



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores maternos asociados a Ictericia por deshidratación hipernatrémica
en el Servicio de Pediatría/Neonatología.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Lozano Vela, Gilyary Stefani (orcid.org/0000-0003-0613-5689)

ASESORA:

Mg. Contreras Quiñones, Marisol (orcid.org/0000-0002-7206-9897)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Perinatal e Infantil

LÍNEAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

Dedicatoria

Dedicado a mis amados padres Aily Vela Gonzáles y Orlando Lozano Vásquez, por a pesar de la distancia, todos los días haber estado pendientes de mi bienestar, mi salud, por ser constantes, por haberme dado la fortaleza de no decaer, por haber sido mi bastón de apoyo y por ser el motivo de encontrarme en este hermoso camino de la medicina, a Diego Sergio Pérez Córdova por sus incansables palabras de aliento, apoyo constante y enorme amor y cariño.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, quien está por encima de todas las cosas, por haberme dado la capacidad y fortaleza cada día en estos 7 años universitarios, agradezco a mis padres por haberme acompañado y apoyado desde el inicio al fin.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra y muestreo.....	14
3.3.1. Criterios de inclusión	15
3.3.2. Criterios de exclusión	15
3.4. Técnica, instrumento para recolección de datos, confiabilidad y validez	16
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos:.....	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1: Factores maternos asociados a ictericia neonatal en un hospital tipo II.....	19
Tabla 2: Factores de riesgo materno asociado a hiperbilirrubinemia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II.....	20
Tabla 3: Factores neonatales que van de la mano con factores de riesgo materno asociados a ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II.....	22
Tabla 4: Operacionalización de variables	35
Tabla 5: Cálculo de número de muestra.....	37
Tabla 6: Ficha de recolección de datos.....	38
Tabla 7: Confiabilidad del instrumento	39
Tabla 8: Carta de juicio de experto	40

Índice de figuras

Ilustración 1: Frecuencia de factores maternos asociados a ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II	21
Ilustración 2: Estadística del número de neonatos hospitalizados	41

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de Identificar factores de riesgo materno asociado al desarrollo de hiperbilirrubinemia e ictericia por deshidratación hipernatrémica, describir el factor de riesgo materno más frecuente asociado a esta patología e identificar factores de riesgo en el neonato que van de la mano con los factores de riesgo materno que se asocian a la aparición de ictericia por deshidratación hipernatrémica en el servicio de pediatría/neonatología del Hospital II-2 Tarapoto, 2022-2023. La metodología es de diseño no experimental, de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra total fue conformada por 68 historiales clínicos de neonatos con diagnóstico médico de ictericia, los datos se obtuvieron por la revisión del historial clínico y mediante una ficha de recolección de datos, el análisis se desarrolló en el programa de Excel, donde se obtuvieron los porcentajes y frecuencias. Se encontraron factores maternos y neonatales, el factor de riesgo con mayor frecuencia fue la lactancia materna exclusiva (91%). Los factores maternos asociados fueron la edad materna < 20 años (50%), primiparidad (57%) y lactancia materna exclusiva (91%). Entre los factores neonatales que van de la mano con los factores de riesgo materno se encontraron con más frecuencia la ictericia neonatal posterior a las 24 horas de vida (78%), sexo femenino (62%), pérdida de peso < 7% (60%), edad gestacional < 37 semanas (49%). Los factores maternos que se encontraron relacionados con la aparición de la hiperbilirrubinemia neonatal por deshidratación hipernatrémica en mayor frecuencia, fueron la edad materna menor de 20 años, las madres primíparas y el tipo de alimentación brindada al recién nacido como la lactancia materna exclusiva.

Palabras clave:

Ictericia neonatal, deshidratación hipernatrémica, factores de riesgo maternos, factores de riesgo neonatales.

Abstract

The aim of this study was to identify maternal risk factors associated with the development of hyperbilirubinemia and jaundice due to hypernatremic dehydration, to describe the most frequent maternal risk factor associated with this pathology and to identify risk factors in the neonate that go hand in hand with maternal risk factors associated with the development of jaundice due to hypernatremic dehydration in the pediatric/neonatology service of Hospital II-2 Tarapoto, 2022-2023. The methodology is a non-experimental, observational, descriptive, cross-sectional design. The total sample consisted of 68 clinical histories of neonates with a medical diagnosis of jaundice, the data were obtained by reviewing the clinical history and by means of a data collection form, the analysis was developed in the Excel program, where percentages and frequencies were obtained. Maternal and neonatal factors were found, the most frequent risk factor was exclusive breastfeeding (91%). The associated maternal factors were maternal age < 20 years (50%), primiparity (57%) and exclusive breastfeeding (91%). Among the neonatal factors that go hand in hand with maternal risk factors, neonatal jaundice after 24 hours of life (78%), female sex (62%), weight loss < 7% (60%), gestational age < 37 weeks (49%) were found most frequently. The maternal factors found to be most frequently related to the occurrence of neonatal hyperbilirubinemia due to hypernatremic dehydration were maternal age less than 20 years, primiparous mothers, and the type of feeding provided to the newborn such as exclusive breastfeeding.

Keywords:

Neonatal jaundice, hypernatremic dehydration, maternal risk factors, neonatal risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

La ictericia en el neonato es la presencia de la tonalidad amarillenta de la piel y también las escleras, se presenta frecuentemente en neonatos prematuros y a término, esta patología es una causa de tipo evitable en cuanto a la morbimortalidad asociada al neonato. (1) Esto se debe a un incremento de niveles séricos de bilirrubina total, un total del 80% de los neonatos pretérminos y mundialmente un 60% de los nacidos a término desarrollan esta patología. (2)

Mayormente la clínica de esta patología se manifiesta de manera autolimitada y transitoria, esta se conoce como ictericia de tipo fisiológica, pero es imprescindible distinguirla de las que son de tipo patológica, ya que estas son las formas más graves que pueden llevar al neonato hacia secuelas de tipo neurológicas. (2)

Uno de los primarios y más comunes factores de riesgo de esta acción que es la mala técnica de lactancia materna preferentemente exclusiva, es la deshidratación hipernatrémica, (3) esta condición patológica está asociada a un déficit de agua libre en el organismo del lactante por consecuencia de una inadecuada ingesta de líquidos. (4) Esta deshidratación de tipo hipernatrémica, se determina con la presencia sérica de sodio ≥ 145 mmol/L en el examen de laboratorio, y se considera de tipo hipernatrémica porque depende de la osmolaridad del sodio en el suero plasmático. (5)

La lactancia materna presenta diversos beneficios tanto para el neonato como la madre, el momento en el que la madre le da el pecho a su hijo, le transmite inmunización, esto cumple la función de protección para ciertas infecciones, ya que ayuda al desarrollo del sistema inmunitario del lactante. (6) Además, no solo presenta beneficios en la etapa de la lactancia, sino también en la vida adulta, ya que previene el desarrollo de diabetes mellitus y obesidad. (7)

El primer signo clínico en presenciar en el lactante que presenta deshidratación hipernatrémica, es la pérdida de peso en comparación con su peso de nacimiento. (8) Pero algo importante que tener en cuenta, es que, entre los primeros siete días de vida del neonato, se encuentra normal la disminución de peso de solamente 7%,

comparado con el peso obtenido al nacimiento, (9) una pérdida de peso mayor a esto se consideraría descartar la posibilidad de una deshidratación hipernatrémica. (10) La nutrición específica del recién nacido, en este caso el dar de lactar exclusivamente con leche materna, puede llegar a asociarse con el desarrollo de ictericia por el insuficiente aporte de líquidos y nutrientes, lo que desencadena como primera instancia la deshidratación, (11) y esta continua nutrición insuficiente va desencadenando una mayor acumulación de bilirrubina y a la vez deshidratación, lo que en el recién nacido se traduce en tonalidad amarillenta de la piel y oliguria. (12)

La hiperbilirrubinemia neonatal es una patología muy prevalente que puede causar complicaciones graves, una de estas es el desarrollo kernicterus, e incluso si no se brinda un manejo adecuado y a tiempo puede perjudicar al neonato a la muerte. (13) La clínica de hiperbilirrubinemia que se puede llegar a observar en los neonatos, consta del 10%, pero el 53,9% desarrolla la ictericia como tal en un proceso de 3 días, es importante tener en cuenta que el aumento de la bilirrubina que no está conjugada, puede pasar mediante la barrera hematoencefálica del recién nacido, y puede traer graves consecuencias relacionadas con el aumento de la toxicidad en su sistema nervioso inmaduro. (14)

La incidencia en otros países, como en los Estados Unidos, sobre el consumo ineficiente de leche materna por parte de los neonatos, contribuye a las 80.000 readmisiones anuales, con la clínica de presencia de hiperbilirrubinemia, deshidratación hipernatrémica e hipoglicemia. Incluso se describe que en Nigeria la hiperbilirrubinemia causa entre el 5 al 14% de muertes neonatales a causa de su complicación por encefalopatía aguda por bilirrubina. (15) En el Perú, se reporta una incidencia de casos de pacientes con hiperbilirrubinemia neonatal de 38 por cada 1000 nacidos vivos, presentándose en 47.9% de los casos presentados en Lima y el Callao, se indica que los neonatos pretérmino son más afectados. (16) El manejo en estos pacientes debe ser oportuno y eficaz, para que así se puedan evitar posibles complicaciones como la presencia de un daño neurológico permanente. (17)

La presencia de la ictericia en el neonato es una dificultad en su salud, frecuentemente lo afecta y produce el aumento de reingresos y estancia

hospitalaria en este grupo etario, mayormente puede manifestarse de manera transitoria y leve, por lo que normalmente no se le brinda mayor importancia. Entonces, se ha minusvalorado el diagnóstico de esta patología y determinar los factores de riesgo por la madre que pueden desencadenarla, donde el neonato reingresa y/o se hospitaliza para manejo de esta afección. La realización de esta investigación, va permitir que se puedan implementar medidas de prevención básicas para que los neonatos puedan gozar de una buena salud.

Además, teniendo en cuenta que uno de los factores predisponentes importantes como la mala técnica de lactancia materna, ya que los neonatos son totalmente dependientes del cuidado de la madre, y ella debe estar capacitada en cuanto a la alimentación de su bebé, para así poder evitar posibles complicaciones futuras en el desarrollo del neonato y disminuir la frecuencia de la hiperbilirrubinemia neonatal por consecuencia de la deshidratación hipernatrémica.

Se tiene bien en claro que los factores asociados para que esta patología se desencadene son múltiples, entonces es de gran importancia prever con los factores de riesgo de parte de la madre más comunes que se encuentren en este estudio, para así brindar un manejo oportuno, evitando futuras complicaciones. Por lo que en este estudio se plantea el problema a continuación: ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos más comunes relacionados a desencadenar ictericia por deshidratación hipernatrémica en un servicio de pediatría/neonatología? La hipótesis desarrollada fue: Se espera determinar una asociación significativa entre los distintos factores de riesgo maternos con la aparición de la hiperbilirrubinemia neonatal por deshidratación hipernatrémica, Tarapoto, 2022-2023.

