

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE TAQUIPNEA
TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE HUACHO 2017-2018**

PRESENTADA POR:

BETTY ALICIA CERPA TISNADO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

M.C. CARLOS OVERTI SUQUILANDA FLORES

HUACHO-PERÚ

2019

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE TAQUIPNEA
TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE HUACHO 2017-2018**

Cerpa Tisnado, Betty Alicia

TESIS PREGRADO

ASESOR: M. C. Carlos Overti, Suquilanda Flores

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

DEDICATORIA

A mi familia por el apoyo incondicional a lo largo de la carrera.

A mi padre que desde el cielo me ilumina y guía mis pasos.

Betty Alicia Cerpa Tisnado

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por tenerme con salud.

A mi familia por el apoyo incondicional.

A cada uno de los docentes por los conocimientos
brindados en todo el transcurso de la carrera.

A la unidad de estadística y al área de neonatología
por permitirme sacar la información necesaria para la
elaboración de este trabajo.

Betty Alicia Cerpa Tisnado

ÍNDICE

PORTADA	i
TÍTULO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I : 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	2
1.3.1 Objetivo General	2
1.3.2 Objetivos Específicos	3
1.4 Justificación de la Investigación	3
1.5 Delimitación del estudio	3
1.6 Viabilidad del estudio	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4

2.1	Antecedentes de la Investigación	4
2.2	Bases Teóricas	10
2.3	Definiciones conceptuales (definición de términos básicos)	18
2.4	Formulación de la Hipótesis (si fuera aplicable)	22
2.4.1	Hipótesis General	23
2.4.2	Hipótesis Específicos	23
CAPÍTULO III: 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
3.3	Operacionalización de Variables e indicadores	26
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.4.1	Técnicas a emplear	34
3.4.2	Descripción de los instrumentos	34
3.5	Técnicas para el procesamiento de la información	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		35
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		43
5.1	Discusión	43
5.2	Conclusiones	46
5.3	Recomendaciones	47

CAPÍTULO VI: FUENTES DE INFORMACIÓN	48
6.1 Fuentes Bibliográficas	48
6.2 Fuentes Hemerográficas	49
6.3 Fuentes Documentales	49
6.4 Fuentes Electrónicas	49
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Test de Apgar	20
Tabla 2. Edad gestacional agrupadas de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-201	37
Tabla 3. Peso agrupado de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	38
Tabla 4. Apgar al 1 minuto de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	39
Tabla 5. Apgar al 1 minuto agrupada de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	40
Tabla 6. Apgar a los 5 minutos de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	41
Tabla 7. Apgar a los 5 minutos agrupado de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	35
Figura 2. Edad gestacional en semanas del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	36
Figura 3. Tipo de nacimiento del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	37
Figura 4. Peso agrupado del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	38
Figura 5. Apgar al 1 minuto del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	39
Figura 6. Apgar al 1 minuto agrupada del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	40
Figura 7. Apgar a los 5 minutos del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	41
Figura 8. Apgar a los 5 minutos agrupado del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018	42

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia de taquipnea transitoria y características perinatales en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, la población de estudio estuvo conformada por 68 recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria.

Resultados: La prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros fue de 20%. Con respecto a las características perinatales: se encontró que los recién nacidos prematuros de sexo masculino 60.29% presentan mayormente taquipnea transitoria, respecto a la edad gestacional la mayor cantidad de recién nacidos con taquipnea transitoria se encontró en prematuros tardíos con un 72,1%, la mayor cantidad de recién nacidos que desarrollaron taquipnea transitoria nacieron por cesárea (77.94%). Los recién nacidos prematuros con peso bajo fueron los que mayormente desarrollaron taquipnea transitoria (60.29%). Con relación al apgar al 1 minuto y a los 5 minutos se encontró mayor porcentaje en los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria con puntuación de 8 (39.71%) y en el intervalo 7-10 (77.94%) al 1 minuto y una puntuación de 8 (45,59%) y en el intervalo de 7-10 (97.06%) a los 5 minutos.

Conclusión: La prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros fue de 20% en el Hospital Regional de Huacho y las características perinatales con mayor porcentaje fueron: sexo masculino, prematuros tardíos, cesárea, bajo peso, apgar al 1 minuto y a los 5 minutos dentro del intervalo de 7-10.

Palabras claves: Prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros, características perinatales.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of transient tachypnea and perinatal characteristics in premature newborns at the Hospital Huacho Regional 2017-2018.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. The study population consisted of 68 premature infants who presented transient tachypnea.

Results: The prevalence of transient tachypnea in preterm infants was 20%. With respect to perinatal characteristics: it was found that 60.29% of premature infants had transient tachypnea, with respect to gestational age, the highest number of newborns with transient tachypnea was found in late preterm infants with 72.1%. the largest number of newborns who developed transient tachypnea were born by caesarean section (77.94%). Premature infants with low weight were those who mostly developed transient tachypnea (60.29%). Regarding the apgar at 1 minute and 5 minutes, a higher percentage was found in the preterm infants with transient tachypnea with a score of 8 (39.71%) and in the interval 7-10 (77.94%) at 1 minute and a score of 8. (45.59%) and in the range of 7-10 (97.06%) at 5 minutes.

Conclusion: The prevalence of transient tachypnea in preterm infants was 20% at the Huacho Regional Hospital and the perinatal characteristics with the highest percentage were: male sex, late preterm infants, caesarean section, low weight, apgar at 1 minute and at 5 minutes inside of the interval of 7-10.

Key words: Prevalence of transient tachypnea in premature newborns, perinatal characteristics.

INTRODUCCIÓN

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN), es una enfermedad no infecciosa que se caracteriza por presentar después de las primeras seis horas de vida una frecuencia respiratoria $>60x'$, y dificultad respiratoria y esto se debe porque ocurre retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire, si bien la taquipnea transitoria del recién nacido mayormente se autolimita entre las 24 y 72 horas después del nacimiento, en algunos casos se puede necesitar apoyo ventilatorio debido a diferentes complicaciones.

La taquipnea transitoria ocurre mayormente en el niño pretérmino (<37 semanas de gestación) o cercanos al término, todavía no se conoce la frecuencia real de la TTN, se estima una incidencia entre 0.5 y 2.8% de todos los partos y de 1 a 30% de los recién nacidos por cesárea electiva

Los registros de hospitalización en Perú muestran que el 0.87/1000 nacidos vivos cursan con taquipnea transitoria.

Por consiguiente se cree pertinente realizar el siguiente estudio debido a que en la actualidad hay escasos estudios previos descriptivos del tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Una de las causas más comunes de dificultad respiratoria en el período neonatal inmediato es la taquipnea transitoria. A nivel mundial la taquipnea transitoria del recién nacido se presenta entre el 0.3 y el 0.5% de todos los recién nacidos, aunque existen algunas lugares en México que reportan hasta el 2% de todos los recién nacidos vivos (Mendez, 2016, p 8). Dentro de los casos ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatal representa del 35 al 50% de todos los casos de dificultad respiratoria no infecciosa. (Gomez, 2013, p 31)

Antes del nacimiento comienza el proceso de limpieza del líquido alveolar fetal y continúa hasta después del parto. Durante la gestación tardía, en respuesta al aumento de las concentraciones de catecolaminas y otras hormonas además del aumento de la tensión de oxígeno en el nacimiento, mejora la capacidad del epitelio para el transporte de sodio y aumenta la expresión del gen del canal de sodio en el epitelio alveolar. La disminución de la expresión de genes de este canal contribuye a la incapacidad de los pulmones inmaduros para cambiar de la secreción de fluidos a la absorción y está mediado por los glucocorticoides. Después del nacimiento también se produce la reabsorción pasiva de líquido debido a las diferencias entre la presión oncótica de los espacios de aire, el

intersticio, y vasos sanguíneos. A través de los canales de agua llamados acuaporina 5 se piensa que ocurre la mayoría de transportes de agua que se dan a través de la membrana apical. Se piensa que es la causa subyacente de la TTN es la reabsorción retardada del líquido pulmonar fetal. El líquido llena los espacios de aire y se mueve hacia el intersticio, donde se acumula en los tejidos perivasculares y fisuras interlobulares hasta que finalmente es eliminado por los vasos linfáticos o por los vasos sanguíneos pequeños. Se da la disminución de la distensibilidad pulmonar por el exceso de agua a nivel de estos en la TTN. (Mühlhausen, 2015, p 180).

Los registros de hospitalización en Perú muestran que el 0.87/1000 nacidos vivos cursan con taquipnea transitoria.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General.

¿Cuál es la prevalencia de taquipnea transitoria y características perinatales en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018?

1.2.2 Problemas Específicos.

1.- ¿Cuál es la prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018?

2.- ¿Cuáles son las características perinatales de los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General.

Identificar la prevalencia de taquipnea transitoria y características perinatales en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018.

1.3.2 Objetivos Específicos.

1.- Determinar la prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018.

2.- Especificar las características perinatales como sexo, apgar, peso, tipo de nacimiento, edad gestacional de los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018.

1.4 Justificación de la Investigación

Se realizará este estudio con el fin de determinar la prevalencia de taquipnea transitoria y características perinatales de recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho ya que comprende del 35 al 50% de los casos de recién nacidos con dificultad respiratoria que ingresan a cuidados intensivos.

1.5 Delimitación del estudio

El trabajo de investigación pertenece al área de investigación de Ciencias Médicas y de Salud, a la sub área de medicina clínica y a la disciplina de pediatría, la línea a investigar fueron los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria en el periodo 2017-2018.

1.6 Viabilidad del estudio

El proyecto de investigación fue viable ya que se realizó en el Hospital Regional de Huacho en el área de neonatología y se recolectó información de las historias clínicas para conocer la prevalencia y características perinatales de recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria en el periodo 2017-2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Internacionales.

