



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN NEONATOS  
PRETERMINOS TARDIOS Y A TÉRMINO. UNIDAD DE  
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR  
ANGEL LARRALDE"  
ENERO 2012 – DICIEMBRE 2014.**

Dra. Oriana Olivares. Cl. 18.504.504.

BARBULA, SEPTIEMBRE 2015

(II)

**AGRADECIMIENTOS**

A DIOS; porque él me coloco en este camino y me ha dado la vida para poder continuarlo.

A mi madre Zandra; mi ejemplo de vida sin su dedicación completa hacia mí, esto no sería posible.

A mi esposo Ángel; por ser mi compañero, mi amigo y mi confidente y no abandonarme ni un momento en estos años de postgrado.

A mi Abuelo Elías; que aunque hoy no me acompaña físicamente, su ejemplo vivirá en mí siempre.

A mi futuro hijo, por darme las fuerzas que necesito.

A la Universidad de Carabobo; por ser una excelente casa de estudios donde he recibido toda mi formación universitaria y donde viví mi juventud.

(III)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN NEONATOS PRETERMINOS TARDIOS Y A TÉRMINO. UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR ANGEL LARRALDE”**

**ENERO 2012 – DICIEMBRE 2014**

**Autora:** Oriana Olivares.

**Tutor Clínico:** Dr. Luis Teran.

**RESUMEN**

Los neonatos entre 34 y 36 semanas y 6 días de gestación, son denominados pretérminos tardíos, la morbimortalidad en estos pacientes es mayor que la de los nacidos a término debido a su inmadurez fisiológica y metabólica. **Objetivo:** Determinar la presencia de patologías respiratorias en neonatos pretérminos tardíos y a término, atendidos en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Enero 2012 a Diciembre 2014. **Materiales y métodos:** Investigación de tipo observacional, descriptivo, la muestra estuvo conformada por 406 historias de todos los recién nacidos de 34 semanas y 41 semanas más 6 días, con patologías respiratorias. Se empleó como Instrumento ficha de registro, la información fue resumida en una tabla maestra en Microsoft® Excel. Los resultados se presentaron en cuadros de distribución de frecuencias, y para asociar las variables se empleó la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** Los pretérminos tardíos representaron 19,70% de la muestra. La patología respiratoria más frecuente fue la asfixia perinatal como causa de dificultad respiratoria (60,34%). El uso de presión positiva continua de las vías aéreas (4,93%) y ventilación mecánica (1,72%) fue mayor en los preterminos tardíos. Con respecto a la mortalidad fue en el grupo de los a término 0,49% y en los preterminos tardíos (1,4%). **Conclusión:** los preterminos tardíos tienen riesgo elevado padecer de patologías respiratorias y de admisión a UCIN y mayor tiempo de hospitalización y de oxigenoterapia en comparación con los neonatos a término. **Palabras claves:** Preterminos tardíos, neonatos a término, patologías respiratorias.

(IV)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN  
PEDIATRÍA Y PUERICULTURA



**RESPIRATORY PATHOLOGY IN LATE PRETERM AND TERM NEONATE.  
NEONATAL UNIT UNIVERSITY HOSPITAL "DR ANGEL LARRALDE "  
JANUARY 2012 - DECEMBER 2014**

**Author:** Oriana Olivares.

**Tutor Clínico:** Dr. Luis Teran.

**ABSTRACT**

Infants between 34 and 36 weeks and 6 days of gestation, are called late preterm, morbidity and mortality in these patients is higher than that of term infants because of their physiological and metabolic immaturity. **Objective:** To determine the presence of respiratory diseases in late preterm and term neonates treated at the Neonatal Unit of University Hospital "Dr. Angel Larralde" in January 2012 to December 2014. **Methods:** Research observational, descriptive, type the sample consisted of 406 records of all newborns 34 weeks and 41 weeks 6 days with respiratory diseases. It was used as instrument record registration information was summarized in a master table in Microsoft® Excel. The results were presented in tables of frequency distribution, and to associate variables chi-square test was used. **Results:** Late preterm represented 19.70% of the sample. The most common respiratory disease was perinatal asphyxia as a cause of respiratory distress (60.34%). The use of continuous positive pressure airway (4.93%) and engineering (1.72%) ventilation was higher in late preterm. Regarding mortality was in the group of term 0.49% and in the late preterm (1.4%). **Conclusion:** high risk late preterm are suffering from respiratory diseases and admission to NICU and longer hospitalization and oxygen compared with term infants.

**Keywords:** late preterm, term infants, respiratory diseases.

## INDICE

	<b>Pag.</b>
Preliminares.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Abstract.....	IV
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	14
Conclusiones.....	18
Referencias Bibliográficas.....	20
Anexos.....	24

## INTRODUCCION

Los neonatos de 34 semanas completas y 36 semanas y 6 días de gestación son denominados como pretérminos tardíos (PTT); esta definición está basada en el concepto obstétrico, de que la semana 34 de gestación marca la fecha límite recomendada para la administración de corticoides prenatales y en el reconocimiento de que la morbilidad en esta población es significativamente mayor que la de los recién nacidos a término (RNAT). <sup>(1)</sup>

En tal sentido, conocer ambos grupos de recién nacidos es importante ya que actualmente los PTT son considerados como recién nacidos de muy bajo riesgo; tanto a corto como a largo plazo. La tasa de morbilidad de los prematuros tardíos es significativamente inferior, comparada con la de los prematuros menores a 34 semanas <sup>(1)</sup>. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que su morbilidad es mayor que la de los nacidos a término debido a su inmadurez fisiológica y metabólica, presentando complicaciones y muerte durante el periodo posnatal inmediato a causa de alteraciones por inmadurez en relación al aclaramiento del líquido pulmonar y a la relativa deficiencia de surfactante pulmonar e inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar <sup>(1,2,3)</sup>