Por lo que se presenta como objetivo general: Identificar factores de riesgo materno asociado al desarrollo de hiperbilirrubinemia en el servicio de pediatría/neonatología del Hospital II-2 Tarapoto, 2022-2023. Los objetivos específicos planteados son: Determinar los factores de riesgo maternos que se encuentran asociados a la aparición de ictericia por deshidratación hipernatrémica. Describir el factor de riesgo materno más frecuente relacionado al desarrollo de ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica. Identificar factores de riesgo en el neonato que van de la mano con los factores de riesgo materno que se asocian a la aparición de ictericia por deshidratación hipernatrémica.

II. MARCO TEÓRICO

Vásquez-Hoyos P, et al. (2020) Efectuaron un estudio de tipo casos y controles, la recolección de los datos la realizaron de manera retrospectiva, el lugar de estudio fue el Hospital San José de Bogotá, entre los años de 2013 al 2018, este estudio fue titulado como “factores de riesgo asociados a exanguinotransfusión por ictericia neonatal en un hospital universitario”. En la selección que realizaron tuvieron en cuenta neonatos mayores a 35 semanas de edad gestacional con diagnóstico médico de ictericia neonatal. El grupo que se tuvo en cuenta para los casos fue el de neonatos que recibieron exanguinotransfusión y el grupo de control estuvo compuesto por neonatos que no recibieron este manejo. Seleccionaron a estos neonatos a partir de la edad de gestación, por incompatibilidad sanguínea, sexo y el peso que adquirieron al nacer. Para esto tuvieron que analizar los informes de historias clínicas, donde pudieron identificar las causas necesarias, como la edad de la madre, el nivel educativo de ambos padres, diagnóstico médico de sepsis neonatal, alimentación por lactancia materna exclusiva y la deshidratación de tipo hipernatrémica. Encontraron que la incidencia se relacionó a 85 casos por 100 000 neonatos nacidos vivos, observaron que el desarrollo de ictericia en neonatos con alimentación mediante lactancia materna exclusiva fue mayor en el grupo control (97%), además fue muy frecuente el reingreso por ictericia a causa de sepsis neonatal (OR 4.04; IC 95% [1.21 a 13.50]). (18)

Ünver Korgali E, et al. (2017) Ejecutaron un análisis de tipo retrospectivo, donde ellos tuvieron en cuenta para la recolección de su data, los informes del historial clínico de neonatos hospitalizados con resultado de deshidratación hipernatrémica. El título de esta investigación es, “deshidratación hipernatrémica en lactantes a término: Evaluación retrospectiva de 159 casos”, realizado en Turquía en el “Sivas State Hospital”, con neonatos hospitalizados por deshidratación hipernatrémica en el servicio de cuidados intensivos neonatales. Revisaron expedientes de recién nacidos entre setiembre del 2009 a setiembre del 2014, el objetivo fue, “determinar la frecuencia, factores de riesgo, complicaciones y maneras de prevenir la deshidratación hipernatrémica en lactantes a término”. Los resultados que obtuvieron fueron, el ratio de los lactantes a término que fueron hospitalizados a causa de deshidratación hipernatrémica fue de 3.1%, y el ratio de la madres

primíparas fue de 60.4%. En este estudio compararon con anteriores que se realizaron en el mismo nosocomio, y encontraron similitudes como, el gran porcentaje ocurrió en madres primíparas, donde además se relacionaron con la lactancia materna. (19)

Mitchelle, C. (2023). Realizaron un estudio de tipo transversal y analítico, para presentar un estudio descriptivo para datos cuantitativos en un solo momento del tiempo entre enero y diciembre del año 2021, presentaron como objetivo determinar factores de riesgo asociados a la aparición de la ictericia en el neonato, en el cual tuvieron como muestra a una población de 611 recién nacidos, para incluirlos en su estudio debieron ser neonatos nacidos después de la semana gestacional 37, con madres mayores a 18 años y bilirrubina sérica mayor a 18 miligramos por decilitro dentro de unas 72 horas posterior al parto. La presencia de hiperbilirrubinemia en el neonato se encontró en un rango del 40 al 43% en madres entre los 18 a 24 años y entre el 60 al 63% se presentan en neonatos de madres entre los 40 y 45 años. Entre los recién nacidos de madres con diabetes mellitus, fueron 184 neonatos los que presentaron hiperbilirrubinemia, considerados dentro de una prevalencia del 57%. Los recién nacidos de madres múltiples presentaron una prevalencia del 51% en cuanto a la aparición de hiperbilirrubinemia neonatal, a comparación de las madres primíparas en quienes los neonatos presentaron una prevalencia de esta patología del 40%. En el grupo de las madres con grupo y factor de tipo B negativo presentaron una prevalencia del 80% y del 36% fue en madres con presencia de grupo y factor O positivo. (20)

Hanin et al. (2022) Realizaron un artículo que presentó una investigación de casos y controles sobre la lactancia exclusiva y la readmisión de los neonatos que presentaron hiperbilirrubinemia en un hospital de Beirut del país de Líbano, esta investigación fue realizada entre enero del año 2010 a diciembre del 2019, su población de estudio fue, neonatos con una edad gestacional de 35 semanas o más que presentaron hiperbilirrubinemia dentro de los 28 días de vida. Algo significativo en esta investigación es que 57% de los casos fueron alimentados mediante lactancia materna exclusiva, a comparación de los controles que solo fue el 41%, esto mostró un valor de $p = 0.04$, además se percataron que el 79.9% de los neonatos que fueron readmitidos presentaron una alimentación menor de 8 veces

dentro de 24 horas, resultando en un valor de $p = 0.019$. Los autores señalaron como factores protectores a la alimentación mixta y a la alimentación frecuente mediante lactancia materna. (21)

Asefa GG, et al. (2019) Ejecutaron un estudio de casos y controles referente a los determinantes que se asocian a la hiperbilirrubinemia en los neonatos reingresados de la unidad de cuidados intensivos de un nosocomio general de la zona central de Tigray del país de Etiopía, esta investigación fue realizada en un periodo de tiempo del año 2019 que contempla del 20 de agosto al 20 de diciembre. Su población estudiada fue conformada por 91 casos y 181 controles, para el estudio y análisis de ambos se tuvieron en cuenta los registros médicos de los neonatos ingresados a la unidad de cuidados intensivos a causa de la ictericia. mostraron relación entre la lactancia materna, la disminución de peso del neonato y la aparición de ictericia neonatal. Resaltaron que el OR de la pérdida de peso de los lactantes a comparación con el peso de su nacimiento fue 4.3 veces mayor en los que presentaron ictericia neonatal comparado a neonatos incluidos en los controles (OR: 4.27 al 95% CI: 1.579-11.555). (22)

Lin Q, et al. (2022) Elaboraron una investigación original acerca de las causas necesarias que se asocian al desarrollo de la hiperbilirrubinemia en los lactantes, donde encontraron que la lactancia materna forma parte de uno de los factores de riesgo para la aparición de esta patología (OR =1.74, 95% CI: 1.42, 2.12, $p < 0.00001$), esto principalmente a causa de la técnica de lactancia de las madres, pero no solo se encontró asociación a la técnica, sino también a un trastorno en el neonato, la insuficiencia de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa también produce ictericia en neonatos, esto porque se provoca una destrucción de los eritrocitos del lactante (OR =1.62, 95% CI: 1.44, 1.81, $p < 0.00001$). (23)

Del Castillo et al. (2020) Desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo “relatar las particularidades clínicas y de laboratorio de neonatos a término con diagnóstico de deshidratación hipernatrémica en una Unidad Neonatal de un hospital infantil de referencia”. Su estudio abarcó 505 lactantes a término, quienes ingresaron a esta unidad dentro de los años 2014 y 2016, sus estudios muestran que de los neonatos que volvieron a reingresar, fueron alimentados mediante lactancia materna exclusiva, donde las madres presentaban problemas de

alimentación en un 76%, y el 64.9% de los neonatos presentó signos de deshidratación y el 82% presentó signos neurológicos. Este estudio admite que la deshidratación hipernatrémica en el recién nacido se encuentra asociada con la mala alimentación materna, ya sea por factores clínicos y/o sociodemográficos. (24).

Hernández C y Rosales J. (2019) Llevaron a cabo una investigación de cohorte de tipo retrospectivo, titulado “asociación entre embarazo adolescente e hiperbilirrubinemia y bajo peso al nacer en un hospital en Perú”, donde compararon dos grupos, el primer grupo estuvo comprendido de gestantes menores de 18 años y el segundo grupo estuvo conformado por gestantes mayores de 18 años. Realizaron recolección de datos de los registros clínicos de cada uno de los neonatos vivos incluidos en el estudio, de los cuales solo evaluaron 481, donde concluyen que el bajo peso al momento del nacimiento del neonato está asociado mayormente a la gestación de madre adolescente en comparación con la presencia de hiperbilirrubinemia neonatal con un valor de $p < 0,05$ y con IC del 95%. (25)

Rojas Casaperalta N. Efectuó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal. Esto se llevó a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2018, el título de esta investigación fue, “factores relacionados a la deshidratación hipernatrémica neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018”. El autor presentó como objetivo establecer la correlación de los factores de riesgo neonatales y maternos con la aparición de la deshidratación hipernatrémica en el neonato. Los resultados obtenidos por este autor fueron, la edad materna que ha figurado con mayor porcentaje, fueron las madres de 20 a 34 años de edad, además la gran mayoría presentó grado de instrucción solo hasta secundaria completa, donde el 72.7% de estas madres fueron amas de casa y el 50% multíparas, pero 46% fueron madres primíparas. En cuanto a las características presentadas por parte del recién nacido, el 98.7% recibió lactancia materna exclusiva y del 44.2% el grado de deshidratación que presentaron fue moderada. (26)

Suárez A. Ejecutó un estudio con diseño de tipo cuantitativo, observacional, transversal y retrospectivo. Se desarrolló en el “Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015”. El título que presenta es, “técnica de lactancia materna exclusiva

e ictericia neonatal por deshidratación”. Este autor propuso como objetivo, “establecer la relación entre la técnica de lactancia materna e hiperbilirrubinemia neonatal por deshidratación”. La población que estudiaron fueron los neonatos nacidos a término, que recibieron alimentación solo por lactancia materna y diagnosticados con hiperbilirrubinemia por deshidratación. Indicaron que se revisó el historial clínico de los neonatos a término nutridos por lactancia materna exclusiva y que presentaron hiperbilirrubinemia a causa de deshidratación. Concluyó con el apoyo de otro estudio que precisan que se presencia una extensión en la incidencia de deshidratación hipernatrémica a causa de la hiperbilirrubinemia y lactancia, que fue del 15.1x1000 nacidos vivos, donde se consuma que representa el 1.51%. (27)

