



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO
HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN
EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ
VIZCARDO, AZÁNGARO – 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. MASSIEL OLENKA MONTESINOS MALATESTA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MEDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2026



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO
HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN
EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ
VIZCARDO, AZÁNGARO – 2024

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. MASSIEL OLENKA MONTESINOS MALATESTA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

MEDICINA HUMANA – P09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 047-2026-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de enero del 2026

VISTOS:

El Expediente N°0452 -2026 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO, AZÁNGARO -2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Titulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Titulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: de _____ del (la) bachiller: **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : JUEVES 22 DE ENERO DEL 2026
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana, la Comisión de Grados y Titulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de tesis (1)
- Archivo FCS (2026)



RESOLUCIÓN N° 1016-2025--FCS-UANCV

Juliaca, 30 de octubre del 2025

VISTOS: Exp. 2025 -903 presentado por el (la) egresado (a) **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** quién ha solicitado cambio de asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución N° 1275-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO, AZANGARO - 2024** para lo cual se asignó.

Asesor (a) **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 269-2025-UANCV-CU-R, **por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV**, y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del ASESOR (A) designados a el (la) egresado(a) **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA**, para la revisión del proyecto de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO, AZANGARO - 2024** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha.

Asesor (a) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



DISTRIBUCIÓN
Juliaca,
EP. Obispo



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1378 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 16 de diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 12642-2025 de fecha 16 de diciembre del 2025, presentado por el Bachiller: **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO, AZANGARO - 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**

- * **Asesor (a)** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**, presentado por el (la) bachiller: **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO, AZANGARO – 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la: **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 524 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 01 de julio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 047-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 27 de junio de la E.P. de Medicina Humana a folio 000105

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSSELLÓ VIZCARDO, AZÁNGARO - 2024** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- *

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 721-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- **APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MONTESINOS MALATESTA MASSIEL OLENKA** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSSELLÓ VIZCARDO, AZÁNGARO - 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- **RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

ARTICULO TERCERO.- **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato FP-MH, Secretaría Académica, Archivo



MASSIEL OLENKA MONTESINOS MALATESTA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::13016:591402656

Fecha de entrega

15 may 2026, 23:47 GMT-5

Fecha de descarga

15 may 2026, 23:59 GMT-5

Nombre del archivo

T036_71584853_T.docx

Tamaño del archivo

17.8 MB

104 páginas

14.255 palabras

83.436 caracteres



TESIS UANCV

22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 19%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios - UANCV

Título de la Tesis	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZÁNGARO – 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	MASSIEL OLENKA MONTESINOS MALATESTA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71584853
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-7130-867X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7453-3382
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO País: Perú Departamento: Puno Provincia: Azángaro Distrito: Azángaro Coordenadas GMS Longitud: -14.903882125979006 Latitud: -70.19946631534472 URL maps https://maps.app.goo.gl/pzhjEB6Q4SddBnmF9 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio del 2025 – Enero del 2026
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Medicina básica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.00 Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00



Dr. María Concepción Figueroa Vilela
DIRECCIÓN



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MASSIEL OLENKA MONTESINOS MALATESTA ... identificado con DNI Nro. 71584853 ...
en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA
NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARCADO, AZANGÁRO - 2024

Asesorado por: Dra. SANRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 24 de Enero del 2026


FIRMA ASESOR


FIRMA TESISTA



Huella



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante, por darme fortaleza en los momentos más difíciles y por no dejarme caer cuando las fuerzas flaqueaban.

A mis padres, por su amor incondicional, su ejemplo de lucha y perseverancia, y por enseñarme que el esfuerzo y la humildad son el camino hacia el verdadero éxito.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, mi estimada alma mater, agradezco por brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesional. También expreso mi gratitud al Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro por facilitar el acceso a la información esencial para llevar a cabo esta investigación y por su invaluable trabajo diario en pro de la salud neonatal.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Descripción del problema	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.3.1. Justificación Teórica	3
1.3.2. Justificación practica.....	3
1.3.3. Justificación metodológica.....	4
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	4
1.5. HIPÓTESIS	5
1.5.1. Hipótesis general	5



1.5.2. Hipótesis específicas	5
1.6. VARIABLES.....	5
1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.1.1. A Nivel Internacional.....	7
2.1.2. A nivel nacional.....	11
2.1.3. A nivel local.....	14
2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO	18
2.3. MARCO CONCEPTUAL	30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN	32
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	32
3.4.1. Población	32
3.4.2. Muestra	32
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	33
3.5.1. Técnicas.....	33
3.5.2. Instrumentos	33
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	34
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	35
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	35



3.8.1. Validez	35
3.8.2. Confiabilidad	36

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	66
ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	67
ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA	69
ANEXO 3 INSTRUMENTO	71
ANEXO 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	73
ANEXO 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	76



ÍNDICE DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Edad materna asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, azángaro 2024.....	37
Tabla 2. Paridad asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	39
Tabla 3. Número de atenciones asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	41
Tabla 4. Tipo de parto asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	43
Tabla 5. Infecciones maternas asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	45
Tabla 6. Diagnóstico de readmisión asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	47
Tabla 7. Edad de reingreso asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	49



Tabla 8.	Edad gestacional al nacer asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	51
Tabla 9.	Incremento de la carga hemática asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	53
Tabla 10.	Tipo de reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	55



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag
Figura 1. Edad materna asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, azángaro 2024.....	37
Figura 2. Paridad asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	39
Figura 3. Número de atenciones asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	41
Figura 4. Tipo de parto asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	43
Figura 5. Infecciones maternas asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	45
Figura 6. Diagnóstico de readmisión asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	47
Figura 7. Edad de reingreso asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	49



Figura 8.	Edad gestacional al nacer asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo rosello vizcardo, Azángaro 2024.....	51
Figura 9.	Incremento de la carga hemática asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	53
Figura 10.	Tipo de reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital carlos cornejo roselló vizcardo, Azángaro 2024.....	55



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con el reingreso hospitalario debido a ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de naturaleza básica, con un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal y retrospectivo. Se utilizó la técnica de análisis documental junto con una ficha para la recolección de datos como herramienta principal. La muestra incluyó a 43 pacientes. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre los factores maternos y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal. La mayoría de las madres se encontraba en el rango de edad de 20 a 34 años (51.2%; $p = 0.018$), eran multíparas (55.8%; $p = 0.000$), habían tenido partos vaginales (83.7%; $p = 0.027$) y presentaron infecciones urinarias durante el embarazo (48.8%; $p = 0.023$). No se observó relación relevante con la cantidad de controles prenatales, puesto que el 88.4% recibió más de seis atenciones ($p = 0.082$). En cuanto a los factores neonatales, el 60.5% de los recién nacidos fue readmitido por hiperbilirrubinemia ($p = 0.000$) y el 62.8% reingresó antes del tercer día post-alta ($p = 0.036$). La mayoría tuvo una edad gestacional adecuada (72.1%; $p = 0.373$) y el 60.4% no mostró aumento en la carga hemática ($p = 0.099$). Finalmente, el tipo más común de ictericia entre los casos readmitidos fue la fisiológica, presente en el 65.1% de los recién nacidos. **Conclusiones:** Existen factores de riesgo significativamente vinculados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024, destacando entre ellos la edad materna entre los 20 y los 34 años, la multiparidad, la



realización del parto vaginal y la presencia de infecciones urinarias durante el embarazo.

Palabras clave: Factores, ictericia neonatal, riesgo.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with hospital readmission due to neonatal jaundice at the Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Hospital, Azángaro – 2024.

Material and methods: A basic study was conducted with a quantitative approach, correlational level, and a non-experimental, cross-sectional, retrospective design.

The documentary analysis technique was used and a data collection form was used as an instrument. The sample consisted of 43 patients. **Results:** A significant

association was evidenced between maternal factors and hospital readmission due

to neonatal jaundice. Most mothers were between 20 and 34 years old (51.2%; $p =$

0.018), were multiparous (55.8%; $p = 0.000$), had a vaginal delivery (83.7%; $p =$

0.027), and had urinary tract infections during pregnancy (48.8%; $p = 0.023$). No

relationship was found with the number of prenatal checkups, since 88.4% received

more than six visits ($p = 0.082$). Regarding neonatal factors, 60.5% of newborns were

readmitted due to hyperbilirubinemia ($p = 0.000$) and 62.8% were readmitted within

three days of discharge ($p = 0.036$). The majority had a full-term gestational age

(72.1%; $p = 0.373$), and 60.4% did not have an increased blood load ($p = 0.099$).

Finally, the most frequent type of jaundice in readmission cases was physiological

jaundice, present in 65.1% of newborns. **Conclusions:** There are risk factors

significantly associated with hospital readmission due to neonatal jaundice at the

Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Hospital, Azángaro – 2024. Maternal factors include

age between 20 and 34 years, multiparity, vaginal delivery, and the presence of

urinary tract infections during pregnancy.

Keywords: Factors, neonatal jaundice, risk.



INTRODUCCIÓN

La **ictericia neonatal** es una alteración común durante el periodo perinatal, caracterizada por una coloración amarillenta de la piel y las mucosas, que se produce debido a niveles elevados de bilirrubina sérica. Aunque en la mayoría de los recién nacidos se trata de un proceso fisiológico temporal que se resuelve espontáneamente, un número significativo puede experimentar concentraciones de bilirrubina peligrosamente altas. Si esta condición no se identifica y trata a tiempo, aumenta notablemente el riesgo de complicaciones neurológicas y la necesidad de readmisión hospitalaria. (1).

En años recientes, el reingreso hospitalario por ictericia ha emergido como un indicador clave de la calidad del seguimiento neonatal. Este fenómeno puede estar asociado con diversos factores de riesgo, tales como el tipo de alimentación, antecedentes maternos, tiempo de alta hospitalaria, ausencia de controles postnatales adecuados, prematuridad, incompatibilidad sanguínea y factores socioeconómicos. La identificación y análisis de estos elementos permiten establecer medidas preventivas efectivas que disminuyan la morbilidad neonatal y mejoren la atención en salud materno-infantil. (2).

Capítulo I: En esta sección se aborda la problemática planteada, junto con la justificación del estudio, los objetivos propuestos, la hipótesis formulada y las variables implicadas, así como su operacionalización. **Capítulo II:** Aquí se presenta el marco teórico que incluye antecedentes y también el marco conceptual pertinente. **Capítulo III:** Este capítulo detalla los procesos metodológicos utilizados en la investigación; abarca desde la selección del diseño del estudio hasta la clasificación del tipo de investigación y justificación de los métodos empleados. También se especifica la población objetivo y técnica de muestreo utilizada; además se caracteriza los instrumentos y procedimientos para la recolección de



datos. Se expone un plan para el procesamiento y análisis de estos datos, así como estrategias para verificar las hipótesis planteadas. Finalmente, se describen los procedimientos implementados para asegurar tanto la validez como la confiabilidad del instrumento utilizado en este estudio científico. **Capítulo IV:** Se presentan los resultados junto con una discusión sobre ellos, así como las conclusiones pertinentes y recomendaciones a seguir.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema

A nivel internacional

La ictericia neonatal representa una de las principales causas de morbilidad en el periodo perinatal, afectando aproximadamente al 60% de los recién nacidos a término y hasta un 80% de aquellos nacidos prematuramente. No obstante, la prevalencia de esta condición varía considerablemente según la región, oscilando entre el 50% y el 70% en países en desarrollo. En América Latina, se ha documentado una prevalencia que supera el 70%, lo que indica una carga sanitaria significativa. Estas estadísticas resaltan la urgencia de mejorar las estrategias relacionadas con la prevención, detección y tratamiento temprano de la ictericia neonatal dentro de los sistemas de salud con recursos limitados. (3)

A nivel nacional

En Perú, se calcula que hay 39 casos de ictericia neonatal por cada 1,000 nacimientos vivos, lo cual implica una carga significativa para los servicios pediátricos, particularmente en áreas rurales y en regiones de gran altitud. Un estudio llevado a cabo en Lima y Callao

reveló que estas zonas albergan el 48% de los casos documentados a nivel nacional. La disparidad entre regiones resalta las deficiencias en el acceso a atención neonatal adecuada y oportuna. (4)

A nivel local

La región de Puno presenta características epidemiológicas particulares. Con una altitud que supera los 4000 m s.n.m., diversos estudios han reportado una prevalencia de ictericia neonatal del 30 % entre la cohorte de recién nacidos en hospitales de referencia (5). Además, se ha identificado que factores como ser del sexo masculino 2,01, prematuridades 2,91, partos distócicos 3,81, grupos sanguíneos A+ 2,90 y bajo peso al nacer 2,38 están significativamente asociados con la aparición de ictericia (6).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

PG. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario

1.2.2. Problemas específicos

PE 1. ¿Qué asociación existe entre los factores maternos y el reingreso *hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro?

PE 2. ¿Qué asociación existe entre los factores del recién nacido y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro?

PE 3. ¿Cuál es el tipo de ictericia diagnosticada en los recién nacidos que presentan reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro – 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica

La investigación actual se fundamenta en el notable aumento de reingresos de recién nacidos reportado por el Hospital de Azángaro durante el año 2024, donde la ictericia neonatal ha sido el diagnóstico más común. Estos reingresos, particularmente aquellos asociados a hiperbilirrubinemias significativas, representan un riesgo considerable tanto a corto como a largo plazo, ya que pueden provocar secuelas neurológicas irreversibles relacionadas con las toxicidades de la bilirrubina en los sistemas nerviosos centrales. Por lo tanto, es fundamental llevar a cabo este estudio con el objetivo de identificar y analizar los factores de riesgo vinculados a los reingresos por ictericia neonatal en los servicios de neonatología del Hospital de Azángaro, buscando mejorar la detección precoz y optimizar las estrategias clínicas de manejo.

1.3.2. Justificación practica

Para llevar a cabo esta investigación, se busca identificar los factores de riesgo relacionados con los reingresos por ictericia neonatal en el área de neonatología del hospital de Azángaro. El objetivo es contribuir a la detección y tratamiento oportuno, evitando así complicaciones como el kernicterus y la mortalidad neonatal. Al finalizar el estudio, se presentarán los resultados obtenidos a las autoridades del hospital de Azángaro, con el fin de que se puedan implementar estrategias que reduzcan los riesgos asociados a los reingresos de los recién nacidos.

1.3.3. Justificación metodológica

Para obtener de manera precisa la información requerida en esta investigación, se empleará como instrumento principal una las fichas de recolección de la información que fue diseñada para cada una de las variables clínicas y epidemiológicas relevantes. El uso de este instrumento permitirá sistematizar la información de forma rigurosa y confiable, con el fin de generar evidencia que contribuya al desarrollo de estrategias y alternativas efectivas orientadas a reducir los reingresos de neonatos con ictericia en el Hospital de Azángaro.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

OG. – Determinar los factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

OE 1. Precisar la asociación entre los factores maternos y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro.

OE 2. Identificar la asociación entre los factores del recién nacido y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro.

OE 3. Identificar el tipo de ictericia diagnosticada en los recién nacidos que presentan reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro.



1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

HG. – Existen factores de riesgo significativamente asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro – 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE 1. Existe una asociación significativa entre los factores maternos y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro.

