

Se observa, que en un 72,0 % de los recién nacidos presentan bajo peso, mientras que el 26,8% muy bajo peso y el 1,2% extremadamente bajo peso.

Estos resultados son similares con el estudio de Campo, A (2010), donde encontró que el bajo peso al nacer fue el 90,17 % de recién nacidos con ictericia y que este es un factor asociado por tal motivo tiene similitud con dicho resultado (10).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso el bajo peso en todo el mundo, es el factor muy importante para determinar las probabilidades del recién nacido de sobrevivir y tener desarrollo y crecimiento sano. De ahí que el diagnóstico precoz de esta alteración conforma uno de los objetivos muy importantes del control prenatal.

Así mismo los resultados de la presente investigación guardan relación con los resultados encontrados por Amador, L (2014), realizado en recién nacidos con ictericia encontró, que el 75% de recién nacidos presentaron bajo peso, el 25% presentaron muy bajo peso menor de 2500 gramos estos recién nacidos tienen menos de la tasa esperada de crecimiento intrauterino o un periodo corto de gestación por lo tanto el parto pretérmino y el bajo peso al nacer por lo general coincide menos de 32 semanas de gestación y peso al nacer de 1200 gramos (13). De igual forma con los referidos por Urbina y col, en relación al peso del recién nacido con ictericia en “Embarazo en adolescentes “, donde refiere que del 100 % de recién

nacidos, el 11,9% de estos pesó menos de 2500 g; y el 84,4% pesó entre 2 500 por lo tanto estos resultados tiene similitud con los resultados referidos en la investigación.

De acuerdo a los resultados encontrados se puede decir que el factor biológico que se dio con más frecuencia en la presentación de la ictericia fue el bajo peso al nacer esto se da posiblemente porque la madre no asistió en forma continua a sus controles prenatales y no recibió la consejería sobre los cuidados durante el embarazo especialmente lo que corresponde a la alimentación, no recibió suplemento adecuado de hierro ni se realizó los exámenes para vigilar la presencia o no de anemia o de otras infecciones y así poder prevenir las consecuencias que se pueden tener si no cumple con los exámenes correspondientes, en nuestra realidad se observa que a pesar de tener la información adecuada las madres no se concientizan y por diferentes circunstancias no asisten a los servicios de salud. Así pueden tener una buena orientación por parte de los profesionales de salud pero no los ponen en práctica.

Tabla 5. Incompatibilidad ABO en recién nacidos con Ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto Diciembre Chota, 2014.

Incompatibilidad ABO	N^a	%
Si: (A ó B)	72	87,8
No: (O)	41	12,2
Total	82	100,0

En la tabla 5, se observa que de los recién nacidos atendidos con ictericia en el Hospital, el 87,8% presentan incompatibilidad con el grupo ABO mientras que el 12,2% no presentan incompatibilidad sanguínea.

Los resultados encontrados tienen similitud con los datos encontrados por Peláez, A (2011), en su investigación sobre “Factores Asociados a la Ictericia Neonatal en el Recién Nacido” donde el 93,61% de la ictericia neonatal se da por incompatibilidad sanguínea feto-materno y solo el 6,39 % se da por infección. El grupo A tiene el antígeno A, el grupo B tiene el antígeno B, el grupo AB tiene los dos antígenos y el grupo O no tiene antígeno, la reacción que ocurre en el organismo cuando se mezclan dos tipos de sangre diferentes se le llama incompatibilidad sanguínea materno-fetal, se presenta cuando la madre tiene sangre del grupo O y el bebé es grupo A o B (15).

