

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica De Ciencias De La Salud



DACS

División Académica
de Ciencias de la Salud

“Prevalencia de Ictericia en neonatos de la UCIN del Hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez 2019-2020”

**Tesis para obtener el grado de la:
Especialidad en Enfermería Pediátrica**

Presenta:

Irma Domínguez Reyes

Directora:

MCE. Celia del Carmen Solís Gómez

MAH. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre 2021.



Oficio De Autorización De Impresión De Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0800/DACS/JAEP
24 de noviembre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Irma Domínguez Reyes
Especialidad en Enfermería Pediátrica
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue, M. en C. Adelfo García Jiménez, M.T. Verónica Guadalupe Carrera Paz, M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez y el M.C.E. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar, impresión de la tesis titulada: "**Prevalencia de ictericia en neonatos de la UCIN del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez 2019 – 2020**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Enfermería Pediátrica, donde funge como Directores de Tesis la M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez y el M.C.E. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solis Gomez.- Directora de Tesis
C.c.p.- M.C.E. Oscar Jesus Zurita Sanlúcar.- Director de Tesis
C.c.p.- M.C.E Elizabeth Aguilar Aristigue .- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Adelfo García Jiménez.- Sinodal
C.c.p.- M.T. Veronica guadalupe Carrera Paz.- Sinodal
C.c.p.- MCE. Celia del Carmen Solis Gomez.- sinodal
C.c.p Mtro. Oscar Jesús Zurita Sanlucar.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MCE/XME/pcu*



Acta De Revisión De Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 23 del mes de noviembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Prevalencia de Ictericia en neonatos de la UCIN del Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez 2019 – 2020"

Presentada por el alumno (a):

Domínguez	Reyes	Irma
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matrícula		

2	0	2	E	1	7	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Enfermería Pediátrica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez
M.C.E. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar
Directores de Tesis

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue

M. en C. Adelfo García Jiménez

M.T.E. Verónica Guadalupe Carrera Paz

M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez

M.C.E. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar



Carta De Cede De Derechos

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 20 del mes de octubre del año 2021, el que suscribe, Irma Domínguez Reyes, alumno del programa de la especialidad en Pediatría, con número de matrícula 202E17006 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Prevalencia de Ictericia en neonatos de la UCIN del Hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez 2019-2020”**, bajo la Dirección del MCE. Celia del Carmen Solís Gómez y Mtro. Oscar Jesús Zurita Sanlúcar, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: irmadominguezreyes3@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Irma Domínguez Reyes

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



SECRETARÍA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



Dedicatorias

A mis hijos por soportar mi ausencia, por ser mi motor de vida y a 2 personas muy importantes.

Valeria Mendoza Aguirre y Yuli Felixia Vicencio Román, siempre les estaré agradecida por su apoyo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Agradecimientos

Agradezco primera mente a Dios quien me dio la oportunidad de vida para poder llevar a cabo este proyecto el cual es muy importante para mí, me permite adquirir nuevos conocimientos teóricos que enriquecen mi crecimiento como profesional de la salud.

Agradezco también a cada uno de los maestros que contribuyeron impartiendo sus conocimientos con cada una de sus materias, por su paciencia y dedicación para con el alumnado del cual yo forme parte, sin ellos esto no hubiera sido posible.

Le agradezco a mi institución y a mi tutora de tesis, Lic. Celia del Carmen Solís Gómez por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este trabajo; con el objetivo de poder graduarme como un feliz profesional.



Índice

Contenido.....	Página
Índice de tablas y figuras	V
Abreviaturas	VI
Glosario de términos	VII
Resumen	VIII
Abstract.....	IX
Capítulo I	
Introducción.....	1
Planteamiento del problema	3
Justificación.....	7
Objetivo	9
Artículos relacionados	10
Definición de términos	14
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del estudio.....	15
Población, muestreo y muestra	15
Criterios de inclusión y exclusión.....	15
Procedimiento para la recolección de datos.....	16
Descripción del instrumento	16
Plan de tabulación y análisis.....	16



Consideraciones éticas	17
Capítulo III	
Resultados.....	18
Capítulo IV	
Discusión	24
Conclusiones.....	27
Recomendaciones	28
Referencias bibliográficas	29
Consentimiento informado.....	32

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Índice de Tablas Y Figuras

1. Características Sociodemográficas: Sexo Y Procedencia. 13
2. Características Sociodemográficas: Ingreso Económico, Religión Y Tipo De Vivienda. 14
3. Datos clínicos Del Neonato: Peso Al Nacimiento, Talla De Nacimiento, Peso Al Egreso Y Evaluación Del Peso Al Nacer. 14
4. Datos clínicos Del Neonato: Edad Gestacional Al Nacimiento Y Clasificación Del Nacimiento. 15
5. Datos clínicos Del Neonato: Grupo Sanguíneo Y Factor Rh. 16
6. Datos clínicos Del Neonato: Trauma Obstétrico, Tipo De Alimentación Y Sepsis. 17
7. Datos clínicos Maternos/Factores Prenatales: Edad, Grupo Sanguíneo Y Factor Rh. 17
8. Datos clínicos Maternos/Factores Prenatales: Número De Gestas, Tipo De Parto Y Patologías Asociadas. 18



Abreviaturas

ABO	Tiene un grupo sanguíneo distinto al de la madre.
BCN	Bilirrubina no conjugada.
CPAP	Centro Pediátrico Albina R. Patiño.
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2.
G6PD	Glucosa-6- Fosfato Deshidratada.
HEM	El grupo Hemo es principalmente conocido por formar parte de la hemoglobina, el pigmento rojo de la sangre, pero también se encuentra en un gran número de otras hemoproteínas biológicamente importantes tales como la mioglobina, citocromos, catalasa y el óxido nítrico sintasa endotelial.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
LCR	Líquido cefalorraquídeo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
RH	Grupo sanguíneo.
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.



Glosario De Términos

Esferocitosis hereditaria	Trastorno de la sangre hereditario, ocurre debido a un problema que afecta a los glóbulos rojos, en lugar de tener la forma de un disco, estas células son redondas como una esfera.
Hemoglobinopatías	Grupo de trastornos en los cuales hay una estructura y producción anormal de la molécula de la hemoglobina. Se transmite de padres a hijos.
Kernícterus	Es un tipo de daño cerebral que puede presentarse debido a altos niveles de bilirrubina en la sangre del bebé. Puede causar parálisis cerebral atetoide y pérdida auditiva.
Urobilinoides (adj)	Semejante a la urobilina: pigmento amorfo, pardusco, producto de reducción de la bilirrubina, que se encuentra normalmente en el intestino y en la orina en muchos estados morbosos.



