

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

TARDÍOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2019

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

ANICAMA MENDOZA ROCIO LILIBETH

ASESOR:

M.C. SANCHEZ ALIAGA MANUEL RODOLFO

HUACHO – PERÚ

2020

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS
TARDÍOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2019**

ANICAMA MENDOZA, ROCIO LILIBETH

TESIS DE PREGRADO

ASESOR: M.C. SANCHEZ ALIAGA, MANUEL RODOLFO

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

2020

ASESOR

M.C. MANUEL RODOLFO SANCHEZ ALIAGA.

Médico Asistente de Pediatría de la Clínica San Bartolomé – Huacho.

Médico Asistente de Pediatría de la Clínica San Pedro - Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

JURADO EVALUADOR**PRESIDENTE**

M.C. ESTRADA CHOQUE EFRAIN ADEMAR

Docente principal de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Director Académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana.

SECRETARIO

M.C. MACEDO ROJAS BENJAMIN ALONSO VANNEVAR

Médico Asistente del servicio de Medicina, especialidad Reumatología del Hospital Regional de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC

VOCAL

M.C. FLORES PEREZ EDWIN MOSIAH

Médico Asistente del servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

DEDICATORIA

A mis padres, Elmer y Lidia, por ser las personas que hicieron todo en la vida por darnos lo mejor, por su confianza y apoyo pleno en cada paso.

A mis Hermanas Karent y Jackeline por ser mi inspiración, mi mayor ejemplo... a Maria Fernanda por ser mi motivación a ser mejor cada día, gracias familia por ser mi soporte emocional en todo momento.

Rocio Lilibeth Anicama Mendoza

AGRADECIMIENTO

A mi Asesor M.C. Manuel Rodolfo Sánchez Aliaga por los conocimientos y momentos vividos en aulas y en el internado, por su colaboración y apoyo en la elaboración de la tesis.

A M.C. Carlos Vega Manrique por sus enseñanzas y por contribuir al desarrollo de la presente tesis con la amabilidad que lo caracteriza.

A mis jurados M.C. Estrada Choque Efrain, M.C. Macedo Rojas Benjamin, M.C. Flores Perez Edwin, por su tiempo y orientación brindada.

A la Unidad de Docencia e Investigación y la Unidad de Estadística por haberme brindado las facilidades para la revisión de las Historias Clínicas.

Rocio Lilibeth Anicama Mendoza

Índice General

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2.Formulación del problema.....	2
1.2.1 Problema General.	2
1.2.2 Problemas Específicos.	2
1.3 Objetivos de la Investigación.	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivos Específicos.	3
1.4 Justificación de la Investigación.....	4
1.5. Delimitación del estudio.....	5
1.6 Viabilidad del estudio.....	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7

2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	12
2.2 Bases teóricas.....	15
2.2.1. Recién Nacido Prematuro.....	15
2.2.2. Recién Nacido Prematuro Tardío.....	15
2.2.3. Etiología.....	16
2.2.4. Comorbilidades presentes en el prematuro tardío.....	16
2.2.5. Reingreso Hospitalario.....	21
2.2.6. Mortalidad.....	21
2.3 Definiciones Conceptuales.....	22
2.4. Formulación de la hipótesis.....	23
CAPÍTULO III.....	24
METODOLOGÍA.....	24
3.1 Diseño Metodológico.....	24
3.1.1. Tipo de investigación.....	24
3.1.2. Nivel de investigación.....	24
3.1.3. Diseño.....	24
3.1.4. Enfoque.....	24
3.2 Población y Muestra.....	25

3.2.1. Criterios de inclusión	25
3.2.2. Criterios de exclusión.	25
3.3 Operacionalización de variables.....	26
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	31
3.4.1. Técnicas a emplear.....	31
3.4.2. Descripción de los Instrumentos.	31
3.5. Técnicas para el procesamiento de la Información.....	31
CAPITULO IV:.....	32
RESULTADOS	32
CAPÍTULO V	44
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1. Discusión	44
5.2 Conclusiones.....	47
5.3. Recomendaciones	48
CAPÍTULO VI.....	49
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	49
6.1. Fuentes Bibliográficas.	49
6.2. Fuentes Electrónicas.....	49
Anexo 01: Matriz de Consistencia	59
Anexo 02: Ficha de Recolección de Datos.....	62

Anexo 03: Solicitud de permiso al Hospital Regional de Huacho para acceso a Historias Clínicas.	63
Anexo 04: Documento de Autorización de revisión de Historias Clínicas	64
Anexo 05: Informe de Asesoría Estadística de Tesis.	65
Anexo 06: Base de datos	66
Anexo 07: Procesamiento de datos.....	70

Índice de Tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencias y porcentajes según sexo	33
Tabla 2 Distribución en frecuencias y porcentajes según vía de parto	34
Tabla 3 Distribución de frecuencias y porcentajes según edad gestacional.....	35
Tabla 4 Distribución de frecuencias y porcentajes según el peso al nacer	36
Tabla 5 Tiempo de Estancia Hospitalaria media de los recién nacidos prematuros tardíos	37
Tabla 6 Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Alojamiento.....	37
Tabla 7 Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Cuidados Intermedios	38
Tabla 8 Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Cuidados Intensivos	38
Tabla 9 Distribución de frecuencias y porcentajes según Comorbilidades.....	39
Tabla 10 Distribución de frecuencia y porcentajes según causas de dificultad respiratoria	41
Tabla 11 Distribución en frecuencia y porcentaje según causas de Mortalidad	43

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Incidencia de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.....	32
<i>Figura 2</i> Distribución porcentual según género.....	33
<i>Figura 3</i> Distribución porcentual según vía de parto.....	34
<i>Figura 4</i> Distribución porcentual según edad gestacional.	35
<i>Figura 5</i> Distribución según peso al nacer de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	36
<i>Figura 6</i> Comorbilidades presentes en los prematuros tardíos.	40
<i>Figura 7</i> Distribución porcentual de las causas de dificultad respiratoria.....	41
<i>Figura 8</i> Condición de egreso de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.....	42

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 177 prematuros y la muestra de estudio por 140 prematuros tardíos que cumplieron con los criterios de inclusión, cuyas historias clínicas fueron revisadas, recolectándose la información en una ficha de recolección de datos. Se procesaron los datos con el programa estadístico IBM (SPSS) Versión 22. **Resultados:** En el año 2019, se atendieron 2917 recién nacidos vivos, el 4,79% fueron prematuros, de los cuales los prematuros tardíos representaron el 79,09%, con predominio del sexo masculino en el 52,9%, nacieron por cesárea el 72,9%. La edad gestacional del 55,7% fue de 36 semanas, el 57,1% presentó un peso normal, comprendido entre los 2500 – 3999 gramos. La estancia hospitalaria promedio fue de 3,94 días, se hallaron como comorbilidades más frecuentes la ictericia neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y sepsis clínica, con el 32,5%, 25,4% y 14% respectivamente; siendo la Taquipnea transitoria del recién nacido 69%, la causa principal de dificultad respiratoria. El 5,7% fallecieron. **Conclusión:** Las patologías ligadas a su inmadurez, así como la incidencia encontrada fueron similares a las encontradas en otros estudios nacionales e internacionales.

Palabras claves: recién nacidos prematuros tardíos, características epidemiológicas.

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological characteristics in late preterm infants at the Regional Hospital of Huacho, 2019. **Methods:** Descriptive, cross-sectional and retrospective study. The population consisted of 177 premature infants and the study sample of 140 late premature infants who met the inclusion criteria, whose medical records were reviewed, the information being collected in a data collection form. The data were processed with the statistical program IBM (SPSS) Version 22. **Results:** In 2019, 2917 newborns were treated, 4.79% were premature, of which late premature babies accounted for 79.09%, with a predominance of males in 52.9%, 72.9% were born by caesarean section. The gestational age of 55.7% was 36 weeks, 57.1% had a normal weight, between 2500 - 3999 grams. The average hospital stay was 3.94 days, the most common comorbidities were neonatal jaundice, respiratory distress syndrome and clinical sepsis, with 32.5%, 25.4% and 14% respectively; Transient tachypnea of the newborn is 69%, the main cause of respiratory distress. 5.7% died. **Conclusion:** The pathologies linked to their immaturity, as well as the incidence found were similar to those found in other national and international studies.

Keywords: late premature newborns, epidemiological characteristics.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad en la actualidad, es una de las problemáticas de salud pública con mayor prevalencia (Cerjadas, 2009), constituyendo la principal causa de morbilidad neonatal e infantil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAA), y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) definen al prematuro como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional.

En el año 2005, el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) realizan un consenso en donde introducen el término Prematuro Tardío, definiendo como aquel nacimiento entre las 34 y 36 semanas con 6 días de gestación (Raju, 2014), encontrándose múltiples estudios internacionales y nacionales una incidencia del 9% de todos los nacimientos y el 70 - 74 % de los prematuros (Valdez y Ayala, 2010).

Los recién nacidos prematuros tardíos presentan al nacer, un peso y talla muy parecido a los nacidos a término siendo tratados erróneamente como niños con riesgo bajo de presentar morbilidades, lo cual ha llevado a infravalorar los potenciales problemas a corto, mediano y largo plazo. Arandia (2010) afirma que esta población presenta cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar una complicación médica neonatal. Peinador et al. (2019) menciona que la elevada incidencia de morbilidad no solo se presenta en el periodo neonatal, sino también ocurre durante la infancia, con mayor reingreso hospitalario y de trastornos del desarrollo neurológico a largo plazo.

Por lo mencionado anteriormente, es necesario mantener una información actualizada del parto prematuro, y en especial del prematuro tardío en toda jurisdicción sanitaria. Nuestro medio no cuenta con investigaciones sobre los prematuros tardíos pese a presentar una elevada

incidencia, con el presente trabajo se pretende ampliar conocimientos como las características presentadas en esta población, además de contribuir como un antecedente para estudios posteriores, e incentivar al personal de Salud involucrado en la atención del recién nacido a tener un protocolo de manejo y/o guía de recomendaciones en esta población.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la Realidad Problemática.

Los prematuros tardíos actualmente representan el 70-74% de la población de prematuros; sin embargo, a pesar de su elevada incidencia no están incluidos de manera específica en la mayoría de guías y protocolos de atención y seguimiento para prematuros. Durante muchos años han sido considerados de igual manera que los nacidos a término, no teniendo en cuenta el elevado riesgo de morbilidad presente a corto y largo plazo (García et al., 2019).

La Sociedad Española de Neonatología (2019) afirma que éstos neonatos presentan una incidencia superior de afección después del nacimiento, con mayores reingresos hospitalarios por pobre ganancia ponderal, ictericia y dificultad respiratoria, en relación con los nacidos a término.

Peinador et al. (2019) en España, investigaron la evolución y seguimiento del prematuro tardío, concluyeron que estos neonatos tienen un riesgo seis a siete veces superior de presentar comorbilidades en comparación con los nacidos a término, con mayor probabilidad de presentar problemas adaptativos producto de la inmadurez fisiológica que presentan.

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) durante el 2017, de los 480483 nacimientos, la prematuridad representó el 21,8% (104,745). Ticona y Huanco en el 2013 encontraron una incidencia de prematuros tardíos (71,6%) similar a la hallada a nivel internacional por otros autores.

A nivel regional se desconocen las características antes mencionadas, es por ello, que la presente investigación se plantea los siguientes problemas a resolver.

En este contexto y observando la problemática internacional y nacional, consideramos conveniente la realización de este estudio con fines de tomarse en cuenta para investigaciones posteriores.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1 Problema General.

¿Cuáles son las características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, durante el año 2019?

1.2.2 Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la incidencia de recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
2. ¿Cuál es el sexo más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
3. ¿Cuál es la vía de parto más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
4. ¿Cuál es la edad gestacional más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
5. ¿Cuál es el peso al nacer más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
6. ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria promedio en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?

7. ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes asociadas a los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019?
8. ¿Cuáles son las causas de mortalidad en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?

1.3 Objetivos de la Investigación.

1.3.1 Objetivo General.

Describir las características epidemiológicas en los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, durante el año 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos.

1. Estimar la incidencia de recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
2. Determinar el sexo más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
3. Identificar la vía de parto más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
4. Identificar la edad gestacional más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
5. Determinar el peso al nacer más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
6. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria promedio en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.

7. Identificar las comorbilidades más frecuentes asociadas a los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.
8. Determinar las causas de mortalidad en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.

1.4 Justificación de la Investigación.

Conveniencia

El Hospital Regional de Huacho es uno de los centros de referencia para la Red Huaura - Oyón, por lo tanto alberga a la mayoría de nacimientos prematuros. El tema de investigación se eligió porque no hay datos en la población de prematuros tardíos, así como la Morbilidad y Mortalidad, ni las características epidemiológicas de éstos, lo que permitirá prever de recursos, organizar procesos y entrenar al personal de salud para que de esta manera se mejore la atención brindada a dicha población.

Relevancia social

Se ha evidenciado en múltiples estudios, que esta población presenta una mayor morbilidad neonatal y postnatal, con mayores tasas de reingreso hospitalario y complicaciones a mediano y largo plazo. Por lo cual, su oportuna detección y manejo precoz podrá disminuir considerablemente las repercusiones en la vida de los padres y el neonato.

Implicancias prácticas

La presente investigación tiene como finalidad conocer las características epidemiológicas, y estimar la incidencia, morbilidades y causas de mortalidad de los prematuros tardíos en nuestra región, con lo cual se tendrá una referente base de nuestra realidad.

Valor teórico

El resultado de la presente investigación servirá de base para conocer las Características epidemiológicas, Morbilidad y Mortalidad de prematuros tardíos en nuestra región, así como también servirá de antecedente para futuras investigaciones afines.

Justificación metodológica

Se tomará la información directamente de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos, posteriormente se recurrirá al procesamiento de datos para obtener los resultados que absolverán los problemas planteados.

1.5. Delimitación del estudio.

Las líneas de investigación del presente estudio correspondieron al área de Ciencias Médicas y de la Salud, sub área de Medicina Clínica y disciplina de Neonatología.

- **Ámbito temporal:** El período de tiempo del estudio será de un año, desde enero a diciembre del 2019.

- **Ámbito espacial:** La investigación se realizará en el Hospital Regional de Huacho, que es centro referencial de los establecimientos periféricos de la provincia Huaura - Oyón.

- **Ámbito poblacional:** La población investigada estará conformada por los recién nacidos prematuros tardíos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el año 2019.

1.6 Viabilidad del estudio.

El presente estudio fue factible de realizar, ya que se contó con los recursos humanos, materiales y financieros para su desarrollo. Además, se reunió las condiciones técnicas y operativas que aseguraron el cumplimiento de sus objetivos y metas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

García et al. (2019) con apoyo de la Sociedad Española de Neonatología, y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria publicaron una investigación titulada “Recomendaciones para el seguimiento del prematuro tardío”, cuyos objetivos fueron disminuir el impacto que tienen los prematuros en el desarrollo, sensibilizar y preparar a los profesionales de salud mediante el seguimiento clínico para la precoz detección de los trastornos del desarrollo. Concluyendo, que esta población presenta una mayor morbilidad neonatal y posnatal comparada con los nacidos a término, además de presentar mayor tasa de reingreso hospitalario por malnutrición, hiperbilirrubinemia y problemas respiratorios, y a largo plazo problemas en el neuro desarrollo tales como déficit de atención, retraso mental, problemas de conducta y emocionales.

Peinador et al. (2019) desarrollaron una investigación titulada “El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento” realizado en el Hospital de Barcelona, concluyeron que el prematuro tardío presenta una incidencia superior de patología neonatal e infantil, con mayores tasas de reingreso hospitalario, mayor riesgo de presentar infecciones, problemas respiratorios y de trastornos en el desarrollo neurológico.

Coucerio et al. (2018) realizaron una investigación titulada “Factores sociodemográficos presentes en prematuros tardíos nacidos en el Hospital público Materno Infantil de Salta, Argentina”, teniendo como objetivo describir y analizar características presentes en recién nacidos pretérminos tardíos e identificar los factores de riesgo sociodemográficos maternos

presentes. Realizaron un estudio descriptivo correlacional simple, tuvieron como muestra 2656 nacimientos pretérmino, analizaron variables sociodemográficas relacionadas con el niño, la madre y el proceso de atención prenatal. Encontrando una incidencia del 76,9% de prematuros tardíos; en cuanto al peso al nacer, el 60,4% presentó un normo peso, un 80% con peso bajo al nacer. Entre las características maternas, un 31,6% de mujeres presentaron edades de riesgo, el 70% no tenían un nivel educativo adecuado. Concluyendo que el nivel educativo bajo materno tuvo asociación significativa con la edad gestacional, el 90% tuvo controles prenatales tardíos y el 33% tuvo controles insuficientes.

García M. et al. (2017) publicaron una guía en colaboración con la Sociedad Española de Neonatología titulada “Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío” realizado en los Servicios de Neonatología en diferentes hospitales de España, tuvieron como objetivo reducir el impacto de la prematuridad en el desarrollo de estos niños, mediante el seguimiento en el desarrollo neurológico, nutrición y crecimiento, problemas respiratorios, infecciones, inmunizaciones, riesgo de muerte súbita, y el seguimiento del prematuro tardío en la atención primaria. Recomiendan para el seguimiento del prematuro tardío: prevenir el parto prematuro evitando en lo posible cesáreas electivas antes de la 39 semanas e inducciones no justificadas, prevenir y tratar de manera precoz las complicaciones tardías, recomiendan la lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad, además de seguir el mismo esquema de vacunación que en los nacidos a término; y por el riesgo de muerte súbita presente se debe evitar el decúbito prono durante el sueño hasta los 6 meses de edad.

Váldez J., Váldez M. y García (2015) desarrollaron el estudio “Morbimortalidad del recién nacido prematuro tardío, en el Servicio de Neonatología del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), 2013”; tuvieron como objetivo reconocer los

factores de riesgo y la morbimortalidad. Realizaron un estudio analítico, retrospectivo, transversal y observacional. Obtuvieron como resultados 406 nacimientos, de los cuales 52 fueron prematuros tardíos, la morbimortalidad estuvo asociada con el cateterismo venoso central (40%), uso de ventilador mecánico (36%) y edad de las madres entre 21 y 25 años (35%). Entre las etiologías más comunes se encontraron la hiperbilirrubinemia (29%) y la enfermedad respiratoria (21%). La tasa de mortalidad fue 14.7% (6). En la investigación encontraron una prevalencia de mortalidad superior a la reportada a nivel internacional (13 versus 8.3%); la complicación más frecuente fue la hiperbilirrubinemia y fue la más relacionada con la mortalidad (19,3%) y recomiendan que a los prematuros tardíos no se les debe considerar como neonatos casi a término, ameritando estricta vigilancia desde el nacimiento y en los días posteriores debido a la alta morbimortalidad que presentan.