En los resultados obtenidos en una investigación por Amador, L (2013), realizada en Cajamarca tuvo como resultados que el 15% presentaron incompatibilidad, mientras el 85% no presentaron incompatibilidad por lo tanto estos resultados no coinciden con datos encontrados. La incompatibilidad ABO: A, B, AB y O son los cuatro principales tipos de sangre. Los tipos se basan en pequeñas sustancias (moléculas) en la superficie de las células sanguíneas. Cuando las personas que tienen un tipo de sangre reciben sangre de alguien con un tipo de sangre diferente, esto puede provocar una reacción del sistema inmunitario, lo cual se denomina incompatibilidad ABO. Se produce por la reacción de los anticuerpos maternos, Anti A o anti B frente a un antígeno a OB de los hematíes del feto o del RN. Se suele producir en los casos en los que la madre es grupo O siendo el neonato grupo AOB, ya que estas

madres producen anticuerpos IgG que pasan a la placenta. Así mismo con los resultados encontrados en el presente estudio realizado por Covas M, y colab, “Enfermedades hemolíticas por incompatibilidad ABO se obtuvo como resultados que los neonatos con incompatibilidad ABO, el 22% presentaron ictericia grave (13).

Cabe mencionar que los recién nacidos con incompatibilidad ABO en quienes los resultados de la prueba de Coombs son positivos, tienen doble probabilidad de tener un valor de bilirrubina mayor de 12 mg/dl, que los recién nacidos compatibles ABO el valor de bilirrubina está moderadamente incrementado; la tasa de incremento suele ser menor que la observada con la enfermedad Rh La mayoría de los recién nacidos afectados pueden tratarse con fototerapia. La ictericia grave con incompatibilidad ABO requiere el mismo manejo energético como si se tratara de la enfermedad Rh, dada la evidencia de mayor riesgo de encefalopatía hiperbilirrubinémica por lo tanto los recién nacidos necesitan vigilancia dada la posible producción de anemia de inicio tardío a las dos o tres semanas de edad.

Así mismo luego de revisar la literatura, se puede afirmar que la incompatibilidad las manifestaciones clínicas que debemos tener en cuenta de la incompatibilidad de grupo sanguíneo son el resultado de la destrucción de los glóbulos rojos del feto. Dicha destrucción produce anemia en el feto y aumento de su bilirrubina en sangre, dado que los glóbulos rojos tienen en su interior hemoglobina la cual es degradada a bilirrubina. La bilirrubina aumentada se deposita en la piel y en la parte blanca del ojo (conjuntiva) lo que se denomina ictericia neonatal. Si la elevación de la bilirrubina es muy importante puede depositarse en el cerebro, produciendo diversas alteraciones graves las cuales que debemos tener en cuenta, la elevación de la bilirrubina.

Tabla 6. Incompatibilidad del factor RH en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto - Diciembre Chota, 2014.

Incompatibilidad del factor		
Rh	N^a	%
Si	20	24,4
No	62	75,6
Total	82	100,0

En la tabla 6, el 24,4% presentaron incompatibilidad por el factor Rh mientras que el 75,6 son compatibles.

El diagnóstico de la incompatibilidad se realiza mediante un buen control prenatal (antes del nacimiento) de las madres que son Rh -, junto con la utilización de algunos procedimientos diagnósticos complementarios que permitirán detectar si la madre está sensibilizada (ha desarrollado anticuerpos) frente a la sangre del feto. Se debe conocer si la madre ha tenido transfusiones previas, recién nacidos con ictericia neonatal, abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, cesáreas previas, u otra condición que haga sospechar la posibilidad de una enfermedad por incompatibilidad.

Estos resultados nos indica que los recién nacidos están propensos a presentar incompatibilidad sanguínea, muchas por la falta de sus controles prenatales de la madre y por saber el tipo de sangre al que pertenece el padre por tal motivo se da incompatibilidad sanguínea. Para corroborar el diagnostico se realiza mediante coomds positivo, clínicamente se presenta palidez de tegumentos, y hemolisis.

Estos resultados También guardan similitud con la investigación realizada por Zárate, L (2013), donde concluye que el 75% de los recién nacidos presentaron factor Rh positivo, y un 25% presentaron factor Rh negativo, la población Rh positivo o negativo solo influye en nuestra vida en dos cosas; si existe embarazo o si hay necesidad de una transfusión, la condición negativa de un factor Rh no afecta la salud de estas personas (18).