En consecuencia, las patologías más frecuentes en el periodo neonatal son las respiratorias, las cuales constituyen la principal causa de morbilidad en este periodo. Se manifiestan fundamentalmente con dificultad respiratoria o distres respiratorio y su gravedad está relacionada con la causa etiológica, la repercusión que tenga sobre el intercambio gaseoso y edad gestacional del paciente, según se trate de un nacido a término o pretérmino. <sup>(4, 5)</sup>

En la actualidad se ha evidenciado un incremento en la incidencia de la prematuridad debido a múltiples factores como son transformaciones

demográficas, cambios en los tratamientos de infertilidad, incremento de la edad materna, infecciones maternas, la existencia de partos preterminos previos, la situación socioeconómica de la madre y el tabaquismo materno. <sup>(7)</sup>

Así lo demuestran, las cifras de la OMS en el año 2005 según las cuales se registraron 12,9 millones de partos prematuros representando 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte con el 11,9% y 10,6%, respectivamente, y las más bajas en Europa (6,2%). En estados Unidos, los pretérminos tardíos representan el 9% del total de todos los nacimientos, y el 75% de los partos pretérminos. <sup>(7, 8, 9)</sup> Hoy en día, se estima que el 33% de los ingresos globales a las unidades de neonatología están conformados por prematuros tardíos. <sup>(1,7)</sup>

Comparativamente en Venezuela datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) del 2014, establecen que la mayoría de las muertes infantiles ocurren en el período neonatal concentrando el 79,8% de las muertes infantiles y en especial en el lapso de los primeros 6 días de nacidos con 61%. El 47 % de las muertes infantiles ocurren en niños con pesos al nacer menores de 2.500 gramos y la mayoría de los niños fallecidos, correspondieron a madres sin ningún control prenatal, la sepsis neonatal, neumonía, prematuridad, y enfermedad de membrana hialina. <sup>(10)</sup>

Son numerosos los estudios que demuestran la gran prevalencia de las patologías respiratorias, sobre todo en los PTT, quienes representan la mayoría en el grupo de los recién nacidos prematuros; así lo muestra el estudio realizado por Marrocchella y cols en Italia sobre el riesgo de morbilidad estratificado por edad gestacional en nacimientos prematuros tardíos, en el cual estudiaron 1.073 RNAT y 71 PTT, de los cuales 17,24% de los RNAT y 81,69% de los PTT fueron admitidos en la unidad de cuidados

intensivos neonatales (UCIN). Siendo la causa más común de ingreso el distres respiratorio, el cual se presentó con mayor frecuencia en los neonatos de 34 semanas. <sup>(11)</sup>

En otros estudios como el de Natilie y cols, denominado “resultados respiratorios a corto plazo en los PTT”, se concluyó que estos presentaban mayor riesgo de enfermedad pulmonar que los a término, debido a que la morbilidad respiratoria aumentaba indirectamente proporcional a la edad gestacional de y aumentaba además las necesidades de ventilación mecánica de 3,4% a las 37 semanas a 34,4% a las 34 semanas <sup>(12)</sup>

Otros investigadores como Hibbard y cols en los Estados Unidos, en el 2010, estudiaron 19.334 PTT, de los cuales 61,9% fueron ingresados en la UCIN. La principal causa de ingreso fue dificultad respiratoria, empleándose el soporte ventilatorio estándar con mayor frecuencia en estos pacientes. <sup>(13)</sup> También Pradeep y cols, en el 2013 determinaron, que los PTT presentaron mayor incidencia de SDR, Distres respiratorio (DR), Hipertensión pulmonar persistente (HTTP), y aumento del uso de la terapia con Surfactante, además ameritaron mayor uso de Presión positiva continua de la vía aérea (CPAP), y el soporte ventilatorio cuando se compararon recién nacidos a término. <sup>(7)</sup>

De la misma manera en otro estudio multicéntrico, realizado en 14 hospitales de Estados Unidos y Canadá, donde se describieron los riesgos para la salud neonatal, experimentada por los neonatos PTT, se determinó que la presencia de patologías respiratorias es inversamente proporcional a la edad gestacional. <sup>(14)</sup> Mientras que en México, Islas y cols realizaron un trabajo, cuyo objetivo fue conocer la incidencia y las principales patologías que son causa de ingreso de los prematuros tardíos a UCIN, tiempo de hospitalización y su mortalidad; concluyendo que el principal motivo de ingreso de los PTT fue la dificultad respiratoria 76% y reportando dentro de

las causas de dificultad respiratoria: la TTRN 85%, SDR 9% y neumonía intrauterina 6%. Por otra parte el tiempo de hospitalización, fue mayor en los PTT permaneciendo en la UCIN por más de siete días. <sup>(1)</sup>

En América Latina, específicamente en Brasil, en el 2012, se estudiaron 239 PTT y 698 RNAT ingresados en la unidad de neonatología del Hospital General de Caxias do Sul, donde se concluyó que los pretérminos tardíos tienen mayor riesgo de padecer complicaciones en el periodo neonatal, como mayor necesidad de reanimación en sala de partos, patologías respiratorias, el uso de ventilación mecánica y una tasa de mortalidad nueve veces mayor a la de los RNAT. <sup>(15)</sup> Mientras en Venezuela, en el mismo año Furzán y cols, desarrollaron el trabajo denominado “Recién nacido prematuro tardío: Incidencia y morbilidad”; en el cual la frecuencia general de prematuridad fue 19%. Los PTT, conformaron 12% del total de nacidos y 66% de todos los prematuros y donde una de las causas primarias de admisión, fueron las enfermedades respiratorias. La mortalidad para los PTT representó 4,7%, mientras que en los niños a término fue de 0,3%. Los PTT manifestaron mayor riesgo en cuanto a complicaciones agudas, admisión a cuidados intensivos, dificultad respiratoria, necesidad de ventilación y muerte. <sup>(16)</sup>

En función, de lo expuesto, se hace necesario conocer las patologías respiratorias incluidas en este estudio, como son:

- Distres respiratorio leve y TTRN, la etiología de ambas patologías se encuentra relacionada con la adaptación pulmonar de los recién nacidos, en la que se involucran las contracciones uterinas maternas y factores como Catecolaminas, PGE2, Prolactina, Surfactante, entre otros, los cuales incrementan la actividad de los canales de sodio, con el resultante cambio del epitelio al modo de reabsorción de sodio

moviendo el líquido del espacio alveolar al intersticio para que de ahí sea absorbido al espacio vascular. Ciertos factores como cesárea, parto prolongado, diabetes gestacional, Apgar < 7 puntos y pueden generar la no reabsorción de líquido al espacio intersticial, ocasionando la distensión de los espacios intersticiales por el líquido pulmonar que dando lugar al atrapamiento del aire alveolar y el descenso de la distensibilidad pulmonar, trayendo todo ello como consecuencia la taquipnea, signo más característico de este cuadro. (4, 17)

Clínicamente estas dos entidades se diferencian, en que la TTRN se caracteriza por un cuadro de dificultad respiratoria presente desde el nacimiento o en las 2 horas posteriores, la clínica puede agravarse en las primeras 6-8 horas, para estabilizarse a partir de las 12-14 horas, y el Distres respiratorio leve clínicamente se manifiesta por taquipnea y retracciones leves que están presentes desde el nacimiento. No se observan signos de infección y la clínica se normaliza al cabo de 6-8 horas. (4)

- El SDR, se produce por déficit de surfactante pulmonar. Afecta sobre todo a los RN pretérmino, y su incidencia es tanto mayor cuanto menor es la edad gestacional. (18)
- La asfixia perinatal (APN), esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa. El 26% de los pacientes con APN, pueden presentar manifestaciones pulmonares, siendo frecuente la taquipnea compensadora de la acidosis en las primeras horas. Ocasionalmente se observa un distrés respiratorio leve-moderado compatible con hipertensión pulmonar transitoria (19, 20).
- El SAM las pequeñas partículas de meconio en las vías aéreas, producen un mecanismo valvular de obstrucción, una reacción

inflamatoria en los pulmones y una inactivación del surfactante que constituyen la etiopatogenia del SAM. <sup>(18)</sup>.

- La neumonía neonatal: Entre los gérmenes que producen con mayor frecuencia neumonías en este periodo se encuentran *S. agalactiae*, Bacilos entéricos gram negativos, *L. monocytogenes*, *C. trachomatis*. <sup>(4,21)</sup>.
- La Displasia Broncopulmonar (DBP) es una enfermedad pulmonar crónica que, como consecuencia de múltiples factores, añadidos a la inmadurez de la vía aérea, provoca una disminución del crecimiento pulmonar, tanto de la vía aérea como de los vasos pulmonares, dando lugar a una limitación en la función respiratoria de grado variable. <sup>(22)</sup>
- HTPP es un síndrome de insuficiencia respiratoria aguda caracterizado por la elevación sostenida de la resistencia vascular pulmonar (RVP) asociada ésta con la resistencia vascular sistémica normal o baja. <sup>(23)</sup>

La relevancia de conocer la prevalencia de las patologías respiratorias en los recién nacidos pretérminos tardíos, radica en el conocimiento y profundización de las características propias y el comportamiento de estos pacientes, sobre todo por el hecho de que los pretérminos tardío han experimentado un incremento en frecuencia en los últimos años y la mayoría de las investigaciones de prematuridad se hacen en los de menor edad gestacional, a pesar de que los PTT representan mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con los RNAT por su inmadurez, es por lo que resulta interesante estudiar a los pretérminos tardíos y a los nacidos a término ingresados a la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Enero 2012 a Diciembre 2014.

Considerando que actualmente se conocen muy pocos datos en el estado Carabobo y en Venezuela de la morbilidad respiratoria de estos pacientes y que el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” es actualmente una institución que recibe gran número de pacientes de la región central del país; este trabajo servirá como referencia para establecer dicha estadística y además evaluar cómo se comportaron estos pacientes en la institución.

El objetivo general de esta investigación fue determinar la presencia de patologías respiratorias en neonatos pretérminos tardíos y a término, atendidos en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Enero 2012 a Diciembre 2014.

Para lo cual se establecieron como objetivos específicos: Clasificar a los neonatos preterminos tardíos y a término con presencia de patologías respiratorias según sexo y peso al nacer, identificar el tipo de patología respiratoria más frecuente en los neonatos preterminos tardíos y a término, comparar la terapéutica usada en las patologías respiratorias en neonatos preterminos tardíos y a término, comparar la respuesta al tratamiento usado en las patologías respiratorias en neonatos preterminos tardíos y a término atendidos en la unidad de neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Investigación de tipo observacional - descriptivo ya que describe las características y rasgos importantes de un fenómeno analizado, siendo en este caso las patologías respiratorias de los recién nacidos pretérmino tardío y los recién nacidos a término. El diseño es no experimental ya que se realizó sin manipular las variables; según la temporalidad, es transversal y retrospectiva pues la información se obtuvo de datos recopilados con anterioridad contenidos en la historia clínica de los sujetos que conformaron la muestra final.

La población la conformaron todos los Recién nacidos ingresados al servicio de neonatología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014, la cual estuvo representada 3.397 neonatos, la muestra de tipo no probabilística opinática, la conformaron 406 historias de todos los recién nacidos con edad gestacional entre de 34 semanas y 41 semanas más 6 días, que presentaron patologías respiratorias durante las primeras 48 horas de hospitalización como criterio de inclusión.

Se excluyeron aquellas historias que no contenían los datos completos para la correcta obtención de los resultados.