Espinosa y León (2014) realizaron un estudio titulado “Morbilidad en el recién nacido prematuro tardío en el Hospital Materno Infantil en Toluca, México - 2013” en el cual determinaron la morbilidad durante el periodo de tiempo mencionado mediante un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo. Se obtuvo un total de 3185 nacimientos, de los cuales 220 (47%) fueron prematuros tardíos, predominando el sexo femenino (57.7%). Por semanas de gestación (SDG) el mayor porcentaje fue de 36 semanas en el 39% (87 pacientes), con respecto a la estancia intrahospitalaria la media fue de 13 días y los prematuros tardíos de 34 semanas de edad gestacional fueron los que presentaron morbilidad respiratoria en su mayoría siendo la causa más frecuente la taquipnea transitoria del recién nacido.

Romero, Carrera y Rodriguez (2013) realizaron la investigación titulada “Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término, Instituto Nacional de Perinatología - 2009”, cuyo objetivo fue analizar la

morbimortalidad entre el prematuro tardío y el nacido a término de presentación temprana y durante el primer mes de vida mediante un estudio comparativo de dos cohortes, comparándose 15 variables correlativas a la morbimortalidad mediante estadística descriptiva. La población estuvo conformada por 59 prematuros tardíos y 69 nacidos a término, obteniendo como resultados: no hubo diferencias significativas entre los factores maternos estudiados; respecto a los neonatos, el prematuro tardío presentó mayor riesgo de ictericia (OR: 1.7 con IC 95%), problemas en la alimentación (OR 1.66 con IC 95%) y reflujo gastroesofágico (OR 1.8 con IC 95%). La investigación concluye que la morbilidad presente se debe a su propia prematuridad, no encontrándose relación de su causa con las patologías maternas.

Fernández et al. (2012) realizaron una revisión titulada “El prematuro tardío: el gran olvidado, realizado en los Hospitales Infanta Elena y Rey Juan Carlos en Madrid- España”, cuyos objetivos fueron determinar la definición de prematuro tardío, describir sus complicaciones, riesgos, cualidades que favorecen a una morbimortalidad más alta y recomendar guías y protocolos para la valoración y manejo de esta población. Concluyendo que los prematuros tardíos son los nacidos entre las 34 y 36 semanas de edad gestacional, presentan un riesgo siete veces superior de comorbilidad neonatal en relación a los nacidos a término, conllevando a un tiempo de hospitalización prolongado y un alto gasto económico, presentando un reingreso de dos a tres veces mayor, el cual puede ser prevenido con una adecuada monitorización y apoyo de lactancia materna, finalmente presentan una tasa de mortalidad tres veces mayor.

Espelt et al. (2012) realizaron una investigación titulada “Morbimortalidad asociada en recién nacidos pretérminos tardíos, en el Hospital Materno Infantil de Buenos Aires - Argentina”, cuyo objetivo fue hacer un análisis comparando la mortalidad ,morbilidad, ictericia, síndrome de dificultad respiratoria, dificultad en la alimentación e hipoglicemia entre los nacidos a término y

los prematuros tardíos mediante un estudio de cohortes retrospectivo, conformada por 500 prematuros tardíos y 500 nacidos a término. Como resultados obtuvieron una significativa mortalidad en los prematuros tardíos (2,9‰ vs. 0,49‰ RR 4,1 IC 95%) y mayor morbilidad representada en su mayoría por ictericia, dificultad respiratoria, hipoglucemia, problemas en la alimentación y estancia hospitalaria prolongada. Concluyendo que los prematuros tardíos presentaron mayor mortalidad y morbilidades en relación los nacidos término.

Lupiani et al. (2011) realizaron la investigación “Prematuros tardíos”. Problemas y seguimiento en Atención Primaria realizado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, España. Concluyendo que los prematuros tardíos representaron el 70% de nacimientos prematuros, dos tercios de los prematuros tardíos presentaron uno o más problemas o intervenciones indicando algún tipo de morbilidad, la hipoglucemia se presentó tres veces más frecuentemente que en los nacidos a término con glucemias inferiores a 40 mg/dl, los prematuros tardíos presentaron mayor distrés respiratorio, mayor riesgo de ictericia y de kernicterus, además de presentar mayor inestabilidad térmica en un 10% superior requiriendo el uso de incubadoras, presentan dificultad en la alimentación debido a la incoordinación entre la succión y la deglución predisponiendo a la deshidratación y pobre ganancia de peso.

Romero, Arroyo y Reyna (2010) publicaron “Consenso prematuro tardío, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes – México”. En el cual mencionan que los prematuros tardíos son considerados de bajo riesgo por error, no considerándose las múltiples complicaciones debido a la limitada respuesta compensatoria a la vida extrauterina producto de su inmadurez fisiológica, pudiendo presentar trastornos de succión y deglución, hipoglucemia, aumento de bilirrubinas, mayor riesgo de retraso del desarrollo y mental.

Furzan y Sánchez (2009) realizaron una investigación titulada “Recién nacido prematuro tardío: Incidencia y morbilidad neonatal precoz, en donde determinaron la incidencia y las complicaciones que presentan, mediante un estudio de cohorte prospectivo, durante un período de 9 meses, obtuvieron como resultados un 19% de nacimientos prematuros, de los cuales el 66% fueron prematuros tardíos, presentaron complicaciones el 62,5%, los motivos de reingreso fueron la hiperbilirrubinemia y las patologías respiratorias. La mortalidad fue de 4,7% y 0,3% en los prematuros tardíos y en los neonatos a término respectivamente. Llegando a la conclusión, que la prematuridad tardía es muy frecuente representando los dos tercios de casos, habiendo un mayor riesgo de internamiento, distrés respiratorio y mortalidad comparado con el neonato a término.

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Montalván (2017) en su tesis titulada “Prevalencia de Retraso del desarrollo infantil en prematuros tardíos a los 6 meses de edad, Hospital Belén de Trujillo – 2016”. Cuyo objetivo fue hallar la prevalencia del retardo en el desarrollo en prematuros tardíos a los 6 meses de edad cronológica a través del empleo de un inventario, mediante un estudio transversal, descriptivo, determinando el nivel de desarrollo global aplicando el Inventario de Battelle, en cada una de sus áreas: personal social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Obtuvo como resultados una prevalencia de retraso del desarrollo infantil a los 6 meses de edad cronológica en 9.9%, siendo en cada área: motora 12.7%, cognitiva 11.3%, personal social 8.5%, adaptativa 7% y comunicación 5.6%. Concluyendo que los prematuros tardíos de 34 semanas de gestación son quienes presentaron mayor porcentaje de retraso, encontrándose diferencia en la prevalencia del retraso del desarrollo en los nacidos de 35 y 36 semanas de gestación.

Rebaza (2017) realizó una investigación titulada “Pinzamiento tardío del cordón umbilical como factor de riesgo de hiperbilirrubinemia en recién nacidos prematuro tardíos, Hospital Regional Docente de Trujillo, 2007 - 2010” cuyo objetivo fue hallar asociación entre el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el riesgo de presentar hiperbilirrubinemia. El estudio estuvo conformada por 55 casos y 110 controles, encontrándose una relación significativa entre las variables, con un Chi cuadrado (χ^2) de 3.94: OR de 1.97 con un IC 95%. Los prematuros tardíos con pinzamiento tardío y que desarrollaron hiperbilirrubinemia fue de 24 (43.64%) y el 31 (56.36%) prematuros tardíos sin hiperbilirrubinemia. Llegando a la conclusión que el pinzamiento tardío del cordón umbilical es un factor de riesgo en los prematuros tardíos para desarrollar hiperbilirrubinemia.

Ojeda y Del Castillo (2017) publicaron una tesis titulada “Características Clínicas y Epidemiológicas del recién nacido prematuro tardío atendido en el Hospital Regional de Moquegua, 2014-2016”, en donde describieron las características clínicas y epidemiológicas en el período de tiempo mencionado mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, con una población de 132 prematuros. Como resultados se encontró el 87,9% de prematuros tardíos, con predominio del sexo masculino en 56,1%, nacieron con Apgar 7 a más al minuto el 81,8%, presentaron un peso normal un 57,6% , el 80,6% tuvo una estancia hospitalaria entre 8 a 28 días, mejorando al alta el 63,6%. En relación a los antecedentes maternos y las características sociodemográficas fueron, el 76,5% de madres tenían de 20 a 34 años de edad, el 56,8% educación secundaria, provenían del sector urbano el 56,1%, el 38,6% presentó un corto periodo intergenésico, el 50,8% tuvieron controles prenatales, el 9,1% con antecedente de hijo prematuro. La cesárea predominó en el 76,5%, y las patologías más frecuentes fueron

hiperbilirrubinemia en 24,2%, membrana hialina en 15,2%, hipoglicemia en 13,6% y sepsis 5,3%, y la mortalidad de los prematuros fue de 22,72 por cada 1000 nacidos vivos.

Riojas y Gamboa (2014) realizaron una investigación titulada “Morbilidad en recién nacidos a término y prematuros tardíos en el Hospital Regional Lambayeque, 2014”. Tuvieron como objetivo encontrar las morbilidades principales en la población de estudio por medio de un estudio descriptivo y retrospectivo. Los resultados fueron 588 neonatos en total, 102 fueron prematuros tardíos y 486 nacidos a término; en los prematuros tardíos el 75,49% presentó complicaciones, mientras que los nacidos a término el 20,16%. Las patologías de etiología infecciosa y respiratoria fueron las más frecuentes en ambos grupos, siendo la taquipnea transitoria la principal causa de dificultad respiratoria en los prematuros tardíos. Concluyendo las morbilidades encontradas fueron similares a otros estudios; excepto que la principal patología encontrada en ambos grupos fue la sepsis.

Ticona y Huanco (2013) realizaron una investigación titulada incidencia del prematuro tardío en hospitales del Ministerio de Salud del Perú – 2008, con el objetivo de hallar la incidencia de prematuros tardíos en hospitales del MINSA por medio de un estudio descriptivo y transversal. Se determinó la incidencia por hospital y región natural utilizándose la base de datos del Sistema Informático Perinatal, cuyos resultados fueron: 96.265 recién nacidos vivos, de los cuales 6,6% fueron prematuros, siendo 4,7% prematuros tardíos, representando el 71,6% de prematuros. Ica presentó la menor incidencia en 1,5% y Yarinacocha la mayor incidencia en el 9,5%. Según región natural hubo pequeñas diferencias pero estadísticamente significativas, la Sierra presentó el mayor porcentaje en 5%, en la Selva 4,7% y en la Costa 4,6%, llegando a la conclusión que la incidencia de prematuro tardío se encuentra en el promedio internacional.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1. Recién nacido prematuro

Es definido como aquel recién nacido vivo antes de haber cumplido las 37 semanas de edad gestacional. Anualmente nacen 15 millones de niños prematuros, cifra que va en notorio aumento, siendo la prematuridad la causa fundamental de defunción en los niños menores de cinco años (OMS, 2018).

Son clasificados de acuerdo a la edad gestacional (OMS, 2018):

- Prematuros extremos: aquellos nacidos menos de 28 semanas de edad gestacional
- Muy prematuros: aquellos nacidos entre las 28 a 32 semanas de edad gestacional.
- Prematuros moderados a tardíos: aquellos nacidos entre las 32 a 37 semanas de edad gestacional.

2.2.2. Recién nacido prematuro tardío

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) en el año 2005, propuso una nueva clasificación en los recién nacidos pretérminos, designando al recién nacido comprendido entre las 34,0 a 36,6 semanas de edad gestacional (239-259 días) como recién nacido prematuro tardío (Romero et al., 2010).

Antiguamente a este grupo de recién nacidos se les conocía como “cercaños al término”, “pretérmino marginal”, “pretérmino moderado”, “pretérmino medio” (Romero et al., 2010) dando una idea errónea de que estos neonatos poseen características similares a los nacidos a término, hoy en día el término prematuro tardío se ha estandarizado. (Ventura et al., 2014).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2005, también realizó una clasificación en cuatro categorías en función de las semanas de amenorrea: neonatos pretérmino tardíos, que son

los nacidos entre 34 0/7 y 36 0/7 semanas; neonatos a término precoces, aquellos nacidos entre 37 0/7 y 38 0/7 semanas; neonatos a término, entre 37 y 42 semanas, y neonatos posttérmino, aquellos nacidos a partir de la semana 42 de edad gestacional.

A nivel mundial en los últimos, se han incrementado notablemente los nacimientos prematuros (Rubio et al., 2012), como lo estima la OMS en el año 2018, nacen unos 15 millones de prematuros por año. El uso de corticoides prenatales y posnatales han contribuido a mejorar el pronóstico de estos niños.

2.2.3. Etiología

(Romero et al., 2010) mencionan las causas más prevalentes que contribuyen al nacimiento de los prematuros tardíos: el incremento de madres añosas gestantes, los embarazos múltiples, patologías obstétricas como placenta previa, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, retraso en el crecimiento intrauterino, y de causa idiopática. Otra de las causas de la creciente incidencia es el progresivo aumento de inducciones y cesáreas, mayor intervención médica durante la gestación debido al empleo de técnicas diagnósticas (Arandia y Ayala, 2010).

2.2.4. Comorbilidades presentes en el prematuro tardío

El prematuro tardío en relación al nacido a término, tiene un mayor índice de morbimortalidad, a causa principalmente de la inmadurez fisiológica que presentan, además de altas tasas de internamiento al nacer y de reingresos durante el primer año de vida, presentando a largo plazo déficit del desarrollo neurológico.

Inestabilidad Térmica

Rubio et al. (2012) afirman que los prematuros tardíos tienden a la hipotermia, debido a que no pueden generar calor a partir de la grasa parda de manera tan eficaz como lo hacen los nacidos a término, además de presentar menor grasa blanca para su aislamiento. García y Rivero (2014) afirman que se debe a la inmadurez del hipotálamo y a las concentraciones bajas de hormonas como el cortisol, prolactina, leptina y norepinefrina, además de perder calor con mayor facilidad debido a que presentan mayor proporción superficie/peso y presentar menor tamaño.

Hipoglucemia

Reddy et al. (2009) afirman que el riesgo de hipoglicemia en los prematuros tardíos es tres veces superior que en los nacidos a término, y es conocida que su incidencia aumenta conforme disminuye la edad gestacional. Esta complicación puede ocurrir en todos los neonatos producto de la pérdida repentina del suministro de glucosa materna después del nacimiento, reaccionando de manera insuficiente. Los prematuros tardíos presentan una inmadura glucogenólisis hepática y lipólisis, además de déficit de la gluconeogénesis y cetogénesis hepática

Hiperbilirrubinemia

Mohan y Jain (2012), afirman que es la comorbilidad más frecuente en estos neonatos, entre sus causas encontramos que el tiempo de vida promedio de los hematíes es menor que en los nacidos a término, además de presentar inmadurez hepática y de las vías de conjugación de la bilirrubina.

También se describe la dificultad en la alimentación, el retraso en la circulación entero hepática de la bilirrubina, es por ello que la concentración sérica de bilirrubina tienden a ser más elevada, y de duración prolongada. (Rubio et al., 2012)

Además ante una misma cifra de bilirrubinas, el riesgo de desarrollar Kernicterus y daño cerebral es mayor en el prematuro tardío, debido a la relativa inmadurez de la barrera hematoencefálica, las bajas concentraciones de proteína transportadora de bilirrubina y el aumentado riesgo de enfermedad concurrente (Bhutani et al., 2008).

Morbilidad Respiratoria

Un recién nacido pretérmino tiene una probabilidad nueve veces mayor de desarrollar distrés respiratorio que un nacido de término (Valdés N., Valdés A. y García, 2015), debiéndose principalmente a la inmadurez pulmonar, el cual continúa su desarrollo hasta la semana 36 de gestación y a la producción disminuida de surfactante que continúa produciéndose entre las 34 a 36 semanas, por lo cual, el riesgo de dificultad respiratoria aumenta, sobre todo en niños que no han recibido corticoides prenatales (Wang y Dorer, 2004).

Peinador et al. (2019) afirman que en los niños nacidos por cesárea presentan un mayor riesgo de presentar dificultad respiratoria, debido a que no se benefician de los cambios bioquímicos como el aclaramiento de líquido pulmonar que aceleran la maduración pulmonar, ocurrido durante la labor de parto.

Levine et al. (2001) realizaron un estudio en donde compararon la morbilidad respiratoria global en función de la vía del parto llegando a la conclusión que la morbilidad fue superior en los nacidos mediante cesárea frente a los nacidos mediante parto vaginal. Entre las causas principales de distrés respiratoria tenemos:

Taquipnea transitoria del recién nacido

La taquipnea neonatal transitoria tiene una alta prevalencia en estos pacientes debido a la inmadurez pulmonar que presentan, provocando un retraso en el aclaramiento del líquido pulmonar y es considerada por múltiples estudios, como la más frecuente causa de dificultad respiratoria (Aguilar y Sánchez, 2007).

Enfermedad de Membrana Hialina

Engle en el año 2009 afirma que el prematuro tardío nace durante la transición entre los periodos sacular y alveolar del desarrollo pulmonar, conllevando a que estos niños presenten déficit en la cantidad y alteración en la calidad de surfactante pulmonar, sin embargo, autores como Kitsomart et al. (2009) ponen en duda este diagnóstico pues consideran que la elaboración de surfactante por los neumocitos tipo II de los alveolos comienza entre las 34 - 35 semanas. Bancalari et al. (2011) afirman que su incidencia es menor de un 5 % y en otros estudios fue causa del 66 % de los casos de dificultad respiratoria en los pretérminos tardíos.

Apnea

Fernandez et al. (2012) afirman que su incidencia es mayor en prematuros tardíos (4-7%) que en los nacidos a término (1-2%). Entre sus causas lo atribuyen a la inmadurez del centro respiratorio, y a la mayor actividad de los quimiorreceptores periféricos (Álvaro y Montes, 2011).

Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido

Baquero y Sola (2011) lo definen como la relajación alterada de la vasculatura pulmonar que ocurre al nacer o en horas posteriores, en donde no hay un equilibrio entre las resistencias pulmonar y sistémica, originando a través del foramen oval un cortocircuito de derecha a izquierda, causando así que el flujo sanguíneo disminuya, provocando hipoxemia que favorece al

aumento de la vasoconstricción pulmonar, lo cual hace un círculo vicioso. Estos autores hallaron como causa más común de hipertensión pulmonar persistente fue el síndrome de dificultad respiratoria en el prematuro tardío.

Alteraciones del Sistema Cardiovascular

Persistencia del Ductus Arterioso

Goldsmid y Sola (2011) lo definen como la permanencia anómala de la arteria pulmonar izquierda en su porción terminal, su incidencia va en proporción inversa a la edad gestacional. Mendoza et al. (2012) describen esta patología en pretérminos tardíos, en su investigación realizada.

Alteraciones del Tracto Gastrointestinal

Debido a la inmadurez que presentan los prematuros tardíos presentan dificultades en la alimentación, presentan una disminución del tono oro motor, lo cual hace que el reflejo de succión – deglución no esté bien establecido (Engle, 2009). Presentan también inmadurez en el peristaltismo y en el control de los esfínteres en esófago, estómago e intestinos (Romero et al., 2010).

La leche materna, es la alimentación ideal por los beneficios ya conocidos, estos neonatos requieren una monitorización y apoyo adicional por el personal de salud, debido a la inmadura coordinación oro bucal y la succión - deglución. Al no establecerse una buena alimentación, se convierte en un factor de riesgo de reingreso hospitalario por deshidratación y por pobre ganancia de peso (Fernández et al., 2012).

Alteraciones del sistema nervioso

Los prematuros tardíos presentan inmadurez a nivel del sistema nervioso, a las 35 semanas de gestación se estima que el cerebro presenta menos surcos y su peso es el 60% del cerebro de los nacidos a término (Darnall et al., 2009).

Petrini et al. (2009) afirma que los prematuros tardíos tienen tres veces más riesgo de presentar parálisis cerebral, retraso mental y retraso en el desarrollo neurológico, sugiriendo así evaluaciones posteriores a largo plazo. Montalván (2017), concluye en su estudio que la prevalencia del retraso del neuro desarrollo de los prematuros tardíos fue del 9,9%.

Alteraciones del Sistema inmunológico

La inmadurez del sistema inmunológico, las deficientes defensas y la poca capacidad de localización de infecciones, hacen que sea una de las complicaciones frecuentes y una de las causas de ingreso a las Unidades de Cuidados Neonatales. (Pérez y Clemades, 2015).

2.2.5. Reingreso Hospitalario

Los prematuros tardíos presentan un reingreso hospitalario tres veces mayor en los primeros quince días de nacidos, entre las etiologías más frecuentes son: la ictericia, deshidratación, dificultad en la alimentación, escasa ganancia de peso y apnea. Durante el primer año de vida los trastornos respiratorios y gastrointestinales son las causas más comunes (Birt et al., 2010).

2.2.6. Mortalidad

Es elevada la mortalidad presente en los prematuros tardíos si se compara con los recién nacidos a término, en Estados Unidos Fernández et al. (2012) encontraron hasta tres veces más

riesgo de mortalidad, atribuyéndolo a las múltiples enfermedades que presentan debido a su inmadurez fisiológica.

2.3 Definiciones Conceptuales.

Característica: cualidad que se emplea para diferenciar a alguien o algo de sus semejantes (Real Academia Española, 2018).

Características Epidemiológicas: Son elementos o características que presentan una patología o una determinada población, que siempre se repiten para cada una de ellas, es decir, para ciertos grupos de población existe una mayor afinidad en presentar cierta enfermedad Agrupándose en tres categorías: tiempo, espacio y persona (Rodríguez, 2019).

Prematuridad: Lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una complicación frecuente en el embarazo, es el trabajo de parto ocurrido antes de las 37 semanas de edad gestacional.

Neonato: Rodríguez (2012) lo define como aquel niño comprendido entre el día 0 a 28 de nacimiento.

Edad Gestacional: Es el tiempo contado generalmente en semanas, que transcurre desde el comienzo del último período menstrual de la mujer (Clínica DAM, 2018).

Parto: Es el conjunto de fenómenos tanto activos como pasivos, mediante el cual el feto y la placenta abandonan el útero. El parto puede ser vaginal o por cesárea. (Consejo de Salubridad General, 2014)

Sexo: Son las características cromosómicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres (Barba, 2018).

Estancia Hospitalaria: son los días de permanencia de un paciente, abarcando desde la fecha de su ingreso hospitalaria hasta la fecha de su egreso (Ministerio de Salud-Oficina General de Estadística e Informática, 2013).

2.4. Formulación de la hipótesis.

Este trabajo no cuenta con hipótesis al ser descriptivo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico.

3.1.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo seccional o transversal, debido a que fueron medidas las variables en una sola ocasión (Domínguez, 2015).

3.1.2. Nivel de investigación.

La presente investigación es descriptiva, porque tiene como finalidad describir o determinar parámetros en la población estudiada, en este caso, las Características Epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos además de no poner a prueba ninguna hipótesis (Domínguez, 2015), y retrospectivo porque utilizó datos emitidos durante el periodo de enero a diciembre del año 2019 (Manterola y Otzen, 2014).

3.1.3. Diseño.

El estudio tendrá un diseño observacional porque utilizó los datos registrados en las historias clínicas de los prematuros tardíos del Hospital Regional de Huacho (Manterola y Otzen, 2014), no existiendo intervención del investigador.

3.1.4. Enfoque.

Este estudio fue de enfoque mixto, cualitativo porque se basó en la información de las historias clínicas para describir las características epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos del Hospital Regional de Huacho; y cuantitativo, porque se usó la recolección de datos y el análisis estadístico para interpretar y determinar las características epidemiológicas presentes.

3.2 Población y Muestra.

La población estuvo conformada por 177 prematuros y la muestra estuvo conformada por 140 recién nacidos prematuros tardíos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el año 2019.

3.2.1. Criterios de inclusión.

- Neonatos prematuros tardíos comprendidos de 34 – 36 semanas de edad gestacional hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo de enero a diciembre de 2019.

3.2.2. Criterios de exclusión.

- Neonatos prematuros no comprendidos entre las semanas 34 – 36 de edad gestacional.
- Expedientes clínicos fuera del periodo planteado por el presente estudio.
- Expedientes clínicos con información incompleta respecto a las variables a investigar en el presente estudio.

3.3. Operacionalización de Variables e Indicadores.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Recién nacido prematuro tardío	Recién nacido comprendido en un rango de 34,0 a 36,6 semanas de edad gestacional (239-259 días)	Neonato que nace antes de las 37 semanas pero después de las 34 semanas de gestación	Cualitativa	34 semanas de edad gestacional 35 semanas de edad gestacional 36 semanas de edad gestacional		Nominal
Síndrome de dificultad respiratoria neonatal.	Conjunto de patologías que se manifiestan con clínica respiratoria.	Cuadro que comienza al nacer o en las primeras horas de vida y se caracteriza por taquipnea, quejido, cianosis, y compromiso de la oxigenación.	Cualitativa	Enfermedad de membrana hialina. Taquipnea transitoria del recién nacido. Síndrome de aspiración meconial.	Padecimiento respiratorio causado por la insuficiente cantidad de surfactante pulmonar. Patología neonatal aguda, benigna y que se autolimita. Cuadro secundario a la aspiración de meconio en la vía	Nominal

					aérea, ocurrido antes o durante el nacimiento.	
				Neumonía neonatal.	Proceso infeccioso en el neonato dentro de las primeras 72 horas o dentro de los primeros 28 días.	
Hipoglicemia Neonatal	Síndrome caracterizado por consecuencias inmediatas como pobre succión, somnolencia, letargo, apnea y convulsiones.	Glicemia menor a 47 mg/dl	Cuantitativa	Hipoglicemia Neonatal Asintomática	Es la ausencia de síntomas a pesar de niveles de glucosa que estén por debajo de 47 mg/dl pero no inferiores a 30 mg/dl,	De razón
				Hipoglicemia Neonatal Sintomática	Ocurre cuando a pesar de una adecuada alimentación, no se logra mantener niveles de glucosa normales conllevando a sintomatología clínica.	

Ictericia Neonatal	Es la elevación sérica de las bilirrubinas, que lleva a la coloración amarillenta de piel y mucosas.	Elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl	Cualitativa	Ictericia neonatal Fisiológica Ictericia neonatal Patológica	Ictericia que aparece después de las 24 horas de vida, normalizándose hacia la segunda semana de vida. Ictericia que aparece dentro de las 24 horas y requiere ampliación de estudios para descartar patologías.	Nominal
Peso al nacer	Es la primera medida del peso del recién nacido realizada después del nacimiento.	Peso en gramos del neonato al nacimiento.	Cuantitativa	Recién nacido macrosómico. Recién nacido con peso normal. Recién nacido de bajo peso. Recién nacido de muy bajo peso. Recién nacido de peso extremadamente bajo.	Peso al nacer de más de 4000 g. Peso al nacer entre 2500 a 3999 g. Peso al nacer entre 1500 a 2499 g. Peso al nacer entre 1000 a 1499 g. Peso al nacer de menos de 1000 g.	De intervalo

Sexo	Variable genética y biológica que distingue a los seres humanos.	Conjunto de características biológicas del paciente determinadas al nacer.	Cualitativa	Femenino. Masculino.	Neonato con genitales femeninos evidenciado durante el examen físico y consignado en la historia clínica. Neonato con genitales masculinos evidenciado durante el examen físico y consignado en la historia clínica.	Nominal
Parto	Proceso mediante el cual el feto y la placenta abandonan el útero	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos.	Cualitativa	Parto vaginal. Parto abdominal (cesárea).	Corresponde al parto donde los productos de la concepción se expulsan por vía vaginal. Intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal.	Nominal

<p>Tiempo de Estancia Hospitalaria</p>	<p>Es el número total de días de permanencia en el hospital comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.</p>	<p>Sumatoria de los días que el paciente permaneció en el Hospital.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Días de hospitalización.</p>	<p>Días de hospitalización registrados en la Historia Clínica.</p>	<p>De razón</p>
<p>Incidencia</p>	<p>Es el número de casos nuevos de un evento o enfermedad que aparecen en un intervalo de tiempo.</p>	<p>Cociente que se obtiene al dividir el número de casos ocurridos en un determinado periodo de tiempo y lugar entre la población expuesta.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>De razón</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

3.4.1. Técnicas a emplear.

Se empleó la recolección de datos registrados en las historias clínicas de los recién nacidos prematuros tardíos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo de enero a diciembre de 2019.

3.4.2. Descripción de los Instrumentos.

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo 2) basada en una investigación realizada en el Hospital Dos de Mayo, a través del cual se recogió la siguiente información: Datos Generales del recién nacido (sexo, vía de parto, peso al nacer, edad gestacional), la patologías que presentó, estancia hospitalaria que incluye la condición del egreso.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la Información.

Se realizó análisis descriptivos en frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar. La información fue incorporada en una base de datos, fue procesada y presentada en tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos de la presente investigación, se utilizó los programas informativos Office Excel versión 2016 para Microsoft y SPSS versión 22.

CAPITULO IV:

RESULTADOS

En la presente investigación se obtuvo acceso a las historias clínicas previa solicitud de autorización al Servicio de Estadística, para la selección de la población se tomaron en cuenta los diagnósticos de egreso de los recién nacidos prematuros tardíos (P07.3). Durante el año 2019, en el período de Enero a Diciembre hubieron 2917 nacidos vivos, de los cuales 177 fueron prematuros, y de éstos 140 fueron recién nacidos prematuros tardíos.

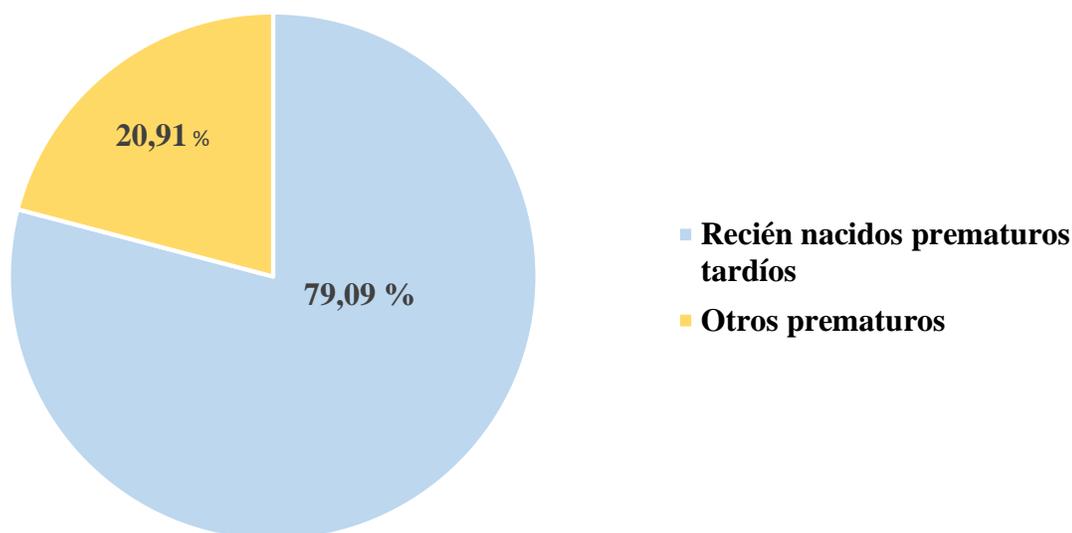


Figura 1 Incidencia de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 1 se presentan los resultados de la muestra estudiada, la cual estuvo conformada por un total de 177 recién nacidos prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho en el año 2019, los prematuros tardíos presentaron una incidencia del 4,79% del total de nacimientos y el 79,09% del total de prematuros.

Según la distribución por sexo, de los 140 prematuros tardíos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho en el año 2019, 74 fueron de sexo masculino y 66 de sexo femenino, que representa el 52,9 % y 47,1 % del total de los casos respectivamente (Tabla 1 y Figura 2).

Tabla 1

Distribución de frecuencias y porcentajes según sexo.

Sexo de los recién nacidos prematuros tardíos			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	Masculino	74	52,9
	Femenino	66	47,1
	Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia.

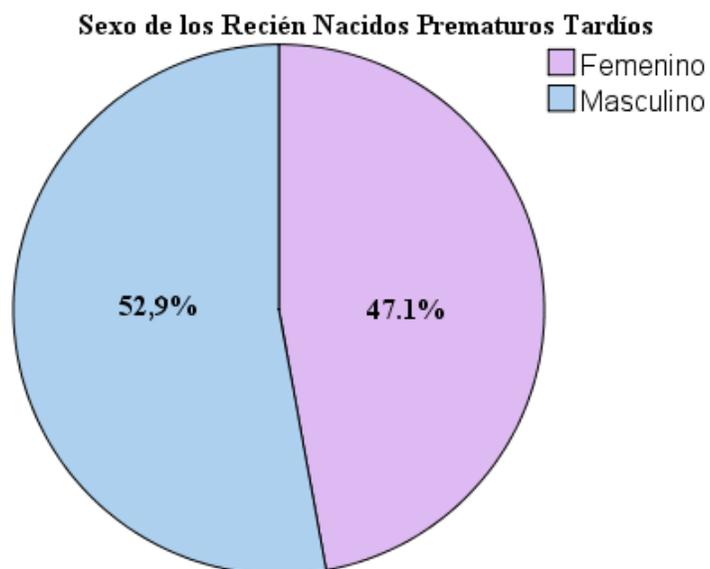


Figura 2 Distribución porcentual según género

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 y Figura 3 se muestra la distribución según vía de parto de los recién nacidos prematuros tardíos, obteniéndose 101 (72,1%) pacientes nacidos por cesárea y 39 (27,9%) nacidos por parto vaginal.

Tabla 2

Distribución en frecuencias y porcentajes según vía de parto.

Vía de Parto de los recién nacidos prematuros tardíos		
	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	101	72,1
Válido Vaginal	39	27,9
Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia.

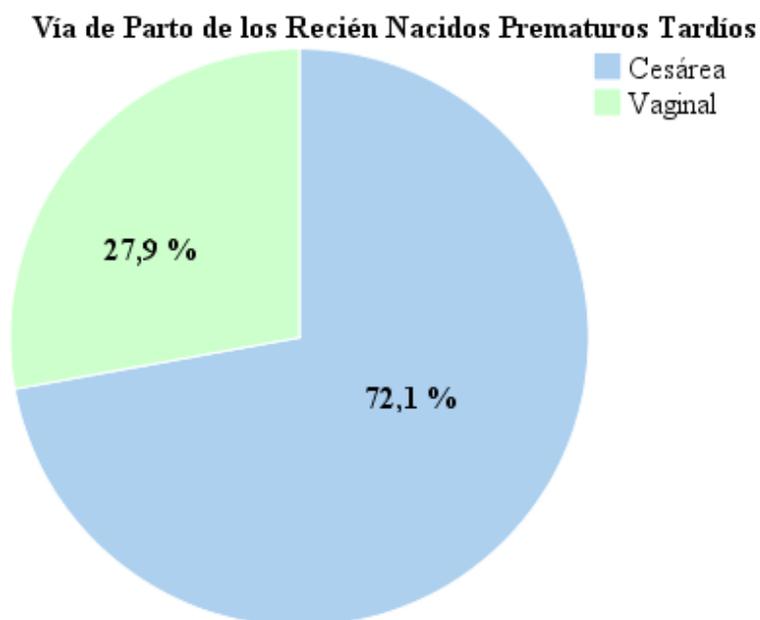


Figura 3 Distribución porcentual según vía de parto.

Fuente: Elaboración propia.

Según la frecuencia de la edad gestacional del total de recién nacidos prematuros tardíos, el 55,7 % (78) fueron los nacidos a las 36 semanas, 26,4 % (37) a las 35 semanas y 17,9 % (25) a las 34 semanas de edad gestacional. Representando el mayor porcentaje los nacidos a las 36 semanas (Tabla 3 y Figura 4).

Tabla 3

Distribución de frecuencias y porcentajes según edad gestacional.