HE 2. Existe una asociación significativa entre los factores del recién nacido y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro.

HE 3. La ictericia fisiológica es el tipo de ictericia más frecuentemente diagnosticado en los recién nacidos que presentan reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro

1.6. VARIABLES

Variable 1: Factores de riesgo

Variable 2: Reingreso hospitalario por ictericia neonatal.

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1 Factores de riesgo	1.1. Factores maternos	1.1.1. Edad Materna	a) Adolescente 10 – 19 años b) Adulta joven 20 – 34 años c) Adulta mayor > 35 años
		1.1.2. Paridad	a) Primípara b) múltipara c) Gran múltipara
		1.1.3. Número de atenciones	a) Sin atenciones b) < a 6 atenciones c) > a 6 atenciones
		1.1.4. Tipo de parto	a) Cesárea b) Parto vaginal
		1.1.5. Infecciones maternas	a) Infecciones urinarias b) hepatitis viral c) Otro d) Ninguna
	1.2. Del recién nacido	1.2.1. diagnóstico de readmisión	a) Deshidratación b) Hipernatremia c) Hiperbilirrubinemia d) Sepsis e) Otros
		1.2.2. Edad de reingreso	a) < a 3 días b) 4 a 7 días c) > a 7 días
		1.2.3. Edad gestacional al nacer	a) Prematuro (23- 36 semanas) b) A termino (37 – 40 semanas) c) Postérmino > 41 sem
		1.2.4. Incremento de la carga hemática	a) Equimosis extensa b) Cefaloematomas c) Ninguna
Variable 2 Reingreso por ictericia neonatal	Tiempo de reingreso		a) 1-24 horas de vida b) 25-48 horas de vida c) 49-71 horas de vida d) 72 a más horas de vida



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Macero. (7) llevó a cabo una investigación titulada "Prevalencia y factores asociados a la ictericia neonatal en Ecuador, en el año 2023", cuyo objetivo fue determinar la incidencia de esta afección y los factores relacionados en los recién nacidos. Desde un enfoque metodológico, se trató de un estudio transversal que se basó en la revisión de datos del Registro de Datos Administrativos y Clínicos en Atención Ambulatoria (RDACAA) del Ministerio de Salud, utilizando las historias clínicas de madres y neonatos provenientes de la unidad operativa. La muestra incluyó a 203 recién nacidos que cumplían con los criterios establecidos para su inclusión. Los hallazgos mostraron que el 49 % presentó ictericia clínica, siendo predominantemente de tipo fisiológico. Los factores asociados que mostraron mayor relevancia estadística fueron la edad del neonato ($p = 0.001$) y la incompatibilidad sanguínea ABO ($p = 0.047$). No se encontró una asociación significativa con patologías como sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, sífilis congénitas, gastroenteritis o conjuntivitis ($p = 0.083$), ni con otros factores maternos o perinatales. El estudio concluye que la ictericia neonatal se manifiesta principalmente como un proceso fisiológico, destacando su influencia determinante.

Salazar, et al. (8) en su artículo titulado **“Ictericias neonatales: manifestaciones clínicas frecuentes en pediatrias”**, publicado en la *Revista Médica Sinergia* de Costa Rica en 2023, desarrollaron un estudio cuyo propósito fue compilar y analizar la evidencia disponible respecto al diagnóstico, abordaje y tratamientos de las hiperbilirrubinemias en los recién nacidos. Metodológicamente, se trató de una revisión bibliográfica de carácter descriptivo, se buscó información en 16 artículos: publicaciones en inglés o español, emitidas entre los años 2018 y 2023, excepto un documento adicional considerado relevante para el análisis. La búsqueda de información se efectuó en bases científicas como Elsevier, PubMed y Google Scholar, incluyendo artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los resultados señalan que, a nivel mundial, se registran aproximadamente 481 000 casos anuales de ictericia e hiperbilirrubinemia neonatal; dentro de esta población, cerca de 63 000 neonatos sobreviven con secuelas neurológicas severas asociadas a la neurotoxicidad de la bilirrubina. El estudio concluye que la correcta evaluación clínica, sumada a un seguimiento oportuno del neonato icterico, es fundamental para determinar la necesidad de intervención y elegir la estrategia terapéutica adecuada. La fototerapia continúa siendo el tratamiento de primera línea; sin embargo, en situaciones de hiperbilirrubinemia severa, puede requerirse una exanguinotransfusión como medida terapéutica de urgencia.

Medrano y Cabrera. (9) desarrollaron el estudio titulado **“Factores sobre los riesgo que están asociados a ictericias neonatales en el Hospital**

Bertha Calderón, de la ciudad de Nicaragua, en el año 2020", tuvo como objetivo identificar los factores maternos, neonatales y perinatales relacionados con el desarrollo de hiperbilirrubinemia en los recién nacidos atendidos en la unidad de neonatología durante ese periodo. La investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque cuantitativo, observacional y analítico, mediante un diseño retrospectivo que incluyó tanto casos como controles. El tamaño de la muestra se determinó utilizando los métodos de Fleiss y Kelsey, abarcando un total de 200 neonatos (100 casos y 100 controles). Para el análisis estadístico se emplearon SPSS 21 y Open EPI 3.0. Los hallazgos revelaron una asociación significativa con factores como la edad materna superior a 35 años, bajo nivel educativo, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas e incompatibilidad ABO. En cuanto a los neonatos, presentaron un mayor riesgo de ictericia si tenían bajo peso al nacer, eran del sexo masculino, sufrían de sepsis, asfixia o prematurez. Se concluye que estos elementos son determinantes clave en la aparición de hiperbilirrubinemias clínicamente relevantes en neonatos.

Isa, et al. (10) en su estudio acerca de los “Factores acerca de los riesgos neonatales y maternos de la hiperbilirrubinemia indirecta Bahrein, en el año 2022”. tuvo como objetivo identificar los principales factores de riesgo maternos y también los neonatales vinculados al desarrollo de hiperbilirrubinemia indirecta en recién nacidos. La metodología correspondió a un diseño transversal basado en la revisión de historias clínicas del Departamento de Pediatría del Complejo Médico Salmaniya, evaluando a neonatos hospitalizados por hiperbilirrubinemia

entre enero y diciembre de 2020, considerando variables demográficas, antecedentes prenatales, peso al nacer, tipo de alimentación, parámetros laboratoriales, tratamientos aplicados y duración de la estancia hospitalaria. Los resultados evidenciaron que el 51 % de los pacientes eran varones y el 68,1 % de nacionalidad bahreiní, con una bilirrubina indirecta media de 218 $\mu\text{mol/L}$; las incompatibilidades ABO fue el factores de riesgos que son predominantes en un 37,6 %, seguido de las deficiencias de G6PD 32,5 % y la edad materna mayor de 25 años 81,9 %; además, el 33,9 % nació por cesárea y los requerimientos terapéuticos incluyeron fototerapia intensificada según niveles séricos, inmunoglobulina intravenosa en el 10,9 % y transfusión en el 3,5 %. En conclusión, la edad materna avanzada constituye los factores más determinantes, reforzándose la importancia de su detección precoz para optimizar el abordaje clínico y prevenir complicaciones.

Rehna y Thomas (11) en su estudio “Factores acerca del riesgo de hiperbilirrubinemia temprana en neonatos en Cuba”. El objetivo fue Identificar los parámetros clínicos y bioquímicos en el desarrollo de hiperbilirrubinemia temprana. La metodología: fue un estudio transversal en la UCI neonatal de un centro terciario cubano entre marzo de 2021 y enero de 2022, evaluando 405 neonatos sanos con hiperbilirrubinemia significativa mediante análisis de historias clínicas y comparación de variables perinatales, niveles de bilirrubina del cordón umbilical (UCB) e índice bilirrubina-albúmina (BAR). Según los resultados el 66,6 % presentó hiperbilirrubinemia temprana y el 33,3 % a las 72 h, sin diferencias según

sexo, peso, tipo de parto o grupo sanguíneo. El riesgo aumentó conforme se elevaron los valores de UCB, alcanzando el 100 % en cifras $>3,5$ mg/dl; además, un $\text{BAR} \geq 0,79$ mostró fuerte asociación (79 %) con el desarrollo temprano de la condición. En conclusión, la UCB elevada y un BAR alto demostraron ser predictores precoces confiables, por lo que su identificación temprana es clave para intervenir oportunamente y prevenir complicaciones neonatales.

2.1.2. A nivel nacional

Córdova. (12) en su estudio acerca de los **“Factores de la ictericia neonatal en un hospital regional”**. El objetivo del estudio fue identificar los determinantes clínicos y perinatales vinculados al desarrollo de ictericia neonatal en un hospital de referencia peruano situado a 4338 m s. n. m. La metodología correspondió a un diseño observacional transversal, basada en las revisiones sistemáticas de 206 historias clínicas de neonatos atendidos durante el segundo semestre de 2022, empleándose análisis de regresión logística para estimar medidas de asociación mediante odds ratio. Los resultados evidenciaron en masculino un 2,01, la prematuridad un 2,91, el parto distócico un 3,81, el grupo sanguíneo A+ un 2,90 y el bajo peso al nacer un 2,38 se relacionaron significativamente con mayor riesgo de ictericia. En conclusión, estos factores constituyen predictores clínicos relevantes en contextos de gran altitud, por lo que futuras investigaciones con muestras ampliadas deberían profundizar en la influencia de la hipoxia crónica de altura sobre la fisiopatología de la hiperbilirrubinemia neonatal.

Chaupis y Pajar. (13) en su estudio realizado acerca de los “**Factores sobre riesgos que están asociados a ictericia**”. El objetivo del estudio fue determinar los factores maternos y también los neonatales vinculados con la aparición de ictericia. La metodología correspondió en la revisión de 200 historias clínicas, utilizando una ficha técnica validada por expertos como instrumento. Los resultados mostraron que el 77,5 % de los neonatos desarrolló ictericia, mientras que el 22,5 % permaneció sin manifestarla. Entre los factores neonatales asociados destacaron la edad gestacional ($\chi^2 = 9,959$; $p=0,002$) y las lactancias maternas exclusivas ($\chi^2 = 17,664$; $p = 0,000$). En cuanto a los factores maternos, se identificaron la edad materna ($\chi^2 = 10,430$; $p=0,005$) y el grupo Rh ($\chi^2=10,720$; $p=0,001$) como determinantes significativos. En conclusión, se evidenció una elevada incidencia de ictericia neonatal, siendo la madurez gestacional, el tipo de alimentación y las características hematológicas maternas los factores más influyentes.

Sotomayor. (14) titulada “**Factores acerca de la ictericia neonatal en el Servicio de Neonatología estudio realizado en el Hospital Nacional 2 de mayo**”. El objetivo del estudio fue identificar los factores clínicos vinculados al desarrollo de ictericia neonatal. La metodología se basó en un diseño observacional analítico tipo casos y controles, utilizando una población de 332 recién nacidos evaluados en el Servicio de Neonatología. Mediante regresión logística binaria, los resultados demostraron que la incompatibilidad ABO constituyó un factor de riesgo significativo, con un OR ajustado de 2,09 (IC 95%: 1,12–3,92). La lactancia materna exclusiva

mostró un papel protector frente a la aparición de hiperbilirrubinemia, con un OR ajustado de 0,53 (IC 95%: 0,22–0,97), ambos con significancia estadística menor de 0,05. En conclusión, se determinó que tanto la incompatibilidad ABO como el tipo de alimentación desempeñan un rol determinante en la aparición de ictericia neonatal, constituyendo variables clave para la vigilancia clínica temprana.

Bernales. (15) titulada “Factores acerca de los riesgos que fueron asociados a la ictericia neonatal en el Hospital Regional Docente de la región de Cajamarca en el año 2021” el fin fue identificar los factores maternos, perinatales y neonatales asociados a ictericia en recién nacidos atendidos en 2021. La metodología correspondió a un diseño observacional, descriptivo y transversal, la muestra fue 130 neonatos. Los resultados evidenciaron que el Rh materno positivo 96,9%, la edad materna de 20–35 años 65,4%, la alimentación con fórmula 51,5% y la infección urinaria gestacional 23,1% constituyeron factores maternos significativamente asociados ($p < 0,01$). En relación con los factores neonatales, se identificaron la pérdida de peso $< 8\%$ (93,8%), la aparición de ictericia entre 24–47 h (59,2%), bilirrubina entre 10–15 mg/dL (40,8%), sepsis (40%), prematuridad (37,7%), bajo peso al nacer $< 2\,500$ g (35,4%) y hematocrito $\geq 65\%$ (23,1%), todos con asociación significativa. En conclusión, múltiples condiciones maternas, del parto y neonatales influyen de manera determinante en el desarrollo de ictericia neonatal.

Castro. (16) Factores sobre los riesgos de la ictericia neonatal estudio realizado en el Hospital Regional de Moquegua en el año 2022. El estudio tuvo como objetivo identificar los determinantes clínicos y epidemiológicos en la aparición de ictericia neonatal. Se empleó una metodología observacional. Los resultados mostraron que el 50 % de madres fue en 20 y 29 años, el 92,8 % provenía en las poblaciones urbanas y la prevalencia de ictericia alcanzó el 53,81 % de los recién nacidos evaluados. El análisis inferencial evidenció que la deshidratación neonatal constituyó el principal factor de riesgo, con un OR de 5,62 (IC 2,531–12,513) y significancia estadística ($p < 0,05$), demostrando un incremento notable en la probabilidad de desarrollar hiperbilirrubinemia. En conclusión, el estudio confirma que factores clínicos como la deshidratación influyen de manera determinante en la génesis de la ictericia neonatal, resaltando la importancia del monitoreo hídrico temprano.

2.1.3. A nivel local

Lozano. (17) en estudio acerca de los “Factores que están asociados a la ictericia neonatal en los niños a término sometidos a fototerapias realizado en el Hospital Regional, en el año 2022”. El estudio tuvo como objetivo identificar los factores neonatales y maternos vinculados a la ictericia en los recién nacidos. La metodología fue observacional, sin intervención del investigador, con un diseño descriptivo-correlacional, retrospectivo y transversal, basado en una única medición temporal; la muestra incluyó 250 neonatos, divididos en 125 casos sometidos a fototerapia y 125 controles sin patología. Los resultados evidenciaron que

los factores neonatales asociados a ictericia fueron el peso del recién nacido ($p=0.031$) y el tipo de alimentación ($p=0.032$), mientras que los factores maternos —edad, paridad, tipo de parto y patologías— no mostraron asociación significativa ($p>0.05$). Asimismo, la incidencia de ictericia alcanzó el 15.41 %. En conclusión, el estudio confirma que variables neonatales específicas, particularmente el peso al nacer y el patrón de alimentación, constituyen determinantes relevantes en las apariciones de ictericias.