Bernales Huamanchumo A. Ejecutó una investigación de tipo observacional, descriptivo, transversal. Se realizó en el “servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2021”, tiene como título, “factores de riesgo coligados a ictericia en recién nacidos”. Formuló como objetivo general, “establecer los factores de riesgo relacionados a ictericia en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca”. Su población estudiada fueron 130 neonatos atendidos en este establecimiento que fueron diagnosticados con hiperbilirrubinemia neonatal, en los resultados encontró que la edad materna determinante se encontró entre 20 a 35 años representando un 65.4%, de las cuales 55.4% fueron multíparas y 44.6% fueron primíparas y referente al tipo de alimentación, 51.5% de los neonatos recibieron fórmula y 26.9% lactancia materna exclusiva. Según este estudio los factores maternos que conllevan al desarrollo de la ictericia neonatal son el factor Rh positivo, la edad materna y el tipo de alimentación hacia al neonato, que sería fórmula. (28)

Uriol Paredes O. Ejecutó un estudio de tipo prospectivo-descriptivo y el diseño de este estudio se desarrolla como no experimental, descriptivo - correlacional de corte transversal. Se desarrolló en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2018, el título que presenta es, “factores de riesgo maternos – neonatales relacionados al neonato con ictericia hospitalizado en el servicio de neonatología”. El objetivo general de este estudio fue, “establecer los factores de riesgo maternos-neonatales y su

relación con la ictericia en los neonatos”. Los resultados de esta investigación fueron clasificados clásicamente, hiperbilirrubinemia posterior a las 24 horas, la cual obtuvieron como conclusión que la hiperbilirrubinemia en el neonato se desarrolló con 62 casos, donde representa al 64.99% y dentro de las primeras 24 horas, encontraron 34 casos que representa al 35%. El 26.8% de la subvariable tipo de alimentación, en neonatos que recibieron lactancia mixta, 16 presentaron ictericia fisiológica y en 10 fue patológica; el 73% de neonatos que recibieron lactancia materna exclusiva, 46 presentaron ictericia fisiológica y 24 presentaron ictericia de tipo patológica. (29)

Ictericia neonatal

Esta se precisa como el cambio de la tonalidad de mucosas y piel, tornándose a amarillenta, esto a causa del aumento de depósitos de la bilirrubina. El 50% de los neonatos desarrollan hiperbilirrubinemia clínicamente confirmada entre las 48 a 72 horas de vida, pero la aparición de esta patología puede alargarse hasta los 5 días en los neonatos pretérmino. Se clasifica en ictericia fisiológica y patológica, se va a definir como patológica cuando se manifiesta dentro de las primeras 24 horas de vida del neonato, además cuando mediante exámenes de laboratorio la bilirrubina aumenta 0.5 mg/dl/hora y los valores de bilirrubina directa sean más de 2 mg/dl. (30)

La ictericia neonatal es una patología muy prevalente que puede causar complicaciones graves, una de estas es el desarrollo kernicterus, e incluso si no se brinda un manejo adecuado y a tiempo puede perjudicar al neonato a la muerte. (31) Esta patología es causante de la coloración amarillenta dermatológica, a consecuencia del incremento de la cantidad de bilirrubina sérica.

Cuando se presentan diferenciaciones en el metabolismo de la bilirrubina, se desarrolla hiperbilirrubinemia neonatal, y depende de esto es que se clasifica en ictericia patológica o ictericia fisiológica. En el grupo heme se produce catabolismo y como resultado de este se obtiene la bilirrubina, un gran porcentaje que es el 80 al 90% la bilirrubina va a ser producida mediante la destrucción de la hemoglobina, ya sea procedente de una eritropoyesis ineficaz o de eritrocitos maduros. (32)

Se reconocen pautas que se deben seguir para descartar el posible desarrollo de una hiperbilirrubinemia anormal en el recién nacido, la primera es evaluar los antecedentes perinatales, en tales casos se debe investigar sobre enfermedad hemolítica, incompatibilidad RH, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, talasemia o patologías que orienten a una posible causa genética; el segundo paso es definir el momento donde aparece la hiperbilirrubinemia y el progreso de esta, mientras más precoz sea su aparición se considera más urgente, la ictericia de tipo severa tardía que aparece después de las 72 horas de vida, se afilia a la eliminación disminuida de la bilirrubina, y esto mayormente se presenta a causa de problemas en la lactancia o leche materna, que genera un aumento de la circulación enterohepática. (33)

Deshidratación hipernatrémica

Se considera cuando el sodio en sangre es \geq de 145 mEq/L, es un desequilibrio de tipo hidroelectrolítico que puede tener repercusiones como alteraciones vasculares y alteraciones neurológicas, estas pueden agravarse llevando así al recién nacido a la muerte. (34)

Esta patología es muy frecuente en neonatos menor a los 28 días de nacido, que son nutridos con lactancia materna exclusiva, y esto sucede porque el amamantamiento es ineficaz para aportar suficiente volumen de líquidos al lactante y causa hipovolemia, la causa más habitual es el uso de una mala técnica de amamantamiento o problemas con la leche materna. Otras complicaciones extracerebrales que puede causar la deshidratación hipernatrémica son la insuficiencia renal aguda, aumento de enzimas hepáticas y con esto aumento de la circulación enterohepática, acidosis metabólica, etc. (34)

Se hace mención también sobre los neonatos de las madres primíparas y los que han presentado disminución de peso durante los primeros siete días de vida, aumenta la exposición de presentar deshidratación hipernatrémica. No existe un consenso específico sobre el manejo general para esta patología, pero muchos estudios mencionan que se debe reducir niveles de sodio sérico por 0.5 mEq/L/h dentro de las 48 horas, ya que, al reducir los niveles de sodio sérico de una manera inadecuada, puede causar convulsiones en el neonato, y conjunto a esto sumando

la deshidratación hipernatrémica junto a convulsiones puede traer consigo a largo plazo un desarrollo neurológico deficiente del recién nacido. (35)

Lactancia materna e ictericia neonatal

Prameela KK, realizó un artículo de revisión donde indica cómo la lactancia materna puede interferir en el metabolismo de la bilirrubina y que el neonato desarrolle hiperbilirrubinemia, precisa que el sistema nervioso inmaduro del lactante y sus barreras pueden ser muy susceptibles a la toxicidad que se genera por el aumento de la bilirrubina no conjugada. Una lactancia materna exclusiva provee cadenas largas poliinsaturadas de ácidos grasos que son necesarias para el crecimiento y desarrollo cerebral adecuado del neonato, incluso se sabe que los axones hipotalámicos pituitarios, la oxitocina y la producción de melatonina están de la mano con la alimentación mediante la lactancia materna, y esto ayuda al desarrollo neurocognitivo del lactante. (35)

Entonces fisiopatológicamente, ¿cómo es que se relaciona la lactancia materna con la aparición de la hiperbilirrubinemia neonatal? La ictericia neonatal producida por la lactancia materna, presenta dos patrones, la lactancia insuficiente e inadecuada, esto causa la aparición del aumento de la bilirrubina no conjugada y de la mano a esta la deshidratación, esto sucede porque se produce un incremento de la circulación enterohepática de la bilirrubina, la bilirrubina no conjugada ingresa al hígado mediante una difusión pasiva y por una membrana de transporte, entonces clínicamente los neonatos presentarán disminución de peso en comparación con el del nacimiento a causa de la deshidratación hipernatrémica y mucosas y piel ictericas. (36)

Como se vino describiendo anteriormente, la ictericia neonatal no solamente está asociada a la lactancia materna exclusiva, sino también es muy frecuente que algunos neonatos presenten trastornos por disminución de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. (37) Como lo mencionan Lee HY, et al en su artículo de revisión, refieren que esta deficiencia es una condición que permanece prevalente en todo el mundo y que está originada por una mutación en el gen G6PD. (38)

La deficiencia de G6PD en los neonatos, representa un mayor riesgo del desarrollo de hiperbilirrubinemia, y es un riesgo ya que puede evolucionar rápidamente a una

disfunción neurológica inducida por la bilirrubina, (39) y esto atenta contra la vida del recién nacido; además, estos neonatos también pueden desarrollar anemia hemolítica aguda, (40) y esto sucede porque presentan una mayor susceptibilidad a presentar un aumento del estrés oxidativo. (41)

Factores de riesgo de ictericia neonatal

Según estudios realizados, se han podido identificar varios factores de riesgo que apoyan al desarrollo de esta patología en los neonatos, entre los más prevalentes se mencionan a: edad gestacional menor de las 37 semanas, lactancia materna, casos de policitemia, incompatibilidad de grupo ABO, incremento de la circulación enterohepática, sexo masculino, infecciones intrauterino y del tracto urinario durante la gestación que conllevan a la sepsis neonatal, siendo esta patología otro gran factor de riesgo. (42)

Complicaciones

Como se ha ido mencionando anteriormente, la hiperbilirrubinemia en el neonato es una de las afecciones más comunes por la amplia variedad de mecanismos que lo producen, y realizar un diagnóstico diferencial preciso es de gran importancia, porque la demora en el diagnóstico y el tratamiento de esta patología conllevan a que el neonato desarrolle déficits neurológicos, comúnmente definido como encefalopatía inducida por el aumento de la bilirrubina. (43) Según estudios realizados, todos los neonatos que presenten factores de riesgo para el desarrollo de la hiperbilirrubinemia, son candidatos comunes a desarrollar encefalopatía causada por la ictericia neonatal. (44)

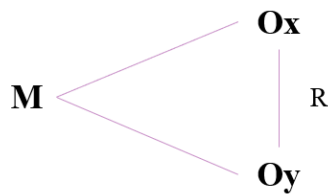
Este tipo de encefalopatía, en primera instancia puede ser aguda y transitoria o en los peores casos puede ser permanente y crónica, donde los signos y síntomas clínicos más comunes que pueden presentarse según estudios ya realizados son, la pérdida auditiva sensorial neural, displasias dentales y los disturbios extrapiramidales como la parálisis cerebral. (45) Un estudio realizado con corderos recién nacidos, mostró que la hiperbilirrubinemia no solamente puede presentar como complicación más importante la encefalopatía, sino también una notable alteración del control cardiorrespiratorio, donde ha mostrado una alta actividad del sistema parasimpático. (46)

Otra de las complicaciones que surgen a causa de la mala técnica de la lactancia materna exclusiva, lo que lleva a ocasionar la hiperbilirrubinemia, es la deshidratación hipernatrémica, (47) en un estudio realizado en Turquía a neonatos a término, encontraron que además de manifestarse la pérdida de peso en el lactante a causa de la deshidratación, trae consigo otras complicaciones como la acidosis metabólica, convulsiones y el requerimiento de diálisis, y la causa más común que encontraron (91%) fueron las dificultades que se presentan al momento de realizar el amamantamiento en lactantes que reciben alimentación exclusiva con leche materna. (48).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

- **Tipo:**
Aplicada
- **Diseño:**
No experimental, de tipo observacional.
Descriptivo, de corte transversal.



Leyenda:

- M = Muestra
- O = Observación
- Ox = Factores de riesgo materno
- R = Relación
- Oy = Ictericia neonatal

3.2. Variables y operacionalización

- **Variables**
Variable dependiente: Ictericia neonatal
Tipo de variable dependiente: Cualitativo nominal
Variable independiente: Factores de riesgo materno
Tipo de variable independiente: Cualitativo nominal
- **Operacionalización:**
Se muestra en anexos: Tabla 5.