Resumen

INTRODUCCION: La ictericia es la pigmentación amarilla de la piel, mucosa, fluidos corporales y los ojos causada por hiperbilirrubinemia, que varía según el tono de la piel y la región corporal.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de ictericia de neonatos en el área de UCIN en el hospital Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez durante el año 2020.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal, la muestra se constituyó por 39 expedientes de neonatos hospitalizados durante el 2020 con diagnóstico de ictericia neonatal. Se implementó una cedula de recolección para la recolección de datos y se analizaron con SPSS versión 23.0, mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: El 66.7% fueron hombres y el 33.3% mujeres; el peso al nacer predominante fue de 1001gr a 2000 gr, con un 48.7%, de manera que el 53.8% tuvo bajo peso al nacer. Las 34 semanas de gestación fueron las mayormente encontradas con un 20.5%, el 56% fueron clasificados como recién nacido prematuro. En los datos clínicos maternos, la edad que prevaleció fue de 31 a 35 años con un 46.2%, el 56.4% fueron mujeres multigestas, el 56.4% correspondió a cesárea y la patología asociada correspondió al 15.4% de ruptura prematura de membranas.

CONCLUSION: El estudio mostró que algunos factores predisponentes para dicha afección son: la prematuridad y el bajo peso al nacer, teniendo en cuenta esta información, es posible desarrollar programas de intervención en el cuidado del recién nacido para la identificación de signos y síntomas de alarma, contribuyendo así a disminuir las posibilidades de hospitalización del neonato.

Palabras Claves: Prevalencia, Ictericia, Neonatos, UCIN.



Abstract

INTRODUCTION: Jaundice is the yellow pigmentation of the skin, mucous membranes, body fluids, and eyes caused by hyperbilirubinemia, which varies according to skin tone and body region.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of jaundice in neonates in the NICU area of the Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez hospital during the year 2020.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, quantitative, retrospective and cross-sectional study, the sample consisted of 39 records of neonates hospitalized during 2020 with a diagnosis of neonatal jaundice. A collection card was implemented for data collection and they were analyzed with SPSS version 23.0, using descriptive statistics.

RESULTS: 66.7% were men and 33.3% women; the predominant birth weight was from 1001g to 2000g, with 48.7%, so that 53.8% had low birth weight. The 34 weeks of gestation were the most found with 20.5%, 56% were classified as premature newborn. In the maternal clinical data, the prevailing age was 31 to 35 years with 46.2%, 56.4% were multigesta women, 56.4% corresponded to cesarean section and the associated pathology corresponded to 15.4% of premature rupture of membranes.

CONCLUSION: The study showed that some predisposing factors for this condition are: prematurity and low birth weight, taking into account this information, it is possible to develop intervention programs in the care of the newborn for the identification of alarm signs and symptoms, contributing thus to reduce the chances of hospitalization of the newborn.

Keywords: Prevalence, Jaundice, Neonates, NICU.



Capítulo I

Introducción

La ictericia es la pigmentación amarilla de la piel, mucosa, fluidos corporales y los ojos causada por hiperbilirrubinemia, que varía según el tono de la piel y la región corporal; la ictericia suele ser visible en las escleróticas cuando la bilirrubina alcanza una concentración de 2-3 mg/dl y en la cara con alrededor de 4-5 mg/dl y suele avanzar en dirección céfalo-caudal, en el ombligo con aproximadamente 15 mg/dl y en los pies con alrededor de 20 mg/dl (Romero, 2019).

La ictericia neonatal es la patología más común de reingreso hospitalario en el periodo neonatal y se puede presentar secundaria a patologías, coexistiendo con la ictericia fisiológica, como señala la Guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2019). Por su potente capacidad de causar daño cerebral, a nivel mundial se le considera un problema de salud importante según informa Romero I. (2019) que, aunque es frecuente a los 7 días de vida, también puede estar presente en el momento de nacer o aparecer en cualquier momento del periodo neonatal. Presentándose con una frecuencia del 60-70% en recién nacidos de término y en niños prematuros hasta un 80%, cifras que constituyen una incidencia elevada (Carrasco, 2016).

Las concentraciones de bilirrubina en los neonatos son mucho más altas que en los adultos y se debe fundamentalmente a una disminución de la vida media de los glóbulos rojos en el recién nacido (aproximado de 70 a 90 días) y a una degradación acelerada del grupo hem, por la enorme poza de tejido hematopoyético que deja de funcionar al nacimiento. Si a esto se le añade el incremento de la absorción enterohepática de bilirrubina, se explica de modo



suficiente la enorme frecuencia de ictericia en el recién nacido en comparación con otras (Carrasco, 2016).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Planteamiento Del Problema

Los neonatos a término pueden presentar ictericia desde el 2° al 8° día de vida y los prematuros desde el 2° hasta el 10° e incluso hasta el 14° día. En la actualidad y a pesar de los avances en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia, aún se siguen observando complicaciones graves, en casos de valores de bilirrubinemia muy altos (>17gr/dl), llegando a causar daño cerebral, esto debido a la capacidad de la bilirrubina de tipo indirecta (patológica), para atravesar la barrera hematoencefálica, conocido como Kernícterus que implica un compromiso a nivel de ganglios basales en el cerebro, que puede traducirse en problemas a la lactancia con succión débil y letargia e hipotonía en los primeros estadios hasta llegar a problemas de retardo psicomotriz, hipotonía, sordera total o parcial entre otros; dado la anterior la importancia de una detección y tratamiento oportuno expresa (Carrasco, 2016).

De acuerdo a la guía de práctica clínica de la Ictericia Neonatal del IMSS 2019, pág. 15, la mayoría de los recién nacidos con bilirrubinas elevadas en suero no tienen una enfermedad subyacente, y la ictericia se resuelve a las dos primeras semanas de vida, solo una minoría de ellos tiene un padecimiento que la condiciona y requiere tratamiento específico.

Causas o factores relacionados.