Rojas. (18) en su estudio acerca de la “**los niveles de bilirrubina sérica y relacionado con los diagnósticos de ictericia estudio realizado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en la región de Puno en el año 2020**”. El estudio tuvo como propósito establecer la correlación entre la bilirrubina sérica total y la clasificación clínica de Kramer en recién nacidos con ictericia atendidos. Se empleó una metodología observacional, analítica, descriptivo-correlacional; la muestra estuvo constituida por 90 neonatos. Los resultados demostraron una correlación positiva media entre ambas mediciones, con un coeficiente de 0.7312, significativo al nivel de 0.01,. Asimismo, se identificó que la forma predominante fue la ictericia patológica, siendo la deshidratación y la sepsis neonatal las causas más frecuentes. En conclusión, la escala de Kramer mostró utilidad clínica al correlacionarse de manera consistente con los niveles séricos de bilirrubina.

Bedoya. (19) Cuidados de enfermería en recién nacido con ictericia en el Hospital Militar III de Arequipa ,2020". El estudio tuvo como propósito analizar los factores predominantes que originan la ictericia neonatal. La metodología se basó en la evaluación de un recién nacido. Los resultados evidenciaron que la mayoría de nacimientos ocurren por cesárea programada, cerca del 90 % de los neonatos cursan un periodo de reactividad normal y son dados de alta a las 24 horas, mientras que un 10 % presenta alteraciones y aproximadamente un 5 % requiere referencia o vigilancia prolongada de 48 a 72 horas. En conclusión, se resalta la necesidad de contar con personal de enfermería competente, con sólida formación científica y capacidad para realizar valoraciones integrales que optimicen el cuidado neonatal.

Lizarraga. (20) en su estudio realizado acerca de las “Intervenciones educativas en el nivel de conocimiento acerca de la ictericia neonatal en las madres estudio realizado en hospitalización Clínica Arequipa, Arequipa en el año 2020”. El estudio tuvo como objetivo valorar la eficacia de las intervenciones educativas destinada a mejorar el conocimiento materno sobre ictericia neonatal en puérperas atendidas en la Clínica Arequipa durante 2020. La metodología correspondió a un diseño preexperimental, tipo antes–después, aplicado a una muestra censal de 40 madres. Los resultados revelaron que la mayoría de participantes tenía entre 35 y 44 años, estado civil casado, instrucción superior completa y antecedente de cesárea; en el pretest el 45 % mostró bajo nivel de conocimiento y el 55 % nivel regular, mientras que en el posttest el 77,5 %



alcanzó nivel alto y solo el 22,5 % permaneció en nivel regular. Las pruebas de chi cuadrado y Wilcoxon evidenciaron significancia estadística ($p < 0,05$), concluyéndose que la intervención educativa fue eficaz para fortalecer el conocimiento materno sobre ictericia neonatal.

Quispe. (21) en su estudio realizado acerca de los “Factores sobre el riesgo que están asociados a sepsis neonatal precoz en servicio de neonatología el estudio realizado en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2020. Este estudio tuvo como finalidad determinar los determinantes clínicos y perinatales que incrementan la probabilidad de sepsis neonatal precoz en los recién nacidos. La investigación adoptó un diseño observacional, integrando 31 neonatos con diagnóstico confirmado de sepsis precoz y 62 recién nacidos. Los hallazgos demostraron que los factores vinculados al nacimiento con mayor asociación fueron el parto por cesárea, que elevó significativamente el riesgo (OR 21.6), y la prematuridad definida por edad gestacional menor de 37 semanas (OR 6.3). En cuanto a los factores neonatales, el bajo peso al nacer, la depresión cardiorrespiratoria reflejada en un Apgar menor de 7 y la asfixia perinatal con necesidad de reanimación mostraron asociaciones robustas. Se concluye que la sepsis neonatal precoz se encuentra estrechamente relacionada con condiciones maternas, obstétricas y neonatales de alto riesgo.

2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

Marco Teórico

1. Factores de riesgo

Los factores maternos constituyen una categoría clave dentro de los determinantes del estado de salud neonatal. Son elementos que abarcan tanto aspectos fisiológicos como clínicos y sociales de la madre gestante, los cuales pueden influir significativamente en el desarrollo del embarazo, el tipo de parto y las condiciones del recién nacido al momento de nacer. La exposición prenatal a ciertas condiciones maternas puede alterar la maduración hepática del feto, aumentar el riesgo de incompatibilidades sanguíneas o dificultar el inicio de una lactancia exitosa, todos ellos factores estrechamente vinculados al desarrollo de ictericia neonatal. En este contexto, es imprescindible analizar de manera detallada los factores maternos que podrían predisponer al reingreso hospitalario por esta condición, con el fin de identificar poblaciones de riesgo y establecer protocolos de atención más eficaces (22)

1.1. Factores maternos

1.1.1. Edad materna

La edad materna es un factor ampliamente estudiado en relación con los resultados perinatales. Las gestantes adolescentes, definidas como aquellas menores de 20 años, enfrentan mayores riesgos debido a la inmadurez biológica y psicológica, así como a condiciones sociales vulnerables como bajo nivel educativo, ausencia de apoyo familiar o pareja, y acceso limitado a controles prenatales. Estas condiciones aumentan la probabilidad de

partos prematuros, bajos de pesos al momento de nacer y dificultades para establecer la lactancia materna, lo cual impacta directamente en la excreción de bilirrubina por parte del neonato. Por otro lado, las madres añosas (35 años o más) presentan con mayor frecuencia enfermedades preexistentes como diabetes gestacional, hipertensión crónica o infecciones latentes, que pueden afectar la función placentaria y generar alteraciones en el metabolismo neonatal. En ambos extremos de la edad reproductiva, se ha observado una mayor frecuencia de complicaciones en el neonato, incluyendo ictericia fisiológica exacerbada o patológica, que en muchos casos conduce a la necesidad de fototerapia intensiva o reingreso hospitalario por hiperbilirrubinemia severa (23).

1.1.2. Paridad

Este factor permite clasificar a la mujer en distintas categorías obstétricas, cada una con implicancias clínicas importantes. Las primíparas, es decir, mujeres que se encuentran en su primer parto, pueden carecer de experiencia en el reconocimiento de señales de peligro neonatal, como el color amarillento de la piel, o presentar dificultades en el establecimiento de una lactancia efectiva. Esta situación puede llevar a un menor aporte calórico e hídrico en los primeros días de vida del neonato, lo cual disminuye la eliminación de bilirrubina a través de las heces y la orina, propiciando así la acumulación de esta sustancia en sangre. Por su parte, las multíparas (2 a 4 partos previos) suelen tener mayor experiencia, aunque también pueden presentar cansancio o desinterés acumulado, especialmente en contextos de bajo apoyo social. Las grandes multíparas (5 o más partos), constituyen

un grupo de alto riesgo debido a factores como partos previos complicados, mayor probabilidad de hemorragias, desnutrición materna o infecciones repetidas. En estos casos, es más probable que existan antecedentes de incompatibilidad Rh, restricción del crecimiento intrauterino o infecciones congénitas, que elevan significativamente la posibilidad de ictericia severa en el recién nacido y, por tanto, el riesgo de reingreso hospitalario. (22)

1.1.3. Número de atenciones prenatales

El número de atenciones prenatales es un indicador clave de la calidad de la atención materna durante el embarazo. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar ocho controles prenatales para garantizar la detección oportuna de riesgos maternos y fetales. Sin embargo, en zonas rurales o de difícil acceso, como muchas regiones del altiplano peruano, las gestantes acuden a un número significativamente menor de controles. (24)

Esta deficiencia en el seguimiento médico impide el diagnóstico precoz de incompatibilidades sanguíneas materno fetales, alteraciones en el crecimiento intrauterino, infecciones maternas transmisibles o deficiencias nutricionales. Además, la falta de educación sobre el cuidado neonatal y signos de alarma, como la ictericia, agrava la situación. Un neonato nacido de una madre con pocos controles prenatales tiene mayor riesgo de no ser identificado como vulnerable, y si es dado de alta sin seguimiento adecuado, puede reingresar por presentar una ictericia no controlada que pudo haberse prevenido con atención oportuna. (14)

1.1.4. Tipo de parto

El parto vaginal, cuando ocurre en condiciones normales, permite una transición fisiológica más efectiva y favorece el contacto precoz piel a piel entre madre e hijo, lo cual estimula la lactancia y reduce el riesgo de ictericia. No obstante, los partos prolongados o instrumentados pueden provocar traumatismos como hematomas cefálicos, lo que incrementa la hemólisis de glóbulos rojos y, por ende, la producción de bilirrubina. (8)

En contraste, la cesárea, especialmente si es electiva y realizada antes de la semana 39, puede interrumpir la maduración hepática del feto y dificultar el inicio de la lactancia, ya que muchas veces la madre experimenta dolor, fatiga o limitaciones para sostener al recién nacido. Esta situación retrasa la eliminación de meconio (que contiene bilirrubina), y aumenta el riesgo de ictericia neonatal. Además, los neonatos nacidos por cesárea tienen mayor riesgo de ser hospitalizados por dificultades respiratorias o por retraso en el inicio de la alimentación, lo cual agrava aún más la hiperbilirrubinemia. (25)

1.1.5. Infecciones maternas

Las infecciones durante el embarazo representan un riesgo significativo para el neonato, ya que pueden transmitirse verticalmente y comprometer órganos vitales como el hígado, encargado del metabolismo de la bilirrubina. Entre las infecciones más relevantes se encuentran:

a) Infecciones urinarias: Son frecuentes en el embarazo y, de no ser tratadas, pueden desencadenar partos prematuros o bajo peso al nacer, condiciones que predisponen al neonato a una función hepática inmadura.

Esta inmadurez puede provocar una eliminación deficiente de la bilirrubina, aumentando la probabilidad de ictericia. (14)

b) Hepatitis viral: La infección materna por virus de la hepatitis B o C puede transmitirse al feto y causar disfunción hepática congénita. Si el hígado del neonato está afectado desde el nacimiento, la capacidad de conjugar y eliminar la bilirrubina será limitada, elevando el riesgo de ictericia grave y la necesidad de hospitalización. (17)

c) Infecciones del grupo TORCH: Este grupo incluye Toxoplasmosis, Otros (sífilis, varicela), Rubéola, Citomegalovirus y Herpes simple. Estas infecciones, si son adquiridas en el primer o segundo trimestre del embarazo, pueden causar daño hepático fetal, anemia hemolítica e ictericia al nacimiento. Además, muchas veces no son detectadas por falta de pruebas serológicas adecuadas durante los controles prenatales, especialmente en zonas rurales, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno. (20)

1.2. Factores del recién nacido

Los factores neonatales son determinantes clínicos o fisiológicos propios del recién nacido que influyen directamente en su adaptación extrauterina y en el desarrollo de complicaciones como la ictericia. Estos factores pueden estar presentes desde el nacimiento o aparecer en los primeros días de vida, y se relacionan con aspectos como el diagnóstico inicial del reingreso, la edad al momento del reingreso, la edad gestacional, y condiciones que incrementan la carga hemática, como traumatismos obstétricos. La identificación precoz de estos factores resulta fundamental para prevenir cuadros graves de hiperbilirrubinemia que, si no se controlan, pueden

generar encefalopatía bilirrubínica y discapacidad neurológica permanente (26).

1.2.1. Diagnóstico de readmisión

El diagnóstico al momento del reingreso hospitalario permite identificar la causa principal por la cual el neonato retorna al establecimiento de salud. En el caso de la ictericia neonatal, las siguientes condiciones están frecuentemente relacionadas:

a) Deshidratación: La deshidratación neonatal se presenta cuando hay un inadecuado aporte de líquidos, generalmente por una lactancia deficiente o tardía. Esta condición reduce la excreción renal de bilirrubina y aumenta su reabsorción intestinal, elevando sus niveles en sangre y favoreciendo la ictericia. Es uno de los motivos más frecuentes de reingreso en la primera semana de vida (26)

b) Hipernatremia: Se trata de un trastorno electrolítico que se asocia con deshidratación grave. La hipernatremia agrava la ictericia porque indica un volumen circulante disminuido y una sobrecarga de bilirrubina no excretada, complicando el estado general del recién nacido.

c) Hiperbilirrubinemia: Es la causa directa de la mayoría de readmisiones en la primera semana posnatal. Se da cuando los niveles de bilirrubina superan los valores fisiológicos normales según la edad posnatal y el peso del recién nacido. Su detección tardía o manejo inadecuado puede derivar en kernicterus. (27)

d) Sepsis: La infección neonatal sistémica puede alterar la función hepática y el metabolismo de la bilirrubina, además de causar hemólisis. Un neonato

séptico puede presentar ictericia de forma precoz, persistente o severa, y muchas veces requiere tratamiento hospitalario intensivo. (21)

1.2.2. Edad de reingreso

La edad al momento del reingreso se refiere al número de días de vida con los que el recién nacido retorna al hospital. Los estudios indican que la mayoría de los reingresos por ictericia ocurren entre el 3.er y 7.º día posnatal, coincidiendo con el pico fisiológico de bilirrubina. Este dato es relevante porque muchos neonatos son dados de alta entre las primeras 24 a 48 horas de vida, antes del punto máximo de ictericia, lo cual incrementa el riesgo de que se desarrollen formas graves en el hogar. Cuanto más precoz sea el alta, mayor debe ser la vigilancia en los días subsiguientes. (28)

1.2.3. Edad gestacional al nacer

La edad gestacional es un determinante clave en la madurez hepática y la capacidad del recién nacido para metabolizar y excretar la bilirrubina. Se clasifica en:

a) Prematuro: Los prematuros tienen una menor reserva hepática, lo que disminuye la capacidad de conjugación de la bilirrubina. Además, su alimentación suele ser más limitada, aumentando el riesgo de deshidratación y retención intestinal de bilirrubina. En estos casos, el riesgo de ictericia severa y encefalopatía es considerablemente mayor.

b) A término: Aunque tienen una mejor capacidad hepática, también pueden desarrollar ictericia, sobre todo si existen factores adicionales como traumatismos obstétricos, lactancia ineficaz o incompatibilidad sanguínea.

c) Postérmino: Estos neonatos tienen mayor riesgo de complicaciones por envejecimiento placentario y aumento de glóbulos rojos circulantes, lo cual puede aumentar la hemólisis postnatal y, en consecuencia, los niveles de bilirrubina. (29)

1.2.4. Incremento de la carga hemática

El incremento de la carga hemática se refiere a la presencia de una mayor cantidad de glóbulos rojos circulantes o a la acumulación de sangre extravascular producto de traumatismos durante el parto. Esta condición aumenta la cantidad de bilirrubina producida por la descomposición de los hematíes. Los principales factores que contribuyen son:

a) Equimosis extensa: Son áreas de sangrado subcutáneo provocadas por presión durante el parto, sobre todo en presentaciones cefálicas prolongadas. Su degradación produce una liberación significativa de bilirrubina que puede saturar el sistema de conjugación del hígado neonatal.

b) Cefalohematomas: Son acumulaciones de sangre entre el hueso del cráneo y el periostio, causadas generalmente por partos instrumentados. Su reabsorción lenta y progresiva produce un flujo constante de bilirrubina a la circulación, elevando de forma persistente sus niveles séricos y provocando ictericia prolongada o tardía. (30)