3.3. Población, muestra y muestreo

- **Población:**

Población determinada por historias clínicas de los neonatos con diagnóstico de ictericia que estuvieron hospitalizados en el área de neonatología de un nosocomio tipo II, del año 2022-2023.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Registros clínicos de todos los neonatos dentro de los 28 días de nacido que tienen un diagnóstico médico de hiperbilirrubinemia neonatal que presenten información completa en sus archivos de historia clínica.
- Registros clínicos de neonatos de 0 a 28 días de vida con exámenes de laboratorio completos (hemograma, PCR, bilirrubinas totales y fraccionadas, grupo sanguíneo y factor rh).

3.3.2. Criterios de exclusión

- Historial clínico de recién nacido incompleto y sin exámenes de laboratorio realizados.
- Recién nacido con historia clínica sin diagnóstico médico de hiperbilirrubinemia neonatal.
- Recién nacido que presente en su historial clínico una edad mayor a los 28 días de vida.

- **Muestra:**

Población determinada por fórmula de tamaño de muestra de una proporción finita con un tamaño de población de 82, nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, donde sale una cantidad de 68 neonatos que tienen diagnóstico de ictericia que han sido atendidos en el servicio de neonatología en un periodo de tiempo del año 2022-2023. (Se muestra en anexos: Tabla 6)

- **Muestreo:**

Probabilístico aleatorio simple.

- **Unidad de análisis:**

Historial clínico de neonatos con diagnóstico de ictericia hospitalizados en el área de neonatología de un hospital tipo II, desde enero del 2022 hasta el mes de agosto del 2023.

3.4. Técnica, instrumento para recolección de datos, confiabilidad y validez

- **Técnica:**

La primera técnica establecida fue la observación, la cual permitió realizar la segunda técnica establecida, que fue desarrollar un análisis documental, esto a base de recaudar la suficiente información mediante los informes del expediente médico completos y exámenes de laboratorio realizados a los neonatos atendidos que fueron diagnosticados con ictericia, donde se tuvo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión de acuerdo a la población que se ha determinado.

- **Instrumento de recolección de datos:**

- Se ha solicitado una autorización a la dirección del Hospital II-2 Tarapoto para presentar el acceso correspondiente hacia el historial clínico y exámenes de laboratorio.
- Posteriormente mediante un documento se solicitó al servicio de estadística del mismo nosocomio la cantidad de neonatos atendidos durante el periodo enero del 2022 hasta agosto del 2023. (Ilustración 3)
- Consecutivamente, se realizó la observación y el análisis documental basado en los registros clínicos completos de cada neonato seleccionado de manera aleatoria con diagnóstico de ictericia.
- Ficha de recolección de datos, donde se han tenido en cuenta las variables con sus respectivos indicadores. (Se muestra en anexos: Tabla 7)
- Con la información que fue recopilada se ha registrado utilizando el programa de Microsoft Excel.

- **Confiabilidad:**

Para medir el nivel de confiabilidad en esta investigación, se desarrolló el método de alfa Cronbach mediante la fórmula de varianza de los ítems, se desarrolló una prueba piloto de revisión de 20 expedientes clínicos, donde se obtuvo como resultado 0,860 y en correlación al rango de medición se encuentra en una magnitud alta. (Se muestra en anexos: Tabla 8)

- **Validez:**

Para establecer la validez de esta investigación, se tuvieron en cuenta las bibliografías revisadas, donde se incluyeron otras investigaciones relacionadas al tema, además de la opinión y revisión mediante juicio de expertos de dos especialistas del área de pediatría, uno de neurología y uno de medicina interna. (Se muestra en anexos: Tabla 9)

3.5. Procedimientos

- **Modo de recolección de información:** La indagación fue efectuada por la investigadora y supervisada por el médico especialista en neonatología, quien a su vez brindó la ayuda necesaria para el acceso a la información de los registros clínicos de los neonatos seleccionados según las características que se describieron en los criterios de inclusión y exclusión; además, para que se haya desarrollado de una manera más específica y detallada, se realizó una ficha de recolección de datos basada en las características requeridas para este estudio.
- **Manipulación o control de variables:** La variable que se usó para el control fue la variable dependiente. Para minimizar el efecto de las variables perturbadoras, se usaron técnicas de control mediante selección aleatoria, esto se pudo realizar por el número finito de la población.
- **Coordinaciones institucionales requeridas:** Se realizaron las respectivas coordinaciones con el jefe de área del servicio de neonatología de un nosocomio tipo II, donde se elaboró un modelo de carta de juicio de experto.

3.6. Método de análisis de datos:

- Para la elaboración del análisis de tipo descriptivo de esta investigación, se tuvo en cuenta distintas frecuencias y porcentajes mediante la elaboración de tablas y figuras, teniendo en cuenta los requerimientos del estudio.

3.7. Aspectos éticos

Para la realización este trabajo se tuvo en cuenta la ética médica, donde se sustenta que como profesionales de la salud nos orientamos a hacer el bien, lo correcto e ideal para nuestros pacientes; además, del respeto a la vida y brindar la mejor calidad a la misma, protegiendo la dignidad e integridad de los pacientes

involucrados en la realización de este estudio. Los principios éticos médicos involucrados fueron: autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia.

Se describe la beneficencia y no maleficencia en este estudio, porque como futuros médicos y profesionales de la salud, debemos asegurar y brindar bienestar a cada uno de nuestros pacientes, evitando causar algún tipo de daño a su salud. En este estudio, la justicia está basada en los derechos que tienen cada uno de los pacientes seleccionados, donde se ejecutó con equidad, para que se evite las prácticas injustas. Se tuvo en cuenta la autonomía, porque es la dignidad de cada uno de los pacientes que fueron seleccionados, y en base a esto, se tuvo en cuenta el respeto brindado a cada uno de ellos.

IV. RESULTADOS

Se ha accedido a un total de 82 registros de historias clínicas del nosocomio donde se realizó la investigación, Hospital II-2 Tarapoto, de las cuales 68 fueron consideradas porque se encontraron dentro de los criterios de inclusión y exclusión entre los años 2022 – 2023.

Tabla 1: Factores maternos asociados a ictericia neonatal en un hospital tipo II

Factores maternos	Número	Porcentaje
Edad materna		
< 20 años	34	50%
20 – 35 años	15	22%
>35 años	19	28%
Patología infecciosa durante la gestación		
No presentó	45	66%
ITU	18	27%
Corioamnionitis	5	7%
Grupo sanguíneo materno		
O	43	63%
A	16	24%
B	5	7%
AB	4	6%
Factor rh materno		
Positivo	61	90%
Negativo	7	10%
Paridad		
Primípara	39	57%
Múltipara	29	43%
Tipo de alimentación que brinda a su neonato		
LME	62	91%
Mixta	4	6%
Solo fórmula	2	3%

Tabla 2: Factores de riesgo materno asociado a hiperbilirrubinemia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II

Factores maternos	Número	Porcentaje
Edad materna		
< 20 años	34	50%
20 – 35 años	15	22%
>35 años	19	28%
Paridad		
Primípara	39	57%
Múltipara	29	43%
Tipo de alimentación que brinda a su neonato		
LME	62	91%
Mixta	4	6%
Solo fórmula	2	3%

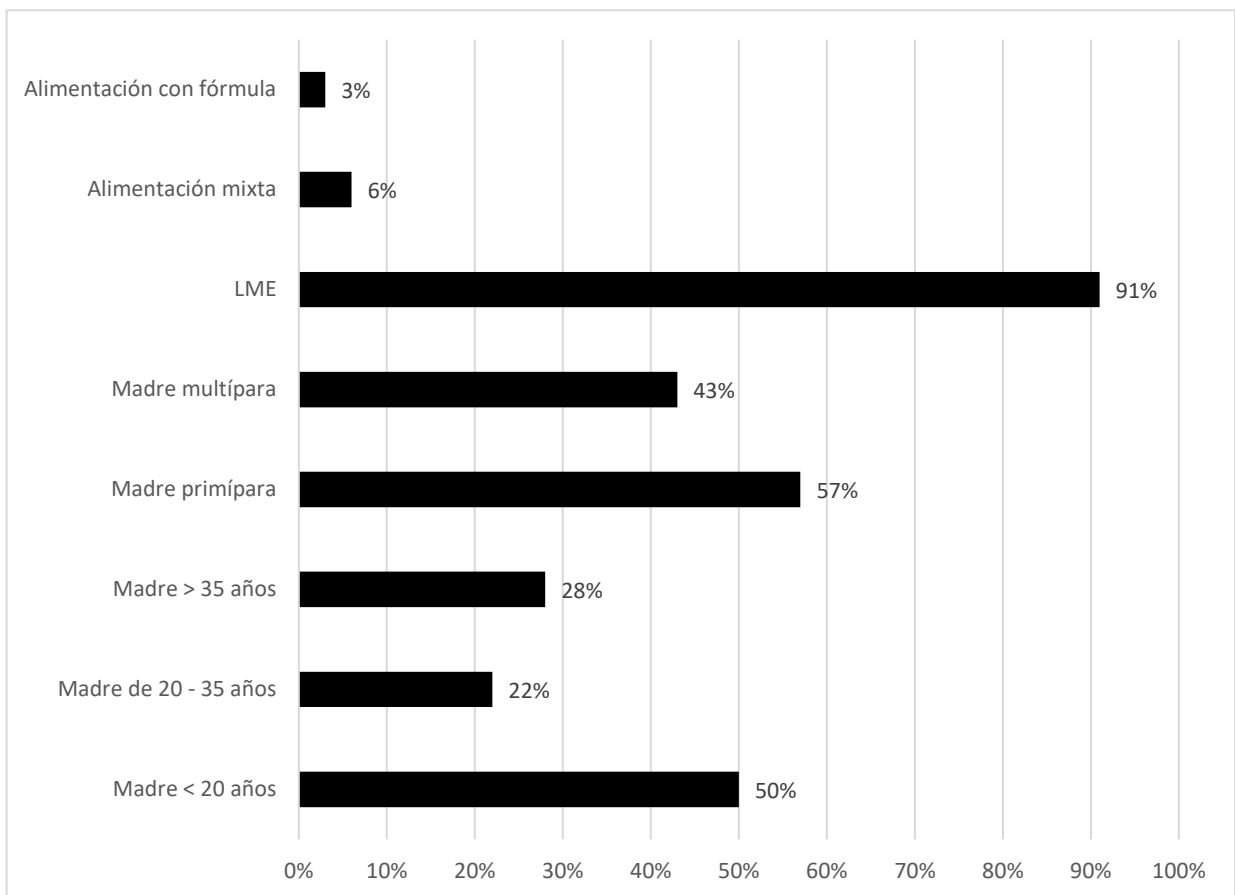


Ilustración 1: Frecuencia de factores maternos asociados a ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II

Tabla 3: Factores neonatales que van de la mano con factores de riesgo materno asociados a ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica en un hospital tipo II

Factores neonatales	Número	Porcentaje
Aparición de la ictericia (horas)		
≤ 24 horas	15	22%
> 24 horas	53	78%
Sexo		
Femenino	42	62%
Masculino	26	38%
Pérdida de peso		
< 7 %	41	60%
7 – 10 %	24	35%
> 10 %	3	5%
Edad gestacional		
< 37 semanas	33	49%
37 – 41 semanas	20	29%
> 41 semanas	15	22%

V. DISCUSIÓN

El estudio realizado, tuvo como objetivo general identificar factores de riesgo materno asociado al desarrollo de hiperbilirrubinemia en el servicio de pediatría/neonatología del Hospital II-2 Tarapoto, 2022-2023. Los objetivos específicos que se desarrollaron fueron determinar los factores de riesgo maternos que se encuentran asociados a la aparición de ictericia por deshidratación hipernatrémica, describir el factor de riesgo materno más frecuente asociado al desarrollo de ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica e identificar factores de riesgo en el neonato que van de la mano con los factores de riesgo materno que se asocian a la aparición de ictericia por deshidratación hipernatrémica.