Hay evidencia consistente procedente de estudios de buena calidad que demuestran que son cuatro los factores asociados con un incremento en el riesgo de hiperbilirrubinemia: edad gestacional menor de 38 semanas, presencia de ictericia dentro de las primeras 24 horas de vida, historia familiar de ictericia que requirió fototerapia y alimentación exclusiva con leche materna (IMSS, 2019)



Otro condicionante de ictericia neonatal es la lactancia materna exclusiva, un mecanismo de asociación aún no bien entendido, aunque se sugiere puede deberse a ingesta reducida, inhibición de la excreción hepática de bilirrubina por inhibición de la enzima UDPGT, secundaria a la presencia de varias sustancias en la leche materna como, ácidos grasos libres, lipasas, iones metálicos, esteroides y nucleótidos, aumento en la reabsorción de bilirrubinas a nivel intestinal, disminución de la eliminación de meconio y alteraciones en el metabolismo de los ácidos biliares; la incompatibilidad de grupo o Rh, infecciones, prematuridad, entre otras (Galíndez, Carrera, Díaz y Martínez, 2017).

Diagnóstico.

De acuerdo a la guía de práctica clínica (IMSS,2019). La ictericia fisiológica se diagnostica por la coloración amarillenta de la piel, se debe investigar la presencia de factores asociados que predisponen al recién nacido poco después del nacimiento, examinar al recién nacido para detectar ictericia en cada oportunidad en las primeras 72 horas, la inspección visual se realizará con el recién nacido desnudo, con luz brillante, preferiblemente natural, se deberán revisar las escleróticas, las encías y la piel blanqueada que es útil en todos los tonos de piel. En las primeras 48 horas de vida, en un recién nacido con ictericia y factores de riesgo, Se recomienda usar la escala de Kramer solo para determinar la ausencia o presencia de ictericia (sobre todo en primer nivel de atención) se deberá medir la bilirrubina sérica mediante laboratorios como diagnóstico certero.

Tratamiento.

El manejo correcto de la ictericia neonatal se basa en el reconocimiento de factores de riesgo y/o en los niveles de bilirrubina sérica total, el objetivo principal y de mayor importancia en el tratamiento es evitar la neurotoxicidad. Como principio general es importante mantener



una hidratación adecuada, ya sea incrementando y estimulando la alimentación oral y/o canalizando una vena que permita la administración de fluidos (Alarcón, 2017).

Inicio de Fototerapia, antes de iniciar la fototerapia se deberán tener la medición de bilirrubina sérica con la que se decidió iniciar esta terapia, en recién nacidos con ≥ 38 semanas de edad gestacional y la bilirrubina está en la categoría de “Valorar individualmente la pertinencia de iniciar fototerapia”, se deberá repetir la medición de bilirrubinas en 6 horas independientemente de si se inició o no la fototerapia, durante la fototerapia, después de iniciar fototerapia la medición de bilirrubinas séricas se repetirá cada 4–6 horas. cuando el nivel de bilirrubinas se estabilice o empiece a decrecer la medición podrá ser cada 6 a 12 horas, retiro de fototerapia, detenga la fototerapia una vez que la bilirrubina sérica haya descendido a un nivel al menos 2.92mg/dl (50 $\mu\text{mol/l}$) por debajo del umbral para inicio de fototerapia, después de retirar la fototerapia se medirán las bilirrubinas a las 12–18 horas, por la posibilidad de presentar rebote, para esta medición no es necesario que los recién nacidos permanezcan hospitalizados (IMSS, 2019).

Complicaciones.

La ictericia neonatal produce diversas complicaciones, que a su vez representa un alto costo económico, impacto emocional y secuelas biológicas de gran relevancia, evidenciando de esta forma la necesidad investigar la ictericia en nuestro medio para reconocer las características de la población afectada y factores asociados (Alarcón, 2017). La presentación clínica de la incompatibilidad Rh puede ser variable dependiendo el grado de sensibilidad, puede presentarse de forma leve produciendo un moderado grado de ictericia o una leve anemia, la cual suele responder a la fototerapia. Pero también puede presentarse en su forma



más severa ocasionando anasarca fetal, discapacidad física retardo mental. En la ictericia patológica el tinte icterico no solo está presente en la piel y en las conjuntivas, sino que también puede apreciarse en el LCR, lágrimas y saliva. En la incompatibilidad Rh puede apreciarse hepatomegalia y esplenomegalia, y en casos extremos pueden darse manifestaciones hemorrágicas (Carolina, 2021)

La ictericia afecta al menos al 60% de los neonatos de término y al 80% de los nacidos prematuros, lo que significa que alrededor de 84-112 millones de los 140 millones de niños nacidos cada año a nivel mundial desarrollarán esta condición en las primeras dos semanas de vida extrauterina. Evidenciando que aproximadamente uno de cada diez neonatos tiene probabilidades de desarrollar ictericia clínicamente significativa o hiperbilirrubinemia, requiriendo vigilancia estrecha y tratamiento, agrega (Olusanya, 2019).

En América Latina, específicamente la Habana, Cuba, se reportan como factores de riesgo principales a la prematuridad y el bajo peso al nacer, mientras que en Bolivia y Chile mencionan valores similares, que van de 76.3% y 69,2% respectivamente, además que los nacidos de sexo masculino tuvieron una mayor frecuencia de esta condición, 61,9% en Bolivia y 58,18% en Chile. Los factores de riesgo que han sido relacionados a la aparición de ictericia temprana son incompatibilidad de grupo sanguíneo del sistema ABO o de factor Rh, defectos de la membrana del eritrocito (esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa) y hemoglobinopatías como plantea (Ñacari, 2018).

En México se ha reportado una prevalencia de hiperbilirrubinemia indirecta neonatal de 17% identificando como factores de riesgo asociados, la edad gestacional menos de 35 semanas, la lactancia exclusiva y la sepsis y el ayuno, deduce (Ñacari, 2018)



Justificación

La ictericia se define como coloración amarillenta cutánea y aparece con motivos principalmente fisiológicos en un alto porcentaje de recién nacidos. El porcentaje mayor de bilirrubina (Bb) proviene de la degradación del grupo hemo (80%). La Bb circula en la sangre como fracción indirecta/no conjugada (insoluble), libre o unida a albúmina hasta su llegada al hígado, donde sufre un proceso de conjugación a Bb directa/ conjugada (soluble), siendo así captada por los lisosomas y el aparato de Golgi y excretada al intestino delgado desde la vesícula biliar, en el período neonatal, existen características específicas que alteran el normal metabolismo de la Bb. Existe: un mayor volumen de hematíes con menor vida media; una menor concentración de albúmina con menor afinidad por la Bb; un menor nivel de enzimas encargadas de la conjugación; y una ausencia de bacterias intestinales con menor conversión a urobilinoídes (González y Raynero, 2019).