2. Reingreso por ictericia neonatal

El reingreso hospitalario por ictericia neonatal es una situación clínica frecuente que refleja fallas en la detección precoz, manejo oportuno o seguimiento adecuado del recién nacido tras el alta hospitalaria. Este

reingreso, que suele producirse entre los días 3 y 7 de vida, puede estar motivado por un aumento excesivo de los niveles de bilirrubina, lo cual puede superar los límites fisiológicos y derivar en la parte de las complicaciones que son graves como kernicterus o también en encefalopatía bilirrubínica. En muchos casos, los neonatos fueron dados de alta precozmente sin un adecuado control de riesgo, especialmente si nacieron por cesárea, son prematuros o tienen dificultades en la lactancia. Por tanto, el estudio del tipo de ictericia y su evolución clínica resulta esencial para prevenir el reingreso y garantizar una atención segura en el período neonatal. (31)

Definición de Ictericia Neonatal

La ictericia neonatal es la pigmentación amarillenta de la piel, las mucosas y la conjuntiva ocular del recién nacido, debido a la elevación de los niveles séricos de bilirrubina, especialmente de la forma no conjugada. (14)

El sistema hepático inmaduro del neonato tiene una capacidad limitada para poder convertir las bilirrubinas liposolubles en su forma que son conjugadas, que es hidrosoluble y puede ser eliminada por la bilis hacia el intestino. Este desbalance entre producción y eliminación da lugar a las acumulaciones de bilirrubinas en los tejidos. La intensidad de la ictericia suele correlacionarse con el nivel de bilirrubina en sangre y puede ser medida clínicamente o mediante pruebas laboratoriales. (25)

Fisiopatología

La fisiopatología de la ictericia neonatal se basa en un equilibrio alterado entre las producciones y eliminaciones de bilirrubinas. Al nacer, los neonatos presentan una rápida destrucción de glóbulos rojos debido al cambio de hemoglobina fetal a hemoglobina adulta, lo que genera un exceso de

bilirrubina. Al mismo tiempo, el hígado inmaduro tiene una capacidad limitada para conjugarse esta bilirrubina por deficiencia de la enzima uridina difosfato glucuronil transferasa (UGT1A1). (32)

Además, otros factores fisiológicos influyen, como el aumento de las circulaciones enterohepáticas de la bilirrubina, ya que parte de la bilirrubina no eliminada en el intestino es reabsorbida y vuelve al hígado. También influye las disminuciones de las floras intestinales y la motilidad intestinal reducida en los primeros días de vida. Estos mecanismos pueden contribuir a un aumento significativo en la bilirrubina sérica, sobre todo en neonatos prematuros o con bajo peso al nacer. (33)

Causas de Ictericia Neonatal

Causas fisiológicas

- Inmadurez hepática
- Vida media corta de eritrocitos fetales
- Aumento de la circulación enterohepática
- Ayuno o escasa succión al pecho

Causas patológicas

- Incompatibilidad ABO o Rh
- Esferocitosis hereditaria
- Deficiencia de G6PD
- Infecciones perinatales (sepsis, TORCH)
- Hipotiroidismo congénito
- Atresia biliar
- Síndrome de Crigler-Najjar (33)

Diagnóstico

- Evaluación clínica: Se observa la coloración de la piel y se correlaciona con las zonas corporales afectadas (escala de Kramer).
- Bilirrubina sérica total y fraccionada: Diferenciar entre bilirrubina directa e indirecta.
- Hemograma, reticulocitos y grupo sanguíneo: Para detectar anemia, hemólisis e incompatibilidades sanguíneas.
- Prueba de Coombs: Detecta anticuerpos maternos adheridos a los eritrocitos del bebé.
- Pruebas hepáticas, TSH y serologías: Si se sospecha de enfermedad hepática, hipotiroidismo o infecciones (33)

Tratamiento

- Fototerapia: Es la primera línea de tratamiento. Utiliza luz azul para poder convertir las bilirrubinas no conjugadas en formas solubles (lumirrubina) que se eliminan sin necesidad de las conjugaciones hepáticas.
- Inmunoglobulina intravenosa (IVIG): En casos de incompatibilidad Rh o ABO con anemia hemolítica significativa.
- Exanguinotransfusión: En situaciones graves con riesgo de kernicterus, cuando la bilirrubina alcanza niveles peligrosos y no responde a otras medidas.
- Aporte nutricional adecuado: Se promueve la lactancia materna para reducir la circulación enterohepática.
- Tratar causas subyacentes: Antibióticos en sepsis, cirugía en atresia biliar, manejo endocrinológico en hipotiroidismo. (34)

2.1. Tipo de ictericia

a) Ictericia fisiológica

La ictericia fisiológica es un fenómeno común en los recién nacidos, especialmente en aquellos a término. Se manifiesta como una coloración amarillenta de piel y mucosas que aparece típicamente entre el segundo y cuarto día de vida, alcanzando su pico máximo hacia el tercer día y resolviéndose espontáneamente en una semana (hasta 14 días en prematuros). Esta ictericia es causada por la inmadurez transitoria del sistema hepático del neonato, lo que reduce su capacidad para conjugarse y excretar bilirrubina. Aunque es un proceso normal, puede agravarse si hay factores añadidos como alimentación deficiente, pérdida excesiva de peso, o deshidratación. En estos casos, una ictericia inicialmente fisiológica puede evolucionar a niveles peligrosos si no se controla, requiriendo fototerapia y, en algunos casos, hospitalización (35)

b) Ictericia patológica

Las ictericias patológicas son aquellas que aparecen en las primeras 24 horas de vida, presentan concentraciones de bilirrubina superiores a los valores normales según la edad del neonato, o persiste más allá de los 10–14 días. A diferencia de la forma fisiológica, esta ictericia obedece a causas subyacentes que pueden poner en peligro la vida del neonato, como incompatibilidades sanguíneas (Rh o ABO), infecciones congénitas, hemólisis acelerada, sepsis, o enfermedades hepáticas. También se considera patológica si el aumento de bilirrubina es mayor de 5 mg/dL por día o si el valor total supera los 15 mg/dL en recién nacidos a término. Esta forma de ictericia requiere tratamiento inmediato con fototerapia intensiva o,

en casos graves, exanguinotransfusión. Es la principal causa de reingreso hospitalario por ictericia, y su manejo tardío puede derivar en consecuencias neurológicas irreversibles (36).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- a). **Edad gestacional:** Es el tiempo de desarrollo fetal en semanas al momento del nacimiento. Los prematuros tienen mayor riesgo de ictericia por inmadurez hepática (23)
- b). **Fototerapia:** Tratamiento que utiliza luz azul para reducir los niveles de bilirrubina. Es la terapia más común en casos de ictericia neonatal moderada o severa (27)
- c). **Hiperbilirrubinemia:** Se refiere al exceso de bilirrubina en sangre. Cuando supera niveles fisiológicos, puede generar ictericia patológica y requerir hospitalización urgente (21)
- d). **Ictericia fisiológica:** Es una condición común y transitoria en neonatos sanos. Aparece entre el segundo y cuarto día de vida y desaparece sin tratamiento en la mayoría de los casos (31)
- e). **Ictericia neonatal:** Afecta a más del 60% de los neonatos en la primera semana de vida (14)
- f). **Ictericia patológica:** Puede deberse a hemólisis, sepsis, incompatibilidad Rh o infecciones congénitas (8)
- g). **Reingreso hospitalario:** Es la readmisión del recién nacido al hospital luego del alta, debido a complicaciones como deshidratación o ictericia no controlada clínicamente (27)



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es un estudio considerado como no experimental, ya que la información fue obtenida directamente del fenómeno clínico sin manipular las variables en investigación. En el estudio se observa y registrar los eventos tal como ocurrieron en su escenario natural, preservando íntegramente las condiciones asistenciales y sin realizar intervención alguna sobre los sujetos de estudio (37).g

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La indagación se clasificó como básica, con un nivel relacional y un diseño transversal, dado que su propósito fue identificar y analizar la asociación existente entre diversos factores de riesgo y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal. Para ello, la información fue recopilada en un único momento temporal, lo que permitió establecer la relación sin intervenir en su comportamiento ni modificar las condiciones clínicas en las que se presentaron los casos (38).

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se empleó el método hipotético-deductivo que está considerada también con un enfoque cuantitativo, orientado a la obtención y procesamiento de datos numéricos con rigurosidad estadística. Este abordaje permitió contrastar la hipótesis planteada mediante el análisis sistemático, con el fin de determinar la existencia de asociaciones clínicamente y estadísticamente significativas entre los factores evaluados y el reingreso hospitalario por ictericia neonatal (39).

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población estuvo compuesta por un total de 43 historias clínicas de neonatos que fueron reingresados por diagnóstico de ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo de Azángaro durante el año 2024.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por el total de casos de reingreso hospitalario por ictericia neonatal registrados en dicho establecimiento durante el periodo mencionado, cumpliendo con los criterios establecidos.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas con diagnóstico de reingreso por ictericia neonatal.
- Historias clínicas completas registradas entre enero y diciembre del 2024.

- Neonatos de ambos sexos atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Historias clínicas que no correspondían al año 2024.
- Reingresos hospitalarios por otras causas diferentes a la ictericia neonatal.

Temporalidad:

El estudio se desarrolló entre enero y diciembre del año 2024.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnicas

Denominación: en el estudio realizado se ha considerado la técnica análisis documental mediante la revisión de historias clínicas.

Variable numero 1: Análisis documental

Variable numero 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

Se utilizó para la indagación ficha de recojo de datos estructurada, diseñada para registrar variables maternas y neonatales relacionadas con el reingreso por ictericia neonatal.

Variables número 1 y 2 : Ficha de recolección de datos

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

Autor: Rubén Oscar SUSAYA CAMPOS

Estudio: Factores asociados al reingreso del alta hospitalaria san José del Callao-2019

Modificada: Bach. Massiel Olenka MONTESINOS MALATESTA

Duración: 02 horas

Dimensiones: Para la variable 1 se consideró las siguientes dimensiones Factores maternos, factores del recién nacido y para la variable 2 se consideró la dimensión tiempo de reingreso

Indicadores: Para la dimensión factores maternos se consideró 05 indicadores, para factores del recién nacido se consideró 04 indicadores.

Validez: La validez del contenido se realizó mediante la prueba denominada juicio de expertos los cuales estuvieron conformadas por 03 médicos especialista en neonatología, que ejercen labor asistencial en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azangaro.

Confiabilidad: El autor Rubén Oscar **SUSAYAS CAMPOS** en el año 2019 ejecuto la prueba piloto con datos de 10 historias clínicas de neonatos con reingreso luego aplicó el coeficiente de alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad global de 0.80 y 0.84 para los factores maternos y del recién nacido

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- **Coordinación:** Para el inicio de la indagación se ha gestionado la parte de la autorización de parte de la institución ante la Dirección del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo para realizar la investigación. Posteriormente, se procedió a recolectar la información mediante el

instrumento estructurado, asegurando la calidad y veracidad de los datos.

- **Ejecución:** Se efectuó un análisis descriptivo de los datos, utilizando tablas y figuras para representar el estudio. La información recolectada fue sistematizada e interpretada según objetivos.
- **Análisis inferencial:** Se realizaron pruebas estadísticas para evaluar la relación entre las variables, incluyendo la correlación de Pearson y la prueba de (χ^2),. Todo el procesamiento se ejecutó en el software IBM SPSS Statistics, versión 25, garantizando precisión en los cálculos y confiabilidad en los resultados obtenidos.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la interpretación de los resultados, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), considerando la naturaleza categórica de las variables estudiadas.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

El instrumento de recojo de datos estuvo sometida en la validación por juicio de expertos, integrado por médicos y profesionales especializados, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de cada ítem, asegurando que estuvieran adecuadamente alineados con los objetivos del estudio y fueran pertinentes para la medición de los factores de riesgo asociados al reingreso por ictericia neonatal.



3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad de los datos de los instrumentos se determinó utilizando Alfa de Cronbach, lo que permitió comprobar las consistencias internas de cada una de las variables, asegurando que los ítems medían de manera uniforme los factores acerca de los riesgo asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal.

Análisis de confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,798	10

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Edad materna asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

Edad materna	Tipo de ictericia				Total	
	Fisiológica		Patológica			
	fi	%	fi	%	fi	%
Adolescente 10 – 19 años	11	25,6	0	0,0	11	25,6
Adulta joven 20 – 34 años	12	27,9	10	23,3	22	51,2
Adulta mayor > 35 años	5	11,6	5	11,6	10	23,2
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2 \text{ Cal} = 7.981$$

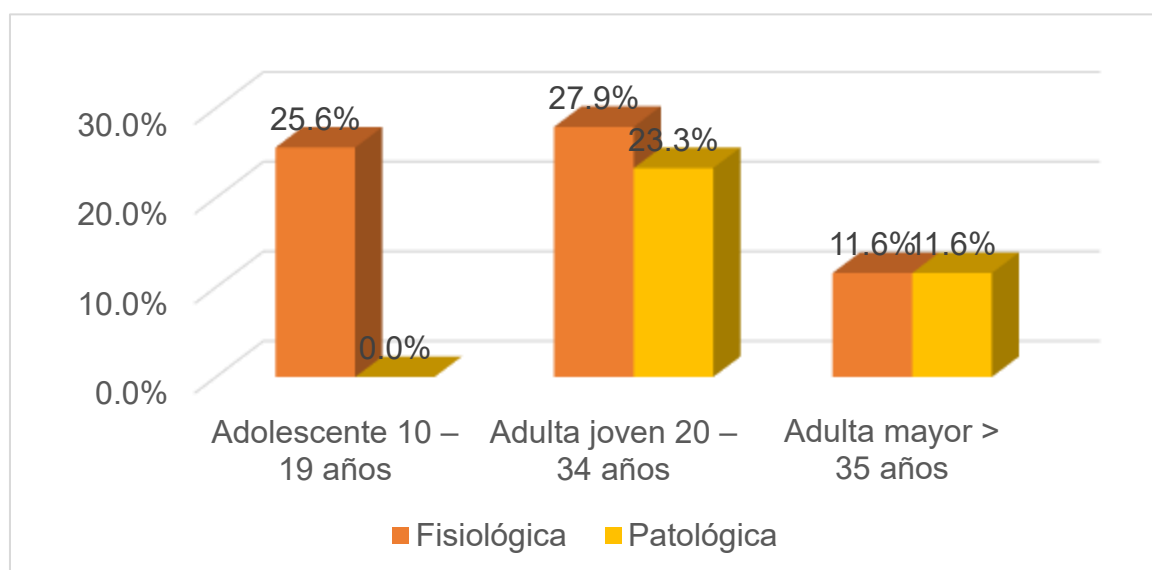
$$GL = 2$$

$$X^2 \text{ Tab} = 5.991$$

$$P = 0.018$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 1.



Fuente. Tabla 1

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 1 se evidencia que los 43 pacientes, según la edad materna. Del total, el 51.2% fueron madres jóvenes de entre 20 y 34 años, el 25.6% fueron adolescentes (menores de 20 años) y el 23.2% correspondió a madres adultas mayores de 35 años.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 27.9% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en hijos de madres de entre 20 y 34 años. Asimismo, el 23.3% presentó ictericia patológica, también en su mayoría pertenecientes a este mismo grupo etario.

