

**Factores asociados con la ictericia neonatal en un hospital regional a gran altura:
un estudio transversal**

[Factors associated with neonatal jaundice in a regional high-altitude hospital: a
cross-sectional study]

Luis Cordova-Cairampoma¹

¹Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Pasco,
Perú

Luis Cordova-Cairampoma  <https://orcid.org/0009-0008-9994-6328>

Autor corresponsal:

Luis Cordova-Cairampoma

Dirección: Jirón Grau 552, Junín 12601, Perú.

Teléfono: (+51) 935 359 249

E-mail: luiscordca@gmail.com

Citar como:

Cordova-Cairampoma L. Factores asociados con la ictericia neonatal en un hospital regional a gran altura: un estudio transversal. *Investig Innov Clin Quir Pediatr.* 2024;2(2):XX-XX. doi:10.59594/iicqp.2024.v2n2.99

Recibido: 14/06/2024

Aprobado: 09/07/2024

Publicado: 31/07/2024

Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Copyright © 2024, Investigación e Innovación Clínica y Quirúrgica Pediátrica

Resumen

La ictericia neonatal es una patología que consiste en la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos, que, de no ser tratada podría conllevar a un daño neurológico importante. El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores asociados a la ictericia neonatal en los recién nacidos de una ciudad de gran altura. Se desarrolló un estudio observacional de corte transversal a partir de la evaluación secundaria de las historias clínicas de un hospital ubicado a gran altura. Se revisaron las historias clínicas de 206 recién nacidos que cumplieron con los criterios de inclusión durante los últimos 6 meses del año 2022, se evaluaron los factores asociados mediante regresión logística y se obtuvieron Odds Ratio como medida de asociación. Se encontró asociación entre el género masculino (OR = 2.001, IC 95% 1.047 – 3.827), una edad gestacional pretérmino (OR = 2.907, IC 95% 1.409 – 5.997), el parto distócico (OR = 3.808, IC 95% 1.954 – 7.424), grupo sanguíneo y factor Rh del recién nacido A+ (OR = 2.890 IC 95% 1.16 - 4.22) y bajo peso al nacer (OR = 2.381, IC 95% 1.195 – 4.745) con la ictericia neonatal. Las variables género masculino, edad gestacional pretérmino, parto distócico, bajo peso al nacer, grupo sanguíneo y factor Rh del recién nacido A+ se asociaron a un mayor desarrollo de ictericia neonatal, se deben realizar estudios con una mayor corte de nacimientos y evaluar a mayor detalle el rol de la altitud geográfica en esa patología.

Palabras clave: Ictericia neonatal; Altitud; Recién Nacido; Sistema del Grupo Sanguíneo ABO (Fuente: DeCS)

Abstract

Neonatal jaundice is a pathology characterized by hyperbilirubinemia in newborns, which, if untreated, can lead to significant neurological damage. This study aimed to identify factors associated with neonatal jaundice in newborns in a high-altitude city. A cross-sectional observational study was conducted through secondary analysis of medical records from a high-altitude hospital. Records of 206 newborns meeting the inclusion criteria from the last six months of 2022 were reviewed. Associated factors were assessed using logistic regression, with Odds Ratios (OR) as the measure of association. Significant associations were found between neonatal jaundice and the following factors: male gender (OR = 2.001, 95% CI 1.047 - 3.827), preterm gestational age (OR = 2.907, 95% CI 1.409 - 5.997), dystocic delivery (OR = 3.808, 95% CI 1.954 - 7.424), blood group and Rh factor A+ (OR = 2.890, 95% CI 1.16 - 4.22), and low birth weight (OR = 2.381, 95% CI 1.195 - 4.745). Male gender, preterm gestational age, dystocic delivery, low birth weight, and the blood group and Rh factor A+ in newborns were associated with an increased risk of developing neonatal jaundice. Further studies with larger sample sizes are necessary, and the impact of high altitude on this condition should be investigated in more detail.