A nivel internacional en el 2016, la mortalidad por ictericia neonatal fue de 8 de 100,000 niños ocupando desde 1990 el puesto número 16 de las 100 causas de mortalidad en menores de 5 años como señala la Guía de práctica clínica (2019). Debido a que la forma grave de hiperbilirrubinemia neonatal que progresa hacia la encefalopatía hiperbilirrubinemia o kernicterus es devastadora para los recién nacidos y sus familiares, por las secuelas a largo plazo como parálisis cerebral, desordenes del lenguaje, sordera y en general retraso del neurodesarrollo y dado que la ictericia no se puede prevenir, el objetivo de su tratamiento es prevenir su progresión y el desarrollo de encefalopatía aguda de bilirrubina, es recomendable identificar en forma temprana a los recién nacidos con hiperbilirrubinemia que presentan



alguno de los factores que se han relacionado con la presencia de kernicterus considera la (IMSS, 2019).

La hiperbilirrubinemia, que se presenta como ictericia, es una condición ubicua y con frecuencia benigna en recién nacidos, pero es la principal causa de hospitalización en la primera semana de vida. En algunos lactantes la ictericia puede volverse severa y progresar a encefalopatía bilirrubínica aguda y kernicterus con un riesgo sustancial de mortalidad neonatal y de deterioro neurológico a largo plazo (IMSS, 2019).

Considerando la falta de estudios que den a conocer la prevalencia factor mayor en los casos presentados, por la frecuencia de casos y por el impacto que puede causar la ictericia neonatal patológica a nivel poblacional, por las complicaciones potenciales que puede ocasionar y la falta de estudios similares a nivel local, Por todo lo anteriormente expresado se formula la siguiente pregunta de investigación manifiestan (Bolajoko y Olusanya, 2019).

¿Cuál fue la prevalencia de neonatos con ictericia en el área de UCIN del Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el año 2019-2020?



Objetivos

1.1 General: Determinar la prevalencia de ictericia en neonatos en el área de UCIN en el hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el año 2020.

1.2 Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los neonatos.
- Clasificar a los pacientes de acuerdo a su edad gestacional al nacimiento.



Artículos Relacionados

El periodo del 2014 y con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a la ictericia El autor Carrasco (2018) Señala en su estudio “Prevalencia de Ictericia Neonatal y factores asociados en Recién nacidos a término en el Hospital II Ramón Castilla” en Lima Perú, realizado en una población conformada por 1261 recién nacidos durante la etapa neonatal obtuvo como resultados que la edad promedio de diagnóstico de RN con ictericia fue 1.384615 días (+/-0.81), de ellos 677(53.7%) eran hombres. La prevalencia de Ictericia Neonatal fue 76(6.03%%). Se obtuvo el multivariado la relación entre Ictericia Neonatal y las variables más importantes fueron Trauma obstétrico p: 0.001 RPa: 4.10 (IC95%: 1.71-9.78), madre con DM2 RPa: 22.76 (IC95%: 1.52-5.01) p: 0.001, lactancia materna exclusiva RPa: 0.20 (IC95%: 0.11-0.39) p<0.001, diagnóstico de Ictericia neonatal > de 1 día de vida p<0.001 RPa:40.60(IC95%: 12.27-134.34) valor de bilirrubina elevado RPa: 1.33 (IC95%: 1.19-1.49) p<0.001.

Por su parte Ñacari M. (2018), en su trabajo de investigación titulado “Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término a nivel mundial” basándose en las bases de datos de revistas médicas científicas con una muestra de 75 casos y con el objetivo de describir la prevalencia y factores asociados a la ictericia neonatal en recién nacidos, obteniendo Resultados hasta la actualidad a nivel mundial se reportan casos de hiperbilirrubinemia neonatal. Las últimas prevalencias encontradas en la literatura son 55,2% en Estados Unidos, 29 % en Nepal, 6,7% en Nigeria y en Europa valores que van del 6% al 59%. Mientras que en América del Sur Bolivia y Chile han



reportado altas prevalencias de 76,3% y 69,2%, y en Perú alrededor de 7%. Entre los factores de riesgo asociados principalmente se detallan bebé de sexo masculino, grupo sanguíneo del sistema ABO o de factor Rh, defectos de la membrana del eritrocito (esferocitosis hereditaria), deficiencias enzimáticas (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa) y hemoglobinopatías.

Así mismo Ruelas P. (2017) en su estudio titulado “Prevalencia y características materno perinatales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal tratados con fototerapia” en el hospital “Carlos Monge Medrano Juliaca” de Puno Perú, en el 2016, mediante revisiones de historias clínicas y con el objetivo de determinar la prevalencia y las características materno natales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal; con una población de estudio constituida por 132 neonatos, obteniendo como resultado que la ictericia neonatal fue de 4.3 % en 12 meses. La prevalencia es de 4.3%, es decir que de cada 100, cuatro neonatos presentaron ictericia. El tipo de parto es indistinto, el grupo de recién nacido a término, las primigestas, edad entre 21-30 años y el grupo sanguíneo “O” y factor Rh (+) materno son las más frecuentes. Así como en neonatos, el sexo masculino, el peso adecuado, el grupo “O” y factor Rh (+), Apgar vigoroso y recién nacido a término por Capurro.

En el estudio de Justo L. en (2016) titulado Prevalencia y los factores asociados a Ictericia Neonatal en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno Perú, con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a Ictericia Neonatal, con una muestra de 75 casos, reportando una prevalencia de ictericia neonatal de 7%; las patologías asociadas fueron 24 casos de sepsis neonatal (32%); 39 casos fueron de sexo masculino (52%); 48



casos nacieron por cesárea (64%); 20 casos fueron pretérmino (27%) y en 20 casos la madre presentó preclamsia severa (27%).

De igual manera en el estudio de Mendoza (2016); titulado “Prevalencia y características materno-natales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal tratados con fototerapia en el Hospital nivel 1 Octavio Mongrut Muñoz. Lima Perú, con él con el objetivo de determinar la prevalencia y las características materno-natales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal tratados con fototerapia. La población de estudio constituida por 132 neonatos, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, con diagnóstico de ictericia neonatal. Resultando la prevalencia de ictericia neonatal fue de 4.9% en 25 meses, siendo de 4.1% en el 2013; en el 2014, 6% y en enero 2015, de 5%. Las características maternas: el tipo de parto: cesáreas 50% y eutócicos 50%; edad gestacional: recién nacido pretérmino con 0.8%, a término temprano 21.97%, a término completo 70.45% y a término tardío 6.82%; Las características natales: sexo: masculino 60.61% y femenino 39.39%; grupo sanguíneo: “O” 46.21%, “A” 35.61%, “B” 15.91% y “AB” 2.27% y factor Rh (+) con 100%; Test de APGAR: vigoroso 96.21%, deprimido moderado 3.03% y severamente deprimido 0.76%; Test de Capurro: a término con 98.48% y postmaduro con 1.52%.