- Basiri Et Al. (2018) realizaron una investigación titulada “Risk Factors Affecting Transient Tachypnea of the Newborn in Fatemieh Hospital of Hamadan, Iran, 2015 – 2016” que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de taquipnea transitoria en recién nacidos en un solo centro de atención terciaria, fue una investigación de casos y controles, prospectiva que se realizó en 180 recién nacidos asignados en 2 grupos: con taquipnea transitoria (n = 90) como grupo de casos, y sin taquipnea transitoria (n = 90) como grupo de control durante 1 año, de abril a marzo de 2015 en un hospital público de Hamadan, Irán. La información tanto de la madre como del recién nacido fue recopilada de los registros médicos. El diagnóstico de taquipnea transitoria se basó en los hallazgos clínicos y radiológicos, después de descartar otras causas de dificultad respiratoria. Al final de la investigación llegaron a la conclusión que la prematuridad y el puntaje de apgar en el primer minuto fueron los factores de riesgo para la taquipnea transitoria. Para disminuir los casos de taquipnea transitoria en recién nacidos se deben reducir los nacimientos prematuros y mejorar la atención perinatal.
- Bautista, L; Izquierdo, C.K (2018) realizaron un estudio titulado “Prevalencia de taquipnea transitoria y factores asociados en el recién nacido del área de neonatología del

Hospital Vicente Corral Moscoso en el Bienio 2015-2016” que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de taquipnea transitoria y sus factores asociados en el recién nacido del Área de Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el bienio 2015-2016, el estudio fue de tipo observacional, retrospectivo, analítico de cohorte transversal, donde participaron 834 neonatos que cumplieron con los criterios de inclusión. Al término de la investigación llegaron a la conclusión que la prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos fue 29.5% siendo superior comparándose con las diferentes literaturas consultadas, con respecto a los factores asociados como RPM, asma, diabetes gestacional y cesárea se evidenció una relación estadística.

- Chiluska Et. Al (2017) realizaron una investigación titulada “Incidence, clinical profile and outcome of transient tachypnea of newborn” que tuvo como objetivo estudiar la incidencia, el perfil clínico de taquipnea transitoria en recién nacidos e identificar características clínicas que puedan ayudar a pronosticar la gravedad de la enfermedad y mejorar el resultado de pacientes con taquipnea transitoria con una intervención temprana. La investigación fue de tipo prospectivo y se realizó en un instituto de atención terciaria en bebés prematuros tardíos y recién nacidos a término que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con dificultad respiratoria durante el período de estudio. El total de ingresos durante el período de estudio fue de 510, de los cuales 22 recién nacidos tenían taquipnea transitoria. En la investigación concluyeron que todos los recién nacidos prematuros tardíos y nacidos a término que nacieron por cesárea tienen mayor riesgo de desarrollar taquipnea transitoria y que los recién nacidos con una estancia hospitalaria prolongada pueden

presentar tempranamente dificultad respiratoria y también pueden tener una mayor puntuación en la escala de Downes.

- Kheir, A.; Ahmed, T. (2016) realizaron una investigación titulada “Prevalence, risk factors and short term outcome of infants with transient tachypnea of the newborn in Sudan” y tuvo como objetivo establecer la prevalencia de lactantes con taquipnea transitoria e identificar los factores de riesgo, fue una investigación de tipo descriptiva donde se incluyeron 170 recién nacidos que cumplieron con los criterios de inclusión, los datos fueron recopilados mediante un cuestionario estructurado y se analizó con la versión 20 del programa SPSS. Llegaron a la conclusión que para reducir el riesgo de taquipnea transitoria en recién nacidos se debe implementar medidas para reducir las cesáreas innecesarias.
- Guzmán, C; Sigüencia, E.J (2016) realizaron una investigación titulada “Prevalencia del síndrome de distrés respiratorio y factores asociados en los recién nacidos, ingresados al servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2015” que tuvo como objetivo establecer la prevalencia del síndrome de distrés respiratorio y los factores asociados en los recién nacidos durante el periodo 2015 en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Fue un estudio de tipo analítico, retrospectivo y transversal, dentro del universo se incluyó a todos los recién nacidos ingresados (517 niños) al servicio de neonatología y la muestra tomó en cuenta a los recién nacidos diagnosticados con distrés respiratorio (350), los datos se obtuvieron mediante el procesamiento de los registros digitales de pacientes ingresados al departamento de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2015. Al final de la investigación llegaron a la conclusión que con los siguientes factores como: Prematurez

(menos de 37 semanas de gestación), peso inferior a 2500 gramos, parto por cesárea, Apgar al minuto inferior a 7 y Apgar a los 5 minutos inferior a 5, existe una mayor prevalencia de distrés respiratorio.

- Carrera, M.K (2015) realizó una investigación titulada “Incidencia de la taquipnea transitoria del recién nacido a término de 37 a 40 semanas de gestación en el Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo junio 2014 a mayo 31 del 2015” que tuvo como objetivo determinar la incidencia de taquipnea transitoria en recién nacidos a término, fue un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de cohorte transversal donde el universo estuvo conformado por 1960 recién nacidos a término en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año 2014 desde Junio al 31 de Mayo del 2015. En este estudio se llegó a la conclusión que el porcentaje con Distres Respiratorio fue de 5,7%, de los 112 niños con Distres Respiratorio el 75% interrumpieron su embarazo por cesárea y de estos 13 que representa el 84.6%, presentaron taquipnea transitoria.

Nacionales.

- Trujillo W.A (2018) realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital de Ventanilla en el periodo de enero – diciembre del 2016” esta investigación tuvo como objetivo identificar si los factores en estudio están asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el servicio de Neonatología en el Hospital de Ventanilla en el periodo de enero-diciembre del 2016, fue un estudio de casos y controles de tipo analítico, observacional y retrospectivo; en el cual se recolectaron los datos mediante una ficha. La población estuvo constituida por 197 recién nacidos atendidos en el Hospital de Ventanilla. Se llegó a la conclusión que los factores como el parto por cesárea, la ruptura prematura de membranas, el género

masculino, el APGAR al minuto de vida < 7 puntos y la macrosomía fetal se asociaron significativamente a la taquipnea transitoria del recién nacido. Por el contrario, la diabetes gestacional fue un factor que no se asoció significativamente.

- Montes, E.F (2018) realizó una investigación titulada “Prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017” que tuvo como objetivo identificar la prevalencia en los recién nacidos con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) de etiología pulmonar ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el año 2017, fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. Durante el 2017 hubo 215 ingresos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, de los cuales 61 pacientes presentaron taquipnea transitoria. Al final se llegó a la conclusión que la mortalidad neonatal fue de 47.5% a causa de Distrés Respiratorio.
- Castillo, G.L (2018) realizó un estudio titulado “Factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en pacientes del servicio de neonatología del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz durante el periodo julio 2015 - julio 2017. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en pacientes del servicio de Neonatología en el Hospital I Essalud Octavio Mongrut Muñoz durante el periodo Julio 2015- Julio 2017, fue un estudio de casos y controles de tipo observacional, analítico y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 54 casos y 162 controles, todos pacientes del Servicio de Neonatología durante el periodo Julio 2015- Julio 2017 los datos fueron recopilados mediante una ficha de recolección revisando las historias clínicas. Finalmente se llegó a la conclusión de que el sexo al

nacer, la macrosomía fetal, depresión neonatal, parto por cesárea, la ruptura prematura de membranas y la ITU materna están asociados significativamente a taquipnea transitoria del recién nacido. A diferencia de la diabetes gestacional y el asma materno que no alcanzaron significancia estadística en el estudio.

- Estela, J. R (2017) realizó un estudio titulado “Factores de riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional de Cajamarca enero-diciembre 2016.” que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional Docente De Cajamarca Enero-Diciembre 2016. Fue un estudio de casos y controles, de tipo analítico, observacional y retrospectivo, la población de estudio estuvo constituida por 54 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin taquipnea transitoria. Se llegó a la conclusión que los factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido son: diabetes gestacional, la cesárea, la macrosomia fetal y la ruptura prematura de membranas
- Merino, M.M (2014) realizó una investigación titulada “Factores de riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Belen de Trujillo enero – diciembre 2009 - 2013” que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Belén de Trujillo. Fue un estudio de casos y controles, analítico, observacional y retrospectivo, la población de estudio estuvo constituida por 120 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin taquipnea transitoria. Al final de la investigación se llegó a la conclusión que factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido son:

la diabetes gestacional, la cesárea, la macrosomia fetal y la ruptura prematura de membranas.

- Chacón, C.E (2014) realizó un estudio titulado “ Factores de riesgo de taquipnea transitoria en recién nacidos a término macrosómicos” que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo para taquipnea transitoria en recién nacidos a término macrosómicos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo enero 2005 a diciembre 2012, fue un estudio retrospectivo de casos y controles, la población de estudio estuvo constituida por 150 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y se llegó a la conclusión que los factores de riesgo para presentar taquipnea transitoria en el recién nacido a término macrosómicos son la cesárea electiva y la depresión al nacer.

2.2 Bases Teóricas

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN), conocida también como síndrome de pulmón húmedo, o síndrome de dificultad respiratoria tipo II. Que en 1966 Avery la describe por primera vez. En la transición de la vida intrauterina a la extrauterina suceden varios cambios. En los pulmones se producen cinco eventos importantes por lo que lo consideran como un órgano de intercambio gaseoso al nacer son: la eliminación del líquido pulmonar fetal, el establecimiento de la respiración espontánea, disminución de la resistencia vascular pulmonar, la liberación de surfactante, y el cese del cortocircuito de derecha a izquierda de la sangre venosa que regresa al corazón.

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es una enfermedad no infecciosa, que ocurre mayormente en el niño pretérmino (<37 semanas de gestación) o cercanos al término,

nacidos por cesárea. Se caracteriza por presentar después de las primeras seis horas de vida una frecuencia respiratoria $>60x'$, y dificultad respiratoria y esto se debe porque ocurre retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire.

La eliminación del líquido pulmonar inicia con el trabajo de parto hasta en un 45%, seis horas antes del nacimiento, por el aumento de las catecolaminas maternas. Motivo por el cual se produce un cambio funcional del canal epitelial de sodio (eNaC) y esto conlleva a la absorción de sodio y líquido pulmonar al intersticio; luego este líquido es drenado a través de los linfáticos y a la circulación venosa pulmonar.

El resto del líquido pulmonar que no se absorbe a través del canal de sodio se elimina debido al incremento de la presión de O₂ con las primeras respiraciones del recién nacido y esto induce a una vasodilatación capilar, por consiguiente permite el paso del líquido al espacio vascular. Normalmente se requiere hasta seis horas para que el líquido pulmonar sea eliminado; sin embargo, se puede obstaculizar, lo cual aumenta el grosor de la membrana alvéolo capilar y conlleva a que se produzca la TTRN. (Villanueva, 2016)

Todavía no se conoce la frecuencia real de la TTRN, se estima una incidencia entre 0.5 y 2.8% de todos los partos y de 1 a 30% de los recién nacidos por cesárea electiva. Como se observa, en la revisión de los motivos de ingreso a las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) de Canadá, se mostró que de 6 600 admitidos en las UCIN, 44.2% eran RNPTt, 26.2% eran RNTt y sólo 29.6% eran RNT. Estos niños fueron los que requirieron con más frecuencia ventilación asistida, incluyendo el CPAP 34.4% los RNPTt, contra 30.9% en RNTt y 27.1% RNT. La TTRN es la causa más frecuente de dificultad respiratoria neonatal, y representa hasta 40% de los ingresos a UCIN por patología respiratoria.