Los factores de riesgo que fueron estudiados en esta investigación, demostraron asociación significativa de acuerdo a las frecuencias encontradas con cada uno de ellos, esto muestra que existe relación entre el desarrollo de la hiperbilirrubinemia en el neonato por deshidratación hipernatrémica y los factores maternos anteriormente descritos.

En la tabla 1, sobre la presencia de una patología infecciosa durante la gestación se estableció con una frecuencia del 27% a las pacientes que durante este proceso presentaron infección del tracto urinario, siendo esta la más alta de las dos patologías infecciosas comparadas y seguida por madres gestantes que presentaron corioamnionitis, con una frecuencia del 7%. Haciendo énfasis a este factor de riesgo, el estudio realizado por Vela Torres T. (49) Apoya los resultados obtenidos en esta investigación, ya que encontró una frecuencia del 36% para la infección del tracto urinario durante el tercer trimestre de gestación asociado posteriormente al desarrollo de hiperbilirrubinemia en el neonato, encontrando significancia con un odds ratio de 2.056 y valor de $p < 0.05$. En cuanto a la paridad, la frecuencia de presencia de ictericia en neonatos de primíparas fue mayor a la de multíparas, la primera con un 57% y la segunda con una frecuencia del 43%. El estudio realizado por G. del Castillo C. et al. (24) Defiende la postura de esta investigación, ya que entre uno de los factores sociodemográficos para el desarrollo de la ictericia en el recién nacido asociado a la presencia de deshidratación

hipernatrémica fue la primiparidad, el 88,4% de las madres con neonato icterico fueron primíparas, y solo el 11% fueron de madres multíparas. Asefa et al. (22) en su investigación realizada difiere con los resultados presentados en este estudio, ya que las madres multíparas con neonatos que han desarrollado hiperbilirrubinemia presentaron un porcentaje de frecuencia del 65%, en cambio en este estudio las madres primíparas solo presentaron una frecuencia del 22% a diferencia con esta investigación realizada en un nosocomio de tipo II donde se presentó en un 57% de las primíparas, en el mismo estudio de los autores seguido por las grandes multíparas con un porcentaje de frecuencia del 12%.

En la tabla 2, se describen los factores de riesgo materno asociado a hiperbilirrubinemia en el neonato por deshidratación hipernatrémica, el tipo de alimentación que la madre brinda al neonato, es uno de los factores de riesgo más controversiales para el desarrollo de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido, esto porque va de la mano con otros factores de riesgo y culmina en la presentación de la patología que se ha tomado en cuenta para este estudio. Los neonatos que recibieron lactancia materna exclusiva presentaron una frecuencia del 91% para la aparición de ictericia, seguido de la alimentación mixta con un 6% y hubo menor cantidad de neonatos alimentados con fórmula pero que si presentaron ictericia en un 3%. Hanin et al. (21) realizaron un estudio sobre la lactancia y los reingresos al área de hospitalización del servicio de neonatología de un hospital, donde al igual que en esta investigación encontraron como un gran factor de riesgo la lactancia materna, ya que más de la mitad de los neonatos que fueron admitidos fueron alimentados mediante esta técnica, con una frecuencia del 57% y con valor de $p = 0.04$, en este estudio refieren que uno de los grandes problemas para que la lactancia materna exclusiva sea ineficaz son las tomas de menos de 8 veces en un rango de 24 horas, este factor es efectivo porque su valor de p es 0.019. Lo último descrito coincide con esta investigación, ya que hubo una mayor frecuencia de neonatos con hiperbilirrubinemia en madres menores de 20 años, siendo estas primíparas, es un punto donde se puede asociar con la inexperiencia y la mala técnica que pueden haber estado utilizando para el amamantamiento de su recién nacido. A esto se puede encontrar una asociación con la presencia de deshidratación en el neonato, así como se describe en el estudio de Ünver, et al. (19) Los resultados de este estudio estuvieron relacionados con la pérdida de peso

del neonato a comparación con el peso del nacimiento, con un valor de $p < 0.05$, inclusive se asoció no solo la presencia de hiperbilirrubinemia en el neonato sino también el desarrollo de bradicardia, con una significancia de valor de $p 0.03$. Como se describió anteriormente, en este estudio hubo presencia de pérdida de peso en neonatos hospitalizados por ictericia. Otro de los factores de riesgo maternos que conlleva a la aparición de esta patología, es la edad materna, se presentó con una frecuencia del 50% en madres menores de 20 años, seguido de madres que se encontraban en un rango de edad mayor a los 35 años con una frecuencia del 28%, y en menor porcentaje en madres desde los 20 a 35 años. Respecto a este factor, difiere en un estudio realizado por G. del Castillo C. et al, ya que en las características de este encontraron que las madres de su estudio se presentaron con un promedio de edad entre los 25 años. (24) Lo que es lo contrario a esta investigación, donde las madres con mayor frecuencia de neonatos con presencia de ictericia se encontraron en menores de 20 años. En la investigación de Vásquez-Hoyos P y cols, también asociaron la edad materna como un factor de riesgo para la presencia de hiperbilirrubinemia en el neonato, no encontrando significancia ya que el valor de p se presentó en 0.318.

En la ilustración 1, se observó que la lactancia materna exclusiva es el factor de riesgo primordial en la aparición de hiperbilirrubinemia en el neonato, como se ha descrito anteriormente en la tabla 2, esto puede ser por diversos otros factores conductuales y sociodemográficos de la madre del recién nacido, es importante mencionar que este factor de riesgo no solo aumenta los niveles de bilirrubina plasmática en el neonato, sino también conduce a la deshidratación de tipo hipernatrémica.

En la tabla 3, los resultados encontrados para los factores neonatales que van de la mano con factores de riesgo materno asociados a ictericia en el neonato por deshidratación hipernatrémica, se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en un 62% con respecto al sexo masculino que solo se presentaron en una frecuencia del 38%. En un estudio realizado por Vásquez-Hoyos P y cols, sobre factores que estuvieron asociados a realización de exanguino transfusión por ictericia en el neonato, de igual manera consideraron el sexo como un factor de riesgo, donde predominó el sexo femenino en un 60% en casos y 57.6 % en los

controles. (18) Los porcentajes de pérdida de peso que se presentaron con mayor frecuencia para esta patología fueron < 7% y entre el 7 – 10%, el primero con un porcentaje de frecuencia del 60% y el segundo en un 35%, siendo menos habitual la pérdida de peso mayor al 10% que solo se presentó en los neonatos estudiados con una frecuencia del 5%. Una investigación realizada por G. del Castillo C. et al. Donde evaluaron la presencia de ictericia en el neonato asociada a la deshidratación de causa hipernatrémica, encontraron que la pérdida de peso del neonato con respecto al peso del nacimiento es un factor importante, ya que en su estudio la media del peso al nacimiento fue de 3.238 g y posteriormente el promedio de pérdida de peso del neonato al reingreso para hospitalización fue del 15%, quienes como principal cuadro clínico presentaron en un 84% ictericia a la realización del examen físico y fiebre cuantificada solo el 38.9%. (24) En esta investigación al igual que en la anterior, se ha tomado como factor de riesgo el porcentaje de la pérdida de peso del neonato al ingreso en comparación con su peso al nacer, porque está asociado a la presencia de deshidratación, lo que posteriormente cursa con el desarrollo de la ictericia, porque ocurre un incremento de la circulación enterohepática. La edad gestacional fue otro de los factores de riesgo que se tuvo en cuenta, donde se encontró que hubo mayor frecuencia con la presencia de ictericia en neonatos con una edad gestacional menor a 37 semanas, con la presencia del 49%, seguido por neonatos entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional con un 29%, y en menor frecuencia en neonatos con edad gestacional mayor a las 41 semanas. Lin Q, et al. Realizaron un estudio donde uno de los factores de riesgo predominantes para la hiperbilirrubinemia en el neonato fue que nacieron como parto prematuro, obtuvieron como resultado un odds ratio de 1,31 con intervalo de confianza del 95% y con resultado del valor de $p < 0,00001$. (23) Lo que coincide con los resultados de esta investigación, ya que se encontró un mayor porcentaje de diagnóstico médico de ictericia en neonatos que nacieron pretérmino.

VI. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo materno relacionados a la aparición de hiperbilirrubinemia en el neonato menor o igual a 28 días de vida, fueron la edad materna menor de 20 años, el tipo de alimentación brindada al recién nacido como la lactancia materna exclusiva, las madres primíparas, la presencia de infección de tracto urinario durante el tercer trimestre de la gestación y la incompatibilidad rh en menor frecuencia.

Los factores maternos que se encontraron relacionados con la aparición de la hiperbilirrubinemia neonatal por deshidratación hipernatrémica fueron la edad materna menor de 20 años, las madres primíparas y el tipo de alimentación brindada al recién nacido como la lactancia materna exclusiva.

El factor de riesgo materno más frecuente que se ha presentado en esta investigación, fue el tipo de alimentación que las madres brindaron a su neonato, en este caso la lactancia materna exclusiva, esto puede ocurrir por diversos factores como la inexperiencia de las madres, la mala técnica de amamantamiento e inclusive la presencia de alguna patología como la deficiencia de G6PD.

En la mayoría de neonatos la ictericia apareció posterior a las 24 horas del nacimiento, donde los factores neonatales asociados a la aparición de hiperbilirrubinemia por deshidratación de tipo hipernatrémica fueron el sexo femenino, la edad gestacional menor a las 37 semanas, y la pérdida de peso del neonato con respecto al peso en su nacimiento. También se ha presentado en menor frecuencia la ictericia antes de las 24 horas de vida neonatal, a causa de la incompatibilidad rh.

VII. RECOMENDACIONES

Durante el proceso de la gestación y cuando nace el bebé, se recomienda evaluar los factores de riesgo tanto neonatales como maternos que el recién nacido puede presentar para prevenir que posteriormente desarrolle ictericia.

Se debe tener en cuenta la edad de la madre y si es su primer hijo, ya que por falta de experiencia puede contribuir al desarrollo de ictericia posterior a las 24 horas de nacido de su neonato, en este punto se recomienda la prevención primaria mientras la madre se encuentre en el proceso de la gestación o dentro de las primeras 24 horas del recién nacido.