El autor Trujillo (2020); en su trabajo académico titulado “Factores de riesgo de Ictericia en el Recién nacido prematuro del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2019. Lima Perú con el objetivo en describir los factores de riesgo para el desarrollo de la ictericia en el recién nacido pretérmino en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La población de su trabajo académico constituida por 80 neonatos según los criterios de inclusión y exclusión. Resultados el 75% de las madres fueron jóvenes cuyos



hijos nacieron prematuros y desarrollaron ictericia, los antecedentes patológicos con 54.40% seguido de ser gestantes de alto riesgo obstétrico con 47.06%, el 41.18% grupo de prematuros que por edad gestacional fueron adecuados, con Apgar normal con 39.70% seguido de anemia con un 26% y la incompatibilidad del grupo ABO con 5.88% y 64.71% recibieron tratamiento con fototerapia.

Con su proyecto de Guillen (2019); en su investigación documental titulado “Factores de riesgo relacionados al desarrollo de Ictericia Neonatal” Milagro, Ecuador con el objetivo de elaborar una investigación documental sobre los factores de riesgo relacionados al desarrollo de ictericia neonatal, Con una población de 28.865 casos de Ictericia , de las cuales el 3% correspondieron a Ictericia Neonatal debida a otras Hemolisis Excesivas y el 97% se asociaron a Ictericia Neonatal por otras causas.



Definiciones De Términos

Prevalencia: mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar un padecimiento en una población (Fajardo, 2017).

Ictericia: coloración amarilla de la piel y las mucosas, que se presenta cuando las bilirrubinas en sangre se encuentran elevadas, condición conocida como hiperbilirrubinemia (IMSS. 2019).

Neonato: recién nacido que proviene de una gestación de 22 semanas o más, bien sea por parto o por cesárea; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina (Rivera y Pincay, 2018).

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del neonato en estado agudo crítico (secretaría de Salud, 2013).



Capítulo II

Material Y Métodos

Diseño del estudio

El estudio fue de tipo descriptivo, se aplica para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar.

Cuantitativo que representa, un conjunto de procesos es secuencial y probatorio, lleva a cabo la observación y evaluación de fenómenos.

Retrospectivo, estudio cuya información se obtuvo anteriormente a su planeación con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretende realizar. Ejemplo: expedientes clínicos, actas de defunción, actas de nacimiento, etc. estudio que cuenta con una parte de información y el resto está por obtenerse de una población en un momento determinado.

Transversal es un estudio que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia (Hernández, 2014).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por 86 pacientes neonatales hospitalizados durante el 2020, en la UCIN del hospital de Alta Especialidad Dr. "Gustavo A. Roviroso Pérez", Villahermosa, Tabasco; mientras que la muestra estuvo constituida por 39 expedientes elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión



Inclusión:

Expedientes de pacientes neonatos, diagnosticados con Ictericia

Exclusión:

Expedientes incompletos de pacientes neonatos diagnosticados con ictericia.

Expedientes de pacientes neonatos no diagnosticados con Ictericia.

Procedimiento para la recolección de datos

Con el permiso de la institución, se inició la recolección de datos acudiendo al departamento de archivo del hospital de Alta Especialidad Dr. “Gustavo A. Rovirosa Pérez”, de Villahermosa, Tabasco, para solicitar los expedientes de los pacientes hospitalizados en la UCIN con diagnóstico de ictericia, durante el 2019-2020. Posteriormente se realizó una selección de posibles participantes mediante los criterios de inclusión y exclusión y se procedió a la recolección de datos de 39 expedientes, mediante la cedula de recolección de datos elaborada.

Descripción del instrumento

El instrumento utilizado fue una cedula de recolección de datos modificada a partir de la utilizada por Justo Pinto, en 2017; este instrumento consta de tres apartados con un total de 28 ítems divididos de la siguiente manera: el primero describe los datos socio demográficos, como el número de expediente, sexo biológico, procedencia, ingreso económico mensual familiar, religión y tipo de vivienda. El segundo apartado integra los datos clínicos neonatales, los cuales son: peso al nacimiento, edad gestacional, valor de bilirrubina sérico, grupo sanguíneo, factor RH, entre otros. Por último, el tercer apartado incluye datos clínicos



maternos, como la edad, n° de gesta, tipo de parto, grupo sanguíneo materno, factor RH, patologías asociadas durante el embarazo, hipertensión arterial y síndrome de ovario poliquístico.

Análisis de datos

Para la captura y el análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. Para dar respuesta a los objetivos planteados se utilizó estadística descriptiva, usando frecuencias, porcentajes y proporciones.

Consideraciones Éticas

La información se obtuvo de manera retrospectiva a partir de la base de datos e historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de ictericia neonatal del Hospital de Alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, misma que fue suministrada por dicha Institución. El presente estudio no requirió la realización de consentimiento informado, porque la información provino de la base de datos entregada por el hospital y la revisión de las historias clínicas. Dicha información recolectada se mantuvo bajo custodia, conservando la confidencialidad y utilizando solo los datos necesarios para los objetivos del presente estudio.



Capítulo III

Resultados

En este capítulo se muestran las características sociodemográficas de este estudio, así como la estadística descriptiva de las variables utilizadas entre ellas las medidas de tendencia central.

Datos sociodemográficos

Tabla 1

Características sociodemográficas: sexo y procedencia

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	26	66.7
Mujer	13	33.3
Procedencia		
Cárdenas	8	20.5
Centla	6	15.4
Centro	7	17.9
Comalcalco	3	7.7
Cunduacán	4	10.3
Emiliano Zapata	1	2.6
Macuspana	7	17.9
Nacajuca	2	5.1
Teapa	1	2.6
Total	39	100

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

La muestra estuvo conformada por 39 expedientes elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión. El 66.7% fueron hombres y el 33.3% mujeres; en cuanto a la procedencia el 20.5% corresponde al municipio del Cárdenas, un 17.9% el Centro y otro 17.9% al municipio de



Macuspana, mientras que, el resto de la muestra se distribuye en el resto de los municipios del estado.