Keywords: Jaundice, Neonatal; Altitude; Infant, Newborn; ABO Blood-Group System
(Fuente: MeSH)

Introducción

La ictericia neonatal (IN) es una condición común en recién nacidos, caracterizada por una coloración amarillenta de la piel y mucosas debido a la acumulación de bilirrubina (1). Es la causa principal de hospitalización y reingreso en recién nacidos (2), afectando al 60 % de los nacidos a término y al 80 % de los prematuros (3). En países desarrollados, la prevalencia supera el 50 % y en países en vías de desarrollo, el 70 % (4). En Perú, hay 39 casos por cada 1000 nacidos vivos (5), con una prevalencia del 10,4 % en la región Junín, aunque estos datos no se han actualizado en más de cinco años (6). La IN se clasifica en fisiológica y patológica según sus características clínicas y laboratoriales. Es crucial estudiar esta condición debido a su potencial de causar daño neurológico, que puede manifestarse tempranamente como succión débil, letargia e hipotonía, y a largo plazo como movimientos involuntarios, discapacidades visuales y auditivas, parálisis cerebral y, en casos graves, la muerte si no se diagnostica y trata a tiempo. Identificar los factores de riesgo potencialmente asociados con la presentación de la ictericia neonatal es esencial para su manejo (7-9).

La ictericia es visible cuando la bilirrubina sérica total supera los 5 mg/dL, siendo más difícil de observar en neonatos con piel oscura, por lo que la inspección de los ojos es crucial. Es la principal causa de hospitalización en recién nacidos a término, y se considera ictericia prolongada cuando dura más de 14 días (10-12). Entre los factores de riesgo se encontró evidencia que el género masculino está vinculado a un mayor riesgo de ictericia neonatal. La edad gestacional también es relevante, con los nacidos pretérmino (menos de 37 semanas) en mayor riesgo (13,14). El tipo de parto influye, con partos distócicos, incluyendo cesáreas, representando un mayor riesgo. La incompatibilidad del grupo sanguíneo y factor Rh entre la madre y el recién nacido, especialmente cuando la madre es del tipo O y el recién nacido es A, B o AB, puede causar hemólisis y resultar en ictericia (15-17). El peso al nacer es otro factor crítico, con bajo peso (menos de 2500 gramos) estando altamente correlacionado con morbilidad y mortalidad neonatal (18-20). Los recién nacidos con peso adecuado (2500-4000 gramos) tienen mejores perspectivas, mientras que aquellos con sobrepeso (más de 4000 gramos) también enfrentan ciertos riesgos (21-24).

Dado este contexto, el estudio tuvo por objetivo evaluar factores como género, edad gestacional, tipo de parto, grupo y factor Rh del recién nacido, peso al nacer, y grupo y factor Rh de la madre con la aparición de ictericia neonatal, en un hospital a gran altura.

Acceder a estos parámetros es sencillo para el personal de salud y son útiles para prevenir y monitorear la ictericia neonatal, permitiendo tomar acciones tempranas para reducir su incidencia y las tasas de morbilidad y mortalidad.

PRE - PROOF

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio con datos secundarios previamente recolectados en las historias clínicas del hospital durante el período julio – agosto del 2022. El diseño es de tipo observacional y transversal.

Población y muestra

La población fue todos los recién nacidos registrados durante el período de estudios que cumplan los criterios de inclusión necesarios postulados más adelante, por tanto, no se desarrolló un cálculo de tamaño de muestra y se realizó un muestreo por conveniencia.

Criterios de selección

Se incluyeron a los recién nacidos que cumplieron con los tiempos de registros previamente mencionados, aquellos registrados en el libro de partos del hospital y que tengan las variables de interés para este estudio. Por otro lado, se excluyeron aquellos recién nacidos que fueron registrados como parto no institucional, aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos y quienes los datos obtenidos son no plausibles.

Recolección de datos

Posterior a obtener el permiso del nosocomio y la aprobación del comité de ética para el uso y análisis de sus datos, se desarrolló la revisión de las historias clínicas de los recién nacidos en el área de neonatología, se utilizó una ficha de recolección de datos por cada historia clínica.