Durante los primeros controles prenatales que se realiza la madre, se recomienda evaluar los factores de riesgo que ella presente y que contribuyan en la aparición de hiperbilirrubinemia en su neonato.

Se recomienda valorar los factores de riesgo que el neonato pudiese presentar para el desarrollo de hiperbilirrubinemia y de acuerdo a esto evitar el alta a las 24 horas para que pueda ser evaluado y de ser el caso, tratado, evitando así las complicaciones de esta patología.

REFERENCIAS

1. Amegan-Aho KH, Segbefia CI, Glover NDO, Ansa GA, Afaa TJ. Neonatal Jaundice: awareness, perception and preventive practices in expectant mothers. *Ghana Med J*. 2019 Dec;53(4):267-272. doi: 10.4314/gmj.v53i4.3.
2. Ansong-Assoku B, Shah SD, Adnan M, Ankola PA. Neonatal Jaundice. 2023 Feb 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 30422525.
3. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2018 Sep 15;98(6):368-373.
4. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2019 Jul 24;19(1):993. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7331-y>
5. Del Castillo-Hegyí C, Achilles J, Segrave-Daly BJ, Hafken L. Fatal Hypernatremic Dehydration in a Term Exclusively Breastfed Newborn. *Children (Basel)*. 2022 Sep 13;9(9):1379. doi: <https://doi.org/10.3390/children9091379>
6. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, Bezze EN, Mauri PA, Zanotta L, Roggero P, Plevani L, Bertoli D, Gianni ML, Mosca F. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018 Jan 5;10(1):48. doi: <https://doi.org/10.3390/nu10010048>
7. Hay G, Bærug AB. The benefits of exclusive breastfeeding up to six months. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2019 May 3;139(9). Norwegian, English. doi: 10.4045/tidsskr.19.0105.
8. Zia MT, Golombek S, Nitkowski-Keever S, Paudel U. Weight loss monitoring reduces the occurrence of neonatal hypernatremic dehydration in breastfeeding neonates. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2022 Mar;9(1):22-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2021.02.004>
9. Koletzko B. Atención nutricional de lactantes. Bases científicas y directrices prácticas. *World Rev Nutr Diet*. Basel, Karger, 2022, vol 122, pp 34–48. doi: <https://doi.org/10.1159/000526496>

10. Krzemień G, Pańczyk-Tomaszewska M, Antonowicz-Zawiślak A, Szmigielska A. Clinical profile of neonates with hypernatremic dehydration in a nephrology clinic. *Pol Merkur Lekarski*. 2020 Oct 23;48(287):307-311.
11. Saxena A, Kalra S, Shaw SC, Venkatnarayan K, Sood A, Tewari VV, Gupta R. Correction of hypernatremic dehydration in neonates with supervised breast-feeding: A cross-sectional observational study. *Med J Armed Forces India*. 2020 Oct;76(4):438-442. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.05.002>
12. Wilde VK. Breastfeeding Insufficiencies: Common and Preventable Harm to Neonates. *Cureus*. 2021 Oct 4;13(10):e18478. DOI: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.18478>
13. Eghbalian F, Hasanpour-Dehkordi A, Raeisi R. The Effects of Clofibrate on Neonatal Jaundice: A Systematic Review. *Int J Prev Med*. 2022 Jan 19;13:3. DOI: https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_407_20
14. Anderson NB, Calkins KL. Neonatal Indirect Hyperbilirubinemia. *Neoreviews*. 2020 Nov; 21(11): e749-e760. doi: <https://doi.org/10.1542/neo.21-11-e749>
15. Pace EJ, Brown CM, DeGeorge KC. Neonatal hyperbilirubinemia: An evidence-based approach. *J Fam Pract*. 2019 Jan/Feb;68(1):E4-E11.
16. Salud Md. Resolución Ministerial RM1041-2006/MINSA. 2006. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido con Ictericia.
17. Bergmann AU, Thorkelsson T. [Incidence and risk factors for severe hyperbilirubinemia in term neonates]. *Laeknabladid*. 2020 Mars;106(3):139-143. Icelandic. doi: <https://doi.org/10.17992/lbl.2020.03.473>
18. Vásquez-Hoyos P, Romero H, Álzate JP, Riaño LH, Góngora MM, Roa RA. Factores de riesgo asociados a exanguinotransfusión por ictericia neonatal en un hospital universitario: estudio de casos y controles. *Rev Mex Pediatr* 2020; 87(3):91-96. doi: 10.35366/94838
19. Ünver Korğalı E, Cihan MK, Oğuzalp T, Şahinbaş A, Ekici M. Hypernatremic Dehydration in Breastfed Term Infants: Retrospective Evaluation of 159 Cases. *Breastfeed Med*. 2017 Jan/Feb;12:5-11. DOI: <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0077>
20. Michelle C, Mahaman A, Maibouge M. Prevalencia de ictericia neonatal y los factores de riesgo asociados entre bebés nacidos en el Hospital Westenden Harare, Zimbawe. Volumen 16, número 2, mayo – agosto de 2023.

- Disponible en:
<https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/1561/2679>
21. Hanin EA, Rayan H, Hani T, Taleb J, Dany AH, Lama C. Breastfeeding and Readmission for Hyperbilirubinemia in Late Preterm and Term Infants in Beirut, Lebanon. *Indian Pediatr.* 2022 Mar 15;59(3):218-221.
22. Asefa GG, Gebrewahid TG, Nuguse H, Gebremichael MW, Birhane M, Zereabruk K, et al. Determinants of Neonatal Jaundice among Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit in Public General Hospitals of Central Zone, Tigray, Northern Ethiopia, 2019: a Case-Control Study. *Biomed Res Int.* 2020 Oct 21; 2020:4743974. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/4743974>
23. Lin Q, Zhu D, Chen C, Feng Y, Shen F, Wu Z. Risk factors for neonatal hyperbilirubinemia: a systematic review and meta-analysis. *Transl Pediatr.* 2022 Jun; 11(6):1001-1009. doi: <https://doi.org/10.21037/tp-22-229>
24. Del Castillo C. G, Suares A. D, Granja A. M, Oviedo E. B, Urbano U. J, Cabrera B. N. Characterization of full term newborns with hypernatremic dehydration. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Mayo 19]; 91(6): 874-880. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000600874&lng=es. DOI:
<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i6.1399>.
25. Hernández C, Rosales J. Asociación entre embarazo adolescente e hiperbilirrubinemia y bajo peso al nacer: cohorte retrospectiva en un hospital en Perú, 2015-2016. *An Fac med.* 2019; 80(2):150-6. DOI:
<https://10.15381/anales.802.16407>
26. Rojas Casaperalta N. Factores Relacionados a la Deshidratación Hipernatrémica Neonatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018. Trabajo de investigación. Tesis. Arequipa – Perú. 2019. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8202/MDrocana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Suárez A. Técnica de lactancia materna exclusiva e ictericia neonatal por deshidratación, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015. Trabajo de investigación. Tesis. Lima – Perú. 2019. Disponible en:

- https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4473/su%c3%a1rez_aag.pdf?sequence=3&isAllowed=y
28. Bernal Huamanchumo A. Factores de Riesgo Asociados a Ictericia Neonatal en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. Trabajo de investigación. Tesis. Cajamarca – Perú. 2022. Disponible en: http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4872/T016_71919790_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. Uriol Paredes O. Factores de Riesgo Maternos – Neonatales Relacionados al Recién Nacido con Ictericia Neonatal Hospitalizado en el Servicio De Neonatología Del Hospital Belén de Trujillo 2018. Trabajo de investigación. Tesis. Trujillo – Perú. 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25436/uriol_py.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 30. M. González-Valcárcel, R.C. Raynero Mellado, S.M. Caballero Martín. Ictericia neonatal. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (3): 147 – 153. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/04/n3-147-153_MartaGlez.pdf
 31. Eghbalian F, Hasanpour-Dehkordi A, Raeisi R. The Effects of Clofibrate on Neonatal Jaundice: A Systematic Review. *Int J Prev Med*. 2022 Jan 19;13:3. DOI: https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_407_20
 32. Ñacari-Vera M. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev méd panacea* 2018; (2): 63-68.
 33. López-Candiani C. Tratamiento individualizado de la deshidratación hipernatrémica en el recién nacido. *Acta Pediatr Mex*. 2019;40(2):99-106.
 34. Mitra S, Rennie J. Neonatal jaundice: a etiology, diagnosis and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, December 2017, Vol 78, No 12. DOI: <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.699>
 35. Prameela KK. Breastfeeding during breast milk jaundice - a pathophysiological perspective. *Med J Malaysia*. 2019 Dec;74(6):527-533.
 36. Lee B, Piersante T, Calkins KL. Neonatal Hyperbilirubinemia. *Pediatr Ann*. 2022 Jun;51(6):e219-e227. doi: <https://doi.org/10.3928/19382359-20220407-02>

37. de Toledo Nogueira E, Cartagena Miranda G, Maia Silva J, Comeli Ordonho L, Melo Camargo L, Castro Soalheiro M, et al. Factors associated with neonatal Jaundice and its treatment: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n.5,p.18695-18705,sep./oct.,2022. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-078>
38. Lee HY, Ithnin A, Azma RZ, Othman A, Salvador A, Cheah FC. Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency and Neonatal Hyperbilirubinemia: Insights on Pathophysiology, Diagnosis, and Gene Variants in Disease Heterogeneity. *Front Pediatr*. 2022 May 24; 10:875877. doi: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.875877>
39. Eissa AA, Haji BA, Al-Doski AA. G6PD Deficiency Prevalence as a Cause of Neonatal Jaundice in a Neonatal Ward in Dohuk, Iraq. *Am J Perinatol*. 2021 May;38(6):575-580. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700854>
40. Kaplan M, Wong RJ, Stevenson DK. Hemolysis and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency-Related Neonatal Hyperbilirubinemia. *Neonatology*. 2018;114(3):223-225. doi: <https://doi.org/10.1159/000489820>
41. Salazar Porras D, Aguilar Hernández L, González Alfaro F. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Vol. 8(8), agosto 2023-ISSN: 2215-4523 / e-ISSN: 2215-5279. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i8.1085>
42. Javadi M, Deravi S, Zarei S, Mahdavi N, Ranjbaran M. Prevalence of G6PD deficiency in Iranian neonates with jaundice: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Dec;35(25):5813-5820. doi: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1895738>
43. Okumura A, Ichimura S, Hayakawa M, Arai H, Maruo Y, Kusaka T, Kunikata T, Kumada S, Morioka I. Neonatal Jaundice in Preterm Infants with Bilirubin Encephalopathy. *Neonatology*. 2021;118(3):301-309. doi: <https://doi.org/10.1159/000513785>
44. Farouk ZL, Slusher TM, Danzomo AA, Slusher IL. Knowledge, Observation and Practices Related to Neonatal Jaundice in a Rural Community in Kano, Nigeria. *J Trop Pediatr*. 2021 Jan 29;67(1):fmaa134. doi: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa134>