Según la literatura nos dice que la incompatibilidad por el factor Rh se da cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh positiva durante el embarazo, los glóbulos rojos del feto pueden pasar al torrente sanguíneo de la madre a través de la placenta. Si la madre es Rh negativo, su sistema inmunitario trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra dichas células sanguíneas fetales. Estos anticuerpos anti-Rh pueden pasar de nuevo a través de la placenta hacia el feto y destruir los glóbulos rojos circulantes. Cuando los glóbulos rojos se descomponen, producen bilirrubina, la cual hace que el bebé se ponga amarillo (ictericia). El nivel de bilirrubina en el torrente sanguíneo del bebé puede variar desde leve hasta altamente peligroso. sin embargo si la mujer tiene Rh negativo tiene la posibilidad de desarrollar isoimmunización al factor Rh o enfermedad del Rh por otro lado el sistema inmune de la madre considera a los glóbulos rojos factor Rh positivo del bebe como extraños (18).

En estos resultados obtenidos, la mayoría de los recién nacidos presentan factor Rh positivo por tal motivo es un problema para la salud de los recién nacidos por eso importante actuar de inmediato para prevenir que el sistema inmune sea expuesto a la sangre Rh positiva, donde el 10 % de las madres Rh (-) se sensibilizan luego de su primer embarazo; 30% luego del segundo, y 50 % con posterioridad al tercero. El riesgo de sensibilización post aborto (del segundo trimestre) es 2%, y es 4-5% si el aborto es inducido.

Durante el segundo embarazo, los anticuerpos de la madre cruzan la placenta para combatir los glóbulos Rh positivos del cuerpo del bebé. A medida que los anticuerpos destruyen los glóbulos rojos, el bebé puede enfermarse. En caso de que este proceso se detecte durante el embarazo, recibe el nombre eritroblastosis fetal; en cambio, si el diagnóstico sucede en un recién nacido, hablamos de enfermedad hemolítica, se sabe que en la investigación los resultados obtenidos se observa que en el hospital los recién nacidos que presentan factor Rh positivo.

Tabla 7. Prematuridad en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota - Agosto Diciembre, 2014.

Prematuridad	N^a	%
Sí: < 37 semanas	24	29,3
No: > 37 semanas	58	70,7
Total	82	100,0

En la tabla 7, se observa, que el grupo en estudio el 70,7% no presentó prematuridad mientras el 29,3 % nacieron con prematuridad menor a las 37 semanas de gestación.

Los resultados encontrados en el presente estudio guardan similitud a los citados por Amador, L (2014), quien encontró que el 28% no presentan prematuridad el 14% si presentan prematuridad (13). Esto se debe a que los bebés prematuros desarrollan hiperbilirrubinemia por los mismos mecanismos que los niños a término, es más común y más severa en recién nacidos prematuros y dura más tiempo. Este resultado se relaciona con la relativa inmadurez de las células rojas de la sangre, células hepáticas, y el tracto gastrointestinal por otro lado teniendo en cuenta la teoría de Marlow, D. y Reddng B. (2009), manifiesta que la prematurez son nacidos antes de las 37 semanas de gestación sin tener en cuenta el peso de nacimiento (30), mientras Meneghello, J (2008) coincide con la asociación americana de pediatría , quienes consideran prematuros a los recién nacidos que nacen con menos de 38 semanas (31). La prematurez es un factor de riesgo para la salud de los recién nacidos quienes suelen necesitar ayuda para respirar, alimentarse, combatir infecciones y mantener la temperatura corporal, con esta investigación es muy importante para evitar complicaciones inherentes al manejo del recién nacido prematuro tales como: hipoglucemia, desequilibrio hidroeeléctrico desnutrición, hipoglucemia, elevación de la temperatura, anemia convulsiones, bradicardia.

Los resultados encontrados no guardan relación con los referidos por Campos G, en Guanabacoa en el año 2010, quien manifiesta respecto a la hiperbilirrubinemia neonatal agravada, el cual incluyó 173 recién nacidos que ingresaron al Departamento de Neonatología con diagnóstico de hiperbilirrubinemia agravada al analizar los factores de

riesgo se encontró predominio de la prematuridad, el bajo peso y la plétora sanguínea (n = 74; n = 62 y n= 43, respectivamente). En el tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal la luminoterapia prevaleció con poco más del 90%, seguida de la inmunoterapia (8,68%) y solo un 1,15% de los pacientes necesitó exanguinotransfusión. Concluyendo que los factores más frecuentes son la prematuridad (13).