Variables

Se utilizó como variable dependiente el diagnóstico de ictericia neonatal consignado en la historia neonatal con el código p59, así mismo se revisó la bilirrubina sérica total con el punto de corte mayor a 5 mg/dL. Las variables independientes consideradas fueron sexo del recién nacido (masculino o femenino), edad gestacional (a término, pretérmino y postérmino), tipo de parto (vaginal o cesárea), grupo sanguíneo (A, B, AB, O) y Rh (positivo o negativo) y el peso al nacer (adecuado, bajo peso, macrosomía).

Análisis de datos

Los datos se recogieron de las historias clínicas y se introdujeron a una base de datos del programa Microsoft Excel mediante las hojas de cálculo, la técnica utilizada para el procesamiento y análisis de datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS en su versión 27. El análisis de datos se basó principalmente en un apartado descriptivo y un apartado inferencial, el apartado descriptivo resumió a las variables en frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis inferencial se desarrolló mediante un modelo de regresión logística simple para obtener los odds ratio (OR) entre las variables independientes y la variable de desenlace. Estos datos se acompañaron de su intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %) y se consideró a un valor estadísticamente significativo a aquellos que se encuentren por debajo de un valor p de 0,05.

Resultados

Del total de recién nacidos incluidos (n=206), el 30,09 % (n=62) presentaron el diagnóstico de ictericia neonatal y el 69,90 % (n=144) no presentaron diagnóstico de ictericia neonatal en el servicio. Las características generales indican que la mayoría de los recién nacidos fueron de sexo masculino (n = 127, 61.7 %), nacidos a término (n = 166, 80.6 %), de parto distócico (n = 112, 54.4 %) de grupo sanguíneo O+ (n = 128, 62.10 %) y de adecuado peso al nacer (n = 158, 76.7 %), se pueden observar todas las características en la tabla 1.

Entre las características que estuvieron asociadas a la ictericia neonatal, hubo una mayor probabilidad de desarrollarla si el neonato fue de sexo masculino (OR = 2,01 IC 95 %: 1,05 – 3,83, valor p = 0,034), si el neonato fue nacido a pretérmino (OR = 2,91, IC 95 %: 1,41 – 6,00, valor p = 0,003), si el neonato nació con un parto distócico (OR = 3,81, IC 95 %: 1,95 – 7,42, valor p = 0,001), si el grupo sanguíneo fue de A+ (OR = 2,90, IC 95%: 1,16 – 4,33, valor p = 0.019) y si tuvo bajo peso al nacer (OR = 2,38, IC 95%: 1,19 – 4,74, valor p = 0,012) (Tabla 2).

Discusión

En el estudio se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sexo masculino y la ictericia neonatal. Esto sugiere que los recién nacidos varones tienen aproximadamente el doble de probabilidad de desarrollar ictericia en comparación con las féminas. Resultados similares han sido reportados por Boskabadi et al. (25), Belay et

al. (26) (OR = 4,53, IC 95%: 3,39–6,07), Birhanu et al. (27) (RRa = 5,2, IC 95% 3,5–7,3) y Daza-Calixto et al. (28), lo que refuerza la consistencia de esta asociación en diferentes contextos y poblaciones. En relación con la edad gestacional, se observó una relación estadísticamente significativa entre la prematuridad y la ictericia neonatal, también con un efecto pequeño. Este hallazgo indica que los recién nacidos prematuros tienen casi tres veces la probabilidad de presentar ictericia neonatal en comparación con los nacidos a término. Este resultado es coherente con otros estudios subrayando la vulnerabilidad de los prematuros a esta condición (25,28,29,30).

Respecto al tipo de parto, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el parto por cesárea y la ictericia neonatal. Esto sugiere que los nacidos por cesárea tienen aproximadamente cuatro veces más probabilidad de desarrollar ictericia que aquellos nacidos por parto vaginal. Boskabadi (25) reportaron resultados similares. Sin embargo, otros estudios (27,31,32) no hallaron una relación significativa entre la cesárea y la ictericia neonatal, lo que podría indicar variabilidad en los resultados dependiendo de las características de la muestra o de otros factores contextuales. En contraste, Brits (33) encontró una relación significativa entre el parto vaginal normal y la ictericia neonatal ($p = 0,04$), lo cual podría estar relacionado con factores no controlados en estos estudios.

