



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



**CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA  
TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL  
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN, PUNO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ  
2025



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

**CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA  
TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL  
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN, PUNO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:


**Bach. HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE**


PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE :   
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO :   
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO :   
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS :   
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA HUMANA – P09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 821 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 7598 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

CONSIDERANDO:

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

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

SE RESUELVE:

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **LOPEZ CHOQUE HEIDY MAYUMI** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- \* **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- \* **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA

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

**DIA** : VIERNES 03 DE OCTUBRE DEL 2025  
**HORA** : 14:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

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

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

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2025(1)



**RESOLUCIÓN N° 032-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 25 de agosto del 2025

**Visto:** el Expediente N° 6103 de fecha 14 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach. **LOPEZ CHOQUE HEIDY MAYUMI**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

**CONSIDERANDO:**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- \* **Asesor** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 256-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**, presentado por el (la) Bach. **LOPEZ CHOQUE HEIDY MAYUMI**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**

**ARTICULO TERCERO.** - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Signature]*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN N° 065-2025-CF-FCS-UANCV

Juliaca, 11 de agosto del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 001-2025-D-UI-FCS-UANCV-J, presentado por la Dra. María Concepción Figueroa Vilca, Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; con el documento visto, ha solicitado autorización para que se determine quién firme en reemplazo de los docentes suspendidos y en cese de actividades docentes, que estén programados en todos los procesos de investigación de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Que, el pleno del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, en su sesión ordinaria de fecha 07 de agosto del 2025, teniendo en cuenta lo manifestado en el documento del vistos; **ACORDÓ** autorizar que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**, reemplacen a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todo los procesos de sustentaciones y otros, de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Estando, al acuerdo del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, de conformidad a lo establecido por la Ley Universitaria N° y la Resolución 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738, y modificatoria N° 24661, y la Resolución N° 219-2025 UANCV -CU -R y las facultades que le otorga a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR** que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA REEMPLACEN** a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todos los procesos de investigación y otros, que involucran a los estudiantes y egresados, para que puedan continuar con sus trámites correspondientes, por los considerandos expuestos en la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO: DISPONER**, que la Decana de la Facultad, la Comisión de Grados y Títulos y la Comisión de Investigación y la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución: Decanato, Comisión de Grados y Títulos, Archivo  
GBAU/pct



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
*Gabriela Betty Arias Luque*  
Dra. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 256 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 30 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 021 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 29 de abril de la E.P. de Medicina Humana a folio 000075;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **LOPEZ CHOQUE HEIDY MAYUMI** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA – P09**

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

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

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 622-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

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

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **LOPEZ CHOQUE HEIDY MAYUMI**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado : **CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

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

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

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

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaría Académica, Archivo.



## 16% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

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

### Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

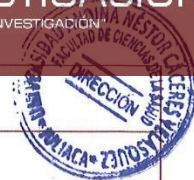
Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

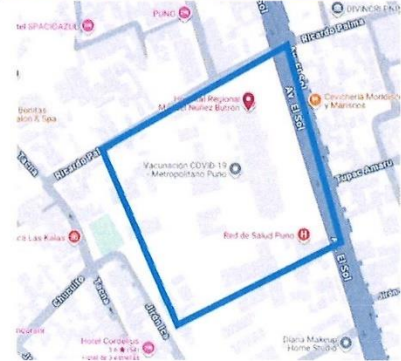
Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



**METADATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>Título de la tesis</b>	
<b>CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73854833
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-8131-6065">https://orcid.org/0009-0003-8131-6065</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-8164-4833">https://orcid.org/0000-0001-8164-4833</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Puno  <b>Distrito:</b> Puno  <b>Edificio:</b> HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO  Av. El Sol  <b>Coordenadas</b>  <b>Latitud:</b> 15° 50' 36"  <b>Longitud:</b> 70° 1' 20"  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1d887aGGJuBZuXp51-VqYPwlmf1AkIAM&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1d887aGGJuBZuXp51-VqYPwlmf1AkIAM&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 – Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE Librería	<p><b>Medicina general, Medicina interna</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</a></p> <p><b>Obstetricia, Ginecología</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Figuerola*  
Dra. María Concepción Figuerola Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE, identificado con DNI Nro. 73854833, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:  
CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024

Asesorado por: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Es un tema original.

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

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

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

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

Juliaca 14 de OCTUBRE del 2025

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi querida y adorada familia, pilar fundamental de mi vida, a mi papá, Francisco, por su fortaleza y enseñarme a nunca rendirme, a mi mamá, Rosa Luz, sin tu abrazo, tu fe y tus desvelos, esto no existiría y a mis hermanas Grecia y Jennifer, con todo mi amor les dedico esta tesis, que es fruto de nuestro camino juntos, ustedes son mi razón, motivo y hogar, esta meta también es suya.



## AGRADECIMIENTO

A mi casa de estudios, que proporciono los saberes y oportunidades para crecer como profesional. y con un enorme sentimiento de gratitud dirigida a mi mentora quien me dio asesoría durante este proyecto que me proporciono su invaluable orientación y asertivas recomendaciones.