Edad Gestacional de los recién nacidos prematuros tardíos			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	36 semanas	78	55,7
	35 semanas	37	26,4
	34 semanas	25	17,9
	Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia.

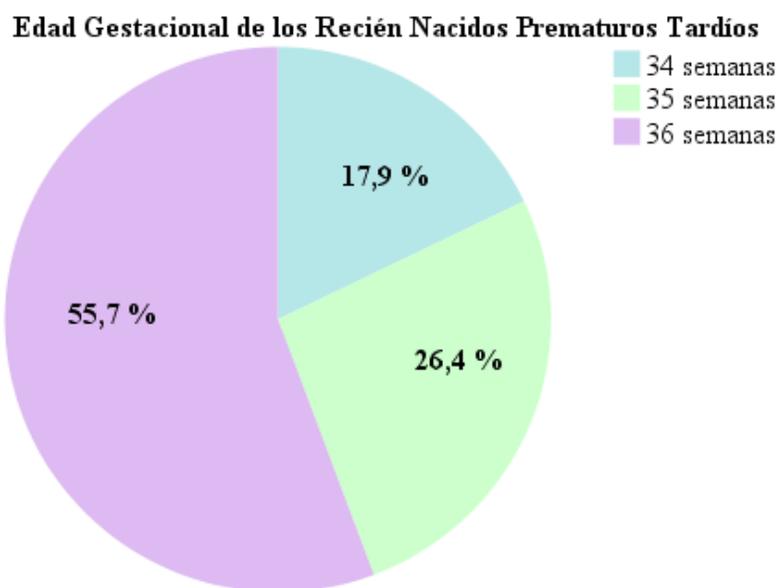


Figura 4 Distribución porcentual según edad gestacional.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 y Figura 5 se evidencia que del total de recién nacidos prematuros tardíos, el mayor porcentaje 57,1% (80) tuvieron un peso normal entre 2500 – 3999 gramos, seguido de 40% (56) presentaron bajo peso al nacer entre 1500 – 2499 gramos, el 2,1% (3) fueron macrosómicos, y finalmente el 0,7% (1) presentó muy bajo peso al nacer.

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes según el peso al nacer.

Peso al nacer de los recién nacidos prematuros tardíos		
	Frecuencia	Porcentaje
Macrosómicos (≥ 4000 gramos)	3	2,1
Normal (2500 - 3999 gramos)	80	57,1
Válido Bajo peso (2499 - 1500 gramos)	56	40,0
Muy Bajo Peso (1499 - 1000 gramos)	1	0,7
Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia.

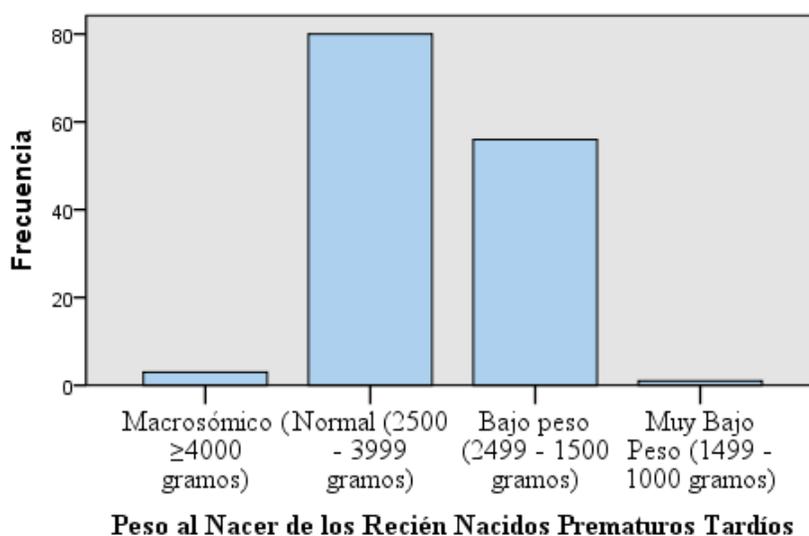


Figura 5 Distribución según peso al nacer de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la Estancia hospitalaria de los recién nacidos prematuros tardíos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho, se muestra en la Tabla 5 que la media fue 3,94 días, la estancia mínima fue de 1 día y el máximo de 22 días. Se observa una mayor media en la Unidad de Cuidados Intermedios, así como el máximo de días en la estancia hospitalaria.

Tabla 5

Tiempo de Estancia Hospitalaria media de los recién nacidos prematuros tardíos.

Tiempo de Estancia Hospitalaria							
	Nº	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Moda	Varianza
ESTANCIA	140	1	22	3,94	4,119	2	16,967
Válidos	140						

Fuente: Elaboración propia.

En la Unidad de Alojamiento del Servicio de Neonatología, la estancia mínima fue de 1 día, y el máximo de 5 días, siendo la media de 1,92 días (Tabla 6).

Tabla 6

Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Alojamiento.

Unidad de Alojamiento - Servicio de Neonatología				
	Nº	Mínimo	Máximo	Media
Unidad de Alojamiento	105	1	5	1,92
Válidos	105			

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7 se muestra la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Neonatología, siendo la media de 5,93 días, el máximo de 22 días y el mínimo de 1 día

Tabla 7

Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Cuidados Intermedios.

Unidad de Cuidados Intermedios- Servicio de Neonatología				
	Nº	Mínimo	Máximo	Media
Unidad de Cuidados Intermedios	40	1	22	5,93
Válidos	40			

Fuente: Elaboración propia.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Neonatología, la media fue de 3,45 días, el mínimo de 1 día y el máximo de 12 días (Tabla 8).

Tabla 8

Estancia Hospitalaria media en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Unidad de Cuidados Intensivos - Servicio de Neonatología				
	Nº	Mínimo	Máximo	Media
Unidad de Cuidados Intensivos	31	1	12	3,45
Válido	31			

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las comorbilidades, observamos que la ictericia neonatal fue la patología más frecuente en el 32,5% (37) de los casos, seguida del síndrome de dificultad respiratoria en el 25,4% (29) de los casos, sepsis clínica se presentó en el 14% (16) y la hipoglicemia neonatal en el 10,5 % (12) en la Tabla 9 y Figura 6 se observan las demás comorbilidades presentes en menor frecuencia en los recién nacidos prematuros tardíos durante el año 2019.

Tabla 9

Distribución de frecuencias y porcentajes según Comorbilidades.

Comorbilidades en recién nacidos prematuros tardíos		
	Frecuencia	Porcentaje
	37	32,5
	29	25,4
	16	14,0
	12	10,5
	6	5,3
	2	1,8
	2	1,8
	2	1,8
Válido	2	1,8
	2	1,8
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	1	0,9
	114	100%

Fuente: Elaboración propia.

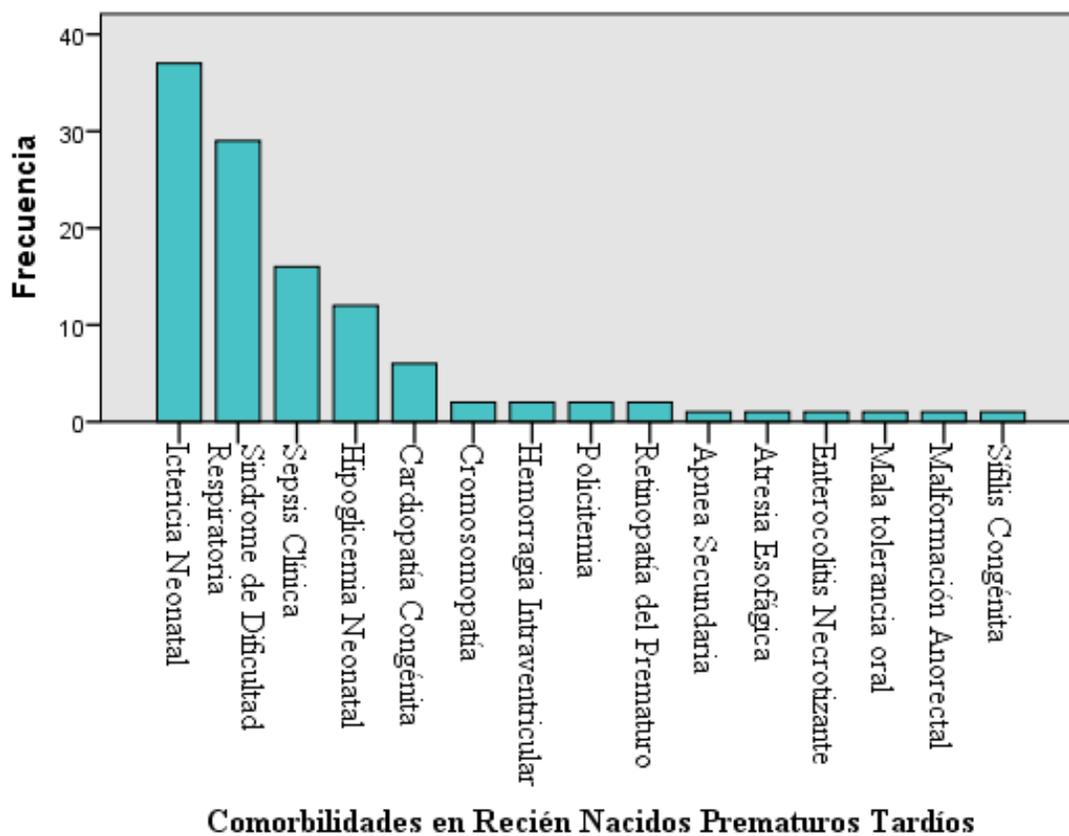


Figura 6 Comorbilidades presentes en los prematuros tardíos.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 10 y Figura 7 se observan las causas de dificultad respiratoria presentes en los recién nacidos prematuros tardíos, siendo la Taquipnea transitoria del recién nacido la más frecuente en un 69% (20) de los casos, seguido de la Enfermedad de membrana hialina en un 24,1% (7), Síndrome de aspiración de líquido meconial e hipertensión pulmonar en un 3,4% (1).

Tabla 10

Distribución de frecuencia y porcentajes según causas de Dificultad Respiratoria.

Síndrome de Dificultad Respiratoria		
	Frecuencia	Porcentaje
Taquipnea transitoria del recién nacido	20	69,0
Enfermedad de membrana hialina	7	24,1
Válido Hipertensión pulmonar	1	3,4
Síndrome de aspiración de líquido meconial	1	3,4
Total	29	100%

Fuente: Elaboración propia.

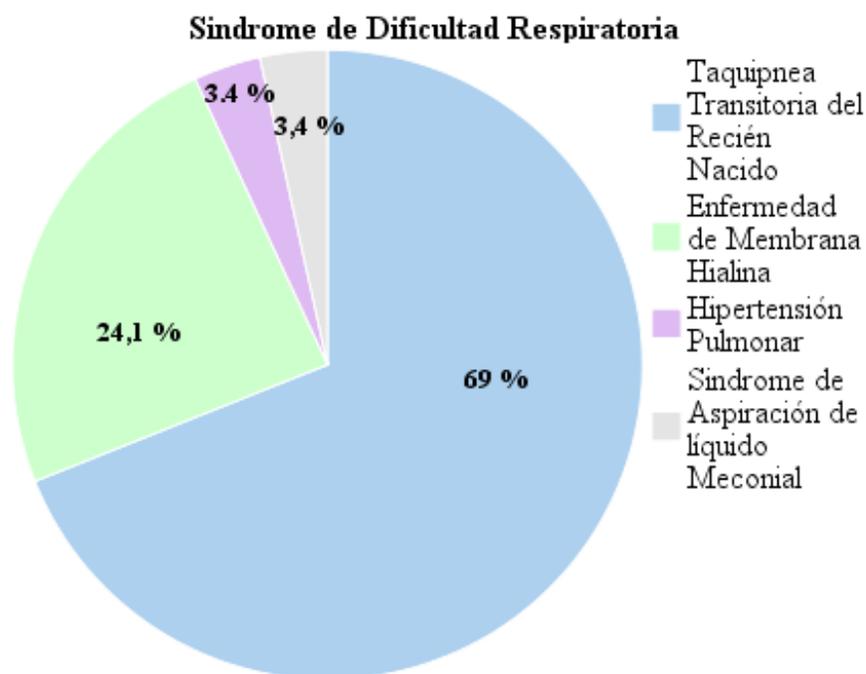


Figura 7 Distribución porcentual de las causas de dificultad respiratoria

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la mortalidad; se observa en la Figura 8 que del total de recién nacidos prematuros tardíos, fallecieron el 5,7% (8), mientras que el 94,3 % (132) egresaron en condición estable.

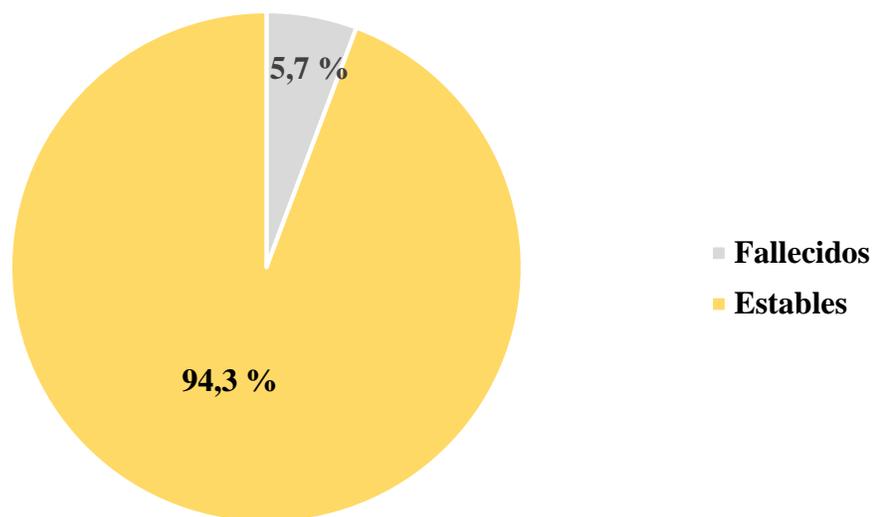


Figura 8 Condición de egreso de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 11 se observan las causas de muerte presente en los recién nacidos prematuros tardíos hospitalizados en el Servicio de Neonatología en el Hospital Regional de Huacho en el año 2019. Siendo la causa más frecuente el síndrome de dificultad respiratoria en un 37,5 % (3) de los casos, seguido de cardiopatía congénita y cromosomopatía en un 25 % (2) de los casos y asfixia perinatal en un 12,5 % (1) de los casos.

Tabla 11

Distribución en frecuencia y porcentaje según causas de Mortalidad.

Causas de Muerte en los recién nacidos prematuros tardíos			
	Frecuencia	Porcentaje	
	Síndrome de Dificultad Respiratoria	3	37,5
	Cardiopatía Congénita	2	25,0
Válido	Cromosomopatía	2	25,0
	Asfixia Perinatal	1	12,5
	Total	8	100%

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El presente estudio se llevó a cabo con la finalidad de describir las características epidemiológicas de los recién nacidos prematuros tardíos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho en el periodo enero – diciembre del 2019, se desarrolló debido a que no se cuentan con estudios similares en nuestra región y son pocos los realizados a nivel nacional.

Se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas de los pacientes que clasificaron como prematuros tardíos y que ingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el periodo del 1 enero 31 de diciembre del 2019. Se encontró una incidencia de 4,79% del total de nacidos vivos y 79,09 % (140) del total de prematuros, como se muestra en la Figura 1. En España Peinador et al. (2019), la tasa de prematuridad está en torno a un 7%, de los cuales, el 70% son recién nacidos prematuros tardíos, resultados similares encontró Arandia en el año 2010, hallando un incidencia del 71% del total de prematuros en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Bolivia. A nivel nacional, Ticona y Huanco (2013) encontraron una incidencia de 4,7% del total de nacidos vivos y 71,6% del total de prematuros.

Respecto al sexo de los neonatos incluidos en este estudio (Tabla 1), se encontró que en su mayoría fueron del sexo masculino con 52,9% (74) y 47,1% (66) de sexo femenino. Arguelles (2014) encontró resultados similares en Cuba en donde el 53,5 % correspondieron al sexo masculino. Riojas y Gamboa (2015) en Lambayeque, hallaron predominancia por el sexo masculino en el 53,9% de los casos.

Según la vía de parto (Tabla 2), el parto por cesárea fue el más frecuente con 72,1% (101) de los casos, y el parto vaginal con 27,9% (39) de los casos, encontrándose un alto porcentaje cesáreas en comparación con otros estudios. Espinosa y León (2014) en México, reportaron que la vía de parto predominante fue la cesárea en el 54,4 % de los casos. En Lambayeque, Riojas y Gamboa (2015) encontraron que la vía de parto que predominó fue la cesárea en el 58.2% de los casos.

Por semanas de gestación, se encontró una mayor frecuencia en los prematuros tardíos de 36 semanas de edad gestacional con 55,7% (78), seguido de los prematuros tardíos de 35 semanas de edad gestacional con 26,4% (67) y finalmente los de 34 semanas de edad gestacional con 17,9% (25) como se muestra en la Tabla 3. Resultados similares hallaron Stecher et al. (2015) en Chile, un 16,37% correspondieron a niños nacidos a las 34 semanas de edad gestacional, 27,78% a las 35 y 55,85% a las 36 semanas. Valdés N., Valdés A. y García (2015) en México, hallaron que el 50% tenía 36 semanas de edad gestacional, 38% 35 semanas de edad gestacional y el 11.5% de los casos 34 semanas de edad gestacional. En Trujillo, Montalván (2017) del total de prematuros tardíos, el 54,93%, 25,39% y 19,72% correspondieron a las 36, 35 y 34 semanas de edad gestacional respectivamente. No coincidiendo con los resultados encontrados de Riojas y Gamboa (2015) a nivel nacional, hallando una media de 35.1 semanas de edad gestacional.

La distribución de los neonatos según peso al nacer (Tabla 4) fue en su mayoría entre 2500 – 3999 gramos con el 57,1% (80), seguido de los neonatos con pesos entre 1500 – 2499 gramos con 40% (56), los neonatos con más 4000 gramos fue el 2,1% (3), y finalmente el menor porcentaje con 0,7% (1) presentó un peso entre 1000 – 1499 gramos. En México, Espinosa y León (2014) hallaron un mayor riesgo de bajo peso al nacer en el 61,5%. Moraes, Pimienta y Madera (2009) en Uruguay encontraron como media de peso 2565 g, con un mínimo de 1560 g y un máximo de 3100 g. En el Perú, Riojas y Gamboa (2015) hallaron como peso promedio 2310 gramos.