45. Karimzadeh P, Fallahi M, Kazemian M, Taslimi Taleghani N, Nouripour S, Radfar M. Bilirubin Induced Encephalopathy. *Iran J Child Neurol*. 2020 Winter;14(1):7-19.
46. Al-Omar S, Le Rolle V, Samson N, Specq ML, Bourgoin-Heck M, Costet N, Carrault G, Praud JP. Influence of Moderate Hyperbilirubinemia on Cardiorespiratory Control in Preterm Lambs. *Front Physiol*. 2019 Apr 26;10:468. doi: <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00468>
47. Hernández López AB, Muriel Miguel C, Fernández-Cañadas Morillo A, López Lapeyrere C, Pérez Medina T, Salcedo Mariña Á, Fornet Ruiz I, Rubio González E, Solís Muñoz M. Efficacy of "optimal hydration" during labor: HYDRATA study protocol for a randomized clinical trial. *Res Nurs Health*. 2020 Jan;43(1):8-16. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21998>
48. Akdeniz O, Çelik M, Samancı S. Evaluation of Term Newborn Patients With Hypermnatremic Dehydration. *Turk Arch Pediatr*. 2021 Jul 1;56(4):344-349. doi: <https://doi.org/10.5152/turkarchpediatr.2021.20153>
49. Vela Torres T. Infección Urinaria Materna como Factor de Riesgo para Hiperbilirrubinemia Neonatal en El Hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2020. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/6145>

ANEXOS

Tabla 4: Operacionalización de variables

Variables	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	
Ictericia neonatal	Cualitativa nominal	Acumulación de bilirrubina sérica en tejidos y mucosas, lo que causa coloración amarillenta.	Ictericia de tipo fisiológica o patológica.	24 primeras horas de vida. Después de las 24 horas de vida.	Cualitativo nominal dicotómico.	
Factores de riesgo	Neonatales					
	Sexo	Cualitativa nominal	Denominación del sexo de la persona a partir del aparato reproductivo	Cromosomas XX y XY, por lo que se denomina femenino o masculino	Femenino / Masculino	Cualitativa dicotómica
	Pérdida de peso	Cuantitativa	Disminución de peso en comparación al peso del nacimiento.	Pérdida de peso > 7% en el tercer día.	< 7% 7-10% >10%	Cuantitativa razón
	Edad gestacional	Cuantitativa	Semanas de edad gestacional hasta el parto.	Semanas calculadas por capurro, fecha de última regla, ecografía del 1er trimestre.	< 37 37-41 >41	Cuantitativa razón
	Maternos					
	Edad materna	Cuantitativa	Años cumplidos de la madre transcurridos hasta el momento de la gestación.	Años cumplidos de la madre transcurridos hasta el momento del estudio.	< 20 años 20-35 años >35 años	Cuantitativa continua
	Patología infecciosa durante la gestación	Cualitativa nominal	Condiciones patológicas de etiología infecciosa que pueden presentarse durante la gestación.	Infección durante el proceso de gestación.	ITU Corioamnionitis	Nominal dicotómica
	Grupo sanguíneo	Cualitativa nominal	Clasificación del grupo sanguíneo.	Tipo de grupo del historial clínico.	O, A, B, AB	Nominal politómica
	Factor Rh	Cualitativa nominal	Presencia de antígeno D.	Presencia de antígeno D que se obtiene del historial clínico.	Rh positivo o negativo.	Nominal dicotómica
	Paridad	Cuantitativa	Número de partos maternos.	Número de partos	Primípara. Múltipara.	Cuantitativa discreta

	Lactancia materna	Cualitativo nominal	Tipo de alimentación efectiva y segura que la madre proporciona al neonato en un periodo de 6 meses.	Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.	Lactancia materna exclusiva. Lactancia mixta. Solo fórmula.	Cualitativo nominal politómico
--	-------------------	---------------------	--	---	---	--------------------------------

Tabla 5: Cálculo de número de muestra

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

N: tamaño de la población = **82**

Z: nivel de confianza = **1,95**

p: proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia = **0,5**

q: proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p) = **0,5**

n: tamaño de la muestra = **68**

Tabla 6: Ficha de recolección de datos

Número de historia clínica:			
Factores de riesgo neonatales			
Sexo	Femenino		Masculino
Ictericia fisiológica o patológica	Posterior a las primeras 24 horas de vida		Durante las primeras 24 horas de vida
Edad gestacional	< 37 semanas	37 – 41 semanas	>41 semanas
Pérdida de peso	<7 %	7-10%	>10%
Factores de riesgo maternos			
Rango de edad	< 20 años	20 - 35 años	>35 años
Durante el proceso de gestación ha presentado infección de tracto urinario o corioamnionitis	Infección de tracto urinario	Corioamnionitis	No
Factor RH	Positivo		Negativo
Grupo sanguíneo	O	A	B AB
Es la primera vez que da a luz	Si		No
Tipo de alimentación que brinda a su bebé	LME	Mixta	Solo fórmula

Tabla 7: Confiabilidad del instrumento

Procesamiento de casos piloto			
		Número	Pocentaje
Casos	Válidos	20	100%
	Excluidos	0	0%
	Total	20	100%
Estadística de fiabilidad			
Fórmula		$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$	
Alfa de Cronbach		Número de ítems	
0,860		17	

Tabla 8: Carta de juicio de experto

Respetado experto:


Reciba mis más cordiales saludos. El motivo del documento es para informarle que estoy realizando la validación basada en el contenido de un instrumento destinado a “Factores maternos asociados a ictericia por deshidratación hipernatrémica en el servicio de pediatría/neonatología”.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de Educación en Ciencias de la Salud como a sus aplicaciones.

En ese sentido, solicito pueda evaluar cada ítem en los criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Su sinceridad y participación voluntaria me permitirá identificar posibles fallas en la escala. Agradecemos su valiosa colaboración.


NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CARLOS MATA PÉREZ
FORMACIÓN ACADÉMICA	CIENCIAS DE LA SALUD
TÍTULO PROFESIONAL	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
GRADO ACADÉMICO	MEDICO ESPECIALISTA
AÑOS DE EXPERIENCIA	23 AÑOS

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II 2 TAMBAPOTO


.....
JUAN CARLOS MATA PÉREZ
MEDICO PEDIATRA
CMP 24073 RNE 24477
.....

Firma del docente evaluador


NOMBRES Y APELLIDOS	FERNANDO DELGADO DEL AGUILA
FORMACIÓN ACADÉMICA	CIENCIAS DE LA SALUD
TITULO PROFESIONAL	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
GRADO ACADÉMICO	MEDICO ESPECIALISTA
AÑOS DE EXPERIENCIA	12 AÑOS



 Dr. Fernando Delgado del Aguila
 MEDICO PEDIATRA
 CMP 53333 RNE 41694
 Asistente del Servicio de Pediatría,
 Emergencia y Ciudades Críticas

Firma del docente evaluador

NOMBRES Y APELLIDOS	VICTOR G. ALVINO NEYRA
FORMACIÓN ACADÉMICA	CIENCIAS DE LA SALUD
TITULO PROFESIONAL	MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
GRADO ACADÉMICO	MEDICO ESPECIALISTA
AÑOS DE EXPERIENCIA	22 AÑOS



 VICTOR G. ALVINO NEYRA
 MEDICO NEUROLOGO
 C.M.P. 31214
 N.E. 16527

Firma del docente evaluador

NOMBRES Y APELLIDOS	LAURA ALICIA PAREDES ROMAN
FORMACIÓN ACADÉMICA	CIENCIAS DE LA SALUD
TITULO PROFESIONAL	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
GRADO ACADÉMICO	MEDICO ESPECIALISTA
AÑOS DE EXPERIENCIA	9 AÑOS




Laura A. Paredes Román
MÉDICO ESPECIALISTA
MEDICINA INTERNA
CMP 67086 RNE 42092



Firma del docente evaluador

Ilustración 2: Estadística del número de neonatos hospitalizados

**HOSPITAL II-2 TARAPOTO**
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA
"ANFO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO"

INFORME N° 217-2023- OGESS ESPECIALIZADA/EST.

A : Lic. Enf. JANETT ROSARIO RAMIREZ TORRES
Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria.

DE : MG. Ing. Sist. LARISA M. TRINIDAD ALVITRES
Jefe de la Unidad de Estadística


ASUNTO : INFORMACION TESIS


FECHA : Tarapoto, 19 de Octubre de 2023

Por medio de la presente me dirijo cordialmente a usted, Para entregarle la información para el estudio de investigación; Con MEMORANDO N° 316-2023-OGESS ESPECIALIZADA/U.E.I. S, Referente a la tesis de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO EN EL SERVICIO DE ONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, PERIODO 2023"

Es todo lo que informo para su conocimiento y demás fines.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
OGESS ESPECIALIZADA HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

ING. MG. LARISA MILENA TRINIDAD ALVITRES
CIP 147093
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
OGESS ESPECIALIZADA - HOSPITAL II - 2 TARAPOTO
OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA
19 OCT 2023
RECIBIDO
HORA: 11:24 FIRMA: 

Cc.
ARCHIVO
OIS.

[/hospitaltarapoto](#) [@HRT_Oficial](#) [@uehospitaltarapoto](#)
www.hospitaltarapoto.gob.pe