FISIOPATOLOGÍA

TTN resulta del retraso en la eliminación del líquido pulmonar al nacer, esto se realiza en forma activa por mecanismos de transporte de membrana, que en la vida fetal producen el líquido pulmonar y al final de la gestación se produce la absorción que se da por estímulos hormonales que modifican los mecanismos celulares. El líquido pulmonar contribuye con el volumen de líquido amniótico con un volumen de producción que va entre 2 mL/k/h al inicio del embarazo a 5 mL/k/h en gestación de término, contribuyendo de un tercio a la mitad del movimiento diario del líquido amniótico, su producción está dada por mecanismos de paso activo a través de bomba de sodio/potasio ATPasa en las células epiteliales distales del pulmón se intercambia sodio por potasio, esto produce la salida de cloro de la célula al espacio alveolar, esto provoca un gradiente eléctrico que permite el flujo a través de uniones intercelulares Na y en forma pasiva de cloro y agua, con la formación del líquido pulmonar continuo. Durante las primeras semanas de la gestación se producen flujos, al final de ella y las primeras horas después del nacimiento se cambia la dirección del flujo en forma contraria. Este cambio drástico está dado por catecolaminas que aumentan temporalmente cuando el feto se expone al trabajo de parto. El cambio de flujo está determinado por canales de sodio que se encuentran sobre la membrana de las células epiteliales pulmonares en su cara que está dirigida a la luz alveolar y tiene un paso continuo de sodio al interior de la célula, la salida de potasio en dirección del intersticio y con esto se crea un gradiente que hace un paso intercelular de Cl y agua al espacio intersticial. Se realizaron experimentos en animales para estudiar a los canales de sodio de las membranas de células pulmonares en su cara alveolar, usando amiloride que es un inhibidor de la bomba de sodio, que al colocarlo en ratones recién nacidos presentaban dificultad para eliminar el líquido pulmonar y desarrollaban clínicamente insuficiencia respiratoria. Quedan dudas de que

el mecanismo de la bomba de sodio que elimina el líquido pulmonar sea el único mecanismo aunque está demostrado y es el más aceptado: el tiempo necesario para la reabsorción completa de líquido podría ser de horas y no de minutos como se observa frecuentemente en el nacimiento de un niño y se ha evidenciado con diferentes métodos de imagen. Al momento del nacimiento de un niño, vía vaginal, con la expulsión de la cabeza y sin la salida del tórax, se puede observar la salida de abundante líquido por la nariz y boca, que podría considerarse por la expresión de este tórax, por el canal vaginal, se considera que la cabeza y hombros producen mas resistencia a la salida que el tórax; sin embargo, los movimientos que se producen en el canal de parto flexionan el tórax, aumentan la presión abdominal y con esto la presión del diafragma sobre el tórax por lo que produce la salida del líquido pulmonar a la vía aérea en el momento del parto, siendo este uno de los mecanismos que al momento de nacer permiten la salida de líquido pulmonar. Además de estos dos mecanismos de salida del líquido pulmonar: bomba de sodio y los cambios de presión en el canal de parto, se han encontrado trabajos con radiología en donde se muestra que en conejos recién nacidos se encuentra aún líquido en vía aérea central y pulmones, al momento de iniciar con los movimientos respiratorios, también se inicia el desplazamiento del líquido por aire, al momento de realizar de 3 a 5 respiraciones, el pulmón se encuentra casi completamente aireado. El mecanismo mencionado es interesante y debe considerarse que disminuye la presión intrapleural cuando el niño inspira, con esto la intrapulmonar, dilata la vía aérea por lo tanto permite el paso del aire alrededor de las paredes de bronquios y alveolos, con cada movimiento los alveolos se van llenando de gas. El líquido pulmonar es desplazado a través de las membranas semipermeables de los tejidos pulmonares, pleurales con diferencia de presión hidrostática debido a la gran distensibilidad de los tejidos pulmonares y pleurales que permiten el paso de todo el volumen pulmonar a estos tejidos que

finalmente terminará en los vasos sanguíneos en una distribución general. Cuando el líquido pulmonar sale se asocia entonces a la acumulación de gas, esto es la capacidad funcional residual. Para que se mantenga se requiere del factor tensoactivo alveolar y la distensibilidad de los tejidos. Son muy importantes estos conceptos del vaciado del líquido pulmonar cuando se trata de diseñar estrategias que ayuden a mejorar la ventilación del recién nacido. Por ejemplo, el uso de presión positiva continua de vías aéreas (CPAP) o presión positiva al final de la espiración (PEEP) en la ventilación convencional, ya que si no se usa suficiente presión el pulmón tiende a colapsarse y pasar nuevamente el líquido de los tejidos peripulmonares al interior del pulmón, lo que produciría que el niño empeore. La cesárea electiva, ha sido considerada como el principal factor desde hace tiempo; sin embargo, actualmente en estudios epidemiológicos más controlados el papel de la cesárea es contradictorio, la evidencia sugiere que no es en sí mismo la cesárea el factor de riesgo de desarrollar la TTRN, es probable que por los mecanismos antes mencionados, la disminución de la absorción del líquido pulmonar se asocia a la falta de trabajo de parto se considera que esta sea la verdadera causa de este problema respiratorio. Otra de las variables estudiadas fue el tipo de anestesia usada en la cesárea, ya que mayormente se da con el uso de anestesia general, dato que puede estar sesgado ya que se usa esta anestesia sólo en casos graves. (Villanueva, 2016)

CUADRO CLÍNICO

Dentro de las primeras 6 horas de vida se presentan generalmente los signos:

- Taquipnea: frecuencia respiratoria > 60 respiraciones por minuto que persiste por más de 12 horas
- Campos pulmonares sin estertores
- Saturación de O₂ menor de 88% por oximetría de pulso

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido mayormente se autolimita entre las 24 y 72 horas después del nacimiento. (GPC, 2016)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente clínico, por las características mencionadas, de tratarse de niños RNPTt o RNTt, con dificultad respiratoria no grave. Con frecuencia es un diagnóstico de exclusión con otras alteraciones respiratorias como; SDR, neumonía, neumotórax. TTRN se presenta generalmente al nacer con taquipnea, retracción, tiros, aleteo. La frecuencia respiratoria es mayor a 60 respiraciones por minuto. Se denomina como retraso en la transición debido a que muchos RN presentan taquipnea durante un periodo corto después del nacimiento. Esto puede ser parte del espectro de los síndromes de retención de líquido pulmonar fetal con TTN. Cualquier tiempo de corte elegido para la duración de la taquipnea normal o mala adaptación y una TTRN es arbitraria, pero puede variar de 2 a 6 horas. La mayoría de niños con TTRN evolucionan bien con mínimo apoyo respiratorio y se recuperan generalmente en 48 a 72 horas después del nacimiento. Existen otros casos que se agravan, que cursan con hipoxemia de grados variables, pero puede ser muy grave a pesar de apoyo ventilatorio e incluso han llegado a usarse sistemas de oxigenación avanzados. En estos pacientes se debe descartar complicaciones asociadas a las maniobras de reanimación como barotrauma, con neumomediastino o neumotórax, estas lesiones se deben identificar por estudio de radiología de tórax. En algunos casos que se dan con menor frecuencia, existe hipertensión arterial pulmonar persistente (HPP) y causa hipoxemia grave, a veces es necesario el uso de óxido nítrico y/o ventilación de alta frecuencia. En estos niños se ha considerado como causa posible el uso de oxígeno en altas concentraciones para la reanimación al nacimiento, con lo que no existe un llenado pulmonar con una mezcla de gases, colapso difuso se produce cuando el oxígeno se difunde a capilares y se vacía el alveolo y esto

produce mala ventilación muchos cortocircuitos y empeoramiento de la oxigenación. Motivo por el cual se requiere de diferentes formas de oxigenación, tratando de disminuir la hipertensión arterial pulmonar. Si en caso la sintomatología se prolonga más de 5 días debe hacerse diagnóstico diferencial con neumonía, cardiopatía congénita, síndrome de aspiración de meconio.

Radiografía de tórax: Es un estudio bastante útil para investigar otras enfermedades ya que como se mencionó, puede ser un diagnóstico de exclusión. En la TTRN puede encontrarse una imagen casi normal, o lo más característico sería: congestión parahiliar de tipo radiante simétrico, debido al engrosamiento de linfáticos periarteriales, leve radioopacidad y sobredistensión pulmonar, también se puede observar edema peribronquial intersticial y edema de los septos interlobares que da una imagen de corazón peludo y aumento de la opacidad en las cisuras, por mayor cantidad de líquido. Estas alteraciones suelen desaparecer en 2 días, la desaparición total de los hallazgos perihiliares puede requerir de 3 a 7 días.

Ultrasonido: Algunos autores consideran al ultrasonido (US) de pulmón como un estudio de utilidad en los diferentes enfermedades del periodo neonatal, en estos casos se podría encontrar el límite pleural y un espacio pulmonar como normal y presencia de líneas transversales largas, que se les ha llamado líneas B, cercanas. Las imágenes pulmonares en otras condiciones son diferentes. No se ha generalizado su uso ya que este estudio requiere como en todo ultrasonido de una búsqueda por el experto y depende más de su habilidad que del equipo que se use.

Estudios de gases en sangre: Se deben realizar en todos los niños que se use oxígeno suplementario y son indispensables para evaluar el grado de insuficiencia respiratoria. La saturación de pulso será el método más apropiado para el seguimiento y toma de decisiones posteriormente.

Estudios complementarios: Puede considerarse básicamente la oximetría continua de pulso, cuando existe prolongación del cuadro o existe duda de alguna patología concomitante, también sería de utilidad los gases en sangre, biometría hemática y reactantes de fase aguda, sólo si en caso hubiera duda del cuadro clínico. Así mismo la ecocardiografía se dejará cuando existe la duda de defecto cardiaco estructural o que existe hipertensión arterial pulmonar persistente.

(Villanueva, 2016)

TRATAMIENTO

Los recién nacidos con diagnóstico de Taquipnea Transitoria deberán mantener la saturación de oxígeno entre 88 y 95% por ello recibirán la FiO₂ mínima indispensable.

Con la evidencia disponible no es posible recomendar o no, el uso de Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) nasal en forma rutinaria en los recién nacidos con diagnóstico de Taquipnea Transitoria.