La técnica para la recolección de los datos fue la revisión documental de historias clínicas y se empleó como Instrumento para la búsqueda de la información una ficha de registro, que contenía el listado de las variables a estudiar y validada por dos expertos en el área (Anexo 1)

Se clasifico a los pacientes de acuerdo a sexo y el peso para la edad gestacional, según la Academia Americana de Pediatría, definiendo así como recién nacido de bajo peso (PEG), cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación. De

peso adecuado (AEG), cuando el peso corporal se encuentre entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación y de peso alto (GEG) cuando el peso corporal fue mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. <sup>(27)</sup>

Una vez recopilados los datos, la información fue resumida en una tabla maestra en Microsoft® Excel. Los resultados se presentaron en cuadros de distribución de frecuencias (absolutas y porcentajes) y tablas de asociación según los objetivos específicos propuestos. Para el análisis de las variables cuantitativas se calculó la media aritmética  $\pm$  error típico, desviación típica, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación. Para comparar las mediana de días de oxigenación, de CPAP, ventilación mecánica y hospitalización se utilizó la prueba W Mann Withney (Wilcoxon) y para asociar las variables a partir de los intervalos propuestos según los grupos de estudio se utilizó la prueba no paramétrica de chi cuadrado para independencia de variables, adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ( $P < 0,05$ ). Para tales fines se empleó el procesador estadístico SPSS versión 20.

## RESULTADOS

En el lapso de tiempo estudiado, se ingresaron 3.397 pacientes a la unidad de neonatología; 3.157 RNAT y 240 neonatos pretérminos, de los cuales ingresaron 406 pacientes por presentar patologías respiratorias representando una prevalencia de 11,95 por cada 100 pacientes ingresados a la unidad de neonatología en el periodo comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2014. De los 406 pacientes con patologías respiratorias un 80,30% (326 casos) eran RN a términos mientras que un 19,70% era pretérminos tardíos (80 casos).

El promedio edad gestacional registrado fue de 37,8 sem  $\pm$  0,08, con una mediana de 38 semanas, con un mínimo de 34 semanas y máximo de 41 semanas, con un coeficiente de variación de 4% (serie homogénea entre sus datos). El sexo predominante en los neonatos a término fue el masculino (65,34%=213 casos) y en los pretérmino tardíos el femenino (61,25%= 49 casos). (Ver tabla N° 1)

Con respecto al peso, se constató que entre los a términos predominaron los clasificados como adecuados para la edad gestacional (77,91%) de igual forma entre los pretérminos tardíos donde fueron más frecuentes los adecuados para la edad gestacional (52,5%= 42 casos), seguidos de los pequeños para la edad gestacional (47,5%= 38 casos). (Ver tabla N° 1)

La patología respiratoria más frecuente como causa de dificultad respiratoria en los neonatos estudiados fue la asfixia perinatal, representando un 60,34% de la muestra en estudio (245 casos), 60,12% en los RN a término (196 casos) y un 61,25% en los RN pretérminos tardío. (Ver tabla N° 2)

La segunda patología más frecuente a nivel muestral fue el distrés respiratorio leve (13,55%= 55 casos) y en tercer lugar la Taquipnea transitoria del recién nacido (13,05%= 53 casos), la cual fue la segunda más frecuente entre los recién nacido a término (14,72%=48). En los recién nacidos pretérminos tardío la segunda patología más frecuente fue el síndrome de distrés respiratorio (10 casos), seguida del Distres respiratorio leve (9 casos). (Ver tabla N°2)

Todos los pacientes fueron sometidos a oxigenoterapia (406 casos). En 9,35% de los neonatos se aplicó presión positiva continua de las vías aéreas, siendo más frecuente entre los RN pretérminos tardíos (25%= 20 casos) y 2,46% (10 casos) se les administró ventilación mecánica, siendo más frecuente en los pretérminos tardíos (7 casos). (Ver tabla N°3)

El promedio de días recibiendo oxigenoterapia fue de 2,61 días  $\pm$  0,09, con una mediana de 2 días, un registro mínimo de 1 día y máximo de 14 días, con un rango intercuartílico de 2 días. Donde los RN a término registraron una mediana de 2 días, un registro mínimo de 1 día y máximo de 10 días, mientras que en los pretérminos tardíos, la mediana de oxigenación fue de 3 días, sin diferencias en los valores extremos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de días de oxigenación según los grupos de estudio ( $P < 0,05$ ) (Ver tabla N°3)

La mayoría de los pacientes recibieron oxigenación entre 1 y 4 días, (88,92%= 361 casos). Siendo el intervalo más frecuente para los RN a términos (90,78%= 296 casos) y en los pretérminos tardíos (81,25%= 65 casos). Encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre los intervalos de días de oxigenación y los grupos en estudio ( $X^2= 6,06$ ; 2 gl;  $P= 0,0483 < 0,05$ ) (Ver tabla N°3)

De los pacientes sometidos a CPAP (38 casos) se registró promedio de días de 3,81 días  $\pm$  0,32, una mediana de 3 días, con un registro mínimo de 1 día

y máximo de 10 días, con un rango intercuartílico de 2 días. Donde los RN a término (18 casos) registraron una mediana de 4 días con un mínimo de 2 y un máximo de 7, mientras que los pretérminos tardíos sometidos a CPAP (20 casos) registraron una mediana de 3 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 10. No encontrándose diferencias estadísticamente significativa entre los grupos de estudio ( $P > 0,05$ ) (Ver tabla N°3)

Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 1 y 3 días de CPAP (21 casos), siendo el intervalo más frecuente entre los pretérminos tardíos (13/20), sin diferencias estadísticamente significativas en los grupos en estudio ( $X^2= 1,62$ ; 2 gl;  $P= 0,4442 > 0,05$ ) (Ver tabla N°3)

De los 10 pacientes sometidos a ventilación mecánica, se registró un promedio de 4,9 días  $\pm 0,50$ , con una mediana de 5 días, con un valor mínimo de 3 y máximo de 7 y un rango intercuartílico de 3 días. Los RN a término ( $n=3$ ) registraron una mediana de 7 días, con valores máximo y mínimos igual al del promedio. En los pretérminos tardíos ( $n=7$ ) la mediana fue de 5 días, con un registro mínimo de 3 días y máximo de 6 días, sin diferencias significativas, entre los grupos, ( $P > 0,05$ ) (Ver tabla N° 3)

Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 3 y 6 días de VM (6 casos), siendo más frecuentes en los RN pretérminos tardíos (5/7), sin asociación estadísticamente significativa entre grupos. ( $X^2= 0,18$ ; 1 gl;  $P= 0,6726 > 0,05$ ) (Ver tabla N° 3)

La mayoría de los pacientes fueron dados de alta 98,2% (398 casos) y de los 8 fallecidos fueron más frecuentes los pretérminos tardíos (6 casos= 7,5%). (Ver tabla N° 4)

En lo correspondiente a los días de hospitalización se registró un promedio de 10,90 días  $\pm 0,43$ , una mediana de 8 días de hospitalización, con un registro mínimo de 1 día, un máximo de 60 días y un rango intercuartílico de

10 días. Donde los RN a término registraron una mediana de 7 días de hospitalización, un registro mínimo de 1 día y un máximo de 34 días, mientras que los pretérminos tardíos registraron una mediana hospitalización mayor de 15 días, un registro mínimo de 2 días y un máximo de 60 días, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de días de hospitalización según los grupos de estudio ( $P < 0,05$ ) (Ver tabla N° 4)

Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 1 y 20 días de hospitalización (88,18%= 358 casos), siendo el intervalo más frecuente en ambos grupos: a términos (92,94%= 303 casos) y pretérminos tardíos (68,75%= 55 casos), seguidos de aquellos con 21 y 40 días de hospitalización (27,5%). Encontrándose una asociación estadísticamente significativa entre los intervalos de días de hospitalización y los grupos en estudio ( $X^2= 40,71$ ; 2 gl;  $P= 0,0000 < 0,05$ ) (Ver tabla N° 4)

## DISCUSIÓN

De 3.397 neonatos que fueron ingresados a la unidad de Neonatología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante, Enero de 2012 a Diciembre de 2014; 406 recién nacidos presentaron patologías respiratorias; registrándose mayor frecuencia de los neonatos a término 80,30% (326 casos) que de los pretérminos tardíos 19,70% (80 casos). Esto se presenta similar a la literatura revisada, como el estudio realizado por Marrocchella y cols en el año 2014 en Italia, y por Pradeep y cols en el 2013 en New York, donde se encontró mayor frecuencia de los recién nacidos a término que de los neonatos preterminos tardíos empleados como muestra de estudio.<sup>(7,11)</sup>.<sup>(24)</sup> Consideramos que aunque la frecuencia de los RNAT aparenta ser más elevada que la de los PTT, los ingresos de estos pacientes representaron el 33% del total de todos los neonatos preterminos ingresados a la unidad de neonatología, lo que nos refleja el riesgo que presentan estos pacientes de presentar patologías respiratorias.

Considerando el sexo; se encontró en esta investigación que en los RNAT, el sexo predominante fue el masculino (65,34%) lo cual coincide con el estudio de Huiqing y cols en el año 2013 en la República de China donde se concluyó que el sexo masculino es más vulnerable a padecer problemas respiratorios que el sexo femenino.<sup>(25)</sup> Con respecto a los neonatos PTT el sexo femenino fue el predominante (61,25%), encontrando diferencias con respecto a los estudios revisados, como el de Islas y colaboradores en el 2013 en México, y Furzan y Cols en el 2009 en Venezuela, donde el sexo predominante en los preterminos tardíos fue el sexo masculino. <sup>(1, 16)</sup>

Con relación al peso, en nuestro estudio los RNAT fueron más frecuentes los de peso adecuado para la edad gestacional, encontrándose similitud con otros estudios; <sup>(16,26)</sup>, pero es importante resaltar que 14,11% de estos pacientes fueron PEG, cifra que no puede obviarse y que probablemente

contribuyó en la aparición de problemas respiratorios en este grupo. En el grupo de los PTT, se presentó con mayor frecuencia aquellos recién nacidos clasificados como AEG, sin embargo también se encontró una elevada frecuencia de neonatos pequeños para edad gestacional, lo cual se asemeja con el estudio realizado por Islas y Cols donde la mayoría de los preterminos tardíos estudiados presentaron bajo peso al nacer. <sup>(1)</sup> Lo que demuestra que el bajo peso para la edad gestacional se encuentra estrechamente relacionado con el riesgo de presentar alguna patología respiratoria en los neonatos. Es importante conocer que un grupo significativo de neonatos en esta institución presenta bajo peso para la edad gestacional y así buscar soluciones a esta problemática, ya que en Venezuela la mayoría de las muertes en el periodo neonatal son recién nacidos con peso menor a 2.500gramos. <sup>(10)</sup>

La patología respiratoria más frecuente en los neonatos estudiados fue el la asfixia perinatal como causa de dificultad respiratoria, representando 60,34% de la muestra en estudio siendo la patología más frecuente para ambos grupos. Sin embargo, no se encontraron investigaciones donde se establezca la frecuencia de hospitalizaciones por esta patología en ninguno de los dos grupos estudiados, a pesar de que es bien sabido que la incidencia de la asfixia perinatal severa es cerca de 1 x 1.000 nacidos vivos en los países en vía de desarrollo, <sup>(8)</sup> y que un 26% de los pacientes con diagnóstico de asfixia perinatal presentan manifestaciones pulmonares como dificultad respiratoria, y mayores requerimientos de oxígeno. <sup>(19)</sup> Esta elevada frecuencia de asfixia perinatal probablemente se deba a que el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” atiende a gran parte de la población carabobeña de alto riesgo prenatal, lo que aumenta el riesgo de sufrimiento fetal y de asfixia.