Con relación al grupo sanguíneo y Rh del recién nacido, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el grupo sanguíneo y Rh A+ y la ictericia neonatal. Este hallazgo sugiere que los recién nacidos con este grupo sanguíneo tienen casi tres veces más probabilidad de desarrollar ictericia. Maldonado (15) también encontró que tanto el factor Rh ($p = 0,005$; OR = 8,365) como el grupo sanguíneo ($p = 0,003$; OR = 8,361) del recién nacido se relacionan significativamente con la ictericia neonatal, respaldando nuestros resultados. No obstante, otros estudios no evidenciaron una asociación estadísticamente significativa (9,11,27,31,32), lo que puede reflejar diferencias en la composición de las poblaciones estudiadas o en los métodos de análisis.

En cuanto al peso al nacer, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso y la ictericia neonatal, con un efecto pequeño. Esto indica que los recién nacidos con bajo peso tienen aproximadamente 2.4 veces la probabilidad de desarrollar ictericia en comparación con aquellos con peso normal. Boskabadi et al. (25), Belay (26) (ORa = 5,12, IC 95%: 3,11 – 8,72), Carrasco (31) ($p = 0.001$, RPc =

0,088 IC95%: 0,03 - 0,20) y Maldonado et al. (30) ($p = 0,039$) reportaron resultados similares, confirmando la relevancia del peso al nacer como factor de riesgo. Sin embargo, Mojtahedi et al. (29) y Vera et al. (32) no encontraron una relación significativa, lo que podría ser debido a diferencias en los criterios de inclusión o en las técnicas de medición. Finalmente, no se halló una relación estadísticamente significativa entre el grupo sanguíneo y Rh de la madre y la ictericia neonatal en este estudio. Este hallazgo es consistente con los resultados de Carrasco et al. (31) y Vera et al. (32). Sin embargo, Birhanu et al. (27) encontró una relación significativa entre el grupo sanguíneo "O" materno y la ictericia neonatal (RRa = 4,5; IC 95%: 3,4 - 10,3), lo que sugiere que podría haber factores adicionales no considerados en nuestro estudio que influyen en esta asociación.

Conclusión

En este estudio se determinó una asociación estadísticamente significativa del sexo masculino, edad gestacional de pretérmino, parto distócico, grupo sanguíneo y factor Rh del recién nacido (A+) y el bajo peso al nacer con la ictericia neonatal. Asimismo, no se estableció la asociación estadísticamente significativa del grupo sanguíneo y factor Rh de la madre con la ictericia neonatal.

Contribución de los autores

El autor confirma su responsabilidad sobre la conceptualización y diseño, colección de datos, análisis, interpretación y preparación del manuscrito final.

Financiamiento

El presente estudio fue autofinanciado.

Aspectos éticos

No aplica.

Conflictos de interés

Para realizar este estudio se tuvo la aprobación de un comité de ética institucional, sin embargo, detallamos también que se manejó la confidencialidad de manera estricta siendo solo de acceso al investigador principal. Por otro lado, al tratarse de un análisis de datos previamente recolectados no se requirió un consentimiento o asentimiento informado. Se tuvo especial adherencia a las normas de Helsinki para realizar estudios biomédicos.

Referencias:

1. Madrigal QC. Ictericia neonatal. *Rev Med Cos Cen*. 2014;71(613):759-63. doi: 10.31434/rms.v8i8.1085
2. Díaz Quiroz C, Gutiérrez Puelma J. Hiperbilirrubinemia neonatal. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 12 de enero de 2023];50(3). Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93091>
3. Daggel L, Sharma N, Setiady I, Leonard K. Management of Neonatal Hyperbilirubinemia: Shedding Light on the American Academy of Pediatrics 2022 Clinical Practice Guideline Revision. *Pediatr Ann*. 2024;53(6):e208-16. doi: 10.3928/19382359-20240407-02
4. Ñacari-Vera M. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev Med Panacea* [Internet]. 2018 [citado el 12 de enero de 2023]; (2): 63-8. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/29/29>
5. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2007.
6. Baldeon Borjas CL. Prevalencia de ictericia neonatal en un Hospital Regional de Huancayo 2018. 2019 [Tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2016 [citado el 12 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/540>
7. Par EJ, Hughes CA, DeRico P. Neonatal Hyperbilirubinemia: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. 2023;107(5):525-34.
8. Slusher TM, Zamora TG, Appiah D, Stanke JU, Strand MA, Lee BW, et al. Burden of severe neonatal jaundice: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open*. 2017;1(1):e000105. doi: 10.1136/bmjpo-2017-000105
9. Cohen RS, Wong RJ, Stevenson DK. Understanding neonatal jaundice: a perspective on causation. *Pediatr Neonatol*. 2010;51(3):143-8. doi: 10.1016/S1875-9572(10)60027-7
10. Mitra S, Rennie J. Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017;78(12):699-704. doi: 10.12968/hmed.2017.78.12.699
11. Kliegman R, Nelson. *Tratado de pediatría*. 21a ed. España: Elsevier; 2020.
12. Mojtahedi SY, Izadi A, Seirafi G, Khedmat L, Tavakolizadeh R. Risk Factors Associated with Neonatal Jaundice: A Cross-Sectional Study from Iran. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(8):1387-93. doi: 10.3889/oamjms.2018.319
13. Pérez, Vilma Inés Tamayo, Andrés Armando Morilla Guzmán. Epigenética, sexo masculino y enfermedades neonatales. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2021 [citado el 12 de enero de 2023];93(4):e1631. Disponible en: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1631>
14. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. Lima: MINSA; 2019 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
15. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud neonatal [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>
16. World Health Organization. Las medidas de apoyo individualizadas son fundamentales para una experiencia positiva del parto, según la OMS [Internet].

- Ginebra: WHO; 2018 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
17. Hospital nacional Dos de Mayo. Guía técnica: Guía de procedimientos asistenciales: Atención del parto eutócico. Lima: HNMD; 2022.
 18. Romero Gutiérrez G, Carlos J, López R, Salim PC, Lilia A, Ponce De León P. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2007 [citado el 20 de febrero de 2023];75(9):533-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom079f.pdf>
 19. Ministerio de Salud del Perú. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud. Lima: MINSA; 2010.
 20. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario de Cáncer de la NCI [Internet]. Bethesda: NCI; 2011 [citado el 13 de febrero de 2023]. Sistema de grupos sanguíneos ABO. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sistema-de-grupos-sanguineos-abo>
 21. Villegas Cruz D, Durán Menéndez R, Alfonso Dávila A, López De Roux MR, Cortina L, Vilar Carro M, et al . Enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad ABO. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2007 [citado el 12 de enero de 2023];79(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400002&lng=es
 22. Maisels MJ. Clinical rounds in the well-baby nursery: treating jaundiced newborns. *Pediatr Ann*. 1995;24(10):547-52. doi: 10.3928/0090-4481-19951001-10
 23. Moore BF, Harrall KK, Sauder KA, Glueck DH, Dabelea D. Neonatal Adiposity and Childhood Obesity. *Pediatrics*. 2020;146(3):e20200737. doi: 10.1542/peds.2020-0737
 24. Guiraldes E, Ventura-Juncá P. Manual de pediatría. Santiago: Editorial Universidad Católica de Chile. 2022.
 25. Boskabadi H, Rakhshanizadeh F, Zakerihamidi M. Evaluation of Maternal Risk Factors in Neonatal Hyperbilirubinemia. *Arch Iran Med*. 2020;23(2):128-40.
 26. Belay HG, Debebe GA, Ayele AD, Kassa BG, Mihretie GN, Worke MD. Determinants of neonatal jaundice in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *World J Pediatr*. 2022;18(11):725-33. doi: 10.1007/s12519-022-00597-3
 27. Birhanu MY, Workineh AA, Molla Y, Abebaw E, Arora A, Bazezew Y. Rate and Predictors of Neonatal Jaundice in Northwest Ethiopia: Prospective Cohort Study. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:447-57. doi: 10.2147/JMDH.S298034.
 28. Daza Calixto ML. Factores de riesgo a ictericia neonatal hospital de contingencia Tingo María 2015 [Tesis de pregrado en Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/573>
 29. Mojtahedi SY, Izadi A, Seirafi G, Khedmat L, Tavakolizadeh R. Risk Factors Associated with Neonatal Jaundice: A Cross-Sectional Study from Iran. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(8):1387-93. doi: 10.3889/oamjms.2018.319
 30. Maldonado Apolinario D, Alvarez Centeno W. Factores de riesgo de ictericia neonatal patológica - Hospital El Carmen, 2018 [Tesis de pregrado en Internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2018 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/630>