El contraste estadístico Chi-cuadrado (χ^2) presentó un valor de 7.981, superior a 5.991 correspondiente a 2 GL, con un $p = 0.018$, lo que evidencia que existe una relación entre la edad materna y el tipo de ictericia neonatal, sugiriendo que las diferencias en la edad de la madre se asocian de manera relevante con la manifestación clínica de ictericia en los recién nacidos.

En el estudio de **Medrano y Cabrera** (9), se identificó que la edad materna mayor de 35 años constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de ictericia neonatal, con un odds ratio (OR) de 3.9, lo cual sugiere una mayor probabilidad de presentar esta condición en dicho grupo etario. Sin embargo, en el presente estudio se evidenció que el 51.2% de las madres se encontraban en el rango de 20 a 34 años, lo que indica que, en esta población, la mayor proporción de casos de reingreso hospitalario por ictericia neonatal no se relacionó predominantemente con la edad materna avanzada.

Tabla 2. Paridad asociada al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

Paridad	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	17	39,5	0	0,0	17	39,5
Múltipara	11	25,6	13	30,2	24	55,8
Gran múltipara	0	0,0	2	4,7	2	4,7
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 16.769$$

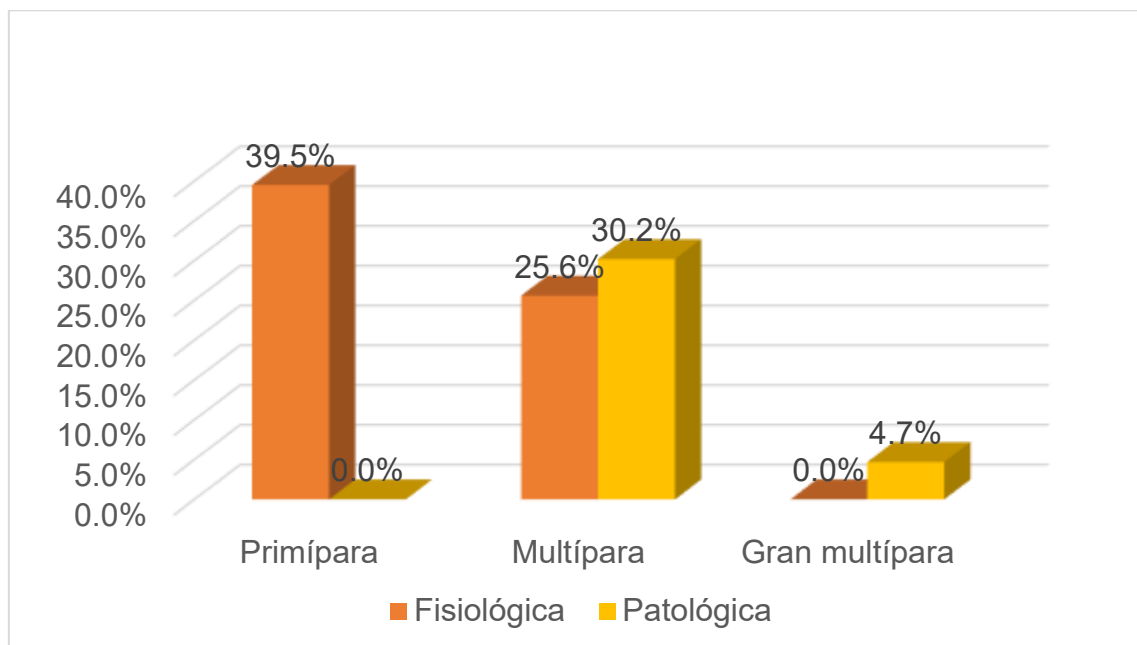
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 2.



Fuente. Tabla 2

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 2 se evidencia que los 43 pacientes, según la paridad. Del total, el 55.8% fueron multíparas, el 39.5% fueron primíparas y el 4.7% fueron gran multíparas.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 39.5% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en hijos de madres primíparas. Asimismo, el 30.2% presentó ictericia patológica, siendo en madres multíparas.

El contraste estadístico Chi-cuadrado (χ^2) presentó un valor de 16.769, superior a 5.991 para 2 GL, con un $p = 0.000$, lo que indica una asociación entre la paridad materna y el tipo de ictericia neonatal, sugiriendo que el número de gestaciones previas de la madre influye de manera relevante en la presentación clínica de la ictericia en el recién nacido.

En el estudio de **Lozano** (17), se concluyó que factores maternos como la paridad no tienen una relación significativa con la aparición de ictericia neonatal. No obstante, se observó que el 55.8% de las madres fueron multíparas, grupo en el cual se registró una mayor frecuencia de reingresos hospitalarios por ictericia neonatal. Esta diferencia podría deberse a que las madres multíparas, pese a su experiencia previa, podrían presentar un menor nivel de adherencia a los controles postnatales o a la vigilancia del recién nacido en casa. Asimismo, factores asociados a embarazos múltiples anteriores, como infecciones o alteraciones placentarias, podrían influir indirectamente en el riesgo de ictericia.

Tabla 3. Número de atenciones asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

Número de atenciones	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
< a 6 atenciones	5	11,6	0	0,0	5	11,6
> a 6 atenciones	23	53,5	15	34,9	38	88,4
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 3.031$$

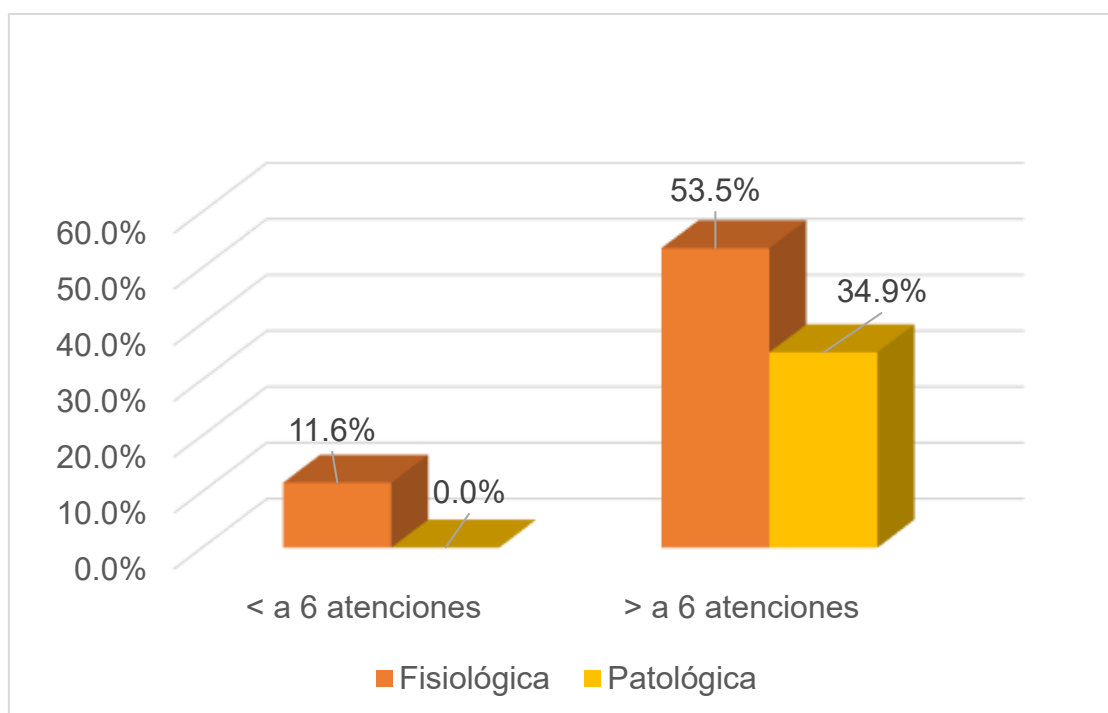
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.082$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 3.



Fuente. Tabla 3

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 3 se evidencia que los 43 pacientes, según el número de atenciones. Del total, el 88.4% tenían mayor a 06 que fueron atenciones prenatales y el 11.6%.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 53.5% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en madres con mayor 6 atenciones prenatales. Asimismo, el 34.9% presentó ictericia patológica, también predominó en el mismo grupo.

Según la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), el 3.031, menor a 3.841 para 1 GL, con un $p = 0.082$, lo que indica que no existe una asociación entre el número de controles prenatales y el tipo de ictericia neonatal, sugiriendo que la frecuencia de atenciones maternas no influye de manera relevante en la manifestación clínica de ictericia en los recién nacidos.

Medrano y Cabrera (9) señalaron que la falta de controles prenatales adecuados se asocia significativamente al riesgo de ictericia neonatal, resaltando la importancia de un seguimiento continuo durante el embarazo. No obstante, en el presente estudio, el 88.4% de las gestantes recibió más de seis controles prenatales, lo que representa un número considerado como adecuado según las recomendaciones actuales. A pesar de ello, se observó una alta frecuencia de reingresos hospitalarios por ictericia neonatal, lo que sugiere que la cantidad de controles no garantiza por sí sola la calidad del seguimiento ni la identificación oportuna de factores de riesgo.

Tabla 4. Tipo de parto asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

Tipo de parto	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Cesárea	2	4,7	5	11,6	7	16,3
Parto vaginal	26	60,5	10	23,3	36	83,7
TOTAL	28	65,2	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 4.916$$

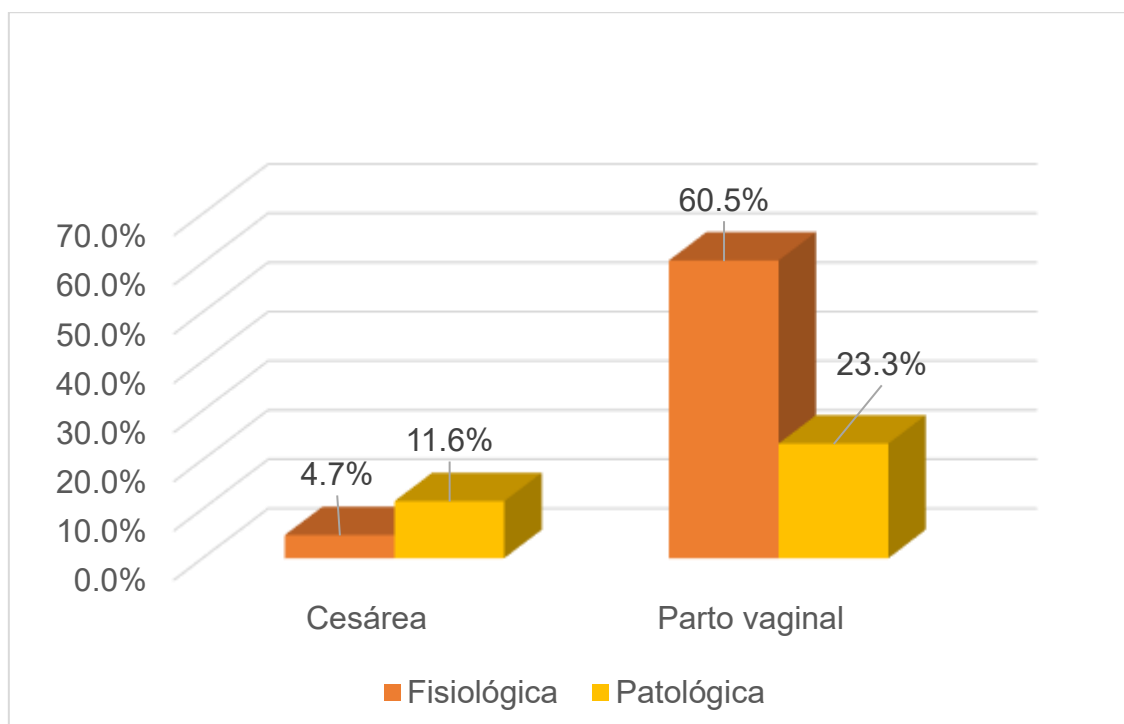
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.027$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 4.



Fuente. Tabla 4

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 4 se evidencia que los 43 pacientes, según el tipo de parto. Del total, el 83.7% fueron por parto vaginal y el 16.3% por parto por cesárea.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 60.5% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en madres que dieron parto vaginal. Asimismo, el 23.3% presentó ictericia patológica, también predominó en el mismo grupo.

La prueba de Chi-cuadrado (χ^2) mostró un 4.916, superior al valor crítico de 3.841 para 1 GL, con un $p = 0.027$, lo que evidencia una asociación entre el tipo de parto y el tipo de ictericia neonatal, indicando que la modalidad de parto influye de manera relevante en la presentación clínica de la ictericia en los recién nacidos.

Isa et al. (10) reportaron que una proporción considerable de recién nacidos con ictericia fue producto de partos por cesárea (33.9%), sugiriendo una posible relación entre esta vía de nacimiento y el desarrollo de ictericia neonatal. En contraste, en el presente estudio se observó que el 83.7% de los casos de reingreso hospitalario por ictericia ocurrieron en neonatos nacidos por parto vaginal. Esta diferencia podría atribuirse a factores poblacionales, prácticas obstétricas locales o criterios de hospitalización postparto.

Tabla 5. Infecciones maternas asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

Infecciones maternas	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Infecciones urinarias	11	25,6	10	23,3	21	48,8
hepatitis viral	0	0,0	2	4,7	2	4,6
Otro	3	7,0	0	0,0	3	7,0
Ninguna	14	32,6	3	7,0	17	39,6
TOTAL	28	65,2	15	35,0	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 9.063$$

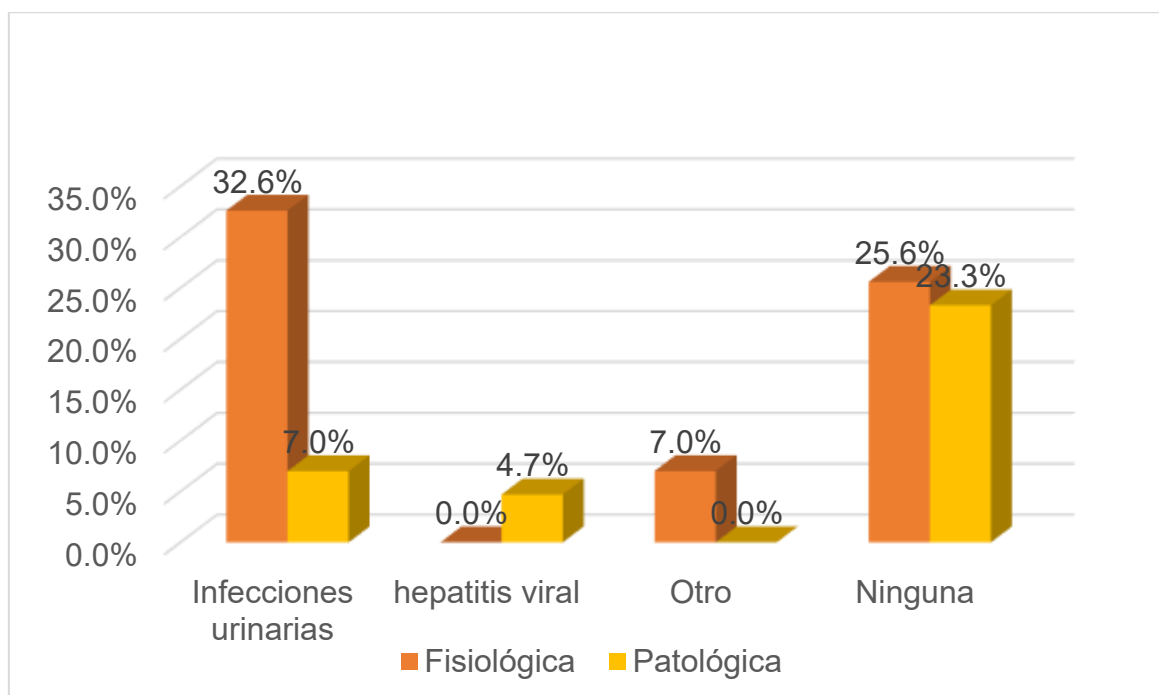
$$GL = 3$$

$$X^2_{Tab} = 7.814$$

$$P = 0.028$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 5.