Respecto a la estancia hospitalaria, la media encontrada en todo el Servicio de Neonatología (Tabla 5) fue de 3,94 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 22 días. Siendo en la Unidad de Cuidados Intermedios en donde se encontró una media de 5,93 días, además de presentar el máximo de días (22) de estancia hospitalaria (Tabla 7), resultados similares al estudio de Valdés N., Valdés A. y García (2015) en México en donde la media fue de 4 días. Moraes, Pimenta y Madera (2009) en Uruguay encontraron una media de 6 días.

Las comorbilidades encontradas en los prematuros tardíos incluidos en el estudio (Tabla 9), las patologías más frecuentes fueron la ictericia neonatal con 32,5% (37) de los casos, síndrome de dificultad respiratoria con 25,1% (29), sepsis clínica con 14% (16) y la hipoglicemia neonatal con 10,5% (12) de los casos. Para Valdés N., Valdés A. y García (2015) las comorbilidades más frecuentes fueron ictericia de etiología multifactorial en el 29% y síndrome de distrés respiratorio en 10% de los casos. No coincidiendo con los resultados a nivel nacional Riojas y Gamboa (2015), en donde la sepsis neonatal (15,8%) y dificultad respiratoria (8,8%) son los problemas más frecuentes.

Dentro del síndrome de dificultad respiratoria, se encontró a la Taquipnea transitoria del recién nacido como la causa más frecuente en el 69% (20) de los casos, seguido de la Enfermedad de membrana hialina con 24,1% (7), y en el 3,4% (1) se encontró como causa el síndrome por aspiración de líquido meconial y la hipertensión pulmonar como se muestra en la Tabla 10. En estudios internacionales y nacionales coinciden que la Taquipnea transitoria del recién nacido es la causa más frecuente.

En cuanto a la mortalidad, hubieron 8 fallecidos representando el 5,7% de los prematuros tardíos (Figura 8), entre sus causas, el 37,5% (3) presentaron síndrome de dificultad respiratoria, el 25% (2) presentó cardiopatía congénita y sospecha de cromosomopatía, y el 12,5% (1) presentó asfixia perinatal como se muestra en la Tabla 11. Peinador et al (2019) afirman que la

mortalidad es tres veces más frecuente en los prematuros tardíos. Resultados similares halló Arguelles (2014) encontrando una incidencia de mortalidad del 4,2% de los casos.

5.2 Conclusiones

- La incidencia fue del 79,09% del total de prematuros y el 4,79% del total de nacidos vivos.
- El sexo masculino fue el que predominó con el 52,9% (74) entre los recién nacidos prematuros tardíos.
- La vía de parto más frecuente entre los recién nacidos prematuros tardíos, fue la cesárea con el 72,1% (101) de los casos.
- Del total de recién nacidos prematuros tardíos valorados por Test de Capurro, en mayor proporción fueron los de 36 semanas de edad gestacional en el 55,7% (78).
- El mayor porcentaje de los recién nacidos prematuros tardíos presentó un peso normal al nacer, peso que oscila entre 2500 – 3999 gramos con el 57,1% (80) de los casos.
- El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 3,94 días.
- Las comorbilidad más frecuente que se encontró en los recién nacidos prematuros tardíos, fue la ictericia neonatal en el 32,5% (37) de los casos.
- La causa de síndrome de dificultad respiratoria de los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2019, fue la Taquipnea transitoria del recién nacido en el 69% (20) de los casos.
- Los recién nacidos prematuros tardíos que fallecieron fueron el 5,7% (8), siendo la causa principal el síndrome de dificultad respiratoria.

5.3. Recomendaciones

- Promover la realización de estudios en los prematuros tardíos, que vayan enfocados a conocer otros aspectos como el impacto económico hospitalario y familiar.
- Se recomienda ampliar estudios y tomar de conciencia en el manejo del prematuro tardío; los profesionales sanitarios encargados del seguimiento de estos niños, neonatólogos y pediatras de Atención Primaria, deben conocer su vulnerabilidad, los problemas que presentan, y realizar un abordaje de los mismos de forma precoz, trabajando de forma coordinada y sirviendo de apoyo a las familias de los niños prematuros.
- Incentivar y sensibilizar al personal de Salud implicado en la atención del recién nacido de nuestro hospital, a elaborar guías de seguimiento y/o protocolos de manejo en esta población, ya que representan el mayor porcentaje de prematuros.
- Realizar y ejecutar un proyecto para mejorar las condiciones de equipamiento e infraestructura en las que se realiza el trabajo de atención de los prematuros, involucrando a las autoridades locales y regionales.
- Se recomienda investigar sobre las causas de partos prematuros en nuestro medio e incidir en la prevención de las mismas; para así reducir la elevada tasa de cesáreas presente en nuestro hospital.
- Vigilar que la edad gestacional se haya calculado correctamente, por la clínica mediante el Test de Capurro, Test de Ballard; fecha de última regla y estimación ecográfica de la edad gestacional.
- Mantener bajo vigilancia hasta 48 horas posteriores tras el nacimiento a los prematuros tardíos, en búsqueda de las patologías ya mencionadas en esta población.

CAPÍTULO VI

FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1. Fuentes Bibliográficas.

Domínguez J. (3° ed.) (2015). *Manual de metodología de la investigación científica*.

Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (Ed.). (2014). *Metodología de la Investigación*.

México D. F., México: Editorial McGraw-Hill / Interamericana.

Manterola, C. y Otzen, T. (2014). Estudios observacionales, los diseños utilizados con mayor

frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.*, 32(2):634-645. Recuperado de

<http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>

6.2. Fuentes Electrónicas.

Arandia R. y Ayala M. (2010) *Recién nacido “Prematuro tardío” frente a los riesgos que*

deben tenerse en cuenta. Bolivia: Gaceta Médica Boliviana. Obtenido de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-

29662010000200015

Arguelles A. (2014) *Caracterización del recién nacido pretérmino tardío*. Hospital Materno

Infantil Angel Arturo Aballi. La Habana, Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas

La Habana Universidad de Ciencias Médicas Julio Trigo López - Hospital Materno

Infantil Ángel Arturo Aballi. Obtenido de:

<https://instituciones.sld.cu/haballi/files/2017/02/TESIS-Caracterizaci%3%b3n-del->

[reci%3%a9n-nacido-pret%3%a9rmino-tard%3%ado.pdf](https://instituciones.sld.cu/haballi/files/2017/02/TESIS-Caracterizaci%3%b3n-del-)

Balancari J., Carlo R., Kattwinkel K., Schelonka J., Porcelli R., Navarrete P. y Palmer C.

(2011). Mortality reduction by heart rate characteristic monitoring in very low birth weight neonates: a randomized trial. *The Journal of pediatrics*, 159(6), 900-906.

Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.06.044>

Barba, M. (9 de junio 2018). Definición de sexo, género y sexismo.

Obtenido de <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-1271572>

Bhutani K., Maisels J., Stark R. et al. *Management of jaundice and prevention of*

severe neonatal hyperbilirubinemia in infants ≥ 35 weeks gestation. *Neonatology*

2008; 94: 63-67. Obtenido de: <https://www.karger.com/Article/Abstract/113463>

Bird M., Bronstein M., Hall W. et al. *Late preterm infants: birth outcomes and health*

care utilization in the first year. *Pediatrics* 2010; 126: 311-319. Obtenido de:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/126/2/e311.short>

Clínica DAM. (1 de Enero de 2018). *Enciclopedia Médica*. Obtenido de

<https://www.clinicadam.com/salud/5/002367.html>

Couceiro M., Zimmer M., Singh V., Poderti V., Tejerina M. y Contreras N. (2018) *Factores*

sociodemográficos presentes en neonatos prematuros tardíos en el Hospital público

Materno Infantil de Salta Capital, Argentina. *Revista Antropo*. Obtenido de:

<http://www.didac.ehu.es/antropo/39/39-05/Couceiro.htm>

Consejo de Salubridad General (2014). *Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del*

trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Obtenido de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf

Engle A. (2009) *Surfactant-replacement therapy for respiratory distress in the preterm and term neonate. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn.*

Pediatrics 2009; 121: 419-432. Obtenido de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245434>

Espelt M., Frezza L., Racchi L., Sánchez G. y Meritano J. (2012) *Morbilidad asociada a recién nacidos prematuros tardíos.* Hospital Materno Infantil Ramón Sardá,

Argentina: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y

Portugal. Obtenido de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67256>

Espinosa L. y León C. (2014) *Morbilidad en el recién nacido Prematuro Tardío en el*

Hospital Materno Infantil del ISSEMYM Toluca, México: Universidad Autónoma del

Estado de México. Obtenido de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14948>

Fernández T., Mateos G., Carabaño I., Sopena J. (2012) *El prematuro tardío: el gran*

olvidado. Madrid, España. Revista Pediátrica de Atención Primaria. Obtenido de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400013

García M., Hurtado A., Calvo M., Soriano J., Ginovart G., et al. *Recomendaciones de*

seguimiento del prematuro tardío. En Sociedad Española de Neonatología [en línea].

Disponible en www.se-neonatal.es

García F., Rivero S. y Siles C. *Factores de riesgo de hipotermia al ingreso en el recién*

nacido de muy bajo peso y morbimortalidad asociada. Barcelona, España: Anales de

Pediatría [Internet]. 2014 [citado 2009 dic 18]; 80(3): [aprox.6 p.].

Obtenido de: [https://www.analesdepediatría.org/es-linkresolver-factores-riesgo-](https://www.analesdepediatría.org/es-linkresolver-factores-riesgo-hipotermia-al-ingreso-S1695403313003482)

[hipotermia-al-ingreso-S1695403313003482](https://www.analesdepediatría.org/es-linkresolver-factores-riesgo-hipotermia-al-ingreso-S1695403313003482)

Goldsmid G. y Sola A. *Descubriendo las necesidades del recién nacido pretérmino cuando tiene ductus arterioso permeable*. En: Sola A. Cuidados Neonatales .Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Buenos Aires: Edimed; 2011. P-729-38. Obtenido de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000200012

González, A. (2016). *Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido*. En G. Mühlhausen, & A. González, Guía de Prácticas Clínicas de la Unidad de Neonatología 2016 del Hospital San José (págs. 169-174). San José, Chile: Laboratorio ASPEN. Obtenido de: http://www.manuelosses.cl/BNN/gpc/Manual%20Neo_H.SnJose_2016.pdf

Hübner M. y Ramírez F. *Sobrevida viabilidad y pronóstico del prematuro*. Revista médica Chile [Internet]. 2002 [citado 17 junio 2017]; 130(8): 931-938. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-98872002000800015>.

Lupiani P., Pozo E., Álvarez N., Cerrudo P. y López S. (2011) *Prematuros tardíos. Problemas y seguimiento en Atención Primaria*. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, España: Revista Mesa Redonda de Neonatología. Obtenido de: <http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2013/12/2011-2-3.c.pdf>

Martín Y., Soriano J., García M., Hurtado J., Calvo M., Ginovart G., Jiménez A. y Demestre X. (2019) *El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento*. España. Sociedad Española de Neonatología. Obtenido de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/el-prematuro-tardio-evolucion-y-recomendaciones-de-seguimiento/>

Mendoza L., Rueda M., Gallego K., Vásquez M., Celis J., León J. y Acuña M. (2012).

Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos. San José de Buga, Colombia: Revista Cubana de Pediatría. Obtenido de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000400003

Mendoza A., Rueda M., Gallego P., Vásquez F., Celis L., De León Suárez C. y Acuña M.

Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2012 [citado 2015 marzo 18]; 84 (2): [aprox.11 p.].

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol84_4_12/ped034212.htm

Ministerio de Salud-Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (2014). *Guía de Práctica Clínica*

de Neonatología. Resolución Directoral N° 143 DG-HNAL-2014. Obtenido de

http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_8ae4682fff8831d_.pdf

Montalván F. (2017) *Prevalencia de Retraso del Desarrollo Infantil en Prematuros Tardíos*

a los 6 meses de edad. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de:

http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9441/MontalvanMiranda_F.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moraes M., Pimienta M. y Madera N. (2009) *Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio*

prospectivo caso control multicéntrico. Uruguay: Archivos de Pediatría del Uruguay.

Obtenido de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492009000300005

Muñoz M. (2018) *Factores postnatales que influyen en la mortalidad de los recién nacidos*

prematuros del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Lima: Escuela de Posgrado

Universidad César Vallejo. Obtenido de:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16108/Mu%C3%B1oz_SMF.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización mundial de la salud (2018). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización mundial de la salud [internet] España: Blencowe H, Cousens S, Oestergaard

M., Chou D., Moller B., Narwal R., Adler A., Garcia V., Rohde S., Say L., Lawn;

2012[actualizado noviembre del 2016; citado 17 junio 2017] disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.

Raju N., Higgins D., Stark R. y Leveno J. *Optimizing care and outcome for latepreterm*

(near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National

Institute of Child Health and Human Development. Pediatrics 2009; 118. 1207-1214.

Obtenido de: <https://pediatrics.aappublications.org/content/118/3/1207?download=true>

Real Academia Española. (2018). *Diccionario de lengua española*. Obtenido de

<https://dle.rae.es/?id=7OiMmZE>

Rebaza H. (2013) *Pinzamiento Tardío del cordón umbilical como factor de riesgo de*

Hiperbilirrubinemia en Recién Nacidos Prematuros Tardíos. Trujillo, Perú:

Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de:

<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/311>

Rojas P., Pavón A., Rosso M. y Losada A. *Complicaciones a corto plazo de los recién*

nacidos pretérmino tardíos. Barcelona: Anales de Pediatría [Internet].2011 [citado

2013 jul 12]; 75(3):[aprox. 5 p.].Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311002530>

- Riojas A. y Gamboa R. (2015) *Morbilidad en recién nacidos a término y pretérminos tardíos en el Hospital Regional de Lambayeque durante enero – diciembre 2014*. Lambayeque, Lima: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Obtenido de:
<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/556>
- Rodriguez Y. (2019). *Caracterización Epidemiológica*. Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Centrales Rómulo Gallegos (UNERG). Obtenido de:
<https://www.docsity.com/es/clases-de-epidemiologia/4950138/>
- Rodríguez R. y González M. (2012). *Neumonía neonatal*. En R. Rodríguez, Manual de Neonatología: segunda edición (págs. 161-172). México, D.F., México: McGraw-Hill/65 Interamericana Editores, S.A. de C.V. Obtenido de:
<http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Manual-de-Neonatologia-Bonito-2da-Ed.pdf>
- Romero S., Carrera S., Rodríguez O. (2013) *Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término*. México: Revista del Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana. Obtenido de:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44708>
- Romero S., Arroyo L. y Reyna E. (2010) *Consenso prematuro Tardío*. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102f.pdf>
- Romero S., Arroyo M. y Rocely E. *Consenso prematuro tardío*. Perinatol Reprod Humo. [Internet]. 2010 [citado 2014 feb 18]; 24 (2): [aprox.6 p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102f.pdf>

Rozo L. (2018) *El recién nacido prematuro tardío y sus riesgos*. Colombia. Revista Médica

Sanitas. Obtenido de:

http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/00bRev%20Medica%20Sanitas%2021-2_Editorial.pdf

Sánchez N., Nodarse A., Sanabria M., Octúzar A., Coure P. y Díaz D. *Morbilidad y*

mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino.

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet].2013 [citado 2015 feb 16];

39(4): [aprox.10 p.].Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sola A. (2011) *Trabajo de parto, nacimiento prematuro y el recién nacido de “casi*

término”. En: Sola A. Cuidados Neonatales .Descubriendo la vida de un recién nacido

enfermo. Buenos Aires: Edimed; 2011. P.37-42. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65804>

Stecher J., Pavlovic M., Contreras C. y Carvajal J. (2015) *Prematuros tardíos: estudio*

clínico retrospectivo de sus causas y consecuencias. Chile: Revista Chilena de

Ginecología y Obstetricia. Obtenido de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000300004

Ticona M. y Huanco D. (2013) *Incidencia del prematuro tardío en Hospitales del Ministerio*

de Salud del Perú. Tacna, Perú: Revista Medica Basadrina. Obtenido de:

<http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/525/520>

Valdés N., Valdés A. y García J. (2015) *Morbimortalidad del recién nacido prematuro tardío*. México: Archivos de Investigación Materno Infantil. Obtenido de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2015/imi152d.pdf>

Anexos

Anexo 01: Matriz de Consistencia

Título: Características Epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos. Hospital Regional de Huacho, 2019

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema General ¿Cuáles son las características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, durante el período de enero - diciembre del 2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la incidencia de recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019? 2. ¿Cuál es el sexo más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019? 3. ¿Cuál es la vía de parto más frecuente en los recién nacidos prematuros 	<p>Objetivo General Describir las características epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, durante el período de enero - diciembre del 2019.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimar la incidencia de recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019. 2. Determinar el sexo más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019. 3. Identificar la vía de parto más frecuente en los recién nacidos prematuros 	<p>Este estudio es de tipo descriptivo y no es necesario el planteamiento de hipótesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Recién nacidos prematuros tardíos * Incidencia * Mortalidad * Edad gestacional * Peso al nacer. * Sexo. * Parto. * Tiempo de estancia Hospitalaria. * Ictericia Neonatal * Hipoglicemia Neonatal * Síndrome de Dificultad Respiratoria 	<p>Tipo de Investigación Este estudio será de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo</p> <p>Nivel Este estudio será tendrá un nivel descriptivo.</p> <p>Diseño El estudio tendrá un diseño no experimental</p> <p>Enfoque Este estudio será de enfoque mixto.</p> <p>Población La población estará conformada por los 177 recién nacidos</p>

tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?	tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	prematuros hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el 2019.
4. ¿Cuál es la edad gestacional más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?	4. Identificar la edad gestacional más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	Muestra
5. ¿Cuál es el peso al nacer más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?	5. Determinar el peso al nacer más frecuente en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	Estuvo conformada por los 140 prematuros tardíos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho durante el 2019.
6. ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria promedio de los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019?	6. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria promedio de los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	Procesamiento de Datos
7. ¿Cuáles son las comorbilidades más frecuentes asociadas a los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019?	7. Identificar las comorbilidades más frecuentes asociadas a los recién nacidos prematuros tardíos en el Hospital Regional de Huacho, 2019.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa Informáticos: Excel 2016. ✓ SPSS versión 22.
		Instrumentos Ficha de Recolección de datos. (historia clínica)

-
- | | |
|--|--|
| 8. ¿Cuáles son las causas de mortalidad en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019? | 8. Determinar cuáles son las causas de mortalidad en los recién nacidos prematuros tardíos, en el Hospital Regional de Huacho, 2019. |
|--|--|
-

Tabla de elaboración propia

Anexo 02: Ficha de Recolección de Datos

Título: “Características Epidemiológicas en recién nacidos prematuros tardíos. Hospital Regional de Huacho, 2019”

1. DATOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO:

Historia Clínica :.....
 Sexo: Masculino () Femenino ()
 Fecha de nacimiento :.....
 Hospitalizado en:
 Alojamiento Conjunto:
 Unidad de Cuidados Intermedios:
 Unidad de Cuidados Intensivos:

Datos del Parto:

Tipo de Parto: 1. Vaginal:
 2. Cesárea:

Datos Neonatales:

Edad Gestacional por Capurro:....., por Ballard: otro:
 34 – 36 semanas: 37- 42 semanas:
 Peso al nacer:
 Sexo: Femenino: Masculino:

Morbilidad Neonatal:

Hipotermia:
 Síndrome de Dificultad Respiratoria:
 Taquipnea Transitoria del recién nacido:
 Síndrome de Aspiración Meconial:
 Neumonía neonatal:
 No determinada:
 Hipoglicemia:
 Ictericia Neonatal:
 Sospecha de Infección:
 Sepsis clínica:
 Otras patologías a especificar:

Basado en la ficha de recolección de datos del estudio: Supervivencia y Morbilidad de los recién nacidos prematuros menores de 1500 g, del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo: Estudio Comparativo según peso al nacer. Abril 2006 – Abril 2009, Lima – Perú.