El CPAP se deberá usar en el momento que:

- La sola administración FiO₂ no logre mantener saturación de O₂ entre 88 y 95%
- Pase de ser taquipnea a presentar manifestaciones de dificultad respiratoria de acuerdo a la escala de Silverman-Anderson y no se logre mantener saturación de O₂ entre 88 y 95%

En los recién nacidos con factores de riesgo para el desarrollo de Taquipnea Transitoria no se recomienda el uso profiláctico de CPAP nasal

Se deberá iniciar asistencia mecánica a la ventilación en el recién nacido diagnosticado como Taquipnea Transitoria que:

- La taquipnea no remite en forma progresiva dentro de las 48 a 72 horas posteriores al nacimiento
- Presenta dificultad respiratoria de moderada a grave

- Gases arteriales con: - Baja saturación de O₂ - Baja de PaO₂ - Aumento de CO₂ - Acidosis respiratoria o mixta

A menos que se disponga de estudios adicionales, los diuréticos no pueden recomendarse como tratamiento para la taquipnea transitoria del recién nacido. Este hallazgo sugiere que, o bien la furosemida no es efectiva en la resorción de fluido pulmonar, o factores distintos de la resorción retardada de este fluido contribuyendo en a la patogénesis de la taquipnea transitoria del recién nacido.

No deben utilizarse a menos que se disponga de estudios de buena calidad metodológica que sustenten su efectividad y seguridad, la epinefrina racémica y el salbutamol inhalado como tratamiento para la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y (GPC, 2016)

2.3 Definiciones conceptuales (definición de términos básicos)

a) Taquipnea Transitoria: Se trata de una enfermedad respiratoria que se presenta desde el momento del nacimiento del niño, secundario a la inadecuada movilización del líquido pulmonar en la transición de la vida intrauterina y extrauterina. Se caracteriza por la presencia de aumento de la frecuencia respiratoria y se pueden agregar algunos otros datos de incremento en el trabajo respiratorio como puede ser: tiraje, quejido, aleteo nasal y cianosis. Puede confundirse con diferentes momentos de otras enfermedades, como un síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en su inicio o neumonía no grave así como con un proceso de adaptación más lento. (Villanueva, 2016, p17)

b) Recién Nacido Prematuro: Se dice que un recién nacido es prematuro cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura unas 40 semanas. La mayoría ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan como consecuencia de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea

por razones médicas o no médicas. Nacen niños prematuros en todo el mundo, en países de ingresos altos, medianos y bajos. Cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, es decir más de 1 de cada 10. El 60% de ellos nace en el África subsahariana y en Asia meridional.

(Organización Mundial de la Salud)

c) Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio. (RAE, 2014)

d) Edad Gestacional: La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último periodo menstrual normal se consideran como que han ocurrido a las 40 semanas de gestación).

- Pretérmino: Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. Dentro de este grupo también se dividen en: prematuros extremos: menos de 28 semanas., muy prematuros: 28 a 31,6 semanas, prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas, prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.

- A término: De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

- Postérmino: 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación. (Asamblea Mundial de la Salud)

e) Sexo: Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente

excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. (Organización Mundial de la Salud).

f) Test de Apgar: La prueba debe su nombre a la Dra. Virginia Apgar, una famosa anestésista obstétrica americana, que en 1952 propuso este método simple y repetible que buscaba averiguar rápidamente si la anestesia colocada en la madre ocasionaba alguna alteración en el recién nacido. Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido al momento del nacimiento. Este test se utiliza en la mayoría de países (Asociación Española de Pediatría, 2014).

Tabla 1
Test de Apgar

Test de APGAR					
Acrónimo	Parámetros Puntuación	0	1	2	
Apariencia	Color de piel	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado o sonrosado	↓
Pulso	Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm lento	> 100 lpm rápido	
Gesticulación	Irritabilidad Refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto	
Actividad	Tono muscular	Flácido	Flexión de extremidades	Movimientos activos	
Respiración	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Llanto vigoroso	
Depresión severa		0 a 3 puntos		RCP neonatal avanzado más medicación, monitoreo en UCI.	
Depresión moderada		4 a 6 puntos		Puede ser necesario algunas maniobras RCP neonatal y monitoreo post recuperación.	
Normal		7 a 10 puntos		Recién nacido en buenas condiciones.	

Fuente: Apgar scoring for newborns

g) Peso al Nacer: Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento:

- Peso normal: 2500g-3500g

- Peso bajo al nacer: <2500g
- Peso muy bajo al nacer: < 1500g
- Peso extremadamente bajo al nacer: < 1000g. (Asamblea Mundial de la Salud)

h) Tipo de Nacimiento:

- **Parto Normal o Vaginal:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal como "de inicio espontáneo, bajo riesgo al inicio del parto y permaneciendo así durante el trabajo de parto y el parto. El bebé nace espontáneamente en la posición de vértice entre las 37 y 42 semanas completas de embarazo. Después del parto, la madre y el bebé están en buenas condiciones. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

- **Cesárea:** Un parto por cesárea, es el parto quirúrgico de un bebé. Implica una incisión en el abdomen de la madre y otra en el útero.

Es un procedimiento común que se utiliza para dar a luz a casi un tercio de los bebés en los Estados Unidos, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Los partos por cesárea generalmente se evitan antes de las 39 semanas de embarazo, por lo que el niño tiene el tiempo adecuado para desarrollarse en el útero. A veces, sin embargo, surgen complicaciones y se debe realizar un parto por cesárea antes de las 39 semanas. Un parto por cesárea se realiza normalmente cuando las complicaciones del embarazo dificultan el parto vaginal tradicional o ponen en riesgo a la madre o al niño. A veces, los partos por cesárea se planifican al principio del embarazo, pero se realizan con mayor frecuencia cuando surgen complicaciones durante el parto. Las razones para un parto por cesárea incluyen:

- La cabeza del bebé es demasiado grande para el canal de parto.
- El bebé sale primero con los pies (parto de nalgas)
- Complicaciones tempranas del embarazo

- Problemas de salud de la madre, como presión arterial alta o enfermedad cardíaca inestable.
- La madre tiene herpes genital activo que podría transmitirse al bebé.
- Cesárea previa
- Problemas con la placenta, como desprendimiento de la placenta o placenta previa
- Problemas con el cordón umbilical
- Suministro de oxígeno reducido al bebé.
- Trabajo de parto estancado
- El bebé sale primero del hombro (parto transverso).

Un parto por cesárea se está convirtiendo en un tipo de parto más común en todo el mundo, pero sigue siendo una cirugía mayor que conlleva riesgos tanto para la madre como para el niño. El parto natural sigue siendo el método preferido para el menor riesgo de complicaciones. Los riesgos de un parto por cesárea incluyen:

- Hemorragia
- Problemas respiratorios para el niño, especialmente si se realiza antes de las 39 semanas de embarazo.
- Mayores riesgos para futuros embarazos. infección
- Lesión al niño durante la cirugía.
- Tiempo de recuperación más largo en comparación con el parto vaginal
- Lesión quirúrgica en otros órganos
- Adherencias, hernias y otras complicaciones de la cirugía abdominal. (Wilson, 2018)

2.4 Formulación de la Hipótesis

No se requiere hipótesis, por ser un estudio de tipo descriptivo.

2.4.1 Hipótesis General

No se requiere hipótesis, por ser un estudio de tipo descriptivo.

2.4.2 Hipótesis Específicas

No se requiere hipótesis, por ser un estudio de tipo descriptivo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodología

3.1.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo

Observacional porque no se modificó el comportamiento de las variables

Descriptivo porque los datos fueron utilizados con finalidad descriptiva

Retrospectivo porque el estudio se basó en la recopilación de datos ya generados en las historias clínicas de los pacientes de neonatología diagnosticados con taquipnea transitoria 2017-2018.

Transversal porque todas las mediciones se realizaron en una sola ocasión, por lo que no existieron períodos de seguimiento.

3.1.2 Nivel de Investigación

Según el análisis y alcance de los resultados: Observacional, descriptivo

3.1.3 Diseño

Transversal retrospectivo

3.1.4 Enfoque

El presente estudio empleó un enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo). Enfoque cualitativo porque se basó en métodos de recolección de datos plasmados en las

historias clínicas de los pacientes estudiados, sin medición numérica para descubrir y refinar preguntas de investigación.

Enfoque cuantitativo porque se realizó la recolección de datos y el análisis estadístico para establecer la prevalencia y características perinatales de taquipnea transitoria de los recién nacidos prematuros.

3.2 Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por todos los recién nacidos prematuros que presentaron como complicación taquipnea transitoria en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Huacho, para lo cual se realizó la revisión de 68 historias clínicas de recién nacidos prematuros desde el 1 enero 2017 hasta el 31 de diciembre del 2018 y se consideró como unidad de estudio solo a quienes registraron en la historia clínica la complicación de taquipnea transitoria durante su estancia intrahospitalaria. La muestra estuvo conformada por los mismos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se consideró como criterio de inclusión a todos los recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria al nacimiento y que se registraron en la historia clínica durante su estancia intrahospitalaria.

Se consideraron como criterios de exclusión a todos los recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria cuyo nacimiento no se haya dado en el Hospital Regional de Huacho.

Se excluyó a los recién nacidos que presentaron taquipnea después de las 72 horas desde su nacimiento.

También se excluyó a los recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria y fallecieron dentro de las 72 horas posterior al nacimiento.

3.3 Operacionalización de Variables e Indicadores

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS	Prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros	Enfermedad respiratoria que se presenta desde el momento del nacimiento del niño, secundario a la inadecuada movilización del líquido pulmonar en la transición de la vida intrauterina y extrauterina.	Prevalencia	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS PERINATALES	EDAD GESTACIONAL	La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos	- Pretérmino: Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. Se subdivide en: prematuros extremos: menos de 28 semanas, muy prematuros: 28 a 31,6 semanas, prematuros moderados: 32 a	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
------------------------------------	-------------------------	---	--	-------------	---------	-------------------------------

después del	33,6 semanas.,
comienzo del	prematuros
último periodo	tardíos: entre las
menstrual normal	34 y 36,6
se consideran	semanas.
como que han	- A término: De
ocurrido a las 40	37 a menos de 42
semanas de	semanas
gestación).	completas (259 a
	293 días) de
	gestación.
	- Postérmino: 42
	semanas
	completas o más
	(294 días o más)
	de gestación.

SEXO	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
------	---	-----------------------	-------------	---------	-------------------------------

	diferenciar a los humanos como hombres y mujeres				
APGAR AL MINUTO	Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido al minuto después del nacimiento.	0-3 4-6 7-10	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
APGAR A LOS 5 MINUTOS	Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido a	0-3 4-6 7-10	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos

	los 5 minutos después del nacimiento.				
PESO	Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento	2500-3500gr <2500 <1500 <1000	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos
TIPO DE NACIMIENTO	- PARTO NORMAL O VAGINAL: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto normal como "de inicio	Parto normal o vaginal Cesárea	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

espontáneo. El
bebé nace
espontáneamente
en la posición de
vértice entre las
37 y 42 semanas
completas de
embarazo.