Fuente. Tabla 5

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 5 se evidencia que los 43 pacientes, según las infecciones maternas. Del total, el 48.8% presentaron infección urinaria, el 39.6% no presentó ninguna infección urinaria, el 7% otro tipo de infecciones y el 4.6% presentó hepatitis viral.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 32.6% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante con ninguna infección materna. Asimismo, el 23.3% presentó ictericia patológica, este resultado predominó en pacientes que presentaron infección urinaria.

La prueba de (χ^2) arrojó un 9.063, menor a 7.814 para 3 GL, con un $p = 0.028$, lo que evidencia una asociación entre las infecciones maternas y el tipo de ictericia neonatal, indicando que la presencia de infecciones en la madre se relaciona de manera relevante con la manifestación clínica de ictericia en los recién nacidos.

Bernales (15) identificó que la infección urinaria durante la gestación, con una prevalencia del 23.1%, se asoció significativamente con la aparición de ictericia neonatal ($p < 0.01$), lo que respalda su consideración como un factor de riesgo materno importante. En el presente estudio, esta asociación también se evidenció, pero con una frecuencia mayor: el 48.8% de las madres presentó infección urinaria, lo que refuerza la implicancia clínica de este hallazgo.

Tabla 6. Diagnóstico de readmisión asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2024.

Diagnóstico de readmisión	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Deshidratación	3	7,0	3	7,0	6	14,0
Hipernatremica	0	0,0	5	11,6	5	11,5
Hiperbilirrubinemia	22	51,2	4	9,3	26	60,5
Sepsis	3	7,0	0	0,0	3	7,0
Otros	0	0,0	3	7,0	3	7,0
TOTAL	28	65,2	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 21.496$$

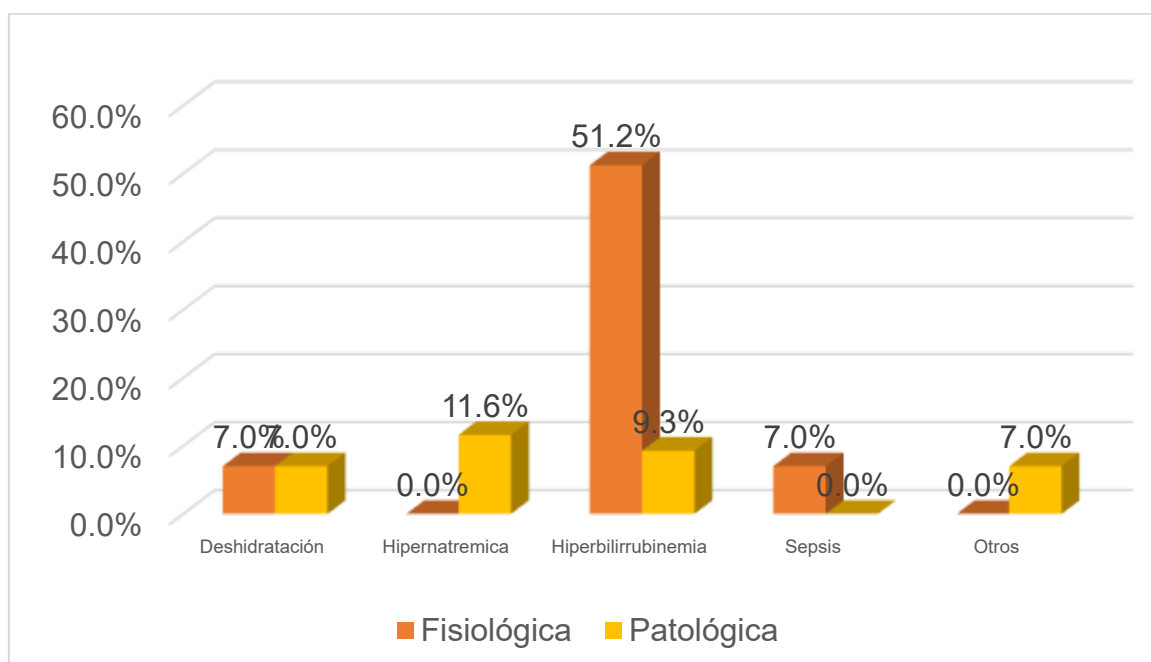
$$GL = 4$$

$$X^2_{Tab} = 9.487$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 6.



Fuente: Tabla 6.

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 6 se evidencia que los 43 pacientes, según el diagnóstico de readmisión. Del total, el 60.5% presentaron hiperbilirrubinemia, el 11.5% hipernatremia, el 14% fue readmitido por deshidratación, el 7% presento sepsis y el 7% presento otros diagnósticos para ser readmitidos.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 51.2% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en pacientes hiperbilirrubinemia. Asimismo, el 11.6% presentó ictericia patológica, este resultado predominó en pacientes hiponatémicos.

La prueba de Chi-cuadrado (χ^2) reveló 21.496, mayor a 9.487 para 4 GL, con un $p = 0.000$, lo que indica una asociación entre los diagnósticos de reingreso hospitalario y el tipo de ictericia neonatal, evidenciando que la naturaleza del diagnóstico de readmisión influye de manera relevante en la presentación clínica de ictericia en los recién nacidos.

Salazar et al. (8) señalan que, a nivel global, se reportan aproximadamente 481,000 casos anuales de hiperbilirrubinemia e ictericia en recién nacidos, lo que refleja la magnitud y relevancia de esta condición como problema de salud pública neonatal. En el presente estudio, se evidenció que el 60.5% de los neonatos reingresados fueron diagnosticados con hiperbilirrubinemia, lo cual muestra una alta prevalencia dentro de la muestra analizada.

Tabla 7. Edad de reingreso asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2024.

Edad de reingreso	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
< a 3 días	20	46,5	7	16,3	27	62,8
4 a 7 días	5	11,6	8	18,6	13	30,2
> a 7 días	3	7,0	0	0,0	3	7,0
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 6.627$$

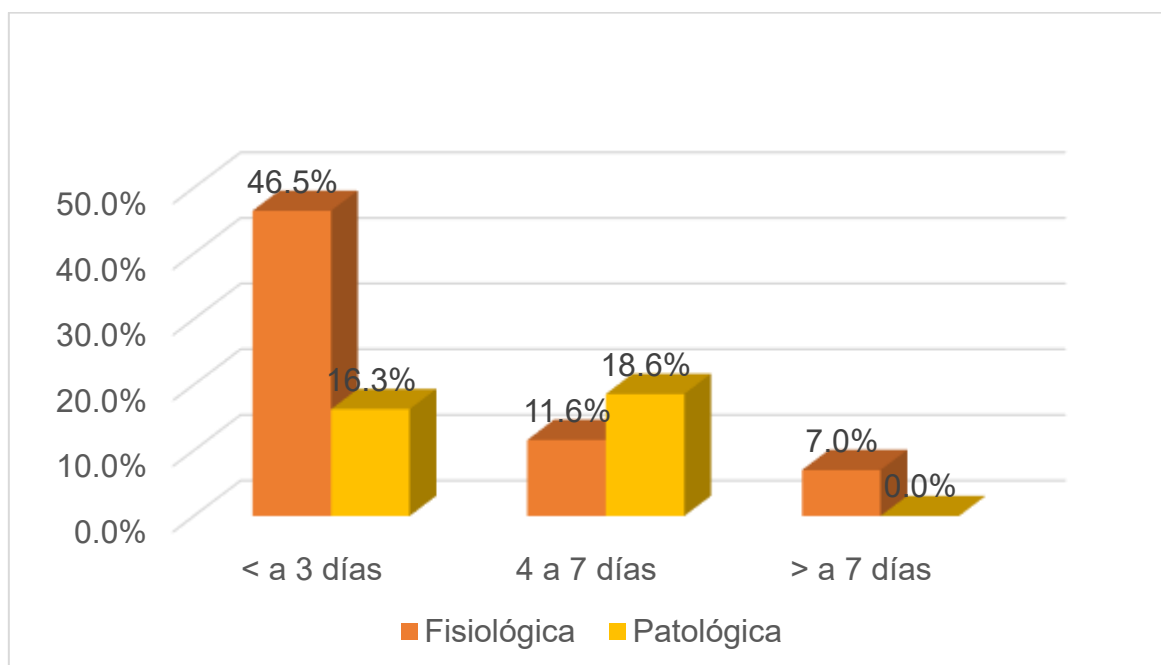
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.036$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 7.



Fuente. Tabla 7

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 7 se evidencia que los 43 pacientes, según edad de reingreso. Del total, el 62.8% fue reingresado menor a los 3 días, el 30.2% de 4 a 7 días y el 7% fueron reingresados mayor a los 7 días.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 46.5% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en pacientes reingresadas menor a los 3 días. Asimismo, el 18.6% presentó ictericia patológica, este resultado predominó en pacientes que reingresaron de 4 a los 7 días de nacidos. La prueba (χ^2) arrojó un valor 6.627, superior al valor crítico de 5.991 para 2 GL, con un $p = 0.036$, lo que evidencia una asociación entre la edad de reingreso hospitalario y el tipo de ictericia neonatal, indicando que la edad al momento del reingreso se relaciona de manera relevante con la presentación clínica de la ictericia en los recién nacidos.

Según **Bernales** (15), la edad de aparición de la ictericia neonatal se concentra mayoritariamente entre las 24 a 47 horas de vida (59.2%), lo que indica una presentación temprana del cuadro. De manera concordante, en el presente estudio se evidenció que el 62.8% de los recién nacidos reingresaron antes de los tres días de vida, lo cual sugiere que los signos clínicos de ictericia se manifestaron precozmente tras el alta hospitalaria.

Tabla 8. Edad gestacional al nacer asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2024.

Edad gestacional al nacer	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Prematuro (23- 36 semanas)	5	11,6	4	9,3	9	20,9
A termino (37 – 40 semanas)	20	46,5	11	25,6	31	72,1
Postérmino > 41 semanas	3	7,0	0	0,0	3	7,0
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 1.974$$

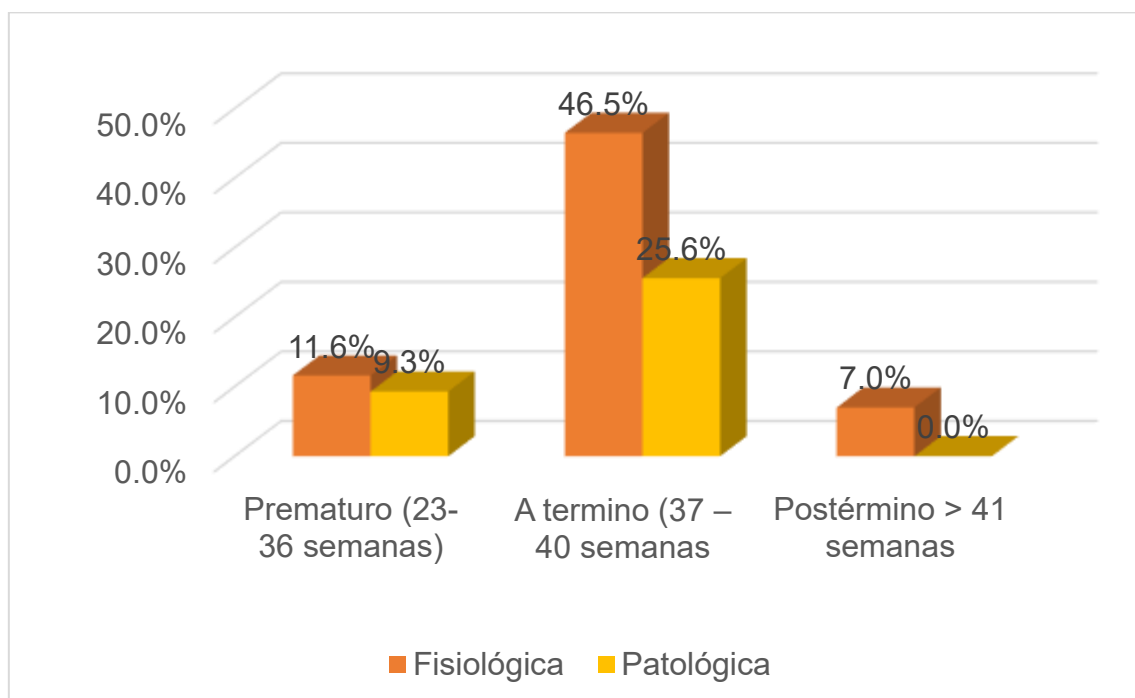
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.373$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 8.



Fuente. Tabla 8

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 8 se evidencia que los 43 pacientes, según la edad gestacional al nacer. Del total, el 72.1% fueron a término, el 20.9% fueron prematuros y el 7% fueron postérminos.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 46.5% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo en niños a términos. Asimismo, el 25.6% presentó ictericia patológica, este resultado fue en el mismo grupo.

La prueba de (χ^2) presentó 1.974, inferior a 5.991 para 2 GL, con un $p = 0.373$, lo que indica que no existe una asociación entre la edad gestacional al nacimiento y el tipo de ictericia neonatal, sugiriendo que la gestación a término o pretérmino no influye de manera relevante en la presentación clínica de la ictericia en los recién nacidos.

Chaupis y Pajar (13) identificaron una asociación significativa entre la edad gestacional pretérmino y la presencia de ictericia materna y neonatal ($X^2 = 9.959$; $p = 0.002$), sugiriendo que los neonatos nacidos antes de las 37 semanas presentan un mayor riesgo de desarrollar ictericia. Sin embargo, en el presente estudio se observó que el 72.1% de los recién nacidos readmitidos por ictericia fueron a término (37 a 40 semanas), lo que indica que la ictericia no fue exclusiva de neonatos pretérmino en esta población.

Tabla 9. Incremento de la carga hemática asociado al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2024.