Jr. Ángel Delgado Morey Nro 503
Tarapoto - San Martín
Telefono : (042)-52 0012

EGRESOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

ENERO - DICIEMBRE 2022

numhc	nomb	apell	sexo	edad	tipoeedad	distrito	fecing	fecegr	totalest	servicio	coddiag	dx1	MES
135097	RN	SAAVEDRA SAAVEDRA	F	7	DIAS	CUÑUMBUQU	3/01/2022	9/01/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ENERO
136789	KIM NIRVANA	ARAUJO QIANAMA	F	7	DIAS	CHAZUTA	31/01/2022	4/02/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	FEBRERO
137619	GIANNA ITZAIR	AREVALO FERNANDEZ	F	9	DIAS	TARAPOTO	12/02/2022	19/02/2022	7	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	FEBRERO
137820	SOFIA CATALINA	RIVERA SALAS	F	10	DIAS	LA BANDA DE	19/02/2022	20/02/2022	1	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	FEBRERO
138987	GARY NEVILLE	SANCHEZ BARDALES	M	8	DIAS	JUANJUI	7/03/2022	13/03/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MARZO
138901	SEGUNDO SANTIA	ROMAN REQUELME	M	9	DIAS	SAPOSOA	7/03/2022	13/03/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MARZO
139364	IAN MATHEWS	ASEÑO VERA	M	8	DIAS	LA BANDA DE	15/03/2022	17/03/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MARZO
140534	ADRIAN VALENTI	FLORES YALTA	M	22	DIAS	TARAPOTO	1/04/2022	3/04/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
140555	BASTIAN GAEL	ORIHUELA OCAMPO	M	7	DIAS	PICOTA	3/04/2022	8/04/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
0140846	ROCCIBELLA	BARBOZA GONZALES	F	18	DIAS	SAN JOSE DE	6/04/2022	9/04/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
141064	RN	CANCINO SALDAÑA	F	9	DIAS	PICOTA	8/04/2022	11/04/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
0140799	DERECK SEVASTI	FERNANDEZ AGUIRRE	M	8	DIAS	CHIPURANA	8/04/2022	12/04/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
141534	JOCABED EUNICE	RAMIREZ BERNALES	F	4	DIAS	TARAPOTO	16/04/2022	20/04/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
140299	ENZO SALVADOR	SHAPIAMA TAPULLIMA	M	3	DIAS	TARAPOTO	30/03/2022	1/04/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	ABRIL
143059	ESTER EUNICE	SANTILLAN TAPULLIMA	F	10	DIAS	PICOTA	10/05/2022	14/05/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
143538	ALICE CAMILA	LOZANO VASQUEZ	F	10	DIAS	JUANJUI	17/05/2022	20/05/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
143555	ANDRE	CORONEL VILLALOBOS	M	5	DIAS	MORALES	18/05/2022	23/05/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
143687	THIAGO PAUL	GONZALES MENA	M	6	DIAS	SAUCE	20/05/2022	23/05/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
143882	NAYRA ZOE	RENGIFO PANAIFO	F	4	DIAS	TARAPOTO	23/05/2022	27/05/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
1439700	DOMINIC SAIR	REYNA CALDERON	M	7	DIAS	PISCOYACU	25/05/2022	28/05/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
143552	MAFER JENE	FONSECA VASQUEZ	F	16	DIAS	TARAPOTO	31/05/2022	2/06/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
145163	TANER ADRIEL	GOMEZ VARGAS	M	4	DIAS	TARAPOTO	12/06/2022	16/06/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
146269	KEVIN ADRIAN	PAZ PARIACURI	M	5	DIAS	SANTA ROSA	5/07/2022	6/07/2022	1	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JULIO
146758	VALERAY DEL CAR	PAREDES GRANDEZ	F	10	DIAS	LA BANDA DE	7/07/2022	10/07/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JULIO
146091	ELIAS	BECERRA GORDILLO	M	28	DIAS	MORALES	20/07/2022	26/07/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JULIO
147513	PATRICK LEONAR	GONZALES REATEGUI	M	21	DIAS	TARAPOTO	26/07/2022	8/08/2022	13	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
148915	DARA DEBORA	TUANAMA PEZO	F	6	DIAS	SHATOJA	12/08/2022	18/08/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149456	ALESSIA MAITE	PASHANASE ISUIZA	F	4	DIAS	RUMISAPA	18/08/2022	22/08/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149501	ALESSIA VALENTI	SILVA UPIACHIHUA	F	4	DIAS	BAJO BIAVO	22/08/2022	26/08/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149480	AMARIS ALESSAN	ROIAS RAMIREZ	F	3	DIAS	SAPOSOA	23/08/2022	26/08/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149533	DIANA KRISTEL	CRUZ TORREJON	F	4	DIAS	LA BANDA DE	24/08/2022	28/08/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149535	THIAGO GAEL	TORRES ALARCON	M	5	DIAS	ALONSO DE A	23/08/2022	28/08/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149179	ANGEL IGNACIO	CHANCHARI MANIHUARI	M	16	DIAS	BARRANQUIT	19/08/2022	29/08/2022	10	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
1496663	DYLAN DASHIEL	CARRASCO SANTOS	F	7	DIAS	SHATOJA	25/08/2022	31/08/2022	6	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149869	DARIUS JAZIEL	GONZALES CHISTAMA	F	5	DIAS	LA BANDA DE	27/08/2022	31/08/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
150099	LIAN DIVIER	ISUIZA CACHIQUE	M	7	DIAS	TABALOSOS	3/09/2022	7/09/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
149984	ITALI SHANTAL	BOZA AYAY	F	10	DIAS	SHAMBOYAC	2/09/2022	9/09/2022	7	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151214	VALENTINO EZEO	LEON VARGAS	F	10	DIAS	TARAPOTO	24/09/2022	26/09/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151437	JAZLIN KAHLEI	ABAD MOROCHO	F	7	DIAS	TARAPOTO	22/09/2022	27/09/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151771	RN	CHANCHARI RAMIREZ	F	2	DIAS	LA BANDA DE	26/09/2022	28/09/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151639	IKER EVANS	GOMEZ VIENA	M	9	DIAS	LA BANDA DE	26/09/2022	28/09/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152026	RN	REYNA GONZALES	F	6	DIAS	LA BANDA DE	2/10/2022	4/10/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151868	JAHAZIEL JESUS	RICCER VASQUEZ	M	8	DIAS	LA BANDA DE	28/09/2022	6/10/2022	8	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152241	RN	PAREDES GUERRA	F	7	DIAS	CACATACHI	5/10/2022	8/10/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
151494	ANDERSON GAEL	ALBERCA CAMPOVERDE	M	19	DIAS	TRES UNIDOS	7/10/2022	10/10/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152619	RN	TORRES HOYOS	M	4	DIAS	SAUCE	11/10/2022	12/10/2022	1	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152382	HANNAH VALERIA	AMASIFUEN AEVALO	F	8	DIAS	MORALES	8/10/2022	13/10/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152370	SOFIA	CORDOVA GARCIA	F	9	DIAS	SAN JOSE DE	7/10/2022	14/10/2022	7	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152368	APRIL ALEXA	RUIZ FLORES	F	11	DIAS	LA BANDA DE	6/10/2022	16/10/2022	10	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152970	JONATHAN GAEL	PINTADO PALACIOS	M	3	DIAS	TRES UNIDOS	18/10/2022	20/10/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
152909	VALENTINA	VILLACORTA REATEGUI	F	3	DIAS	MORALES	17/10/2022	20/10/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
153505	NAIM MATEO	SOUSA SANCHEZ	M	6	DIAS	CHIPURANA	26/10/2022	31/10/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
153454	RN	JESUS PEREZ	F	6	DIAS	TARAPOTO	26/10/2022	30/10/2022	4	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
154954	MAYUMI HARUMI	MONTEZA ARRASCUE	F	10	DIAS	JUANJUI	17/11/2022	22/11/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
155964	LECKIE	PEÑA GARCIA	M	6	DIAS	BAJO BIAVO	4/12/2022	9/12/2022	5	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
156062	BASTIAN MATEO	RAMIREZ VARGAS	F	10	DIAS	LAMAS	7/12/2022	14/12/2022	7	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
156914	MIA VALENTINA	NAVARRO AMASIFUEN	F	7	DIAS	TARAPOTO	25/12/2022	27/12/2022	2	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
157154	ARIA MARYEL	SERQUEN CARDENAS	F	10	DIAS	MORALES	27/12/2022	30/12/2022	3	NEONATOLOGÍA	P599	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO



GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTÍN

"Ado de la unidad, la paz y el desarrollo"



EGRESOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL II-2 TARAPOTO

AÑO 2023

numhc	nomb	apeli	sexo	edad	tipedad	distrito	fecing	fecegr	estancia	servicio	coddiag1	dx1	MES
163260	DANIEL	QUISPE FERNANDEZ	F	5	DIAS	CHAZUTA	5/13/2023	5/16/2023	3	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
163356	WILMER ADRIEL	MONTEZA RUEDA	F	12	DIAS	PICOTA	5/15/2023	5/26/2023	11	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
163661	DANIELITA	DIAZ NAIRA	F	9	DIAS	BELLAVISTA	5/23/2023	5/31/2023	8	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	MAYO
163838	SAMY	NEYRA ABAD	F	8	DIAS	JUANUI	5/27/2023	6/1/2023	5	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
163307	AILANA JOLIE	FASABI GARCIA	F	23	DIAS	JUANUI	5/27/2023	6/3/2023	7	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
163850	KRISTEL VALENTINA	UGAZ LOZANO	F	11	DIAS	SAPOSOA	5/27/2023	6/3/2023	2	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
163926	TAYLOR SMITH	ACUÑA DEL AGUILA	F	6	DIAS	TRES UNIDOS	6/2/2023	6/4/2023	2	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
93408748	HANNAH ALESSIA	SHUÑA RUEDA	F	6	DIAS	TARAPOTO	6/6/2023	6/11/2023	5	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
93422984	AYLA DEYANIRA	SILVA MEDINA	F	6	DIAS	SAPOSOA	6/16/2023	6/17/2023	1	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
164644	RN	SANCHEZ LEON	M	5	DIAS	LAMAS	6/15/2023	6/20/2023	5	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
164789	CHLOE	GAMBOA TUANAMA	F	6	DIAS	TARAPOTO	6/17/2023	6/22/2023	3	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
164937	EMILIO EMMANUEL	NAUCA CHAVEZ	F	4	DIAS	LA BANDA DE SHILCAYO	6/22/2023	6/25/2023	3	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
164770	KILIAN SAID	MARTINEZ MORE	F	9	DIAS	SAN JOSE DE SISA	6/18/2023	6/26/2023	8	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
1668	ZIA NATALIA	CHUQUIHUANGA ADIAZ	F	7	DIAS	SAUCE	7/30/2023	8/1/2023	2	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
166426	MARIA DEL CARMEN	GRANDEZ IRIGOIN	F	11	DIAS	RUMISAPA	7/27/2023	8/6/2023	10	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
166722	ZOE MABELY	CHINCHAY HERRERA	F	7	DIAS	SAN MARTIN	8/7/2023	8/13/2023	6	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
166873	RM	PINEDO SATALAYA	F	4	DIAS	MORALES	8/11/2023	8/14/2023	3	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
166835	VICKY SARAY	JULCA ROÑA	F	8	DIAS	TRES UNIDOS	8/10/2023	8/17/2023	7	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
167072	RN	LAZO NAPO	F	8	DIAS	LA BANDA DE SHILCAYO	8/17/2023	8/24/2023	7	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
167123	GINAMARCO EZRA	ARZOLA LECCCA	M	8	DIAS	LA BANDA DE SHILCAYO	8/23/2023	8/25/2023	2	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	AGOSTO
163798	DARVIN	ALTAMIRANO ALARCON	F	10	DIAS	SAUCE	5/26/2023	6/4/2023	9	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
163355	VALENTINA ISABELL	PINEDO SANGAMA	F	23	DIAS	MORALES	5/16/2023	6/7/2023	22	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
93394374	EMMA ROMINA	BORBOR MALDONADO	F	25	DIAS	LAMAS	5/31/2023	6/15/2023	15	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO
93420908	KATIA ABIGAIL	SANCHEZ MARQUINA	F	4	DIAS	LAMAS	6/14/2023	6/18/2023	4	NEONATOLOGIA	P599	ICTERIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	JUNIO

Fuente: Sistema SEM EGRESO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CONTRERAS QUIÑONES MARISOL, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores maternos asociados a ictericia por deshidratación hipernatrémica en el servicio de pediatría/neonatología", cuyo autor es LOZANO VELA GILARY STEFANI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 17 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CONTRERAS QUIÑONES MARISOL DNI: 40334109 ORCID: 0000-0002-7206-9897	Firmado electrónicamente por: MCONTRERASQU el 17-12-2023 10:00:03

Código documento Trilce: TRI - 0699149