- CESAREA: Un
parto por
cesárea, es el
parto quirúrgico
de un bebé.
Implica una
incisión en el
abdomen de la
madre y otra en
el útero.

Los partos por cesárea generalmente se evitan antes de las 39 semanas de embarazo, por lo que el niño tiene el tiempo adecuado para desarrollarse en el útero. A veces, sin embargo, surgen complicaciones y se debe realizar un parto por cesárea antes de las 39 semanas.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas a emplear.

INSTRUMENTO: Ficha de recolección

TÉCNICA: Los pacientes que cumplieron con los criterios ingresaron al estudio de manera secuencial. Se elaboró una ficha de recolección de datos para extraer información sobre la prevalencia y características perinatales de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros.

3.4.2 Descripción de los instrumentos.

Para la recolección de datos, previa autorización del Director del Hospital Regional de Huacho, se procedió a la recolección de la información por medio de la revisión de historias clínicas donde se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad gestacional, peso, tipo de nacimiento y apgar.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

El análisis de datos se realizó con ayuda del programa estadístico SPSS versión 25.00 y se describieron las medidas de frecuencia, de porcentajes. La elaboración de gráficos para la presentación final se realizó con el programa de Microsoft Excel 2013.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el área de Neonatología del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2017-2018 se registraron 340 recién nacidos prematuros y de estos 68(20%) desarrollaron la complicación de taquipnea transitoria.

CARACTERÍSTICAS PERINATALES

De los 68 recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria, 27 (39.71%) pertenecen al sexo femenino y 41(60,29%) al sexo masculino. (Figura 1)

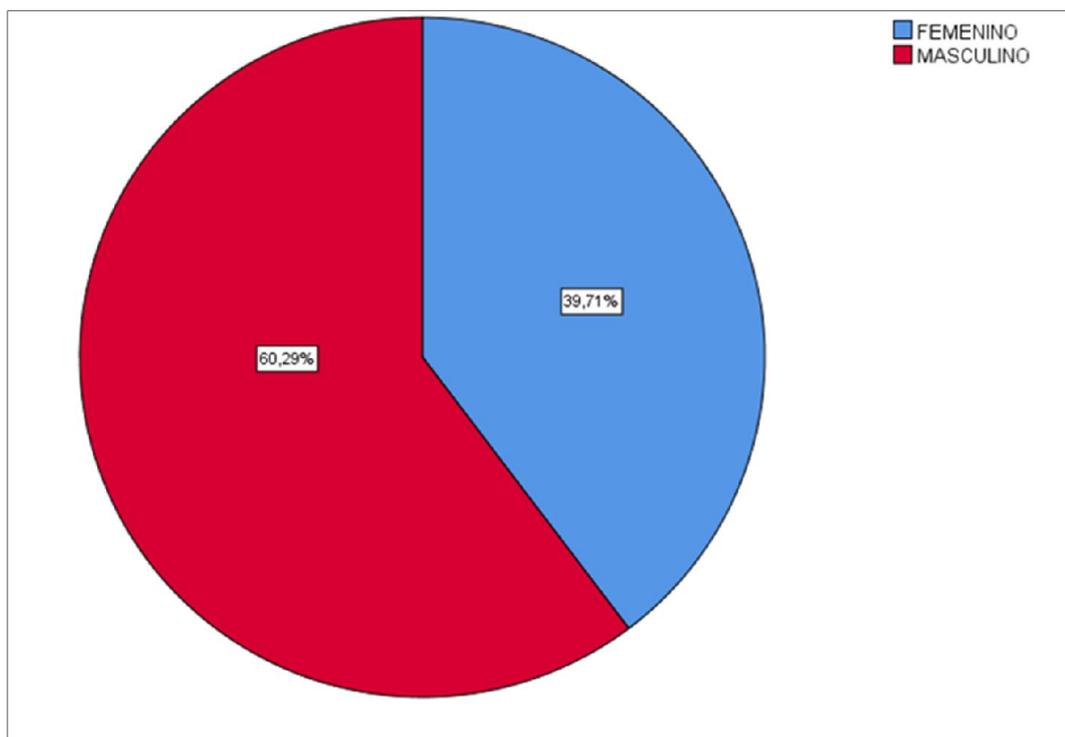


Figura 1: Sexo del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Con respecto a la edad gestacional la media fue de 34.16, con un rango de 10 (26-36), de acuerdo a la división de los recién nacidos prematuros se observó mayor frecuencia 20(29.41%) en los recién nacidos con 34 semanas de edad gestacional. (Figura 2)

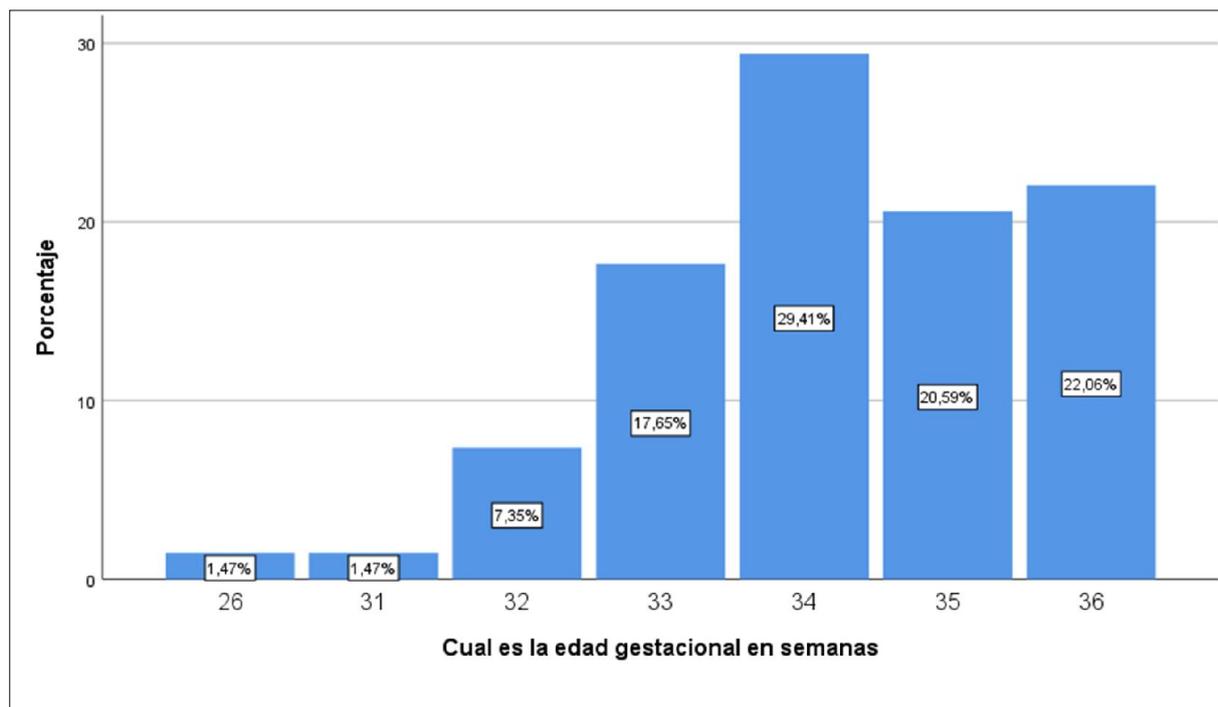


Figura 2: Edad gestacional en semanas del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Los recién nacidos prematuros se agruparon en: prematuros extremos (22- 28 semanas), muy prematuros (<32 semanas), prematuros moderados (<34 semanas), prematuros tardíos (<37semanas).

Tabla 2

Edad gestacional agrupadas de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

	Frecuencia	Porcentaje
<32	1	1,5
<34	18	26,5
<37	49	72,1
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

De los 68 recién nacidos prematuros que presentaron taquipnea transitoria, 15(22.06%) nacieron por parto vaginal y 53 (77, 94%) nacieron por cesárea. (Figura 3)

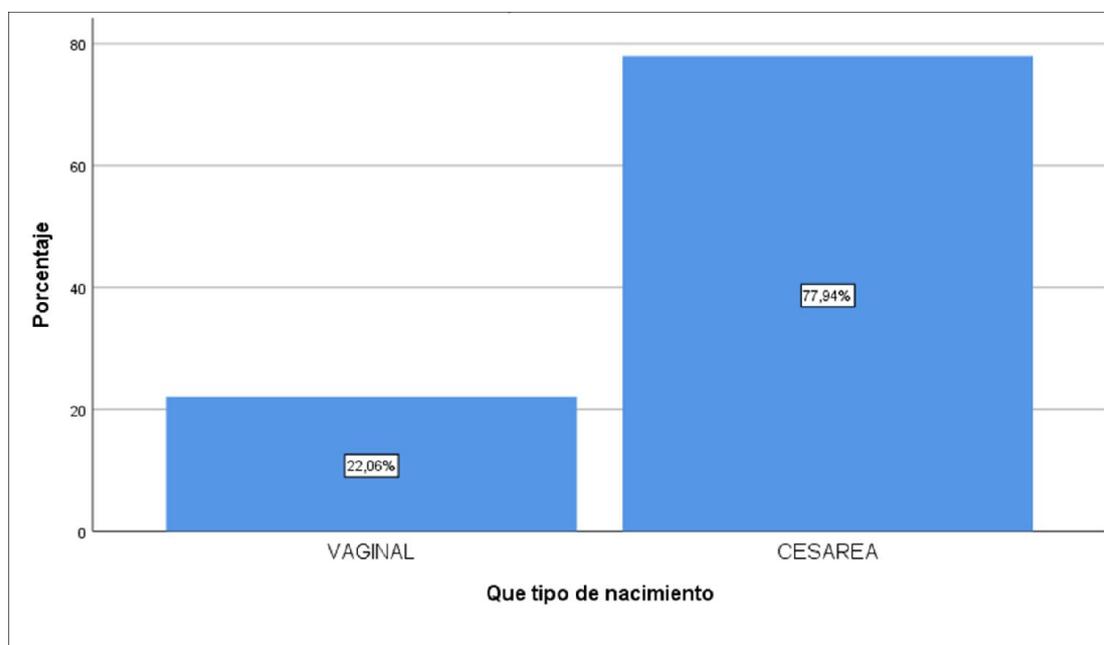


Figura 3: Tipo de nacimiento del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Con respecto al peso la media fue de 2315.59, con un rango de 2450 (1050-3500), se realizó una agrupación según el peso de los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria: peso normal (2500g-3500g), peso bajo al nacer (<2500g), peso muy bajo al nacer (<1500g) y peso extremadamente bajo al nacer (< 1000g)