Incremento de la carga hemática	Tipo de ictericia					
	Fisiológica		Patológica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Equimosis extensa	9	20,9	6	14,0	15	34,9
Cefaloematomas	0	0,0	2	4,7	2	4,7
Ninguna	19	44,2	7	16,3	26	60,4
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_{Cal} = 4.632$$

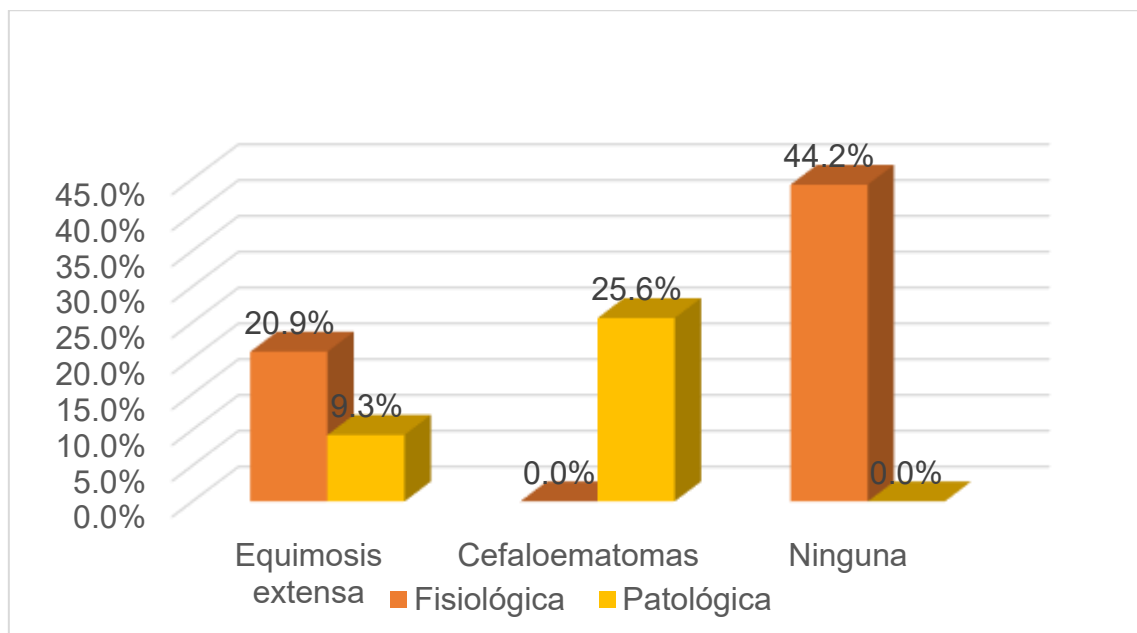
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.099$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 9.



Fuente. Tabla 9

Según los datos presentados en la tabla y en parte de la figura 9 se evidencia que los 43 pacientes, según el incremento de la carga hemática. Del total, el 60.4% no presentó ninguna, el 34.9% presentó equimosis extensa y el 4.7% presentó Cefalohematomas.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 44.2% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, siendo predominante en aquellas que no presentaron ningún tipo de incrementos de carga hemática. Asimismo, el 16.3% presentó ictericia patológica, este resultado predominó en el mismo grupo.

La prueba (χ^2) arrojó 4.632, inferior a 5.991 para 2 GL, con un $p = 0.099$, lo que indica que no existe una asociación entre los incrementos de la carga hemática y el tipo de ictericia neonatal, sugiriendo que las variaciones en la carga hemática no tienen un impacto relevante en la manifestación clínica de ictericia en los recién nacidos.

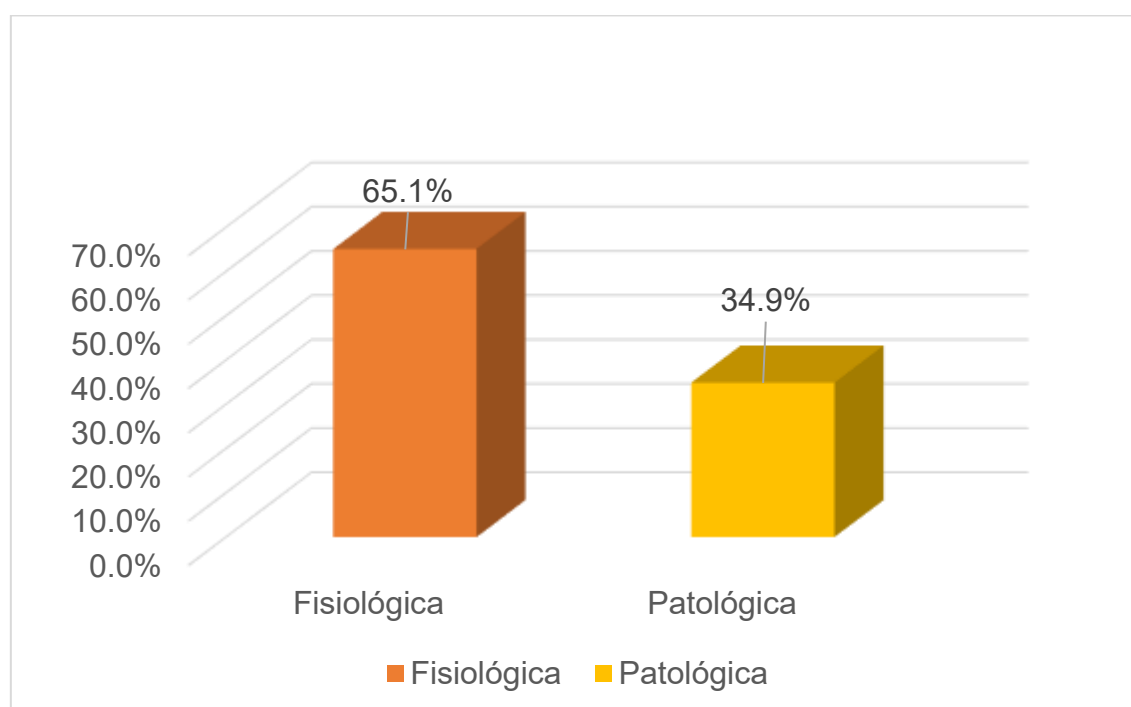
Bernales (15) reportó que un hematocrito $\geq 65\%$ estuvo presente en el 23.1% de los casos con ictericia, indicando que el incremento de la carga hemática representa un factor asociado. No obstante, en el presente estudio se evidenció que el 60.4% de los recién nacidos readmitidos no presentó ningún aumento en la carga hemática, lo que sugiere que este factor no fue predominante en la población evaluada.

Tabla 10. Tipo de reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2024.

Tipo de reingreso hospitalario	Total	
	fi	%
Fisiológica	28	65,1
Patológica	15	34,9
TOTAL	43	100,0

Fuente: Cuestionario

Figura 10.



Fuente. Tabla 10

En la tabla y también en la figura N.º 10 se presenta el análisis correspondiente al tercer objetivo específico del estudio: Identificar el tipo de ictericia diagnosticada en los recién nacidos que presentan reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024.

En cuanto al tipo de ictericia neonatal, el 65.1% de los recién nacidos presentaron ictericia fisiológica, Asimismo, el 34.9% presentó ictericia patológica. **Rojas** (18) concluyó que el tipo de ictericia más frecuente fue la ictericia patológica, siendo la deshidratación asociada a sepsis neonatal una de las principales causas. Sin embargo, en el presente estudio se evidenció que el 65.1% de los recién nacidos readmitidos presentó ictericia fisiológica, lo que representa una diferencia significativa en el perfil clínico de los casos. Esta discrepancia puede explicarse por factores como la precocidad del alta hospitalaria, diferencias en los protocolos de seguimiento neonatal o en las características clínicas de la población estudiada.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que existen factores de riesgo significativamente asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024, por lo cual se acepta la hipótesis planteada en el estudio.

SEGUNDA: Se determinó una asociación significativa entre los factores maternos y el reingreso hospitalario. La edad materna fue predominantemente de 20 a 34 años (51.2%; $p = 0.018$), la paridad en su mayoría múltipara (55.8%; $p = 0.000$), el tipo de parto fue principalmente vaginal (83.7%; $p = 0.027$) y las infecciones maternas se evidenciaron en un 48.8% por infección urinaria ($p = 0.023$). No se halló relación con el número de atenciones prenatales, ya que el 88.4% tuvo más de seis controles ($p = 0.082$).

TERCERA: Se identificó una asociación significativa entre los factores del recién nacido y el reingreso hospitalario. El 60.5% fue readmitido por hiperbilirrubinemia ($p = 0.000$), y el 62.8% reingresó antes de los 3 días ($p = 0.036$). La mayoría (72.1%) tuvo una edad gestacional a término ($p = 0.373$) y el 60.4% no presentó incremento de carga hemática ($p = 0.099$).

CUARTA: Se identificó el tipo de ictericia diagnosticada en los recién nacidos con reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, evidenciándose que el 65.1% presentó ictericia fisiológica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano coordinar con el jefe del servicio de neonatología para implementar programas continuos de capacitación para el personal de salud sobre la detección temprana y el manejo adecuado de la ictericia neonatal, con énfasis en la identificación de factores de riesgo durante el control prenatal y al momento del alta, a fin de reducir los reingresos hospitalarios y mejorar la calidad de la atención neonatal.

SEGUNDA: Al jefe del servicio de neonatología fortalecer los programas de vigilancia prenatal y postnatal mediante la aplicación de protocolos de seguimiento individualizado para madres multíparas y con antecedentes de infección urinaria durante la gestación. Asimismo, es fundamental implementar capacitaciones continuas al personal de salud para mejorar la identificación temprana de factores maternos asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal.

TERCERA: A la jefa de enfermeras del servicio de neonatología realizar seguimiento postalta de los recién nacidos durante los primeros tres días, liderado por el personal de enfermería mediante controles ambulatorios, visitas domiciliarias o llamadas de seguimiento. Estas acciones permiten detectar precozmente signos de hiperbilirrubinemia, orientar a los cuidadores y prevenir reingresos hospitalarios. Además deberá realizar educación a la madre sobre ictericia por parte de médicos y enfermeras.

CUARTA: Al personal de salud del servicio de neonatología implementar el uso de una aplicación móvil educativa para madres recientes, diseñada



por el personal de enfermería, que permita monitorear signos de ictericia fisiológica mediante registro diario del color de piel y comportamiento del neonato, incluyendo alertas automatizadas para facilitar una intervención oportuna y prevenir reingresos hospitalarios.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hegyi T, Kleinfeld A. Neonatal hyperbilirubinemia and the role of free bilirubin. *J Matern Fetal Neonatal Med.* December 2022;35(25):9201–7. doi:10.1080/14767058.2021.2021177.
2. Cai Y, Li X, Wang P, Song Y. Predictive factors for readmission due to neonatal hyperbilirubinemia: a retrospective case-control study. *PLoS ONE.* April 1, 2025;20(4):e0320767. doi: 10.1371/journal.pone.0320767.
3. Cordova L. Factors associated with neonatal jaundice in a high-altitude regional hospital: a cross-sectional study. *Investig Innov Clin Quir Pediatr.* 2024;2(2):41–5. Available at: <https://doi.org/10.59594/iicqp.2024.v2n2.99>.
4. Cardenas T. Factors associated with jaundice requiring phototherapy. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2024;24(1):e-2308-0531-85. Available at: https://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v24n1/en_2308-0531-rfmh-24-01-85.pdf.
5. Carrasco E. Prevalence and risk factors of neonatal hyperbilirubinemia at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca, Peru. 2019.
6. Regional Government of Puno. Over 236 million soles to build the "Carlos Cornejo Roselló Vizcardo" Hospital in Azángaro [Internet]. Puno: GRP; June 16, 2025. Available at: <https://www.regionpuno.gob.pe/nota-de-prensa-mas-de-236-millones-de-soles-para-construir-hospital-de-carlos-cornejo-rosello-vizcardo-de-azangaro/>.
7. Macero R, Piedra J, Plaza G. Prevalence and factors associated with neonatal jaundice. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* Vol. 41, No. 2. <https://doi.org/10.18537/RFCM.41.02.05>.



8. Salazar D, Aguilar L, González J. Neonatal jaundice: a common clinical manifestación in pediátricas. *Revista Médica Sinergia*. 2023;8(8):e1085. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i8.1085>.
9. Medrano K, Cabrera L. Risk factors associated with neonatal jaundice at Bertha Calderón Hospital during January–December 2020. Thesis. National Autonomous University of Nicaragua, Managua. <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UNANM.23667>.
10. Isa H, AlBuainain N, Bunajem F, Masood A, Bucheery Y. Neonatal and maternal risk factors for indirect hyperbilirubinemia: a cross-sectional study in Bahrain. *Int J Pediatr*. September 9, 2022;2022:1–8.
11. Rehna T, Thomas S. Risk factors for early hyperbilirubinemia in neonates: a cross-sectional study. *J Current Res Sci Med*. July 1, 2022;8(2):176–81. Available at: https://www.researchgate.net/publication/366535458_Risk_factors_for_early_hyperbilirubinemia_in_neonates_A_cross-sectional_study.
12. Córdova L. Factors associated with neonatal jaundice in a high-altitude regional hospital: a cross-sectional study. *Investig Innov Clin Quir Pediatr*. 2024;2(2):41–5. doi:10.59594/iicqp.2024.v2n2.99. <https://orcid.org/0009-0008-9994-6328>.
13. Chaupis L, Pajar G. Risk factors associated with jaundice in term neonates at Chilca Health Center from November 2022 to March 2023. Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14171/1/IV_FCS_504_TE_Chaupis_Pajar_2024.pdf.



14. Sotomayor K. Factors associated with neonatal jaundice in term newborns at the Neonatology Service of Hospital Nacional 2 de Mayo, March 2022–March 2023. Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7307>.
15. Bernaldes A. Risk factors associated with neonatal jaundice in newborns attended at the Neonatology Service of Cajamarca Regional Teaching Hospital, 2021. Universidad Nacional de Cajamarca. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4872>.
16. Castro D. Risk factors for neonatal jaundice at Moquegua Regional Hospital, April 2021–March 2022. Universidad Privada de Tacna [Internet]. August 22. Available at: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2430>.
17. Lozano M. Factors associated with neonatal jaundice in term newborns undergoing phototherapy at Moquegua Regional Hospital, 2022. Universidad José Carlos Mariátegui. <https://hdl.handle.net/20.500.12819/2500>.
18. Rojas S. Correlation between serum bilirubin levels and Kramer scale in neonates diagnosed with jaundice at Manuel Núñez Butrón Regional Hospital, January–December 2020. Universidad Nacional del Altiplano. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/18314>.
19. Bedoya S. Nursing care in newborns with jaundice at Military Hospital III, Arequipa, 2020. Universidad Nacional de San Agustín. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13897>.
20. Lizarraga E. Educational intervention on neonatal jaundice knowledge in postpartum mothers at the hospitalization service of Clínica Arequipa, Arequipa, 2020. Universidad Nacional de San Agustín. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13128>.