Sin embargo se dice que la prematuridad es factor de riesgo para la salud del recién nacido teniendo como resultados que el 29,3% de la población estudiada es en menor porcentaje de los que no presentan prematurez pero tenemos que tener en cuenta que la prematuridad aumenta los riesgos en el recién nacido para su salud, pero los resultados son importantes a tener en cuenta ya que es de suma importancia.

Tabla 8. Lactancia materna exclusiva en recién nacidos con ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota - Agosto Diciembre, 2014.

Tipo de lactancia	N^a	%
Sí	48	58,5
No	34	41,5
Total	82	100,0

En la tabla 8 se observa que el 58,5% presentaron ictericia por recibir lactancia exclusiva y el 41,5%, por recibir lactancia artificial.

Según el estudio realizado por Zárate, L (2013). En el Perú se observó, que el 50% de neonatos con lactancia artificial, llegó a alcanzar rangos moderados de bilirrubina total sérica, y a su vez los neonatos alimentados sólo con leche artificial fueron menos en cantidad y no alcanzaron rangos máximos de bilirrubina total. Sin embargo se puede presentar ictericia por lactancia artificial debido a la falta de hidratación y de estimulación del tránsito intestinal. Debido a que la lactancia materna tiene concentraciones séricas de bilirrubina indirecta mayor de 10mg/dl durante la tercera semana de vida, también está asociado con la disminución de la concentración de la bilirrubina (18).

En el estudio realizado por Campo, G (2010), sobre Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Concluyó que la incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal agravada fue del 3,67% y predominó en hermanos con antecedentes de ictericia (56,65%). La ictericia por lactancia materna también se puede presentar debido a que los recién nacidos amamantado no está ingiriendo suficiente leche materna, es decir debido a dificultades con la lactancia o que la madre todavía no presenta suficiente leche. No está provocada por un problema de intolerancia a la leche materna sino que se debe a que el bebé no se está alimentando lo suficiente, está deshidratado y ha perdido peso, lo que resulta en una disminución de los movimientos intestinales y el bebé no puede excretar la bilirrubina. Así mismo la ictericia por la leche materna también puede ser hereditaria ocurre con la misma frecuencia en hombres y mujeres y afecta en un tercio en todos los recién nacidos que reciben únicamente

la leche de su madre. Así mismo la ictericia por la leche materna también puede ser hereditaria ocurre con la misma frecuencia en hombres y mujeres y afecta en un tercio en todos los recién nacidos que reciben únicamente la leche de su madre (13).

En otro estudio realizado por Cruz, N (2015). En el Hospital Regional Huancayo en 1691 nacidos con una muestra de 155 casos y 310 controles de forma aleatorizada en el 12,3% de los casos presentan hipo alimentación y el 87,7% recibieron lactancia artificial (15).

La ictericia secundaria a la lactancia materna se puede clasificar en precoz y tardía donde la precoz se da muchas veces retraso eliminación de meconio la leche materna tiene efecto laxante por alta concentración de lactosa que arrastra agua y pérdida reflejo gastrocólico y la tardía Inhibición excreción hepática de bilirrubina. El síndrome de ictericia por leche materna debe ser diferenciado de otras causas de ictericia prolongada en el recién nacido como enfermedades hemolítica, hipotiroidismo, hijos de madres con diabetes, hiperbilirrubinemia neonatal transitoria, obstrucción intestinal.

No hay razón para suprimir la leche materna parcial o totalmente, para hacer el diagnóstico, considerando que los beneficios de la lactancia materna son mayores que el simple hecho de confirmar un diagnóstico. Interrumpir la leche materna parcial o totalmente sólo debe hacerse con fines terapéuticos.