Tabla 3

Peso agrupado de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018

	Frecuencia	Porcentaje
<1500	2	2,9
<2500	41	60,3
2500-3500	25	36,8
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

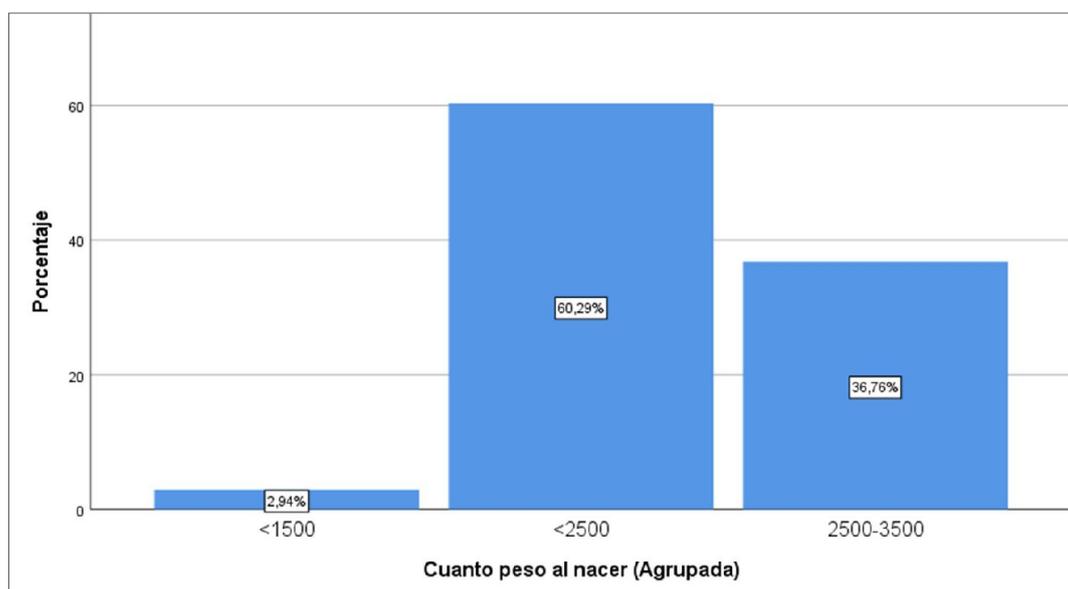


Figura 4: Peso agrupado del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Según la puntuación obtenida en el test de apgar al 1 minuto en los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria se obtuvo que la mayor cantidad de recién nacidos (27) tenían 8 de apgar.

Tabla 4.

Apgar al 1 minuto de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018

	Frecuencia	Porcentaje
3	2	2,9
4	3	4,4
5	5	7,4
6	9	13,2
7	20	29,4
8	27	39,7
9	2	2,9
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

Según el test de apgar se clasifica en: depresión severa (0-3), depresión moderada (4-6), normal (7-10)

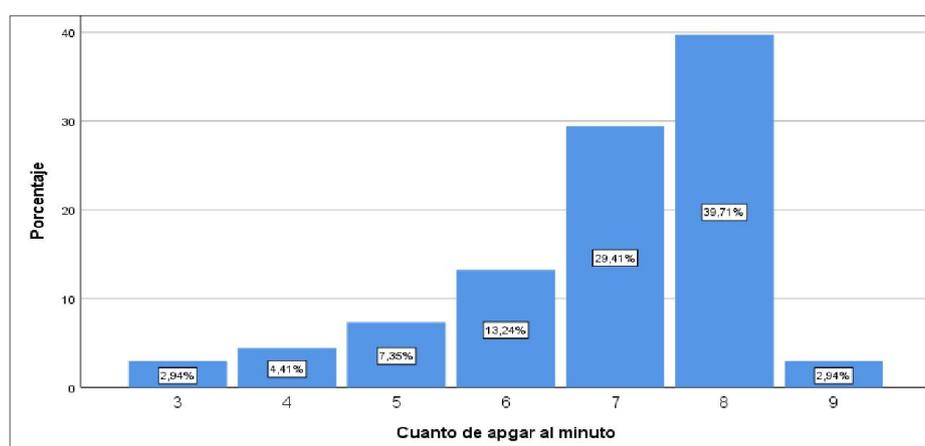


Figura 5: Apgar al 1 minuto del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Tabla 5

Apgar al 1 minuto agrupada de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018

	Frecuencia	Porcentaje
0-3	2	2,9
4-6	13	19,1
7-10	53	77,9
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

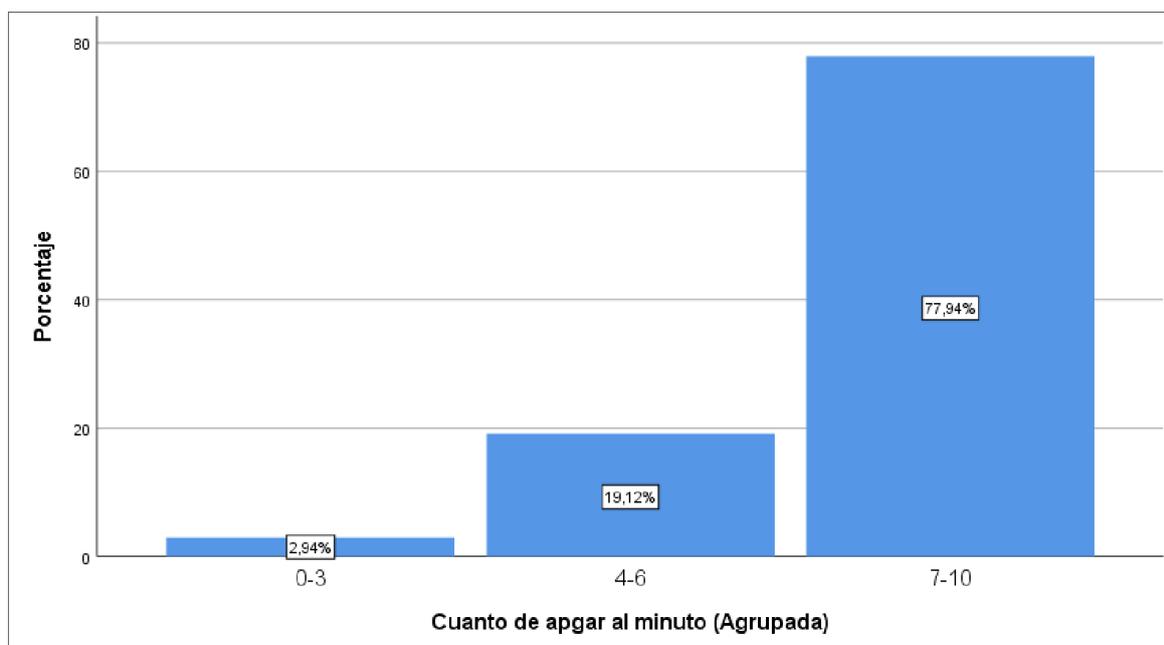


Figura 6: Apgar al 1 minuto agrupada del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Según la puntuación obtenida en el test de apgar a los 5 minutos en los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria se obtuvo que la mayor cantidad de recién nacidos (31) tenían 8 de apgar y la mínima cantidad de recién nacidos (2) tenían 6 de apgar.

Tabla 6

Apgar a los 5 minutos de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

	Frecuencia	Porcentaje
6	2	2,9
7	7	10,3
8	31	45,6
9	28	41,2
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

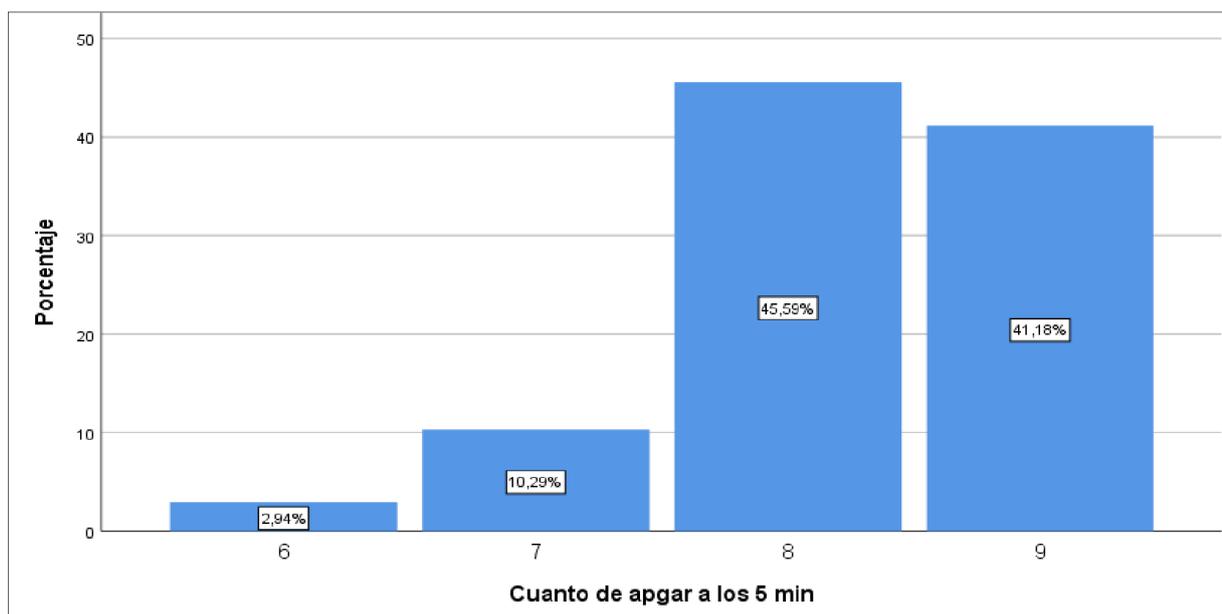


Figura 7: Apgar a los 5 minutos del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

Como se había mencionado anteriormente el test de apgar se clasifica en: depresión severa (0-3), depresión moderada (4-6), normal (7-10)

Tabla 7

Apgar a los 5 minutos agrupado de los recién nacidos prematuros taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018

	Frecuencia	Porcentaje
4-6	2	2,9
7-10	66	97,1
Total	68	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en archivo de historias clínicas: Hospital Regional de Huacho 2017-2018