En el grupo de los RNAT, se identificó como la segunda patología respiratoria más frecuente la TTRN (48 casos), seguida por el distres

respiratorio leve. Por otra parte, en el grupo de los preterminos tardíos, la segunda patología más frecuente fue el SDR, seguida por el Distres respiratorio leve y la TTRN. Similares resultados fueron los obtenidos por la mayoría de los estudios revisados donde la TTRN representa un gran número de ingresos a las unidades de neonatología en ambos grupos. <sup>(1,15)</sup> De igual manera se refleja en la literatura revisada, donde los neonatos preterminos tardíos tuvieron un riesgo significativamente superior, de presentar SDR y TTRN; <sup>(16, 24)</sup> esto probablemente debido a que los PTT, pueden presentar inmadurez en relación al aclaramiento del líquido pulmonar y a la relativa deficiencia de surfactante pulmonar. Resulta interesante conocer otros factores de riesgo asociados a la TTRN en ambos grupos de pacientes, conociendo que se relaciona con la resolución de embarazo por cesáreas, la diabetes gestacional, entre otros.

Con respecto a la terapéutica todos los pacientes estudiados ameritaron oxigenoterapia, siendo los PTT los que ameritaron durante más días oxigenoterapia, coincidiendo con la literatura y comprobando que los PTT por su inmadurez, tienen más posibilidades de permanecer más días recibiendo oxigenoterapia que los RNAT. <sup>(26)</sup>

Por otra parte, pudimos observar que 9,35% de los pacientes ameritaron el uso de CPAP siendo más frecuente en los preterminos tardíos, comparándose así con la gran mayoría de los trabajos estudiados para nuestra investigación, donde los preterminos tardíos en comparación con los a término ameritaron en mayor frecuencia el uso de CPAP <sup>(7, 24)</sup>

Este estudio ayuda a confirmar que los PTT constituyen un importante número de admisiones UCIN y demuestra que estos niños tienen un mayor riesgo de complicaciones respiratorias en comparación con los recién nacidos a término ya que en relación a la necesidad de ventilación mecánica en nuestro estudio, pudimos determinar que los preterminos tardíos

ameritaron en mayor frecuencia ventilación mecánica, esto se asemeja con los resultados obtenidos por Natilie y cols ya que ellos concluyeron que el riesgo de ventilación mecánica aumenta significativamente para los preterminos tardíos, al igual que en el estudio realizado por Huiqing y cols, donde se determinó que el uso de ventilación mecánica fue más frecuente en los recién nacidos preterminos tardíos que en los RNAT. Al igual que El trabajo de Furzan y cols en el 2009, en Venezuela, donde el 31% de los preterminos tardíos requirieron ventilación mecánica. <sup>(12, 16, 25)</sup>.

La mayoría de los pacientes que conformaron la muestra fueron dados de alta, permaneciendo con mayor frecuencia de 1 a 20 días hospitalizados, encontrándose una diferencia significativa entre ambos grupos, en la cual los PTT fueron los que más días de hospitalización ameritaron, coincidiendo así con la mayoría de la literatura revisada para esta investigación. <sup>(12, 26)</sup> Esto debido a las características fisiológicas y metabólicas de los PTT, a su inmadurez neurológica e inmunológica y que además tienen una respuesta compensatoria limitada al medio ambiente de la vida extrauterina, comparado con el neonato a término, ocasionando así que presenten complicaciones no sólo respiratorias sino metabólicas e infecciosas que condicionan que su estadía hospitalaria sea más larga, que la de los RNAT.

Con respecto a la mortalidad, fue más elevada en los PTT que en los RNAT, Al igual que el estudio de Natilie y cols donde la tasa de mortalidad fue de 0,6 % en los preterminos tardíos y de 0,08 % en los a término, sin embargo las causas de las muertes, estuvieron asociadas a anomalías congénitas y sepsis, al igual que en el trabajo de Furzan y cols donde la tasa de mortalidad fue del 13,6% de la cual el 5.4% fue a causa de asfixia al nacer y complicaciones respiratorias. <sup>(12, 16)</sup>.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con este estudio se pudo concluir que, la mayor frecuencia de ingresos con patologías respiratorias estuvo representada por las recién nacidos a término, sin embargo los PTT ingresados, representaron el 33% de todos los preterminos ingresados en la unidad de neonatología. Predomino el sexo masculino en los RNAT, mientras que en el grupo de los PTT prevaleció el sexo femenino. La gran mayoría de RNAT que conformaron la muestra estudiada presento un peso adecuado para la edad gestacional y los PTT no hubo una marcada diferencia con respecto a los AEG y PEG. Sin embargo un gran número de neonatos en ambos grupos fueron PEG.

La patología que se presentó con mayor frecuencia en ambos grupos fue el la asfixia perinatal como causa de dificultad respiratoria.

Con respecto a la terapéutica empleada, para los diferentes grupos se pudo conocer mediante la realización de este estudio, que ambos grupos ameritaron oxigenoterapia con un rango de 1 a 4 días como promedio; encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de días de oxigenación según los grupos de estudio, en la cual los PTT meritaron más días de oxigenoterapia que los RNAT.

Con relación al uso del CPAP y a la ventilación mecánica se concluyó que los PTT ameritaron esta terapéutica con mayor frecuencia.

En lo correspondiente a los días de hospitalización se registró una diferencia significativa entre ambos grupos con frecuencia de días de hospitalización de 1 a 20 días de hospitalización, con un registro mínimo de 1 día y un máximo de 60 días para los PTT, siendo estos los que mayor estancia hospitalaria ameritaron. Se registró una mortalidad de 1.97%, siendo mayor en los PTT que en los RNAT

En la muestra estudiada se confirma que los PTT presenta un riesgo significativo de desarrollar una enfermedad pulmonar, y que además poseen mayor riesgo de complicaciones como más días de hospitalización, más días de oxigenoterapia y CPAP y mayor riesgo de ventilación mecánica, información que debe ser usada para erradicar la percepción errónea de algunos obstetras y pediatras sobre las escasas complicaciones de los PTT.