Tabla 2

Características sociodemográficas: Ingreso económico, religión y tipo de vivienda

Variable	f	%
Ingreso económico		
< \$3000	8	20.5
\$3001 a \$5000	18	46.2
\$5001 a \$7000	8	20.5
\$7001 a \$9000	2	5.1
>9001	3	7.7
Religión		
Católico	28	71.8
Adventista	1	2.6
Cristiana	3	7.7
Evangélica	4	10.3
Presbiteriana	1	2.6
Ninguna	2	5.1
Tipo de vivienda		
Propia	24	61.5
Rentada	4	10.3
Prestada	11	28.2
Total	39	100

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 2 se muestra las características sociodemográficas de los ingresos económicos, religión y tipo de vivienda; donde podemos apreciar que el 46.2% reportan ingresos de \$3,001 a \$5,000 pesos mensuales. La religión predominante fue la católica con un 71.8%, mientras que un 61.5% manifestaron tener casa propia.



Datos clínicos del neonato

Tabla 3

Datos clínicos del neonato: Peso al nacimiento, talla de nacimiento, peso al egreso y evaluación del peso al nacer

Variable	<i>f</i>	%
Peso de nacimiento		
<1000 gr	1	2.6
1001gr a 2000	19	48.7
2001gr a 3000gr	7	17.9
3001gr a 4000gr	9	23.1
>4001	3	7.7
Talla de nacimiento		
30cm a 35cm	2	5.1
36cm a 40cm	12	30.8
41cm a 45cm	6	15.4
46cm a 50cm	12	30.8
51cm a 55cm	7	17.9
Evaluación del peso al nacer		
Peso adecuado	16	41.0
Bajo peso	21	53.8
Macrosómico	2	5.1
Total	39	100

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 3 se muestran el peso al nacer del neonato teniendo un 48.7% de 1001gr a 2000 gr. En cuanto a la talla coinciden con un 30.8% de 36 cm a 40cm y de 46 cm a 50 cm. El 53.8% tuvo bajo peso al nacer.

Tabla 4

Datos clínicos del neonato: Edad gestacional al nacimiento y clasificación del nacimiento

Variable	<i>f</i>	%
Edad gestacional		
28	2	5.1



29	1	2.6
32	4	10.3
33	5	12.8
34	8	20.5
35	4	10.3
36	1	2.6
37	2	5.1
38	6	15.4
39	3	7.7
40	3	7.7
Clasificación al nacimiento		
Prematuro	22	56.4
Termino	11	28.2
Posttermino	6	15.4
Total	39	100

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 4 se muestra la edad gestacional y la clasificación del nacimiento, de los cuales el 20.5% de neonatos fueron de 34 semanas de gestación; el 56% fueron clasificados como recién nacido prematuro, el 28.2 % como recién nacidos a término y el 15.4% como postérmino.

Tabla 5

Datos clínicos del neonato: grupo sanguíneo y factor RH

Variable	f	%
Grupo sanguíneo		
A	8	20.5
B	1	2.6
O	30	76.9
Factor RH		
Positivo	34	87.2
Negativo	5	12.8
Total	39	100



Nota: f =frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 5 se muestra el grupo sanguíneo obteniendo el 76.9% el grupo O y el factor RH predominante fue de 87.2% positivo.

Tabla 6

Datos clínicos del neonato: trauma obstétrico, tipo de alimentación y sepsis

Variable	f	%
Trauma obstétrico		
Ninguno	38	97.4
Caput	1	2.6
Tipo de alimentación		
Ayuno	3	7.7
Lactancia materna exclusiva	18	46.2
Formula maternizada	3	7.7
Lactancia mixta	7	17.9
Fórmula para prematuro	8	20.5
Sepsis		
Si	14	35.9
No	25	64.1
Total	39	100

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 6 se muestra que el 97.4% no presentaron trauma obstétrico, el 46.2% fue alimentado con lactancia materna exclusiva, mientras que el 64.1% no fue diagnosticado con sepsis.

Datos clínicos maternos/factores prenatales

Tabla 7

Datos clínicos maternos/factores prenatales: edad, grupo sanguíneo y factor RH

Variable	f	%
----------	-----	---



Edad		
Menor de 15 años	3	7.7
16-20 años	6	15.4
21-30 años	10	25.6
31-35 años	18	46.2
Mayor de 35 años	2	5.1
Grupo sanguíneo materno		
A	8	20.5
O	31	79.5
Factor RH0		
Positivo	32	82.1
Negativo	7	17.9
Total	39	100

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 7 se muestran los datos clínicos maternos/factores prenatales, dentro de los cuales la edad que prevaleció fue de 31 a 35 años con un 46.2%, el 70.9% pertenecen al grupo sanguíneo O y el factor RH del 82.1% fue positivo.

Tabla 8

Datos clínicos maternos/factores prenatales: número de gestas, tipo de parto y patologías asociadas.

Variable	f	%
Numero de gestas		
Primigesta	11	28.2
Secundigesta	6	15.4
Multigesta	22	56.4
Tipo de parto		
Vaginal	17	43.6
Cesárea	22	56.4
Patologías asociadas		
Hipertensión arterial	4	10.3
DM	4	10.3
Preeclampsia	5	12.8
Anemia	1	2.6



Enfermedades autoinmunitarias	1	2.6
IVU	3	7.7
Desprendimiento de placenta	2	5.1
Ruptura prematura de membranas	6	15.4
Amenaza de parto	1	2.6
Expulsivo prolongado	1	2.6
Aspiración de meconio	1	2.6
Obesidad	10	25.6
Total	39	100

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 8 se muestran los datos clínicos maternos/factores prenatales.

El 56.4% fueron mujeres multigestas, 56.4% correspondió a la cesárea, en cuanto a las patologías asociadas el 15.4% correspondió a la ruptura prematura de membranas.



Capítulo IV

Discusión

En este estudio observamos que más de la mitad de los neonatos estudiados pertenecen al sexo masculino, datos similares a lo reportado por Mendoza en (2016) con un 60.61% del sexo masculino y ligeramente diferentes a Carrasco en (2018) quien reporto un 53.7% de recién nacidos del sexo masculino y Justo (2016) con un 52% de población masculina. Encontramos también que los recién nacidos en su mayoría son provenientes del municipio de Cárdenas, con ingresos económicos mensuales en promedio de \$3,001 a \$5,000 pesos y más de la mitad habitan en casa propiedad de los padres.