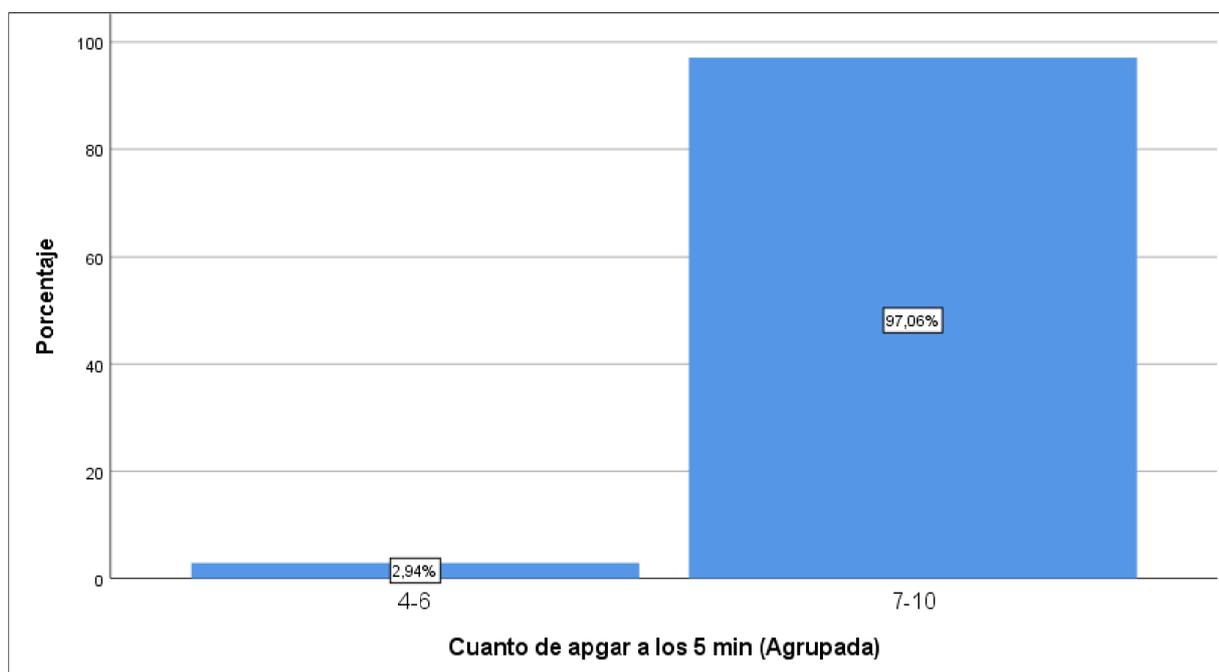


Figura 8: Apgar a los 5 minutos agrupado del recién nacido prematuro con taquipnea transitoria del Hospital Regional de Huacho, 2017-2018.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

En el presente estudio se encontró que la prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros fue de 20% valor aproximado a la investigaciones realizadas en Ecuador por Bautista, L y Guzmán, C, y en Lima por Castillo, G cuyas prevalencias fueron 17.9%, 17.6% y 25% respectivamente, mientras que un estudio realizado por Chiluska Et. Al en la India nos muestra una prevalencia de 13,17% de recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria valor inferior encontrado en este estudio ya que dentro de sus criterios de exclusión se encontraban recién nacidos <34 semanas de edad gestacional, otro estudio realizado por Kheir, A en Sudan encontraron una prevalencia de 32.01% de recién nacidos prematuros con diagnóstico de taquipnea transitoria, probablemente por presentar una población mayor.

Respecto a las características perinatales en relación al sexo en este estudio se encontró que los recién nacidos prematuros de sexo masculino 60.29% presentan mayormente la complicación de taquipnea transitoria similar al encontrado en los siguientes estudios: Bautista, L en Lima donde la prevalencia de sexo masculino fue 58,5%, Chiluska Et. Al en la India donde la prevalencia fue de 90.9%, Estela, J en Cajamarca donde se encontró una prevalencia de 55%, Trujillo W y Castillo, G en Lima donde la prevalencia fue de 39,1% y 59.3% respectivamente.

Otra característica perinatal es la edad gestacional, si bien en el estudio solo se ha tomado a los recién nacidos prematuros pero dentro de ellos se agrupan en: prematuros extremos (22- 28 semanas), muy prematuros (<32 semanas), prematuros moderados (<34 semanas), prematuros tardíos (<37semanas), donde la mayor cantidad de recién nacidos con taquipnea transitoria se encontró en prematuros tardíos 72,1% similar al resultado obtenido en la investigación realizada por Basiri Et Al en Iran encontrándose una frecuencia de 62.2% en prematuros tardíos.

Con respecto al tipo de nacimiento, la mayor cantidad de recién nacidos que desarrollaron taquipnea transitoria nacieron por parto por cesárea 77.94% resultados similares se encontraron en los siguientes estudios: realizado por Chiluska Et. Al en la India donde la frecuencia de parto por cesárea fue de 90.9%, en el estudio realizado por Kheir, A en Sudan se encontró que el porcentaje de recién nacidos por cesárea fue de 75.3%, Trujillo W realizó un estudio en Lima donde obtuvo el resultado de que los recién nacidos por cesárea fueron 41.6%, en la investigación realizada por Basiri Et Al en Iran se obtuvo un porcentaje de 86.6% de recién nacidos por cesárea, finalmente el estudio realizado por Estela, J en Cajamarca donde obtuvo que los recién nacidos por cesárea fueron el 81.3%. A diferencia del estudio realizado por Castillo, G en Lima donde la mayor cantidad de recién nacidos que presentaron la complicación de taquipnea transitoria nacieron por parto vaginal y fueron 66.7%.

Respecto al peso en este estudio se obtuvo una media de 2315.59g, se realizó una agrupación según el peso de los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria: peso normal (2500g- 3500g), peso bajo al nacer (<2500g), peso muy bajo al nacer (<1500g) y peso extremadamente bajo al nacer (< 1000g). Donde los recién nacidos prematuros con peso bajo fueron los que mayormente desarrollaron taquipnea transitoria en un porcentaje de 60.29%. La media fue similar en el estudio realizado por Guzmán, C en Ecuador donde se obtuvo un peso promedio de

2391.5g. Por el contrario en el estudio realizado por Kheir, A en Sudan los recién nacidos prematuros con peso bajo representaron el 13.5% a diferencia de los que se encontraban en el rango de de 2500-<3500 con un 57.6%.

Respecto al test de apgar al 1 minuto la mayoría de los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria tenían 8 de puntuación (39.71%) y por consiguiente según la clasificación : depresión severa (0-3), depresión moderada (4-6), normal (7-10), el mayor porcentaje se dio en el intervalo de 7-10 con un 77.94%, similar al estudio realizado por Bautista, L en Ecuador donde los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria tenían una puntuación de apgar al 1 minuto que se encontraba en el intervalo de 7-10 con un porcentaje de 77.8%. Por el contrario en el estudio realizado por Guzmán, C en Ecuador se obtuvo un porcentaje de 18.2% en recién nacidos prematuros con taquipnea con una puntuación de apgar al 1 minuto <7. Castillo, G realizó un estudio en Lima donde obtuvo un porcentaje de 3.1% en recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria con apgar >7 probablemente porque la muestra de estudio fue menor. En el estudio realizado por Trujillo W en Lima se obtuvo un porcentaje de 24.4% en los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria que obtuvieron puntaje de apgar en el intervalo de 7-10 y un porcentaje de 23.9% en recién nacidos con puntaje de apgar <7 a pesar de que se obtuvo un menor porcentaje existe una asociación significativamente estadística.

Respecto al test de apgar a los 5 minutos al igual que al 1 minuto se encontró mayor porcentaje en los recién nacidos prematuros con taquipnea transitoria con apgar de 8 (45,59%) por consiguiente el intervalo de 7-10 obtuvo un mayor porcentaje 97.06%. El resultado fue similar a los estudios realizados por Bautista, L en Ecuador y Kheir, A en Sudan donde se obtuvo un porcentaje de 88.6% y 94.7% respectivamente.

5.2 Conclusiones

La prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros fue de 20% en el Hospital Regional de Huacho

Dentro de las características perinatales el sexo masculino es el que presentó más casos de taquipnea transitoria con un porcentaje de 60.29%

Los prematuros tardíos (<37 semanas) presentaron mayor cantidad de casos de taquipnea transitoria (72.1%)

Los recién nacidos prematuros nacidos por cesárea (77.94%) desarrollan con mayor frecuencia la complicación de taquipnea transitoria en comparación con los recién nacidos prematuros por parto vaginal (22.06%).

A pesar de que los recién nacidos prematuros presentaban la complicación de taquipnea transitoria la mayoría presentaron una puntuación de apgar dentro del rango normal (7-10) al 1 minuto fue de 77.94% y a los 5 minutos fue de 97.06%.

5.3 Recomendaciones

Ya que la mayoría de recién nacidos prematuros que desarrollan taquipnea transitoria nacen por cesárea se recomienda que el departamento de gineco-obstetricia cumpla estrictamente el protocolo que establece ciertos criterios para poder disminuir la cantidad de partos nacidos por esta vía.

Se recomienda concientizar a las gestantes de que el parto vaginal es la mejor opción ya que disminuye el riesgo de complicaciones en el recién nacido.

Se debería captar precozmente a las gestantes para tener un control más estricto para evitar los partos pre término.

Se recomienda con respecto a las historias clínicas llenar correctamente los datos, diagnósticos del recién nacido para así facilitar la información a los investigadores.