Se recomienda además ampliar los estudios en Venezuela, sobre los pacientes con patologías respiratorias, sobre todo en los preterminos tardíos, ya que hay escasas investigaciones en este grupo de neonatos, para así lograr conocer su comportamiento no solo en las patologías respiratorias, sino en otro tipo de complicaciones que pueden presentar por su inmadurez, y así garantizar su atención adecuada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Islas L, González P, Cruz J, Verduzco M. Prematuro tardío: morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. ELSEVIER [Internet]. 2013 [citado 03 Feb 2014]; 76 (01). Disponible en: [http:// www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-resumen-prematuro-tardio-mortalidad-unidad-90195620](http://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-resumen-prematuro-tardio-mortalidad-unidad-90195620).
2. Romero S, Arroyo L, Reyna E. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum 2010; 24 (2): 124-130.
3. McIntire D, Leveno K. Neonatal Mortality and Morbidity Rates in Late Preterm Births Compared With Births at Term. Obstetrics & Gynecology. 2008; 111 (1): 35-41
4. Coto GD, López J, Fernández B, Álvarez F, Ibáñez A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. En Asociación Española de Pediatría [libro electrónico]. España; 2008 [Citado 02 Jun 2014]. 285 -305. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
5. Anselmo A, Valverde J. Sociedad española de pediatría. Manual de Neumología Pediátrica. España: panamericana; 2011.
6. Rodríguez S, García C, Paz M. El recién nacido prematuro. En Asociación Española de Pediatría [libro electrónico]. España; 2008 [Citado 02 Jun 2014]. 68 -77. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).
7. Pradeep VM, Hendricks MK, Bailey S. Incidence and Etiology of Late Preterm Admissions to the Neonatal Intensive Care Unit and Its Associated Respiratory Morbidities When Compared to Term Infants. Am J Perinatol [Internet]. 2013 [citado 01 Ene 2015]; 30 (5): 425-432. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23096053>.
8. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo J, Craig R, y col. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la

morbilidad y mortalidad maternas Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2010 [citado 29 Nov 2014]; 88 (1):80. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>

9. Delivernow.org [Internet]. Chile: OPS y CLAP; 2009 [citado 01 Mar 2015]. [www.delivernow.org](http://www.delivernow.org). Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf).
10. Boletín Epidemiológico del MPPS 2014 [Internet]. Caracas: MPPS. (1) c2014. [citado 28 Feb 2015]. Disponible en: [http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com\\_phocadownload&view=section&id=4:boletin-epidemiologico&Itemid=915](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=section&id=4:boletin-epidemiologico&Itemid=915).
11. Marrocchella S, Sestilli V, Indraccolo U, Rosario F, Castellana L, Masticci A. Late preterm births: a retrospective analysis of the morbidity risk stratified for gestational age. SpringerPlus [Internet]. 2014 [Citado 10 Ene 2015]; 3 (114): 1 – 4. Disponible en: <http://www.springerplus.com/content/3/1/114>.
12. Natile M, Ventura M, Colombo M, Bernasconi M, Locatelli A, Plevani C. Short-term respiratory outcomes in late preterm infants. *ijponline* [Internet]. 2014 [Citado 10 Ene 2015]; 40 (52): 1 - 10. Disponible en: <http://www.ijponline.net/content/40/1/52>.
13. Hibbard J, Wilkins I, Sun I, Gregory K, Haberman S, Hoffman M. Respiratory Morbidity in Late Preterm Births. *NIHPA* [Internet]. 2010 [Citado 07 Feb 2015]; 304(4): 419–425. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
14. Medoff B, Holditch D, Verklan T, Fraser D, Lamp J, Santa A. Newborn Clinical Outcomes of the AWHONN Late Preterm Infant Research-Based Practice Project. *JOGNN* [Internet]. 2012 [Citado 02 Dic 2015]; 41 (6): 774 – 785. Disponible en: <http://jognn.awhonn.org>.
15. Araújo B, Zatti H, Madi J, Brussius CM, Bertoletti FO, Travi CC. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn

infants. J Pediatr [Internet]. 2012 [Citado 10 Dic 2014]; 88 (3): 259 – 266. Disponible en: [http:// http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2196](http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2196).

16. Furzán J, Sánchez H. Recién nacido prematuro tardío: Incidencia y morbilidad neonatal precoz. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2009 [Citado 10 Ago 2014]; 72 (2). Disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406492009000200005&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406492009000200005&script=sci_arttext&tIng=en).
17. Baquero H, Galindo J. Respiración y circulación fetal y neonatal Fenómenos de adaptabilidad. 2010; CCAP 1 (5): 5 – 15.
18. Pérez J, Elorza D. Dificultad respiratoria en el recién nacido. An Pediatr Contin [Internet]. 2015 [Citado el 03 Mar 2015]; 1(2):57-66. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com>.
19. Torres J, Rojas C. Asfisia perinatal. CCAP [Internet]. 2012 [Citado 12 Dic 2014]; 9 (3): 17 – 20. Disponible en: [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_9\\_vin\\_3/Precop\\_9-3-B.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-B.pdf).
20. García A, Martínez M, Arnaez J, Valverde E, Quero J. Asfisia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. En Asociación Española de Pediatría [libro electrónico]. España; 2008 [Citado 08 Jun 2014]. 243 -252. Disponible en: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
21. Hospital Infantil de México “FEDERICO GOMEZ”. Neumonía congénita, organismo no especificado. 2011.
22. Sánchez L, Moreno H, Botet M, Fernández L, Herranz C, Rite G. Displasia broncopulmonar: definiciones y clasificación. anpedi [Internet]. 2013 [Citado 01 Nov 2014]; 79 (4). Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/displasia-broncopulmonar-definiciones-clasificacion/S1695>
23. Gasque J. Hipertensión pulmonar persistente en niños recién nacidos. Conceptos recientes. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2014 [Citado 12 Nov

2014]; 81(5): 183-193. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/rmp>.