Continuando con los datos clínicos de los neonatos estudiados, la talla predominante fue de 36 a 40 cm, mientras que, cuatro de cada diez presento un peso de 1001 a 2000 gramos, resultados diferentes a lo reportado por Ruelas (2017) mismo que evidencio un 84.9% con peso de 2500 a 3999 gramos y Mendoza (2016) quien reporta un 84.09% con peso de 2500 a 3999 gramos en los neonatos estudiados. De acuerdo a la evaluación del peso al nacimiento, tenemos que más de la mitad fueron clasificados con bajo peso, porcentaje superior a lo reportado por Escobedo y Flores (2017) quienes mencionan un 21% de bajo peso al nacimiento.

En la edad gestacional se encontró que los neonatos tenían 34 semanas de gestación en un 20%, que según la OMS (2021) se clasifica como prematuro tardío (34 a 36 semanas) y más del 50% fueron prematuros, siete de cada diez pertenecían al grupo sanguíneo O y el factor RH positivo se identificó con más del 80%. Estos datos son similares a lo reportado por Carrasco (2018) con una cifra O y factor Rh (+) con 77.63%, mientras que Mendoza (2016) refiere que



en la población estudiada identificaron un 46.21%, del grupo sanguíneo O y factor Rh (+) con 100%.

De acuerdo a los datos obtenidos casi la totalidad de la muestra estudiada no presentó trauma obstétrico con un 97.4% siendo con una diferencia mínima a la de Justo (2016) con un 96%, así como un 46.2% fueron alimentados con lactancia materna exclusiva siendo inferior al de Carrasco (2018) con un 93.34% y más de la mitad de ellos no fueron diagnosticados con sepsis neonatal.

En cuanto a los datos maternos, la edad que prevaleció en las madres fue de 31 a 35 años representando un 46.2% de la población estudiada, mientras que por su parte Ruelas (2017) obtuvo un 53.79% de 21 a 30 años; Condori (2016) reporta un 22.7% de los 20 a 34 años de acuerdo a la edad materna. Siete de cada diez de las madres tenían grupo sanguíneo O y factor RH positivo con un 32.1%, más del 50% eran multigestas y seis de cada diez nacimientos fueron obtenidos por cesárea con un 56.4%, cifras inferiores a lo reportado por Justo (2016) con un 64% de nacimientos por cesárea.

Finalmente, dentro de las patologías asociadas se encuentran la obesidad con un 25.6%, ruptura Prematura de Membranas 15.4%, cifras superiores a lo reportado por Altamirano (2020) con un 12.25% y la preeclampsia con 12.8% siendo un porcentaje inferior al de Trujillo (2020) mismo que reporta una cifra del 20.60% de preeclampsia en las madres.



Conclusiones

1. La ictericia en el recién nacido es un proceso fisiológico secundario a inmadurez hepática y aumento en la producción de bilirrubina indirecta, con un cuadro clínico autolimitado que por lo regular no requiere tratamiento. El estudio mostró que algunos factores predisponentes para dicha afección son: la prematuridad y el bajo peso al nacer, teniendo en cuenta esta información,
2. es posible desarrollar programas de intervención en el cuidado del recién nacido para la identificación de signos y síntomas de alarma, contribuyendo así a disminuir las posibilidades de hospitalización del neonato y por consiguiente la posible separación del binomio materno-neonatal.
3. 1. Este estudio identifico que más del 60% de los recién nacidos estudiados fueron hombres, la mitad de ellos con bajo peso al nacer, situaciones que se reconocen como principales causas de ictericia de acuerdo a la bibliografía consultada.
4. 2. Respecto a la edad gestacional prevalecieron las 32 a 38 semanas de gestación y más de la mitad de ellos fueron clasificados como recién nacidos pretérmino, teniendo como grupo sanguíneo predominante el O positivo.
5. 3. En cuanto a los resultados asociados a la madre, la edad que mayormente se registro fue de 31 a 35 años, se determinó que más de la mitad eran multigestas y el principal tipo de parto fue cesárea.
6. 4. Dentro de las patologías maternas asociadas encontramos la obesidad, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia.



Recomendaciones

1. Publicar los resultados obtenidos para desarrollar estrategias preventivas que fortalezcan el cuidado profesional de Enfermería al recién nacido y su madre.
2. Realizar estudios que incorporen diseños longitudinales y correlacionales, así como también comparativos entre las diferentes instituciones de salud de nuestro estado.
3. Difundir estos resultados con el primer nivel de atención, para desarrollar e implementar programas educativos dirigidos a las mujeres gestantes, acerca de los factores de riesgo para ictericia neonatal y la identificación de signos de alarma en el recién nacido.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Referencias Bibliográficas

Altamirano, I. (2020). Comparación entre recién nacidos prematuros tardíos versus recién nacidos a término que presentan síndrome de dificultad respiratoria, sepsis de inicio temprano e ictericia neonatal, en el Hospital IESS Quito Sur, 2020. Quito, Pichincha, Ecuador. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/9546/1/203956.pdf>

Astete F. año (2017). Factores asociados a ictericia neonatal en recién nacidos a término en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2017. fecha de recuperación, de universidad nacional mayor de san marcos Sitio web:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7572/Astete_fa%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bolajoko O., & Olusanya, & Michael Kaplan. (2019). Hiperbilirrubinemia neonatal Epidemiología de la ictericia neonatal y manejo de la hiperbilirrubinemia severa. de IntraMed disponible en:
<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=93091>

Carrasco S. (2016). Prevalencia de Ictericia Neonatal, (Hiperbilirrubinemia intermedia) y factores asociados en Recién nacidos a término en el Hospital II Ramón Castilla. Universidad Ricardo Palma facultad de medicina humana. Fecha de recuperación 29/3/2021 disponible en:
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/480/Carrasco_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Condori, J. (2019). “Factores de Riesgo Materno Asociado a Ictericia Neonatal en recién nacidos a término en el Servicio de Neonatología del Hospital San José del Callao de



- Enero del 2016 a diciembre del 2018. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1742>
<file:///C:/Users/angel/Downloads/43%20-%20tesis%20-%20listo.pdf>
- Fajardo, G. A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1), 109-120. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Flores, S. (2021). Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega, Abancay 2018.
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/15011/Flores_Velasquez_Shirley_Yesenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Franco, Monserratt & Alarcón-Cantos, Fabiola & Alvarado-García, María. (2019). Causas de ictericia en recién nacidos en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el año 2017. *Dominio de las Ciencias*. 5. 589. 10.23857/dc.v5i1.855.
Disponible en:
- Galindez A., & Carrera S., & Díaz A., & Martínez M. (2017). Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. Fecha de recuperación 11/6/2021, de Universidad y Salud disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n3/0124-7107-reus-19-03-00352.pdf>
- Galindez G, & Carrera S. (Año 2017). Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. Fecha 16/04/2021, de Universidad y Salud Sitio [web:](http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n3/0124-7107-reus-19-03-00352.pdf)
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n3/0124-7107-reus-19-03-00352.pdf>
- González M., & Raynero R.M. (2019). Ictericia neonatal. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. **Hospital General Universitario