Pues, el aumento del número de mamadas disminuye la posibilidad de hiperbilirrubinemia significativa que en niños alimentados a pecho disminuye el aporte de bilirrubina a través de la circulación entero hepática. La circulación enterohepática: Reabsorbe gran parte de la bilirrubina debido a este mecanismo, esto se debe principalmente a que el intestino no ha instalado su flora, y a una mayor actividad de la enzima betaglucuronidasa (20)

Tabla 9. Pérdida de peso en recién nacidos con Ictericia, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Agosto Diciembre Chota, 2014.

Pérdida de peso	N^a	%
Si	39	47,6
No	43	52,4
Total	82	100,0

En la tabla 8 se observa que el 52,4% no presentaron pérdida de peso; mientras que el 47,6% si presentó.

Este resultado se asemeja a los que se observan en un estudio realizado por Quesada (2012) realizado en Ecuador. Llegó a la conclusión que la hiperbilirrubinemia neonatal se presentó en el 43,5% de los pacientes ingresados en el servicio de Neonatología con pérdida de peso y fue una de las principales causas de hospitalización (14) .También guarda similitud con los resultados encontrados en un estudio realizado por Amador, L en el hospital II-ESSALUD Cajamarca 2013, quien obtuvo resultados sobre pérdida de peso y fue de 45% de los pacientes ingresados al servicio de neonatología donde fue una de las principales causas para recibir fototerapia (13), similar a los resultados del presente trabajo de investigación donde el 100% de los recién nacidos con ictericia recibieron dentro del tratamiento fototerapia, variando el número de días según el sexo.

La pérdida de peso se genera en el recién nacido producto de la deshidratación como consecuencia de la fototerapia y por la razón que el niño deja de amamantar, importante reconocer la pérdida de peso porque constituye un factor de riesgo para presentar hiperbilirrubinemia severa en el neonato.

CONCLUSIONES

1. De los recién nacidos con ictericia el mayor porcentaje presentó ictericia fisiológica y en menor porcentaje ictericia patológica.
2. En cuanto al sexo tanto para el masculino como el femenino tuvieron igual porcentaje en cuanto a la presentación de la ictericia.
3. En relación al tiempo de la aparición de la ictericia el porcentaje el mayor tiempo de inicio fue al segundo día y el menor porcentaje, después de las 72 horas.
4. Del total de los recién nacidos con ictericia el mayor porcentaje nació con bajo peso y el menor porcentaje con muy bajo peso.
5. En cuanto a la Incompatibilidad sanguínea (ABO) el mayor porcentaje la presentó.
6. Respecto al factor Rh, el mayor porcentaje de los recién nacidos no presentaron incompatibilidad.
7. Del total de los recién nacidos con ictericia la mayoría no presentó prematuridad.
8. La mayoría de los recién nacidos con ictericia recibió lactancia materna exclusiva.
9. Del total de los recién nacidos con ictericia el mayor porcentaje no presentó pérdida de peso.

RECOMENDACIONES

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA:

1. Fomentar la investigación en el servicio de Neonatología especialmente en las patologías más frecuentes una de ellas la ictericia neonatal que se presenta con mayor incidencia en nuestra localidad.

AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL “JOSE SOTO CADENILLAS”-CHOTA:

2. Realizar actividades de promoción y educación para la salud dirigidas a la prevención de la ictericia neonatal, mediante un adecuado control prenatal a la madre a través de sesiones de orientación y consejería.
3. Realizar un mejor seguimiento y vigilancia a los neonatos que son dados de alta, y que son alimentados con lactancia materna y artificial, ya que se ha observado que éste es un factor relacionado al desarrollo de ictericia en neonatos a término, debiéndose realizar controles neonatales antes de la semana de vida.