24. Demestre X, Raspall F, Martínez S, Vila C, Elizari M, Sala P. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. *An Pediatr.* 2009; 71(4): 291-298.
25. Huiqing F, Hong X, Wenqing K, Qiongdan B, Yinghui Z, Chongchen Z, y col. Characteristics of Respiratory Distress Syndrome in Infants of Different Gestational Ages. *Lung.* 2013; 191 (5):425–433
26. Moreno H, Rangel H, Arce C, Valdovinos S, Méndez D. Morbilidad a corto plazo de recién nacidos en el periodo pretérmino tardío. *Ginecol Obstet Mex.* 2011; 79(3):116-124.
27. Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev Mex Pediatr.* 2012; 79(1); 32-39

## Anexos

### TABLA N° 1

**CLASIFICACIÓN DE LOS NEONATOS PRETERMINOS TARDIOS Y A TERMINO POR SEXO Y PESO SEGÚN EDAD GESTACIONAL. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. 2012 - 2014.**

<b>Edad gestacional</b>	<b>A termino</b>		<b>Pre termino tardío</b>		<b>Total</b>	
<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Femenino	113	34,66	49	61,25	162	39,90
Masculino	213	65,34	31	38,75	244	60,10
<b>Peso al nacer</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
PEG	46	14,11	38	47,5	84	20,69
AEG	254	77,91	42	52,5	296	72,91
GEG	26	7,98	0	0	26	6,40
Total	326	100	80	100	406	100

**Fuente:** Datos Propios de la Investigación (Olivares; 2015)

**TABLA N° 2**

**TIPO DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA MÁS FRECUENTE EN LOS RECIÉN NACIDOS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. 2012-2014.**

Edad gestacional	A término		Pretérmino tardío		Total	
	F	%	f	%	f	%
<b>Patología respiratoria</b>						
Asfixia perinatal como causa de dificultad respiratoria	196	60,12	49	61,25	245	60,34
Distres respiratorio Leve	46	14,11	9	11,25	55	13,55
Taquipnea transitoria del recién nacido	48	14,72	5	6,25	53	13,05
Síndrome de aspiración meconial	20	6,13	0	0	20	4,93
Neumonía	14	4,29	3	3,75	17	4,19
Síndrome de distrés respiratorio	0	0	10	12,5	10	2,46
Neumonía + Hipertensión Pulmonar del recién nacido	0	0	3	3,75	3	0,74
Asfixia + Hipertensión Pulmonar del recién nacido	2	0,61	0	0	2	0,49
Síndrome de distrés respiratorio + Hipertensión Pulmonar del recién nacido	0	0	1	1,25	1	0,25
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos Propios de la Investigación (Olivares; 2015)

**TABLA N° 3**

**TERAPÉUTICA USADA EN LAS PATOLOGÍAS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERIODO ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.**

<b>Edad gestacional</b>	<b>A término</b>		<b>Pretérmino tardío</b>		<b>Total</b>	
<b>Tratamiento</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Oxigenoterapia	326	100	80	100	406	100
Presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP)	18	5,52	20	25	38	9,35
Ventilación mecánica	3	0,92	7	8,75	10	2,46
<b>Días oxigenación</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 – 4	296	90,78	65	81,25	361	88,92
5 – 8	25	7,67	13	16,25	38	9,36
>8	5	1,53	2	2,5	7	1,72
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
Mediana	2		3		W=15413,5 P= 0,0092	
<b>Días CPAP</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 – 3	8	21,05	13	34,21	21	51,22
4 – 6	7	18,42	5	13,16	12	29,27
>6	3	7,89	2	5,26	5	12,20
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>47,37</b>	<b>20</b>	<b>52,63</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
Mediana	4		3		W = 130,0 P = 0,1376	
<b>Días ventilación mecánica</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
3 – 5	1	10	5	50	6	60
6 – 7	2	20	2	20	4	40
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Mediana	7		5		W = 6,0 P= 0,3515	

**Fuente:** Datos Propios de la Investigación (Olivares; 2015)

TABLA N° 4

COMPARAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO RECIBIDO PARA LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO TARDÍO Y A TÉRMINO. NEONATOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERIODO ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.

Edad gestacional	A término		Pre termino tardío		Total	
<b>Evolución</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alta	324	99,39	74	92,5	398	98,2
Defunción	2	0,61	6	7,5	8	1,97
<b>Días de hospitalización</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1 – 20	303	92,94	55	68,75	358	88,18
21 – 40	23	7,06	22	27,5	45	11,08
41 – 60	0	0	3	3,75	3	0,74
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
Mediana	7		15		W = 18698,0 P= 0,0000	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Olivares; 2015)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
 PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN NEONATOS PRETERMINOS TARDIOS Y  
 NEONATOS A TÉRMINO. UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL  
 UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE" ENERO 2012 A DICIEMBRE 2014.**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

<b>Numero de historia</b>			<b>Edad de gestación</b>	RN Pretermino tardío Semanas:	
<b>Sexo</b>	Fem	Masc		RNAT	Semanas:
<b>Peso</b>	Adecuado para la edad gestacional				
	Pequeño para la edad gestacional				
	Pequeño para la edad gestacional				
<b>Patologías respiratorias</b>					
Distres respiratorio leve			Asfixia perinatal como causa de dificultad respiratoria		
SDR			TTRN		
Neumonía			Apnea		
SAM			HPPRN		
DBP			Escape aero		Cual:
<b>Tratamiento</b>					
Oxigenoterapia			Duración		
CPAP			Duración		
Surfactante pulmonar			Duración		
Ventilación mecánica			Duración		
Otro			Duración		
<b>Días de Hospitalización</b>			<b>Muerte</b>	SI	
				NO	
<b>Egreso</b>	SI		Observaciones		
	NO				