Anexo 03: Solicitud de permiso al Hospital Regional de Huacho para acceso a Historias Clínicas.



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Unidad de Grados y Títulos

" Año de la universalización de la Salud "

Huacho, 05 de febrero de 2020

OFICIO N° 023-2020-UGvT/FMH-UNJFSC
 Señor.
Dr. JUAN CARLOS NICHÓ VIRÚ
 Director Ejecutivo del Hospital Regional Huacho
Presente. –

ASUNTO: SOLICITO ACCESO A HISTORIAS CLINICAS PARA EJECUCIÓN DE PLAN DE TESIS

De mi consideración:

Saludándolo cordialmente, comunico a su digno Despacho que la señorita ROCIO LILIBETH ANICAMA MENDOZA egresada de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, viene desarrollando el plan de tesis para la obtención de título profesional de médico cirujano.

Por tal razón, solicitamos se le brinde el acceso a la revisión de las historias clínicas, libro de registros del Servicio de Pediatría y base de datos de la Unidad de Estadística e Informática para la ejecución del plan de tesis: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2019**, en la institución que tan dignamente dirige, por lo que solicito su autorización correspondiente.

Agradecidos por su gentil atención, por las facilidades que el caso amerita, me suscribo de usted reiterándole mis saludos y estima personal.

Atentamente;



M.C. Mirta M. Miagros Noténa Lucho
 JEFA DE LA UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS



07 FEB. 2020
RECIBIDO
 Exp. N° 1444120, Folio 2208376

c.c: Archivo
 MMNL/Isabel

Av. Mercedes Indacochea N° 600 Puerta 01 Telf. 2326097 - 2322918
 www.unjfsc.edu.pe

Anexo 04: Documento de Autorización de revisión de Historias Clínicas



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

SISGEDO
DOC. 2222564
EXP. 1444120

MEMORANDO N° 00064 - 2020 - GRL.DIRESA-HHHO Y SBS-UDEIN

DE : Ing. Sist. MILTON CHUMBES CHAFALOTE.
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática.

A : Dr. CHRISTIAN GUSTAVO CASTILLO GUERRA.
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

REF. : Doc. 2208876 Exp. 1444120.
Oficio N°023-2020-UGyT/FMH-UNJFSC.

FECHA : Huacho, 14 de febrero del 2020.

Me dirijo a Usted, con la finalidad de atender a la solicitud del acceso al registro de historias clínicas, para ejecución de tesis "Característica Epidemiológicas en recién nacido prematuros tardíos del Hospital Regional de Huacho 2019", por la egresada ROCIO LILIBETH ANICAMA MENDOZA en la Unidad de Estadística e Informática.

Atentamente.



ING. SIST. MILTON CHUMBES CHAFALOTE
C.I.P. N° 86553
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA






GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON y S.S.S.

Dr. CHRISTIAN GUSTAVO CASTILLO GUERRA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

MCHCH/dvch.-
Archivo

Anexo 05: Informe de Asesoría Estadística de Tesis.

“Año de la Universalización de la Salud”

INFORME

De: Ing. Estadístico Jorge Luis Rivadeneira Monge
Estadístico – Analista de Sistemas

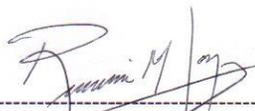
Asunto: **ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS**

Fecha: Huacho, 22 de febrero del 2020.

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística a la tesista doña: **ROCIO LILIBETH ANICAMA MENDOZA**, identificado con DNI 76279309, sobre el trabajo de investigación titulado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2019.”**

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



EST. JORGE LUIS RIVADENEIRA MONGE
DNI 08491197

TELEF: 568-5818 / 9930-46024 / 9501-54631
DIRECCION: CALLE MARACAIBO 2132 – SAN MARTIN DE PORRES
LIMA – PERU

Anexo 06: Base de datos

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Iniciar sesión

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

B1 : X ✓ f APGAR

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
	SEXO	APGAR	PESO	TALLA	PC	VIA DE PARTEG	DX INGRESO	Alojam Interm	UCIN	Mortalida	ESTAN	DX EGRESO		
2	femenino	8'-9	2040	42.5	32.3	CESAREA	36 AEG/ P. DISTÓCICO POR R	2 días	4 días			6 días	RNPT 36SS/AEG/MALA TOLERANCIA ORAL/BPN/PARTO DISTÓCICO POR RCIU	
3	femenino	9'-9	3990	52	35.5	EUTOCICO	34 RNPT/GEG/PARTO EUT	1 día				1 día	RNPT34SS/GEG/PARTO EUTÓCICO	
4	femenino	8'-9	2260	44	31.5	CESAREA	36 AEG/ P. DISTÓCICO POR PREECLA	6 días				6 días	RNPT 36SS/AEG/TTRN/BPN/PARTO DISTÓCICO POR PREECLAMPSIA	
5	Masculino	8'-9	2370	45.5	33	EUTOCICO	35 AEG/BPN/P. EUTOCICO/R	2 días	5 días	3 días		10 días	NEC TIPO II/ SEPSIS CLINICA TRATADA	
6	Masculino	8'-9	2670	45	33.5	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR FET	2 días				2 días	RNPT 36/AEG/P. DISTOCICO	
7	Masculino	8'-9	2590	46	33.5	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR RCI	2 días				2 días	RNPT 36/AEG/P. DISTOCICO POR RCIU	
8	Masculino	6'-8	2770	48	34	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR HIE	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. DISTOCICO	
9	femenino	8'-9	2820	45	34.5	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR CES.	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. DISTOCICO	
10	Masculino	8'-9	2520	46	33	EUTOCICO	36 AEG/P.EUTOCICO/ONFALOCELE/FISURA	12 días			Fallecido	2 días	MALFORMACION CONGENITA/CARDIOPATIA CONGENITA/ONFALOCELE/TRISOMIA	
11	Masculino	8'-9	2310	46	33.5	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR PRE	4 días				4 días	RNPT36/AEG/P. DISTOCICO	
12	femenino	6'-8	2620	45.5	34.5	CESAREA	36 AEG/SDR:TTRN/DEPRESIÓN MOD	3 días	5 días			8 días	RNPT36/AEG/SDR:TTRN/DEPRESIÓN MODERADA/PARTO DISTÓCICO	
13	femenino	8'-8	1600	42	28.5	CESAREA	35 PEG/MPN/P. CESAREA/NPI	16 días				16 días	RNPT35/PEG/BPN/PREMATURO ALTO RIESGO/ICTERICIA	
14	femenino	9'-9	3170	48	34	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA	2 días				2 días	AEG/P. CESAREA	
15	femenino	2'-4	2810	49	33	CESAREA	36 AEG/P.CESAREA POR PLACENTA	5 días			Fallecido	5 días	AEG/P.CESAREA POR PP/ASFIXIA PERINATAL/ICTERICIA	
16	Masculino	8'-9	2720	46	34	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA POR GER	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA	
17	Masculino	8'-9	2270	45	33	CESAREA	36 AEG/BPN/P.CESAREA	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA/BPN	
18	Masculino	7'-8	3540	49	36	CESAREA	36 GEG/P.CESAREA	2 días				2 días	RNPT36/GEG/P. CESAREA	
19	femenino	8'-9	2270	48.5	32.5	CESAREA	36 AEG/BPN/P. CESAREA	3 días				3 días	RNPT36/AEG/BPN/P. CESAREA/ICTERICIA	
20	Masculino	7'-8	2510	47.5	33	CESAREA	36 AEG/BPN/P. CESAREA	3 días				3 días	RNPT36/AEG/BPN/P. CESAREA/ICTERICIA	
21	Masculino	6'-8	2440	47	33.5	CESAREA	36 AEG/BPN/EMH/SEPSIS NEONATA	4 días	12 días			16 días	RNPT36/AEG/SEPSIS NEONATAL RESUELTA/EMH RESUELTA/HIPERTENSIÓN PULMON	
22	femenino	7'-9	2820	49	32.5	EUTOCICO	36 AEG/P.EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P.EUTOCICO	

Hoja1

LISTO

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Iniciar sesión

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

H22 : X ✓ f AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
22	femenino	7'-9	2820	49	32.5	EUTOCICO	36 AEG/P.EUTOCICO	1 día					1 día	RNPT36/AEG/P.EUTOCICO
23	Masculino	9'-9	2590	46	35	CESAREA	34 AEG/P. CESAREA	2 días					2 días	RNPT34/AEG/P. CESAREA
24	femenino	8'-9	2950	45.5	33.5	CESAREA	36 AEG/P. CESAREA	2 días					2 días	RNPT36/AEG/P.CESAREA
25	femenino	8'-9	2410	43	32.5	CESAREA	36 PEG/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT36/PEG/POLICITEMIA/P. CESAREA
26	Masculino	8'-9	2480	45	33.5	CESAREA	34 AEG/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT34/AEG/P. CESAREA
27	Masculino	8'-9	2720	46	33	CESAREA	36 AEG/P.CESAREA	2 días					3 días	RNPT36/AEG/ICTERICIA NEONATAL
28	femenino	8'-9	1910	41.5	30.5	CESAREA	35 PEG/BPN/P. CESAREA PO	2 días				Fallecido	2 días	RNPT35/PEG/BPN/PREMATURO ALTO RIESGO/ICTERICIA
29	femenino	8'-9	2150	44	33.5	CESAREA	35 AEG/RIESGO METABÓLICO	2 días					2 días	RNPT35/PEG/BPN/P.CESAREA
30	Masculino	7'-8	3400	48	36	CESAREA	36 AEG/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
31	femenino	7'-8	2450	45	32	CESAREA	35 AEG/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT35/AEG/ICTERICIA/P.CESAREA
32	femenino	8'-9	2810	47	33.5	CESAREA	35 AEG/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT35/AEG/ICTERICIA/P.CESAREA
33	Masculino	8'-9	3080	48	33	EUTOCICO	35 AEG/P.EUTOCICO	1 día					1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO
34	Masculino	8'-9	2280	46	32	CESAREA	36 AEG/BPN/P. CESAREA/HL	2 días					2 días	RNPT36/BPN/ICTERICIA NEONATAL/P.CESAREA
35	femenino	8'-9	1580	40.5	29.5	CESAREA	34 PEG/BPN/P. CESAREA POR PREEC	10 días	10 días				20 días	RNPT34/PEG/BPN/SDR:TTRN
36	Masculino	8'-9	2610	45.5	32.5	EUTOCICO	34 AEG/P.EUTOCICO/NPI D/	1 día	5 días				6 días	RNPT34/AEG/P. EUTOCICO/ICTERICIA
37	femenino	8'-9	2740	45	31.8	EUTOCICO	35 AEG/P.EUTOCICO	1 día					1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO
38	femenino	7'-8	2740	47	34.5	CESAREA	35 AEG/P.CESAREA/SDR:TTRN	VS NN	3 días	8 días			11 días	RNPT35/AEG/TTRN/SEPSIS/ICTERICIA
39	Masculino	8'-9	3080	48	33.5	EUTOCICO	35 GEG/P. EUTOCICO			2 días			2 días	RNPT35/GEG/SDR:TTRN/SEPSIS NEONATAL/HIPOGLICEMIA
40	femenino	7'-9	2550	46	32	EUTOCICO	36 AEG/P. EUTOCICO	1 día					1 día	RNPT36/P.EUTOCICO
41	Masculino	8'-9	1760	43	28	CESAREA	34 AEG/BPN/SDR/P. CESAREA POR P	9 días	2 días				11 días	RNPT34/AEG/BPN/SDR:TTRN/ ICTERICIA NEONATAL
42	femenino	6'-8	2540	50.5	35.5	CESAREA	35 AEG/P.CESAREA/SDR		3 días	1 día			4 días	RNPT35/AEG/TTRN/DEPRESIÓN MODERADA AL NACER/ P. CESAREA
43	femenino	6'-8	2170	46.5	34	CESAREA	35 AEG/BPN/P.CESAREA	2 días					2 días	RNPT35/AEG/BPN/DEPRESIÓN MODERADA AL NACER/ P. CESAREA
44	Masculino	8'-9	3040	47	34	EUTOCICO	35 AEG/P. EUTOCICO	1 día					1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO

Hoja1

LISTO

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Iniciar sesión

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

H22 AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
43	femenino	6'-8	2170	46.5	34	CESAREA	35	AEG/BPN/P.CESAREA	2 días				2 días	RNPT35/AEG/BPN/DEPRESIÓN MODERADA AL NACER/ P. CESAREA
44	Masculino	8'-9	3040	47	34	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO
45	Masculino	9'-9	2510	47	33	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO
46	Masculino	8'-9	2530	46.5	33	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT35/AEG/P.EUTOCICO
47	femenino	0'-2	2510	47	32.5	CESAREA	36	AEG/DEPRESIÓN SEVERA AL NACER D/C #12 día	Fallecido	12 días			12 días	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA/SALAM/ASFIXIA NEONATAL/SEPSIS NEONATAL
48	Masculino	9'-9	3170	48	32.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 2 días					2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
49	Masculino	8'-9	2390	44.5	31	CESAREA	35	AEG/P. CESAREA POR CES 2 días					2 días	RNPT35/AEG/P. CESAREA
50	femenino	7'-8	2880	41	33.5	CESAREA	36	AEG/MAR D/C FISTULA/D/C ATRE#1 día	Fallecido	1 día			1 día	AEG/MAR D/C FISTULA/D/C ATRESIA ESOFÁGICA/PIE EQUINOVARO BILATERAL
51	femenino	9'-9	2570	47	33.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CE#2 días					2 días	AEG/P. CESAREA POR CESAREADA ANTERIOR 2 VECES
52	Masculino	9'-9	1750	42	30	CESAREA	34	PEG/BPN/SDR:TTRN VS EMH/D/C	22 días				22 días	SEPSIS NEONATAL/HIV/EMH/ ROT
53	Masculino	9'-9	2720	46	32	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT35/AEG/P. EUTOCICO
54	Masculino	8'-9	2680	45	32	CESAREA	35	AEG/P. CESAREA POR OLI 2 días					2 días	RNPT35/AEG/SOPOLO CARDIACO/P. CESAREA
55	Masculino	8'-9	2440	45	32	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 2 días					2 días	RNPT36/AEG/BPN/P. CESAREA POR RCUI
56	Masculino	3'-6	2190	45	30.5	CESAREA	34	AEG/SDR:TTRN/DEPRESIÓN SEVE#2 días	5 días				7 días	RNPT34/PEG/BPN/TTRN /ICTERICIA NEONATAL/DEPRESIÓN SEVERA
57	femenino	8'-9	2480	46	32	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT35/AEG/P. EUTOCICO
58	Masculino	8'-8	2570	45	33	CESAREA	34	AEG/SDR:TTRN VS EMH/P. CESARI	10 días				10 días	RNPT34/AEG/TTRN/ICTERICIA NEONATAL/ P. CESAREA
59	Masculino	9'-9	2840	48	33	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT35/AEG/P. EUTOCICO
60	Masculino	8'-9	2690	47	33	CESAREA	36	AEG/SDR:TTRN/ D/C TRASTORNO	6 días	8 días			14 días	RNPT36/SEPSIS NEONATAL/EMH/ICTERICIA NEONATAL
61	Masculino	8'-9	3510	51	31.5	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
62	Masculino	8'-9	2020	44.5	32	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 3 días					3 días	RNPT36/AEG/BPN/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA
63	Masculino	8'-9	2490	46	33.5	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 3 días					3 días	RNPT36/AEG/BPN/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA
64	Masculino	8'-9	2290	44	33	CESAREA	35	AEG/BPN/P. CESAREA PO 3 días					3 días	RNPT35/AEG/BPN/P. CESAREA POR FETO PODÁLICO