CAPÍTULO V

FUENTES DE INFORMACIÓN

5.1 Fuentes Bibliográficas

- Montes, E (2018). *Prevalencia del Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue* (tesis de pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Perú
- Carrera, M (2015). *Incidencia de la taquipnea transitoria del recién nacido a término de 37 a 40 semanas de gestación en el Hospital Universitario de Guayaquil* (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador
- Trujillo, W (2018). *Factores de riesgo asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el hospital de ventanilla* (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú
- Guzmán, C., & Siguencia, E. (2016). *Prevalencia del síndrome de distrés respiratorio y factores asociados en los recién nacidos, ingresados al servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2015*(tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Merino, M. (2014). *Factores de riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Belén de Trujillo enero – diciembre 2009 – 2013* (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Chacón, C (2014). *Factores de riesgo de taquipnea transitoria en recién nacidos a término macrosómicos* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

- Bautista, L., & Izquierdo, C. (2018). *Prevalencia de taquipnea transitoria y factores asociados en el recién nacido del área de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el Bienio 2015-2016* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Castillo, G.(2018). *Factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en pacientes del servicio de neonatología del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz durante el periodo julio 2015 - julio 2017* (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú.
- Estela, J. (2017). *Factores de riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional de Cajamarca enero-diciembre 2016* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Perú.
- Villanueva, D. (2016). *Insuficiencia Respiratoria Neonatal*. Lomas de Chapultepec, México: Intersistemas S.A de C.V

5.2 Fuentes Hemerográficas

- Kazem,M., Basiri, B. y Shokouhi, M. (2018). Risk Factors Affecting Transient Tachypnea of the Newborn in Fatemieh Hospital of Hamadan, Iran, 2015 – 2016. *Department of Pediatrics*. doi: 10.5812/ircmj.56550.
- Chiluka S., Srinivas M., AnithaK., Basha S., y Reddy P.(2017). *Incidence, clinicalprofile and outcome of transient tachypnea of newborn*. *Pediatric Review: International Journal of Pediatric Research*. 4(10)

5.3 Fuentes Documentales

No se ha recopilado información de fuentes documentales

5.4 Fuentes Electrónicas

- Kheir; A., y Ahmed, T (2016). Prevalence, risk factors and short term outcome of infants with transient tachypnea of the newborn in Sudan. *European journal of pharmaceutical and*

medical research, 3 (10), 23-26. Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Abdelmoneim_Kheir/publication/308936746_PREVALENCE_RISK_FACTORS_AND_SHORT_TERM_OUTCOME_OF_INFANTS_WITH_TRANSIENT_TACHYPNEA_OF_THE_NEWBORN_IN_SUDAN/links/5801a48f08ae23fd1b62051c/PREVALENCE-RISK-FACTORS-AND-SHORT-TERM-OUTCOME-OF-INFANTS-WITH-TRANSIENT-TACHYPNEA-OF-THE-NEWBORN-IN-SUDAN.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2016) Diagnóstico y Tratamiento de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. Recuperado de

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Manual de Neonatología (2015). Taquipnea Transitoria del Recien Nacido. Recuperado de:

http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_32.pdf

Real Academia Española (2014). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=U8xd4iz>

Asociación Española de Pediatría (2014). Recuperado de: <https://www.aeped.es/rss/en-familia/test-apgar>

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/

Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-la-oms_22.html?m=1

Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de:

[file:///C:/Users/USER/Downloads/vol1_definiciones\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/vol1_definiciones(1).pdf)

Edmund, F.F; Errol, R.N. (2018). Management of normal labor and delivery. Recuperado de:

<https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery>

Wilson, D. R (2018). C-Section (Cesarean Section). Recuperado de:

<https://www.healthline.com/health/c-section>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
Problema General	Objetivo General	No se requiere	Variable	Tipo de	Población
¿Cuál es la prevalencia y características perinatales de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018?	Identificar la prevalencia y características perinatales de taquipnea transitoria en recién nacidos prematuros en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018	No se requiere ser un estudio de tipo descriptivo.	Variable 1: Taquipnea Transitoria en recién nacidos prematuros Variable 2: Características Perinatales	Investigación Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo Método de Investigación Enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo)	La población de estudio estará conformada por todos los recién nacidos prematuros que presentaron como complicación taquipnea transitoria en el servicio de neonatología del Hospital
Problemas Específicos	Objetivos Específicos				
	1.- Determinar la prevalencia de				

1.- ¿Cuál es la	taquipnea	Regional de
prevalencia de	transitoria en recién	Huacho desde el
taquipnea	nacidos prematuros	1 enero 2017
transitoria en	en el Hospital	hasta el 31 de
recién nacidos	Regional de	diciembre del
prematuros en el	Huacho 2017-2018.	2018
Hospital Regional	2.- Especificar las	Muestra
de Huacho 2017-	características	La muestra estará
2018?	perinatales como	conformada por
2.- ¿Cuáles son las	sexo, apgar, peso,	los mismos que
características	tipo de nacimiento,	cumplan los
perinatales de los	edad gestacional de	criterios de
recién nacidos	los recién nacidos	inclusión y
prematuros con	prematuros con	exclusión.
taquipnea	taquipnea	
transitoria en el	transitoria en el	

Hospital Regional	Hospital Regional
de Huacho 2017-	de Huacho 2017-
2018?	2018?

ANEXO 2: INSTRUMENTOS PARA LA TOMA DE DATOS**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE TAQUIPNEA
TRANSITORIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO 2017-2018****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

EDAD GESTACIONAL: _____

SEXO:

1.- FEMENINO 2.- MASCULINO

APGAR: 1' _____ 5' _____

PESO: _____

TIPO DE NACIMIENTO:

1.- VAGINAL 2.- CESAREA

ANEXO 3: AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA
IMPUNIDAD"



HOSPITAL REGIONAL
HUACHO
HOSPITAL HUACHO
RED HUACHA-OYÓN

DOC. : 01419145
EXP. : 00916093

MEMORANDO N° 014-2019-GRL-DIRESA-HHHO Y SBS-UADI

A : **SR. JORGE SANCHEZ MARCOS.**
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

ASUNTO : AUTORIZACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENCIA : MEMORANDO N° 0056-GRL.DIRESA.HHHO Y SBS-UDEIN.

FECHA : Huacho, Febrero 06 del 2019.

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la **SRTA. BETTY ALICIA CERPA TISNADO**, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, quien contando con vuestra opinión favorable, ha sido autorizada a recabar información para ejecutar su Trabajo de investigación: **"PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2017 – 2018"**

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUACHA-OYÓN y S.R.L.S.




M.G.D. INDIRA G. BURGA UGARTE
 JEFE DE LA UNIDAD DE SALUD Y LA CALIDAD E INVESTIGACIÓN

IGBU/acvp.
CC. **Interesada.**
Archivo.

www.hdhuacho.gob.pe

Central Telefónica 232 2634

Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251 – Huacho

ANEXO 4: CONSTANCIA DE ASESORIA ESTADÍSTICA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

INFORME

De : LIC. JULIO MARTIN ROSALES MORALES
Estadístico e Informático

Asunto : ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS

Fecha : Huacho, 08 de Marzo del 2019

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística a la tesista doña: **BETTY ALICIA CERPA TISNADO**, identificada con DNI **72552061**, sobre el trabajo de investigación titulado: **PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2017-2018**.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.


.....
ROSALES MORALES JULIO MARTIN
COESPE 1083
COLEGIO ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

ANEXO 5: BASE DE DATOS

N°	HISTORIA CLÍNICA	EDAD GESTACIONAL	SEXO	APGAR AL 1 MINUTO	APGAR A LOS 5 MINUTOS	PESO	TIPO DE NACIMIENTO
1	433842	36ss	masculino	8	8	2700	cesárea
2	435215	36ss	masculino	8	8	2800	cesárea
3	435555	34ss	masculino	7	8	2080	cesárea
4	435612	34ss	masculino	4	8	2970	cesárea
5	438727	35ss	femenino	8	9	2380	vaginal
6	439536	34ss	masculino	7	8	2550	cesárea
7	439694	33ss	masculino	7	8	1730	cesárea
8	439974	33ss	masculino	8	9	2210	vaginal
9	439817	34ss	masculino	7	8	1380	cesárea
10	440244	35ss	masculino	8	9	1530	cesárea
11	440288	35ss	masculino	8	9	2020	cesárea
12	440294	32ss	masculino	8	9	1610	vaginal
13	440312	35ss	masculino	8	9	2450	cesárea
14	440459	34ss	masculino	8	9	2740	cesárea
15	440480	33ss	masculino	7	8	2200	cesárea
16	440477	34ss	masculino	8	9	2230	cesárea
17	440491	33ss	femenino	7	8	1910	cesárea
18	440772	35ss	masculino	8	9	2240	cesárea
19	440810	35ss	femenino	8	9	4080	cesárea
20	441178	33ss	femenino	8	8	1920	cesárea
21	441180	33ss	masculino	8	9	1880	vaginal
22	441228	35ss	femenino	8	9	2070	cesárea
23	441234	34ss	masculino	8	9	2560	cesárea
24	441236	34ss	femenino	6	8	2260	cesárea
25	441245	34ss	femenino	8	9	1880	cesárea
26	441293	26ss	femenino	8	8	1050	cesárea
27	441340	33ss	femenino	8	9	1770	cesárea

28	441385	32ss	femenino	6	8	2130	cesárea
29	441406	36ss	femenino	8	8	2730	cesárea
30	441341	33ss	femenino	5	7	1780	cesárea
31	441307	36ss	femenino	7	9	1940	vaginal
32	441566	34ss	masculino	7	8	2360	cesárea
33	441626	33ss	masculino	7	8	1980	vaginal
34	441722	36ss	masculino	8	9	2530	vaginal
35	441747	34ss	masculino	7	8	2100	vaginal
36	441684	31ss	femenino	6	7	1630	cesárea
37	440680	34ss	masculino	5	7	1640	cesárea
38	441747	34ss	masculino	7	8	2100	vaginal
39	448133	36ss	femenino	7	9	2360	vaginal
40	448620	34ss	masculino	7	8	1820	cesárea
41	448223	36ss	masculino	6	8	2920	cesárea
42	448284	36ss	masculino	7	8	3400	cesárea
43	448930	34SS	masculino	6	9	2400	cesárea
44	448944	36ss	masculino	7	8	1600	vaginal
45	449029	36ss	femenino	6	7	3040	cesárea
46	449228	34ss	masculino	6	8	1920	cesárea
47	449300	32ss	masculino	5	8	2540	cesárea
48	449330	35ss	femenino	4	8	2510	cesárea
49	449358	36ss	masculino	5	7	3010	cesárea
50	450333	33ss	masculino	7	8	1970	vaginal
51	450412	32ss	masculino	6	7	2190	cesárea
52	450569	33ss	femenino	7	8	2210	cesárea
53	450637	33ss	femenino	7	8	2410	cesárea
54	450801	32ss	masculino	3	7	1930	cesárea
55	450814	35ss	masculino	5	8	2790	vaginal
56	452042	36ss	masculino	3	6	3070	cesárea
57	452168	35ss	masculino	8	9	2880	cesárea
58	452538	35ss	femenino	7	9	2640	cesárea

59	452542	36ss	femenino	9	9	2580	cesárea
60	452733	34ss	femenino	4	6	1690	cesárea
61	452830	36ss	masculino	8	9	2940	cesárea
62	453141	34ss	femenino	8	9	2200	vaginal
63	453207	35ss	masculino	9	9	3310	vaginal
64	453442	35ss	masculino	8	9	2830	cesárea
65	453835	35ss	femenino	8	9	2340	cesárea
66	455099	34ss	femenino	7	8	2390	cesárea
67	456093	34ss	femenino	6	8	2970	cesárea
68	456681	36ss	femenino	8	9	3060	cesárea

MC. Carlos Overti, Suquilanda Flores
Asesor

Dr. Darío Estanislao, Vásquez Estela
Presidente

M.C Efraín Ademar, Estrada Choque
Secretario

M.C Manuel Rodolfo, Sánchez Aliaga
Vocal