31. Carrasco Tejerina SH. Prevalencia de Ictericia Neonatal, (Hiperbilirrubinemia intermedia) y factores asociados en Recién nacidos a término en el Hospital II Ramón Castilla - EsSalud durante el año 2014. [Tesis de pregrado en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/480>
32. Vera Borja DR. Factores asociados conocidos a ictericia neonatal patológica [Tesis de segunda especialidad en Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2014 [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2267>
33. Brits H, Adendorff J, Huisamen D, Beukes D, Botha K, Herbst H, et al. The prevalence of neonatal jaundice and risk factors in healthy term neonates at National District Hospital in Bloemfontein. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e6. doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1582

PRE - PROOF

Tablas

Tabla 1. Características de los recién nacidos en el hospital regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, 2022

| | n | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 127 | 61.70 |
| Femenino | 79 | 38.30 |
| Edad Gestacional | | |
| Nacido a término | 166 | 80.60 |
| Nacido pretérmino | 38 | 18.40 |
| Nacido postérmino | 2 | 0.97 |
| Tipo de parto | | |
| Vaginal | 94 | 45.60 |
| Cesárea | 112 | 54.40 |
| Grupo y Rh sanguíneo | | |
| A+ | 10 | 4.90 |
| B+ | 5 | 2.40 |
| AB+ | 1 | 0.50 |
| O+ | 128 | 62.10 |
| Peso al nacer | | |
| Peso adecuado | 158 | 76.70 |
| Bajo peso | 44 | 21.40 |
| Macrosomía | 4 | 1.90 |
| Ictericia Neonatal | | |
| Si | 62 | 30.10 |
| No | 144 | 69.90 |

Tabla 2. Factores asociados a la ictericia neonatal en el hospital regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, 2022

| | No ictericia neonatal | | Ictericia neonatal | | OR (IC 95%) | valor p |
|-----------------------------|-----------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Sexo | | | | | | |
| Femenino | 62 | 30.10 | 17 | 8.30 | Ref | 0.034 |
| Masculino | 82 | 39.80 | 45 | 21.80 | 2.01 (1.05 - 3.83) | |
| Edad Gestacional | | | | | | |
| Nacido a término | 123 | 59.70 | 43 | 20.90 | Ref | 0.003 |
| Nacido pretérmino | 19 | 9.20 | 19 | 9.20 | 2.91 (1.41 - 6.00) | |
| Nacido postérmino* | 2 | 1.00 | 0 | 0.00 | | |
| Tipo de parto | | | | | | |
| Vaginal | 79 | 38.30 | 15 | 7.30 | Ref | 0.001 |
| Cesárea | 65 | 31.60 | 47 | 22.80 | 3.81 (1.95 - 7.42) | |
| Grupo y Rh sanguíneo | | | | | | |
| O+ | 128 | 62.10 | 49 | 23.80 | Ref | 0.019 |
| A+ | 10 | 4.90 | 11 | 5.30 | 2.90 (1.16 - 4.22) | |
| B+* | 5 | 2.40 | 2 | 1 | | |
| AB+* | 1 | 0.50 | 0 | 0.00 | | |
| Peso al nacer | | | | | | |
| Peso adecuado | 116 | 56.30 | 42 | 20.40 | Ref | 0.012 |
| Bajo peso | 24 | 11.70 | 20 | 9.70 | 2.38 (1.19 - 4.74) | |
| Macrosomía* | 4 | 1.90 | 0 | 0 | | |

*No se incluyó en el modelo por no presentar datos en el desenlace y no convergencia.

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confianza. Ref. Categoría de referencia