Hoja1

LISTO 100%

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Iniciar sesión

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

H22 AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
64	Masculino	8'-9	2290	44	33	CESAREA	35	AEG/BPN/P. CESAREA PO 3 días					3 días	RNPT35/AEG/BPN/P. CESAREA POR FETO PODÁLICO
65	femenino	9'-9	2410	47	33	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 2 días					2 días	RNPT36/BPN/P. CESAREA POR GEMELAR
66	femenino	9'-9	2260	44.5	34.5	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 2 días					2 días	RNPT36/BPN/P. CESAREA POR GEMELAR
67	Masculino	8'-9	3070	49	34.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR GEN 2 días					2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR GEMELAR
68	Masculino	7'-9	2790	47	34	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR GEN 2 días					2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR GEMELAR
69	femenino	8'-9	3730	49	36	CESAREA	36	AEG/SDR:TTRN/P. CESARI 2 días		2 días			4 días	RNPT36/AEG/SDR:TTRN/ICTERICIA NEONATAL
70	femenino	1'-4	2590	48	32	CESAREA	35	AEG/ENCEFALOPATÍA HIPOXICOISQUÉMICA	2 días	Fallecido			2 días	RNPT35/INSUFICIENCIA RESPIRATORIA/ASFIXIA/SEPSIS
71	femenino	8'-9	2570	45.5	32.5	CESAREA	34	AEG/P. CESAREA POR EST 2 días					2 días	AEG/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA POR ESTRECHEZ PÉLVICA
72	Masculino	8'-9	2390	45.5	32	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT35/AEG/P. EUTOCICO
73	Masculino	8'-9	2540	46	33	CESAREA	36	AEG/D/C SEPSIS NEONAT. 2 días	3 días	1 día			6 días	RNPT36/AEG/HIPOGLICEMIA TRANSITORIA/ICTERICIA NEONATAL/APNEA SECUNDA
74	Masculino	8'-9	2550	46	34	CESAREA	35	AEG/P. CESAREA POR GEN 3 días					3 días	RNPT35/AEG/P. CESAREA
75	Masculino	8'-9	2240	43	33	CESAREA	35	AEG/BPN/P. CESAREA PO 3 días					3 días	RNPT35/AEG/BPN/P. CESAREA
76	femenino	7'-8	2470	45	33	EUTOCICO	36	AEG/BPN/P. EUTOCICO	1 día		1 día		2 días	RNPT36/AEG/TTRN/ARRITMIA SPV/SOPLO CARDIACO
77	Masculino	8'-8	2560	45.2	33.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR PRE 2 días					2 días	RNPT36/AEG/TTRN/P. CESAREA POR PREECLAMPSIA
78	Masculino	8'-9	2360	46	31	EUTOCICO	34	AEG/BPN/SDR:TTRN/P. EUTOCIC#4 días	1 día				5 días	RNPT34/AEG/TTRN/BPN/ICTERICIA NEONATAL
79	femenino	8'-9	2210	44.6	32	CESAREA	35	AEG/BPN/SDR:TTRN/P. CESAREA	2 días	4 días			6 días	RNPT35/AEG/BPN/TTRN/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA
80	Masculino	8'-9	2640	47.8	33.5	CESAREA	35	AEG/P. CESAREA POR GEN 3 días					3 días	RNPT35/AEG/P. CESAREA POR GEMELAR
81	femenino	9'-9	2980	45	33.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 1 día					1 día	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR CESAREADA ANTERIOR
82	femenino	8'-9	2140	43.2	31	CESAREA	36	PEG/BPN/P. CESAREA POR GEMEL 3 días					3 días	RNPT36/PEG/BPN/HIPOGLICEMIA NEONATAL
83	Masculino	8'-9	2190	44.5	32	CESAREA	36	PEG/BPN/P. CESAREA POR GEMEL 3 días					3 días	RNPT36/PEG/BPN/P. CESAREA POR GEMELAR
84	femenino	8'-9	4180	50	36.4	CESAREA	36	GEG/MACROSOMÍA/P. CE 2 días					2 días	RNPT36/GEG/MACROSOMÍA/P. CESAREA
85	femenino	8'-9	1870	43	30	EUTOCICO	36	AEG/BPN/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT36/BPN/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL/P. EUTOCICO
86	Masculino	8'-9	2600	47.5	32	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO

Hoja1

LISTO 100%

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

H22 AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
85	femenino	8'-9	1870	43	30	EUTOCICO	36	AEG/BPN/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT36/BPN/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL/P. EUTOCICO
86	masculino	8'-9	2600	47.5	32	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
87	femenino	7'-8	1830	42	30.5	CESAREA	35	PEG/BPN/P. CESAREA POR PREEC	7 días				7 días	RNPT35/PEG/BPN/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA POR PREECLAMPSIA
88	femenino	8'-8	3320	49	34	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/ICTERICIA NEONATAL/P. EUTOCICO
89	femenino	8'-9	2310	46.3	32	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA	3 días				3 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR CESAREADA ANTERIOR
90	femenino	7'-7	1050	26	22	EUTOCICO	34	PEG/MPN/SDR/D/C SEPSIS NEONATAL	1 día	Fallecido			1 día	RNPT34/PEG/MPN/SDR/SEPSIS NEONATAL
91	masculino	8'-9	2120	44	31	EUTOCICO	36	AEG/BPN/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/BPN/P. EUTOCICO
92	femenino	8'-9	2890	48	34	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA POR CESAREA ANTERIOR
93	masculino	3'-7	1850	44	28.5	CESAREA	34	AEG/BPN/D/C SEPSIS/RIESGO METABÓLI	1 día	Fallecido			1 día	RNPT34/CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA/D/C CROMOSOMOPATÍA
94	masculino	8'-9	2430	45	32.5	CESAREA	34	AEG/P. CESAREA POR GEN 2	2 días				2 días	RNPT34/AEG/P. CESAREA POR GEMELAR
95	femenino	8'-9	2660	47	33.3	CESAREA	34	AEG/P. CESAREA POR GEN 2	2 días				2 días	RNPT34/AEG/P. CESAREA POR GEMELAR
96	femenino	8'-9	2650	46	29.5	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO		3 días			3 días	RNPT36/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL/P. EUTOCICO
97	femenino	8'-9	3420	47	34.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR PRE 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR PREECLAMPSIA
98	femenino	8'-9	2490	44	32	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 1	1 día				1 día	RNPT36/BPN/P. CESAREA POR RCIU
99	masculino	8'-9	1940	44	32	EUTOCICO	36	PEG/BPN/RPM 5 H/P. EUT 1	1 día				1 día	RNPT36/PEG/BPN/P. EUTOCICO
100	femenino	8'-8	2050	43	30	CESAREA	36	PEG/BPN/P. CESAREA	2 días				2 días	RNPT36/PEG/BPN/P. CESAREA
101	masculino	8'-9	2560	48	32	EUTOCICO	36	AEG/NPI POR RPM 24H/P 1	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
102	femenino	8'-9	4350	50.5	37.5	CESAREA	35	GEG/MACROSOMÍA/P. CE 4	2 días				4 días	RNPT36/GEG/MACROSOMIA/HIPOGLICEMIA NEONATAL/SOPLO CARDIACO
103	femenino	7'-8	2210	46	34	CESAREA	35	AEG/BPN/P. CESAREA	2 días	2 días			4 días	RNPT35/BPN/HIPOGLICEMIA NEONATAL
104	femenino	8'-9	2380	47	32	CESAREA	35	AEG/BPN/P. CESAREA	2 días				2 días	RNPT35/AEG/BPN/P. CESAREA
105	masculino	8'-9	3030	48	34	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
106	femenino	9'-9	2390	46	31	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día	2 días			3 días	RNPT35/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL
107	masculino	7'-9	2230	46	31.5	EUTOCICO	34	AEG/P. EUTOCICO/DC SEF 1	1 día	5 días			6 días	RNPT34/AEG/SEPSIS NEONATAL/P. EUTOCICO

Hoja1 LISTO 100%

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

H22 AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
106	femenino	9'-9	2390	46	31	EUTOCICO	35	AEG/P. EUTOCICO	1 día	2 días			3 días	RNPT35/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL
107	masculino	7'-9	2230	46	31.5	EUTOCICO	34	AEG/P. EUTOCICO/DC SEF 1	1 día	5 días			6 días	RNPT34/AEG/SEPSIS NEONATAL/P. EUTOCICO
108	femenino	9'-9	3380	48	34.5	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
109	masculino	9'-9	2070	44	39	EUTOCICO	34	AEG/BPN/P. EUTOCICO/R 1	1 día				1 día	RNPT34/AEG/BPN/P. EUTOCICO
110	masculino	8'-9	2950	48	34.5	CESAREA	36	AEG/SDR:TTRN/P. CESAREA	1 día	3 días			4 días	RNPT36/AEG/TTRN/ICTERICIA NEONATAL
111	masculino	8'-9	3080	49	4.5	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día				1 día	RNPT36/AEG/P. EUTOCICO
112	masculino	8'-9	2850	48	32.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 1	1 día	1 día			2 días	RNPT35/AEG/P. CESAREA
113	masculino	8'-9	2910	48	32.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR DOI 1	1 día	4 días			5 días	RNPT36/AEG/HIPOGLICEMIA NEONATAL/P. CESAREA
114	femenino	7'-8	3030	47	34.5	CESAREA	36	AEG/SDR:TTRN VS EMH VS NN/P.	5 días	4 días			9 días	RNPT36/AEG/EMH/SEPSIS NEONATAL
115	masculino	8'-9	2790	47	34.5	CESAREA	35	AEG/P. CESAREA POR PRE 2	2 días				2 días	RNPT35/AEG/P. CESAREA POR PREECLAMPSIA
116	masculino	3'-6	4330	49	35.8	CESAREA	36	GEG/P. CESAREA POR ASFIXIA PEF 8	8 días	2 días			10 días	RNPT36/GEG/ASFIXIA PERINATAL/POLICITEMIA/SEPSIS CLÍNICA/HEMORRAGIA CERE
117	masculino	4'-8	2850	45.5	35.5	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR POI 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
118	femenino	8'-9	2850	46.6	33	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR PRE 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA POR PREECLAMPSIA
119	femenino	7'-8	3290	47	34	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR PRE 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
120	femenino	8'-9	3180	49	34	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
121	femenino	8'-9	3080	47.5	33	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO/ SOPL 2	2 días				2 días	RNPT36/AEG/CEFALOHEMATOMA/SOPLO CARDIACO/P. EUTOCICO
122	femenino	8'-9	3020	47	34	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 3	3 días				3 días	RNPT36/AEG/SEPSIS NEONATAL/P. CESAREA
123	femenino	8'-9	1840	41	32.5	CESAREA	35	PEG/BPN/SDR/ DC TORCH/P. CES	7 días	1 día			8 días	RNPT35/PEG/BPN/TTRN/P. CESAREA
124	masculino	9'-9	1750	41.5	30.5	CESAREA	34	AEG/BPN/SDR: EMH/P. CESAREA	11 días	2 días			13 días	RNPT34/AEG/BPN/EMH/ICTERICIA NEONATAL
125	femenino	8'-9	1960	45	32	CESAREA	34	AEG/BPN/SDR: EMH/P. CESAREA	11 días	2 días			13 días	RNPT34/AEG/BPN/EMH/ICTERICIA NEONATAL
126	femenino	9'-9	3160	48	33	EUTOCICO	36	AEG/P. EUTOCICO	1 día	10 días			11 días	RNPT36/AEG/ICTERICIA NEONATAL/SIFILIS CONGENITA
127	masculino	6'-8	2420	45	33.5	CESAREA	35	AEG/BPN/SDR:TTRN VS EMH/SEP	4 días	2 días			6 días	RNPT35/AEG/BPN/TTRN/SEPSIS NEONATAL

Hoja1 LISTO 100%

BASE DE DATOS NEO - Excel (Error de activación de productos)

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas

Portapapeles Pegar Ajustar texto General Formato Dar formato Estilos de Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar y Buscar y Borrar filtrar seleccionar Modificar

H22 AEG/P.EUTOCICO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
127	masculino	6'-8	2420	45	33.5	CESAREA	35	AEG/BPN/SDR:TTRN VS EMH/SEP!	4 días	2 días			6 días	RNPT35/AEG/BPN/TTRN/SEPSIS NEONATAL
128	femenino	8'-9	2440	43	32.3	CESAREA	35	AEG/BPN/SDR:TTRN/SEP!	4 días		2 días		6 días	RNPT35/AEG/BPN/TTRN/SEPSIS NEONATAL
129	masculino	9'-9	2790	45.5	34	CESAREA	36	AEG/SDR:TTRN/P. CESAREA		2 días	2 días		4 días	RNPT36/AEG/TTRN/ICTERICIA NEONATAL
130	masculino	6'-9	2130	44	33	CESAREA	34	AEG/BPN/P. CESAREA	3 días				3 días	RNPT34/AEG/BPN/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA
131	femenino	6'-8	2510	44.5	32	CESAREA	34	AEG/P. CESAREA	2 días				2 días	RNPT34/AEG/P. CESAREA
132	femenino	8'-9	1660	42	29	EUTOCICO	34	AEG/BPN/P. EUTOCICO		20 días	2 días		22 días	RNPT34/AEG/BPN/ICTERICIA NEONATAL/RETINOPATÍA DEL PREMATURO/TTRN/HIV,
133	masculino	9'-9	3270	50	35,7	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA	2 días				2 días	RNPT36/AEG/HIPOGLUCEMIA NEONATAL/P. CESAREA
134	masculino	8'-9	2390	44.5	31	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 5 días					5 días	RNPT36/BPN/ICTERICIA NEOANATAL/HIPOGLUCEMIA/P. CESAREA
135	femenino	9'-9	3310	51	34.6	EUTOCICO	34	AEG/P. EUTOCICO	2 días				2 días	RNPT34/P. EUTOCICO
136	masculino	8'-9	2610	48	32	CESAREA	36	AEG/P. CESAREA POR CES 3 días					3 días	RNPT36/AEG/ICTERICIA NEONATAL/P. CESAREA POR CESAREA ANTERIOR
137	femenino	8'-9	2610	45	32.5	CESAREA	35	AEG/DC SEPSIS CLINICA/F 5 días			2 días		7 días	RNPT35/AEG/SEPSIS CLINICA/ICTERICIA NEONATAL
138	masculino	9'-9	3470	49	36	EUTOCICO	34	AEG/P. EUTOCICO	3 días				3 días	RNPT34/AEG/HIPOGLUCEMIA/P. EUTOCICO
139	masculino	9'-9	3970	52	36.8	CESAREA	34	GEG/P. CESAREA POR CES 2 días					2 días	RNPT34/GEG/P. CESAREA POR CESAREADA ANTERIOR
140	masculino	8'-9	2440	45	32	CESAREA	36	AEG/BPN/P. CESAREA PO 1 día		5 días			6 días	RNPT36/AEG/BPN/TTRN/P. CESAREA
141	masculino	8'-9	2970	47.5	34.5	CESAREA	36	AEG/DC SEPSIS/P. CESARI 2 días					2 días	RNPT36/AEG/P. CESAREA
142														
143														
144														
145														
146														
147														

Hoja1 LISTO 100%

Anexo 07: Procesamiento de datos

*conjuntodedatos.sav [Conjunto_de_datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

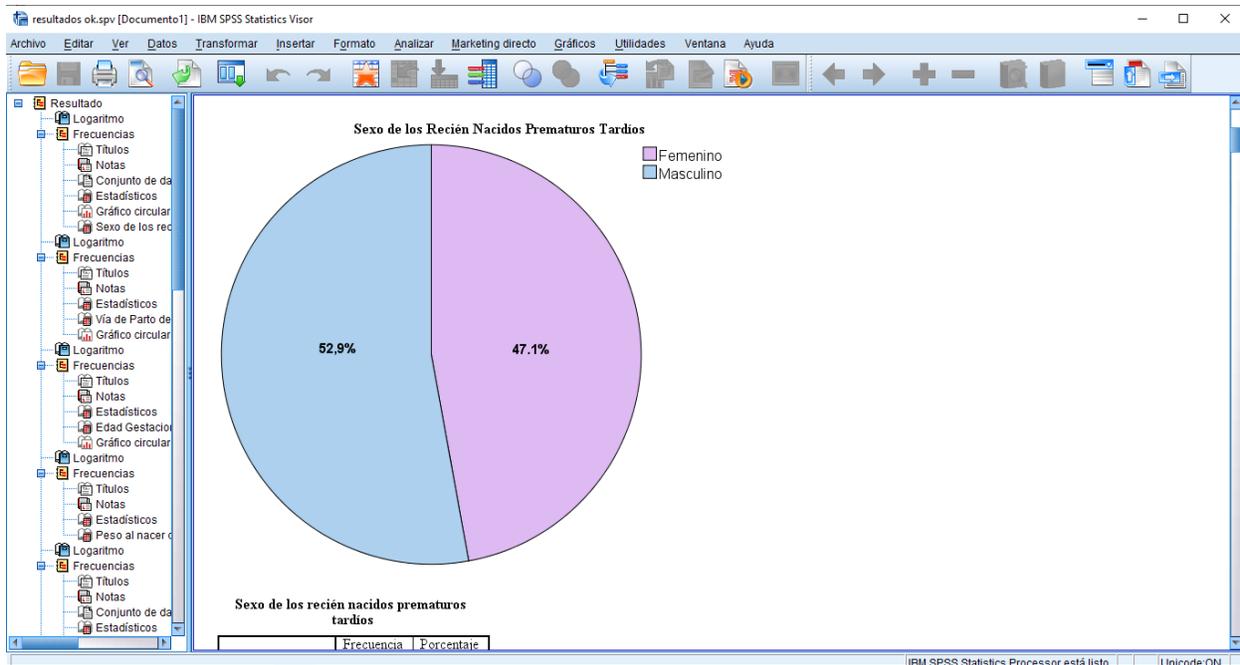
Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