A LAS GESTANTES

4. Asistir a los controles prenatales en forma oportuna y realizarse los exámenes completos indicados a fin de determinar el factor Rh a tiempo y el tipo de sangre para la prevención de la ictericia neonatal.
5. Poner en práctica las orientaciones recibidas por el personal de salud en cuanto al cuidado de su alimentación para prevenir la desnutrición y evitar el nacimiento de un hijo bajo de peso, lo que significa un factor biológico para la presentación de la ictericia neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **García, H, y otros.** *Prevalencia de ictericia en el período neonatal en un hospital Público de la ciudad de Buenos Aires.* Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá : s.n., 2011. 10-14.
2. **Puebla Molina SF, Aparicio Sánchez JL.** *En el tratamiento de la ictericia neonatal, el uso de cortinas blancas reflectantes de bajo coste alrededor de la zona de fototerapia incrementa significativamente la eficacia de ésta.* Rev. Pediatr : s.n., 2007. 18.
3. **Rodríguez Miguélez JM, Figueras Aloy J.** Ictericia Neonatal. *Protocolos.* [En línea] 2008. [Citado el: 22 de Diciembre de 2017.] www.aeped.es/protocolos/. 38: 372-383.
4. **Martínez, J.** *El real problema del recién nacido icterico. Nuevas guías de la Academia Estadounidense de Pediatría.* Arch.Argent.Pediatr : s.n., 2005. 524-532.
5. **Olagaray , JL, y otros.** *Análisis de utilidad de un programa de screening neonatal de hiperbilirrubinemia. Experiencia Médica.* 2009. 4-11.
6. *Ictericia Neonatal.* **Parodi J, Meana Ibarra JL, Ramos Cosimi JH.** 151, 2005, Rev de Posgrado de la Vi Catedra de Medicina, págs. 151: 9-16. 9-16.
7. **Failache , O.** *Ictericia Neonatal.* Arch Pediatr Urug : s.n., 2002. 143-145.
8. **Crisóstomo, P y Delgado, L.** Perfil Epidemiológico en Recien Nacidos con Ictericia Fisiologica. [En línea] Hospital La Unión - Chile, 2012. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmc932p/doc/fmc932p.pdf>.
9. **Jara , H.** Sepsis neonatal como factor de riesgo asociado más frecuente de ictericia neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Vitarte. [En línea] 2015. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/536/1/Jara_h.pdf.
10. **Campo, G y Alonso , U.** *Hiperbilirrubinemia Neonatal agravada.* Revista Cubana de Pediatría : s.n., 2010.
11. **García, B.** *Hiperbilirrubinemia Neonatal en Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.* Michuacan-Mexico : s.n., 2010.

12. **Castaño, M y Sánchez, M.** *Hiperbilirrubinemia Neonatal: Revisión de la Situación Actual.* Elche : s.n., 2011. 1989/6409.
13. **Amador, L.** *Factores Asociados a Ictericia Neonatal que Requirió Fototerapia.* El Hospital Ii – Essalud. Cajamarca : s.n., 2013.
14. **Quesada , D y Arbulú, P.** “Frecuencia de Hiperbilirrubinemia Neonatal en el Hospital José Carrasco Arteaga. *Cuenca - Ecuador.* [En línea] 2011. [Citado el: 22 de Diciembre de 2017.] <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/50/1/08492.pdf>.
15. **Cruz, C.** Prevalencia y factores de riesgo de Ictericia Neonatal en el Hospital de Huancayo. [En línea] Huancayo, 2015. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] <https://es.slideshare.net/alvarodelacruz106/tesis-de-ictericia-neonatal-2015>.
16. **Hospital Regional de Cajamarca.** *Hospital Regional Cajamarca.* Cajamarca : s.n., 2012.
17. **Cadenillas, Hospital Jose Soto.** *Servicio de Neonatología- Pediatría.* Chota : Registros 2014- 2015, 2016.
18. **Zárate, D.** Factores neonatales asociados a ictericia en el recién nacido a término en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz. [En línea] Diciembre de 2012. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3257/1/Zarate_Luque_Daysi_Victoria_2013.pdf.
19. **Olagaray , JL, Daruic , L y Corredera , E.** *Análisis de la utilidad de un programa de screening neonatal de hiperbilirrubinemia.* 27 (1) : Experiencia médica, 2009. 4-11..
20. **Gallegos , J, Rodríguez , I y Rogeli.** *Prevalencia y Factores de riesgo para hiperbilirrubinemia Indirecta neonatal.* Medicina Universitaria, Hospital Universitario. Estados Unidos : s.n., 2009. págs. 226-230, Estudio de Investigación . 11.
21. **Villalobos, A.** *Factores promotores de hiperbilirrubinemia neonatal no Hemolítica, En una unidad de Cuidados Intermedios del Recien Nacido.* s.l. : Rev. Perinatal reprodHum, 2009. Vol. 3(15).