- Gregorio Marañón. Madrid disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/04/n3-147-153_MartaGlez.pdf
- Guillen M., & Polonio M.K (2019) Factores de riesgo relacionados al desarrollo de Ictericia Neonatal, Milagro, Ecuador. Disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4736/1/2.-FACTORES%20DE%20RIESGO%20RELACIONADOS%20AL%20DESARROLLO%20DE%20ICTERICIA%20NEONATAL%20%282%29.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS.
Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/262GER.pdf>
- Justo L. (2017). Prevalencia y Factores Asociados a Ictericia Neonatal en el Hospital Manuel Núñez Butrón de puno 2016. Fecha 17/04/2021, de Universidad Nacional del Altiplano disponible en:
http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3800/Justo_Pinto_Luz_Delia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mendoza M. (2016). Prevalencia y características materno natales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal tratados con foto terapia. Fecha 17/04/20121, de Universidad Ricardo palma disponible en:
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/558/Mendoza_MAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ñacari M. (2018). Prevalencia de Ictericia Neonatal y factores asociados en Recién Nacidos a Termino. Fecha de recuperacion13/04/2021, de Licencia Creative Commons Atribución disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/29/258>



OPS. (Última actualización: 13 diciembre 2018). Casi 30 millones de recién nacidos enfermos y prematuros tienen necesidad de tratamiento cada año. Fecha de recuperación

31/3/2021, de Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer reproductiva

Sitio web:

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=541:nearly-30-million-sick-and-premature-newborns-in-dire-need-of-treatment-every-year&Itemid=215&lang=es INIC

Quintanilla, V. (2016). Factores maternos y neonatales asociados a la ictericia del recién nacido en el Hospital Regional Moquegua. *Revista de ciencia y tecnología para el desarrollo.*

<https://revistas.ujcm.edu.pe/index.php/rctd/article/view/50#:~:text=La%20edad%20de%20la%20madre,materna%20y%20el%20contacto%20precoz.>

Rebollar-Rangel, Escobedo-Torres y Flores-Nava. (2017). Etiología de ictericia neonatal en niños ingresados para tratamiento con fototerapia. *Revista Mexicana de Pediatría.*

<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp173b.pdf>

Romero I., & Milagros K. (2019). Efectividad de la bilirrubinometría transcutánea en la detección de ictericia en los recién nacidos. Universidad Norbert Wiener Fecha de recuperación 29/ 3 / 2021, citado en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3289/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Inga%20Kathia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruelas P. (2017). Prevalencia y características materno perinatales de pacientes hospitalizados por ictericia neonatal tratados con fototerapia en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca en el periodo de enero a diciembre del 2016. Fecha 17/0421, de Universidad

Nacional del Altiplano disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3838>



Santana E. (2021). Proceso de atención de enfermería en neonato a termino con ictericia neonatal. Junio 25,2021, de Universidad Técnica de Babahoyo Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9670/E-UTB-FCS-ENF-000481.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Trujillo N. (2020). Factores de Riesgo de Ictericia en el Recién Nacido Prematuro del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2019, Lima Perú. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4189/T061_09539829_S.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Ficha de recolección de datos

N° de ficha: _____

Fecha: _____

I. Datos sociodemográficos.

1. Fecha de ingreso: _____

2. Fecha de egreso: _____

3. Nombre (iniciales) _____

4. Número de expediente _____

5. Sexo biológico hombre () mujer ()

6. Procedencia: _____

7. Ingreso económico mensual familiar: _____

8. Religión: _____

9. Tipo de vivienda: propia () rentada () prestada ()

II. Datos clínicos del neonato

10. Peso al nacimiento: _____

11. Talla al nacimiento _____

12. Peso al egreso: _____

13. Edad gestacional al nacimiento: _____

14. Clasificación al nacimiento: Pretérmino () Término () Postérmino () Prematuro

()

15. Evaluación de peso al nacer: peso adecuado () Bajo peso () macrosómico ()

16. Valor de bilirrubina sérico: B. Directa ___ B. Indirecta ___ B. Total _____

17. Grupo sanguíneo: A () B () AB () O ()



18. Factor RH: positivo () negativo ()
19. Trauma obstétrico: ninguno () Cefalohematoma () Caput ()
20. Sepsis () Otro: especificar _____
21. Tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva () Formula maternizada ()
Lactancia mixta () Formula para prematuro ()
22. Días totales de hospitalización: _____

III. Datos clínicos maternos/factores prenatales

23. Edad: menor de 15 años () 16-20 años () 21-30 años () 31 a 35 años ()
Mayor de 35 años ()
24. Grupo sanguíneo materno A () B () AB () O ()
25. Factor RH: positivo () negativo ()
26. N° de gestación. Primigesta () secundigesta () Multigesta ()
27. Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()
28. Patologías asociadas durante el embarazo:
Hipertensión arterial () DM () Preclamsia () Eclampsia () Anemia ()
Síndrome ovario Poliquístico () Enfermedades Autoinmunitarias () Infecciones del
tracto urinario () Desprendimiento de placenta () Otros: _____

Anexos

Figura 1. Ciclo de la degradación del grupo hemo.



Tabla I. Fototerapia para RN menores de 35 semanas (según NICE clinical guideline 2010)

Edad gestacional (semanas)	Bb sérica total (mg/dl)
< 28 0/7	5-6
28 0/7-29 6/7	6-8
30 0/7-31 6/7	8-10
32 0/7-33 6/7	10-12
34 0/7-34 6/7	12-14

ESCALA DE KRAMER

- ♦ ZONA 1: Ictericia de la cabeza y cuello = 6 mg/dL
- ♦ ZONA 2: Ictericia hasta el ombligo = 9 mg/dL
- ♦ ZONA 3: Ictericia de las rodillas = 12 mg/dL
- ♦ ZONA 4: Ictericia hasta los tobillos = 15 mg/dL
- ♦ ZONA 5: Ictericia de la cabeza y cuello = Más de 15 mg/dL