21. Quispe K. Risk factors associated with early neonatal sepsis in newborns attended at the Neonatology Service of Manuel Núñez Butrón Hospital, Puno, 2020. Universidad Nacional del Altiplano. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/17373>.
22. Soriano JA. Maternal-neonatal factors associated with pathological neonatal jaundice. Bachelor's thesis, Universidad César Vallejo; 2023. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131649>.
23. Lozano GS. Maternal factors associated with jaundice due to hypernatremic dehydration. Undergraduate thesis, Universidad César Vallejo; 2023. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131753>.
24. Lima D. Maternal risk factors associated with hyperbilirubinemia in term newborns in Tacna, Peru. Bachelor's thesis, UN Jorge Basadre; 2023. Available at: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4940>.
25. Martínez M. Maternal risk factors in non-hemolytic neonatal hyperbilirubinemia (Cuenca, Ecuador, 2020). Specialization thesis, Universidad de Cuenca; 2020. Available at: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3942>.
26. Balbín T, Taipe Gonzales N. Neonatal factors associated with pathological jaundice in term newborns at a Huancayo hospital, 2021. Undergraduate thesis, Universidad Peruana Los Andes; 2023. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/6124>.
27. Uriol Y. Maternal-neonatal risk factors in infants with jaundice at Belén Hospital, Trujillo, 2018. Undergraduate thesis, UCV; 2018. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25436>.



28. Chacpi R. Risk factors for jaundice in preterm newborns at Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, 2019. Academic work, Universidad Privada Norbert Wiener; 2020. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/4189>.
29. Castaño J, Sánchez M. Neonatal hyperbilirubinemia: current situation review. Rev Cient Enferm. 2021;(2). Available at: <https://doi.org/10.14198/recien.2011.02.06>.
30. García J, Fernández B, García J. Modifications in the management of neonatal hyperbilirubinemia: changes toward improving care quality. An Pediatr (Barc). 2024;100(5):378–9. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.02.011>.
31. Revista Médica Sinergia. Neonatal jaundice: a common clinical manifestation in pediatrics. Rev Méd Sinergia. 2022;6(1):79–88. Available at: <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/115>.
32. Revista Portales Médicos. Neonatal jaundice, topic review. Rev Méd Portales. 2019;—. Available at: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ictericia-neonatal-revision-de-tema/>.
33. Caicedo A, Corella H, Miranda S, Chávez M. Risk factors associated with neonatal hyperbilirubinemia. RECIAMUC. 2020;4(3):216–26. Available at: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(3\).julio.2020.216-226](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(3).julio.2020.216-226).
34. Vásquez R, Asenjo A. Maternal perception of neonatal jaundice at a Ministry of Health hospital (Chota, Cajamarca). Rev Cient CURAE. 2023;3(2):—. Available at: <https://doi.org/10.26495/curae.v3i2.1433>.



35. MSD Manual (Professional Edition). Neonatal hyperbilirubinemia. Available at:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hiperbilirrubinemia-neonatal>.
36. Revista Portales Médicos. Diagnosis and treatment of jaundice in the newborn. Available at: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/diagnostico-y-tratamiento-de-la-ictericia-en-el-recien-nacido/>.
37. Velázquez A. Non-experimental research: what it is, characteristics, and examples [Internet]. QuestionPro. 2018 [cited April 10, 2025]. Available at: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>.
38. Universidad Veracruzana. Types of research [Internet]. [cited April 10, 2025]. Available at: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>.
39. Flores S, Anselmo F. Epistemic foundations of qualitative and quantitative research: consensuses and disagreements. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria [Internet]. January 2019 [cited April 10, 2025];13(1):102–22. Available at: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es.



ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda
10										
	Edadmaterna	Paridad	Número de atenciones	@. Tipo de parto	Infecciones maternas	diagnóstico de readmisión	Edad de ingreso	Edad gestacional al nacer	Incremento de la carga hemática	Tipo de ictericia
1	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
3	2	2	2	2	4	1	1	2	1	2
4	2	1	2	2	4	3	1	2	3	1
5	3	2	2	1	1	5	2	2	1	2
6	3	2	2	2	4	3	3	2	3	1
7	2	1	2	2	3	3	2	3	3	1
8	1	1	1	2	1	4	1	2	3	1
9	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2
10	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1
11	1	2	2	2	4	1	1	1	3	1
12	2	2	2	2	4	3	1	2	3	2
13	1	2	2	2	4	3	1	2	3	1
14	3	2	2	1	4	3	2	1	3	2
15	3	1	1	1	1	3	2	1	3	1
16	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2
17	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
18	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
19	2	2	2	2	4	1	1	2	1	2
20	2	1	2	2	4	3	1	2	3	1
21	3	2	2	1	1	5	2	2	1	2
22	3	2	2	2	4	3	3	2	3	1
23	2	1	2	2	3	3	2	3	3	1
24	1	1	1	2	1	4	1	2	3	1
25	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2
26	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1

Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda
										
13: Pandad 2										
	Edadmaterna	Pandad	Númerodeatenci- ones	@ Tipodeparto	Infeccionesmate- rnas	diagnósticodere- admisión	Edaddereingres- o	Edadgestaciona- lalnacer	Incrementodela cargahemática	Tipodeictericia
27	1	2	2	2	4	1	1	1	3	1
28	2	2	2	2	4	3	1	2	3	2
29	1	2	2	2	4	3	1	2	3	1
30	3	2	2	1	4	3	2	1	3	2
31	3	1	1	1	1	3	2	1	3	1
32	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2
33	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
34	2	1	2	2	1	3	1	2	1	1
35	2	2	2	2	4	1	1	2	1	2
36	2	1	2	2	4	3	1	2	3	1
37	3	2	2	1	1	5	2	2	1	2
38	3	2	2	2	4	3	3	2	3	1
39	2	1	2	2	3	3	2	3	3	1
40	1	1	1	2	1	4	1	2	3	1
41	2	2	2	2	4	2	2	2	3	2
42	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1
43	1	2	2	2	4	1	1	1	3	1

ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA

[illegible]



Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro – 2024?		Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro				
--	--	---	--	--	--	--

ANEXO 3 INSTRUMENTO**Ficha de Recolección de Datos**

“Factores de riesgo asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vízcardo, Azángaro – 2024”

Variable 1: Factores de Riesgo

Ítem	Opciones
1.1.1 Edad materna	☐ Adolescente (10 – 19 años) ☐ Adulta joven (20 – 34 años) ☐ Adulta mayor (> 35 años)
1.1.2 Paridad	☐ Primípara ☐ Multípara ☐ Gran multípara
1.1.3 Número de atenciones prenatales	☐ Sin atenciones ☐ < 6 atenciones ☐ > 6 atenciones
1.1.4 Tipo de parto	☐ Cesárea ☐ Parto vaginal
1.1.5 Infecciones maternas	☐ Infecciones urinarias ☐ Hepatitis viral ☐ Otro ☐ Ninguna
1.2.1 Diagnóstico de readmisión	☐ Deshidratación ☐ Hipernatrémica ☐ Hiperbilirrubinemia ☐ Sepsis ☐ Otros
1.2.2 Edad de reingreso	☐ < 3 días ☐ 4 a 7 días ☐ > 7 días
1.2.3 Edad gestacional al nacer	☐ Prematuro (23 – 36 semanas) ☐ A término (37 – 40 semanas) ☐ Postérmino (> 41 semanas)
1.2.4 Incremento de la carga hemática	☐ Equimosis extensa ☐ Cefalohematomas ☐ Ninguna



Variable 2: Reingreso por Ictericia Neonatal

Ítem	Opciones
Tiempo de reingreso	☐ 1-24 horas de vida ☐ 25-48 horas de vida ☐ 49-71 horas de vida ☐ 72 a más horas de vida

ANEXO 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Noelia K. Canaviri Méndez

Profesión: Médico Cirujano

Otros estudios: Especialidad en Pediatría

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricto

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					f
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					f
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					f
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					f
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					x
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					f
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					f
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					x
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					f
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					f
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					f
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					x
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					x
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				x	
Puntaje parcial					4	65
Puntaje total: 69						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 92
..92%

Noelia K. Canaviri Méndez
Médico Pediatra
CMP 57575 ANE 44347

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: ALFREDO CHARLES MESTAS

Profesión: MEDICO PEDIATRA

Otros estudios: ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

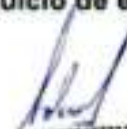
Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricto

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					+
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					+
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					+
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					+
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					+
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					+
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					+
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					+
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					+
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					+
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					+
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					+
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					+
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					+
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					+
Puntaje parcial						15
Puntaje total:						75

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 100
100.00.


Alfredo Charles Mestas
MÉDICO - PEDIATRA
CNP 45440 - RNE 30637

3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación está apto para su aplicación.

5. Constancia de Juicio de experto.

El _____ que _____ suscribe,

M.C. Alfredo Charres Mestas _____ identificado con

DNI N° 02442695 _____ Certifico que realice el juicio del

experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1 Bach. Massiel Oleuka Montesinos Maketeta _____

Juliaca 10 de Julio del 2025.

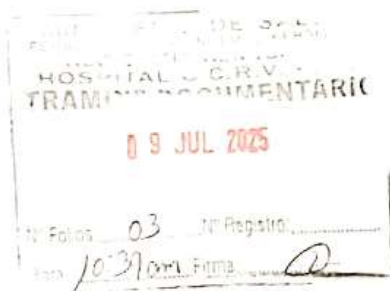



ANEXO 5 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

SOLICITO: Autorización para ejecución de propuesta de investigación

SR. DIRECTOR DE LA RED DE SALUD DE AZÁNGARO

CD. Walter Alfaro Sosa.



Yo, Massiel Olenka MONTESINOS MALATESTA con DNI Nro. 71584853 con domicilio en Jr. Azangaro N° 435, de la provincia y distrito de Azangaro Actual Bachiller de la CAP: Medicina Humana de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, con la finalidad de poder optar el título profesional de Médico Cirujano, es que vengo realizando una propuesta de investigación titulada: "Factores de riesgos asociados al reingreso hospitalario por ictericia neonatal en el hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo" Azangaro – 2024, la misma que fue aprobada por la universidad Néstor Cáceres Velásquez con Resolución Decanal N° 524-2025-D-FCS-UANCV, de fecha 01 de Julio del 2025, para la ejecución respectiva, es por tal motivo señor director que solicito autorice a quien corresponda para la aplicación del instrumento del presente trabajo de investigación que consta de fichas de recolección de datos cuya técnica es el análisis de datos documental (Historias Clínicas) de Neonatos con el diagnóstico de ictericia neonatal.

Por lo expuesto:

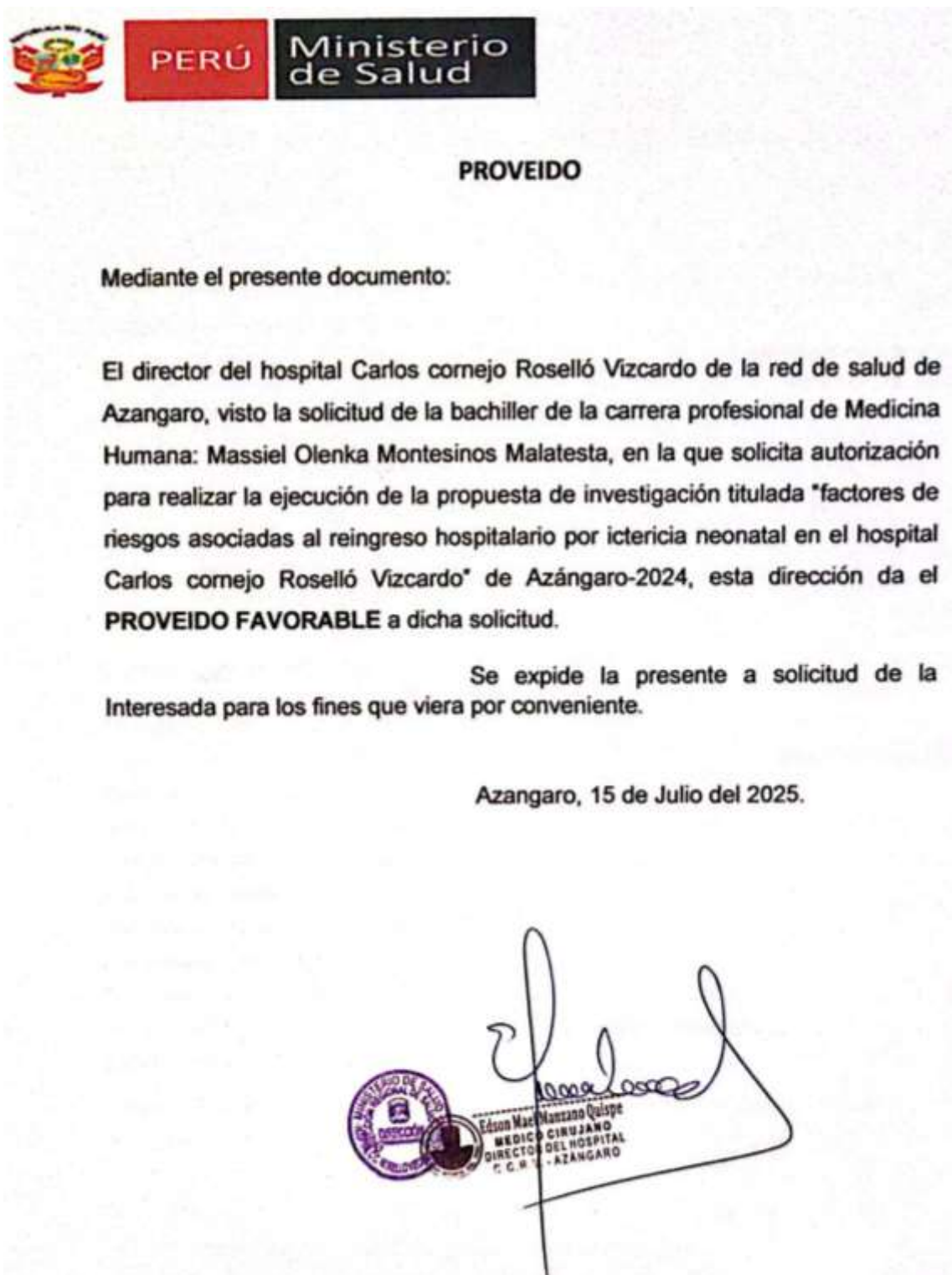
Ruego a Ud. la atención del presente.

Azangaro, 08 de julio del 2025


BACH. Massiel O. Montesinos Malatesta
DNI: 71584853

C.c. Archivo.

PROVEIDO FAVORABLE DE AUTORIZACION



ANEXO 6 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



FOTO 1: Se evidencia el acceso al Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo para la recolección de datos

FOTO 2: Admisión del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo para proceder a la recolección de datos.



FOTO 2: Nos encontramos en área de admisión donde están las historias clínicas, se procedió a la recolección de datos requeridos para nuestro estudio.





ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

☒

Fecha de entrega: 24 - 01 - 2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Massiel Olenka Montesinos Malatesta

Dirección: Av. Los proceres M-D Lte-7 Azángaro

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 71584853

Teléfono: 988663441 email: massielmontesinos9@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Dra: Sandra Alejandra Fernández Macedo

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación digital ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL REINGRESO HOSPITALARIO POR ICTERICIA

NEONATAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDO, AZÁNGARO - 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Atención, Apendicitis, Posoperatorio

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autores(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a):
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales

- ☒ Sí, autorizo
- ☐ No, autorizo

**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☐ Internacional☒ Nacional

Línea de investigación: Medicina Humana - P09

Firma de Autor



huella digital

24 de Enero del 2026

Fecha