22. **MINSA.** Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. [En línea] 2007. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/minsaguia-atencion-recien nacido.pdf>..
23. **Mmeton, K.** *Neonatal Jaundice Strategies to reduce bilirubin-induced complications. Postgraduate Medicine.* 2009. 106(6): 167-178..
24. **Martinez, J, Garcia, H y Otheguy, L.** *Programa de Actualización en Neonatología (PRONEO).* Buenos Aires : Médica Panamericana, 2001. Módulo 4:114-193..
25. **Molina, R.** *Prevención de la Ictericia en Neonatos.* Santiago : Mediterráneo, 2003. Tercera Edición ed.
26. **Romador, Q.** *Principios éticos que Guían la Investigación de Enfermería. Tribunal nacional Ético de Enfermería.* 2009.
27. **Cerrado, L.** Revista Facultad de Ciencias interiores. Ictericia neonatal. [En línea] 2012. [Citado el: 20 de Abril de 2017.] Cibdimena.desastres.hm/RECM/pdf/2012/pdf/RECMvol9-2-2-2012.
28. **Salome, C.** *La aplicación del proceso de diagnóstico de Ictericia neonatal R/C edad del neonato 1-7 días.* Ecuador : s.n., 2012.
29. **Mariño , C, Gutierrez , R y Ferrari, C.** Seguimiento de la Ictericia neonatal en recién nacidos de término. [En línea] Revista Chilena de pediatría, 2010. [Citado el: 22 de Abril de 2017.] www.journaldatabase.info/Journal/ISS 0370-4106..
30. **Marlon, D y Reddng, B.** *Guía nacional de neonatología. MINSA. Problemas hematológicos e ictericia.* Perú : s.n., 2009.
31. **Menenghello , J.** *Manual de Pediatría- Neonatología - Modulo I.* 2008.

FICHA CLÍNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº DE FICHA:.....

I. FACTORES BIOLÓGICOS FRECUENTES DEL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA:

1.-SEXO:

- 1) masculino ()
- 2) femenino ()

2.- Tipo de Ictericia En Recién Nacidos

- 1) Fisiológico ()
- 2) Patológico ()

3.- Tiempo De Aparición De La Ictericia:

- 1) 0- 24 horas ()
- 2) 25- 48 horas ()
- 3) 49-72 horas ()
- 4) > 72 horas ()

4.-Prematuridad:

- 1.-> 37 semanas ()
- 2.- < 37 semanas ()

5.-Tipo de lactancia:

- 1.- Exclusiva ()
- 2.- Artificial ()

6.-Pérdida de peso:(mayor del 5% del peso del nacimiento en la primera semana)

Peso al nacimiento:.....

Peso al día de alta:.....

1.-Sí ()

2.-No ()

1) INCOMPATIBILIDAD ABO :

1.- Si ()

2.- No ()

2) BAJO PESO :

1.- 1000-1500 ()

2.-1500-2000 ()

3.-2000-2500 ()

3) FACTOR Rh:

1.-Negativo ()

2.-Positivo ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Av. Atahualpa N°1050
Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: Ismelda Banda Herrera

DNI : 42374582

Correo Electrónico: ismeldabahe@hotmail.com

Teléfono: 985332888

2. Grado, título o Especialidad

Bachiller Título Magister Doctor Segunda Especialidad

3. Tipo de Investigación¹:

Tesis Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título: Factores frecuentes en Recién Nacidos con Ictericia, Hospital José Soto Cadenillas- Chota.
Agosto – Diciembre- 2014

Asesor: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Año: 2017

Escuela Académica/Unidad: Escuela Académica Profesional de Enfermería Filial – Chota

¹ Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

“NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA”

Av. Atahualpa N°1050

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autor/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firma

12 / 12 / 2017
Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.