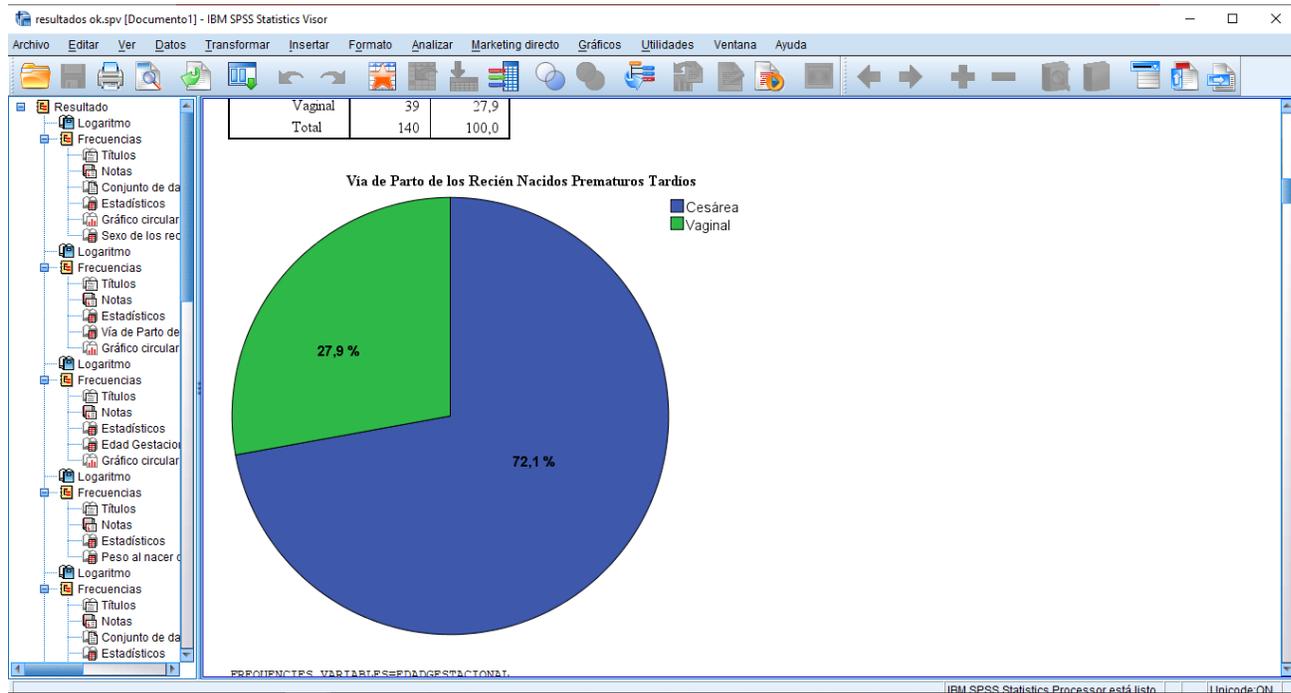
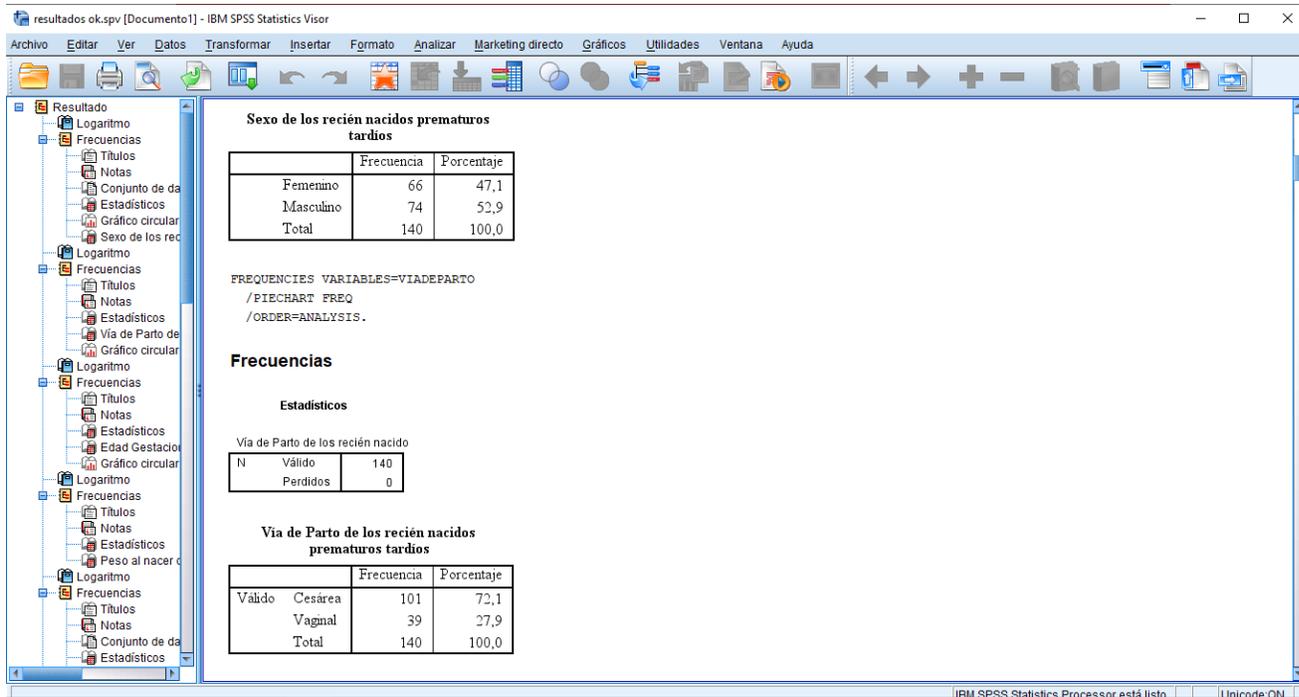
10: Visible: 5 de 5 variables

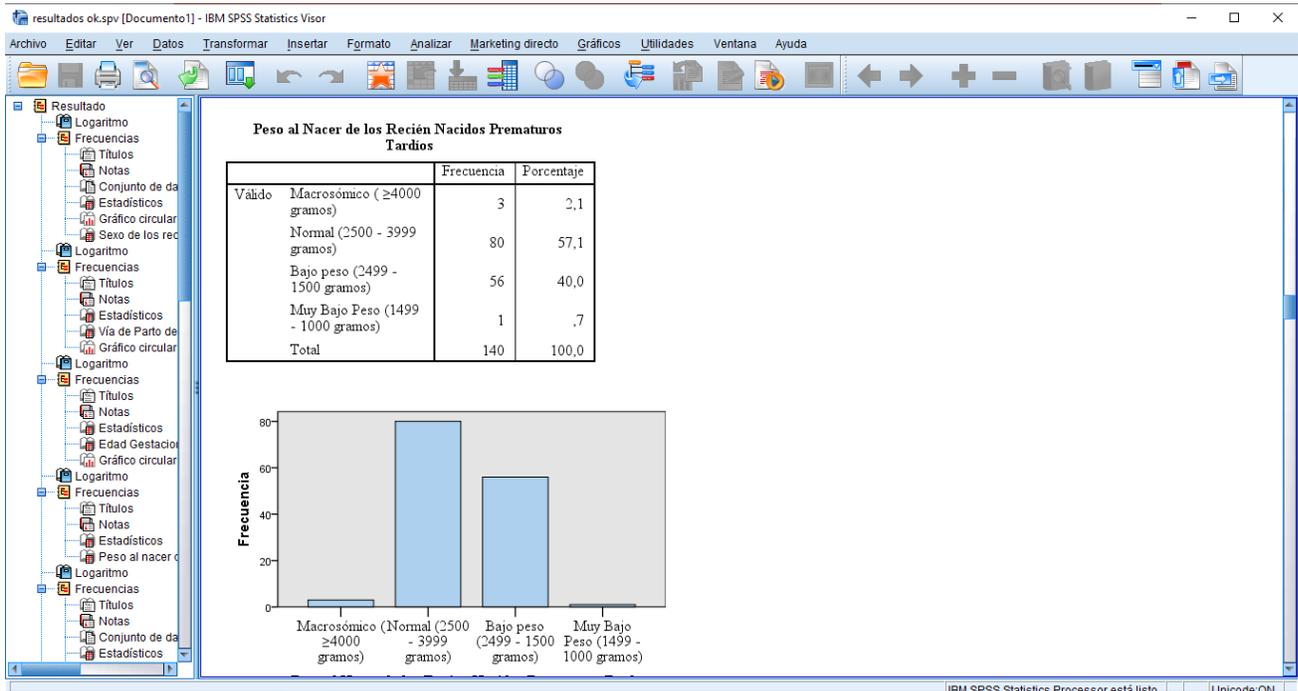
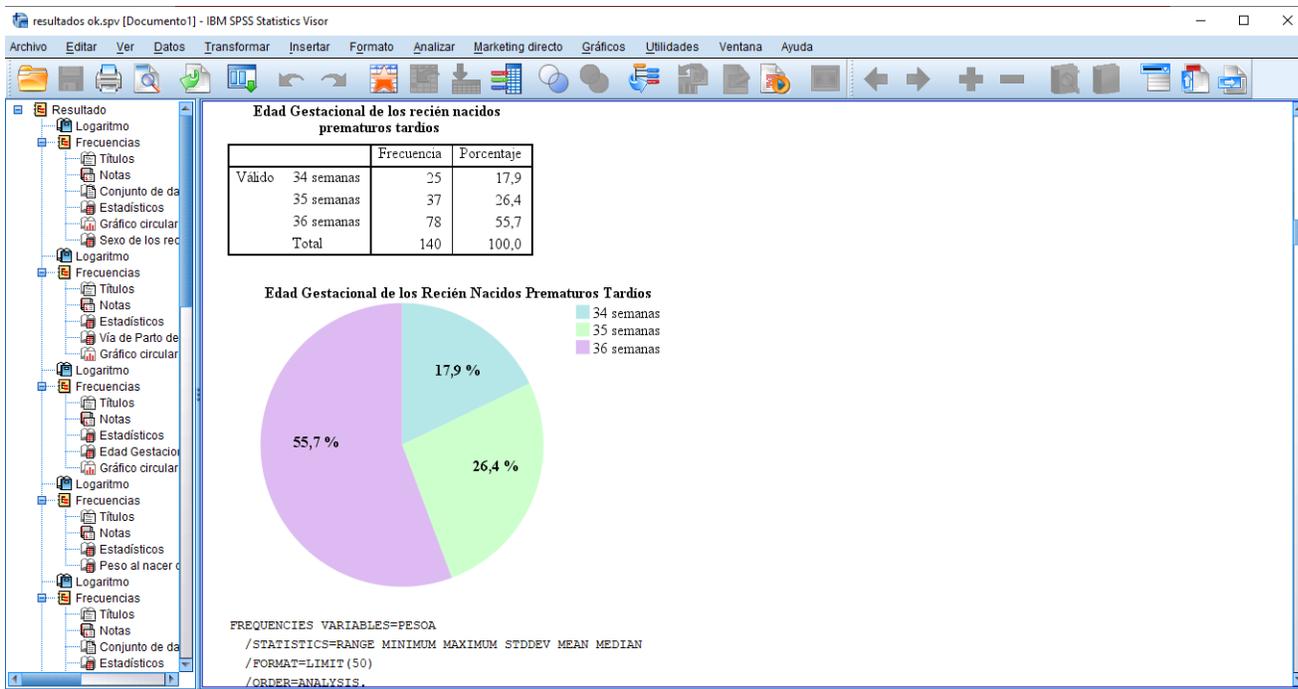
	SEXO	PESO	TALLA	VIADEPARTO	EDADGESTACIONAL	var									
1	Femenino	2040 gr	42.5 cm	Cesárea	36 semanas										
2	Femenino	3990 gr	52 cm	Vaginal	34 semanas										
3	Femenino	2260 gr	44 cm	Cesárea	36 semanas										
4	Masculino	2370 gr	45.5 cm	Vaginal	35 semanas										
5	Masculino	2670 gr	45 cm	Cesárea	36 semanas										
6	Masculino	2590 gr	46 cm	Cesárea	36 semanas										
7	Masculino	2770 gr	48 cm	Cesárea	36 semanas										
8	Femenino	2820 gr	45 cm	Cesárea	36 semanas										
9	Masculino	2520 gr	46 cm	Vaginal	36 semanas										
10	Masculino	2310 gr	46 cm	Cesárea	36 semanas										
11	Femenino	2620 gr	45.5 cm	Cesárea	36 semanas										
12	Femenino	1600 gr	42 cm	Cesárea	35 semanas										
13	Femenino	3170 gr	48 cm	Cesárea	36 semanas										
14	Femenino	2810 gr	49 cm	Cesárea	36 semanas										
15	Masculino	2720 gr	46 cm	Cesárea	36 semanas										
16	Masculino	2270 gr	45 cm	Cesárea	36 semanas										
17	Masculino	3540 gr	49 cm	Cesárea	36 semanas										
18	Femenino	2270 gr	48.5 cm	Cesárea	36 semanas										
19	Masculino	2510 gr	47.5 cm	Cesárea	36 semanas										
20	Masculino	2440 gr	47 cm	Cesárea	36 semanas										
21	Femenino	2820 gr	49 cm	Vaginal	36 semanas										
22	Masculino	2590 gr	49 cm	Cesárea	34 semanas										

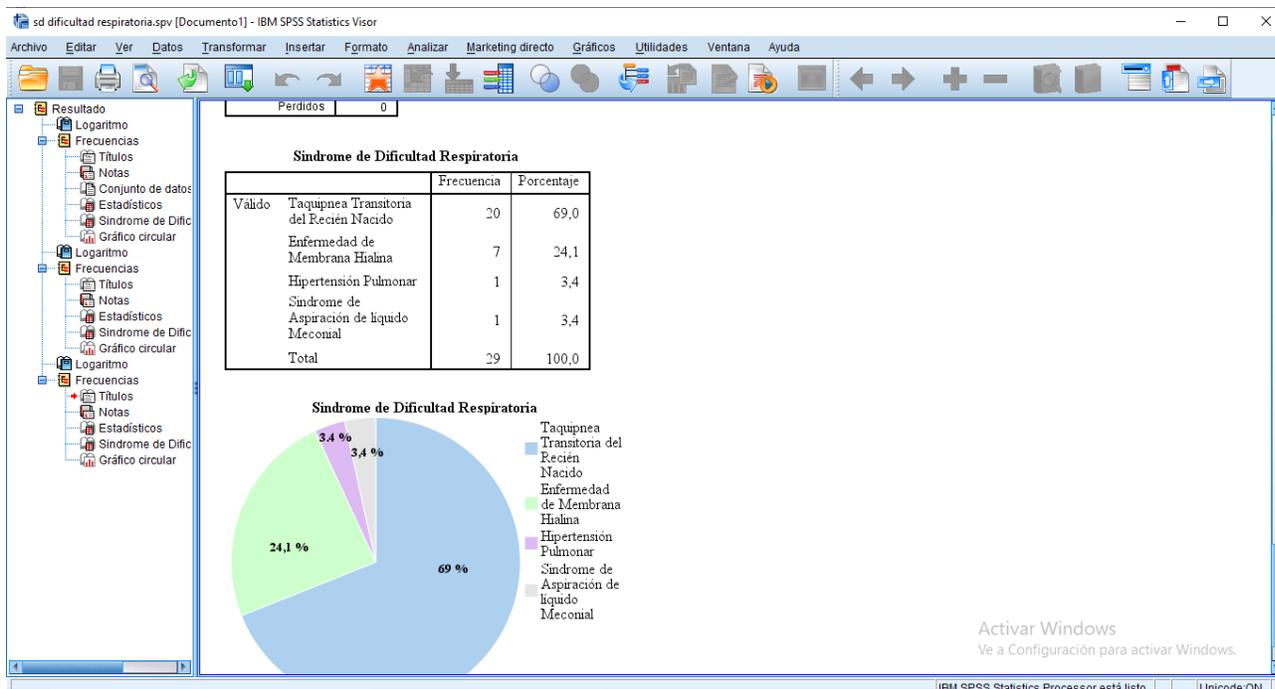
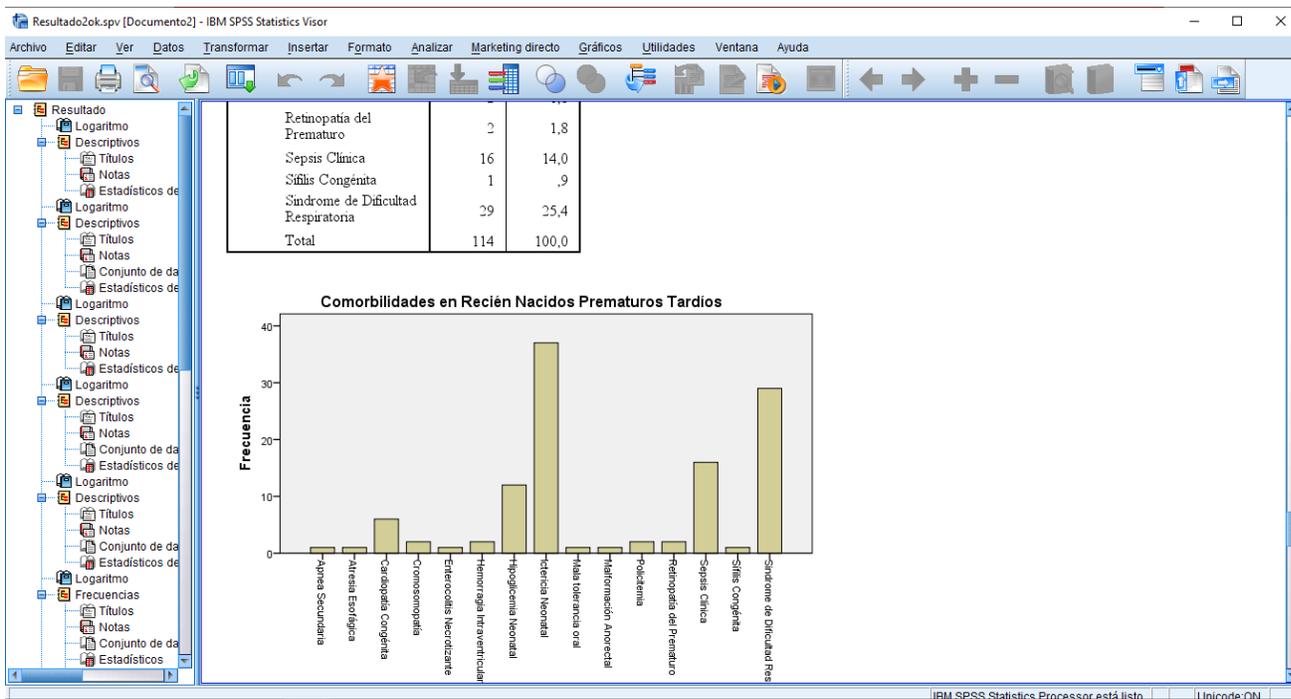
Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON









**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS
TARDÍOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2019**

ASESOR:

M.C. SANCHEZ ALIAGA, MANUEL RODOLFO

JURADO EVALUADOR:

M.C. ESTRADA CHOQUE, EFRAIN ADEMAR
Presidente

M.C. MACEDO ROJAS, BENJAMIN ALONSO VANNEVAR
Secretario

M.C. FLORES PEREZ, EDWIN MOSIAH
Vocal