**ÍNDICE GENERAL**

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL ..... v

ÍNDICE DE TABLAS ..... viii

ÍNDICE DE FIGURAS ..... ix

RESUMEN ..... x

ABSTRACT ..... xi

INTRODUCCIÓN ..... xii

**CAPITULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

    1.1.1. Problema general ..... 3

    1.1.2. Problemas específicos ..... 3

1.2. JUSTIFICACIÓN..... 3

    1.2.1. Justificación Teórica ..... 3

    1.2.2. Justificación practica ..... 4

    1.2.3. Justificación metodológica..... 4

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 5

    1.3.1. Objetivo general ..... 5

    1.3.2. Objetivos específicos ..... 5

1.4. HIPÓTESIS..... 5

    1.4.1. Hipótesis general..... 5



1.4.2. Hipótesis específicas..... 6

1.5. VARIABLES ..... 6

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ..... 7

**CAPITULO II**

**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN ..... 8

    2.1.1. A Nivel Internacional ..... 8

    2.1.2. A nivel nacional ..... 11

    2.1.3. A nivel local ..... 17

2.2. MARCO TEÓRICO ..... 21

2.3. MARCO CONCEPTUAL ..... 36

**CAPITULO III**

**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN ..... 38

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN ..... 38

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN ..... 38

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA ..... 38

    3.4.1. Población ..... 38

    3.4.2. Muestra ..... 39

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN ..... 39

    3.5.1. Técnicas ..... 39

    3.5.2. Instrumentos ..... 40

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS ..... 40



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	41
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	41
3.8.1. Validez .....	41
3.8.2. Confiabilidad.....	41

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES .....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ANEXOS .....	77
ANEXO 1: Matriz de sistematización de datos.....	78
ANEXO 2: Matriz de consistencia .....	83
ANEXO 3: Instrumento:.....	85
ANEXO 4: Validación de instrumento.....	87
ANEXO 5: Autorización donde se realizó la investigación .....	96



ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Edad materna asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 42

**Tabla 2.** Paridad asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024..... 45

**Tabla 3.** Infección de tracto urinario materno asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos Del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 48

**Tabla 4.** Tipo de parto asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 51

**Tabla 5.** Sexo del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 54

**Tabla 6.** Peso del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos Del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 57

**Tabla 7.** Edad del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos Del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 60

**Tabla 8.** Apgar del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 63

**Tabla 9.** Resultado de taquipnea transitoria según el test de silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 66



ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Edad materna asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 43

**Figura 2.** Paridad asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024..... 46

**Figura 3.** Infección de tracto urinario materno asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 49

**Figura 4.** Tipo de parto asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 52

**Figura 5.** Sexo del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 55

**Figura 6.** Peso del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 58

**Figura 7.** Edad Del Recién Nacido Asociado A Taquipnea Transitoria En Recién Nacidos Del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 61

**Figura 8.** Apgar del recién nacido asociado a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 64

**Figura 9.** Resultado de taquipnea transitoria según el test de silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024 ..... 66



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los condicionantes de riesgo asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024. **Material y métodos:** Se trató de una investigación de tipo básico, con un nivel correlacional y un diseño no experimental de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se empleó la técnica del análisis documental y como instrumento ficha de recolección de datos. La muestra estuvo compuesta de 115 pacientes, se utilizó la prueba de  $X^2$  de Pearson para probar las hipótesis. **Resultados:** Dentro de los condicionantes maternos: la edad materna se asocia significativamente ( $p=0.023$ ) a la TTRN y el mayor porcentaje 57.4% presentaron madres jóvenes, el número de paridad se asocia significativamente ( $p=0.004$ ) a la TTRN y 50.4% tuvieron madres primíparas, la infección de tracto urinario materno se asocia significativamente ( $p=0.000$ ) a la TTRN, además 80% de los RN presentaron madres con ITU, el tipo de parto se asocia significativamente ( $p=0.010$ ) a la TTRN y el 57.4% nacieron por cesaría; dentro de los condicionantes fetales: el sexo del RN se asocia significativamente ( $p=0.004$ ) a la TTRN y el 50.4% fueron RN de sexo femenino, el peso ( $p=0.452$ ), edad ( $p=0.902$ ) y Apgar ( $p=0.185$ ) del RN no se asoció significativamente a la TTRN; los recién nacidos con taquipnea transitoria presentaron en mayor porcentaje 56.6% dificultad respiratoria leve. **Conclusiones:** Se determinó que los condicionantes de riesgo, especialmente los condicionantes maternos en su totalidad y el condicionante fetal del sexo se asociaron significativamente con la taquipnea transitoria de los recién nacidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno – 2024.

**Palabras clave:** Condicionantes, recién nacidos, riesgo y taquipnea transitoria.

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the risk factors associated with transient tachypnea in newborns at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital, Puno 2024. **Material and methods:** This was a basic type of research, with a correlational level and a non-experimental cross-sectional design with a quantitative approach. The documentary analysis technique was used and a data collection form was used as an instrument. The sample consisted of 115 patients, and Pearson's X2 test was used to test the hypotheses. **Results:** Within the maternal conditions: maternal age is significantly associated ( $p = 0.023$ ) to TTRN and the highest percentage 57.4% had young mothers, the number of parity is significantly associated ( $p = 0.004$ ) to TTRN and 50.4% had primiparous mothers, maternal urinary tract infection is significantly associated ( $p = 0.000$ ) to TTRN, in addition 80% of the RN had mothers with UTI, the type of delivery is significantly associated ( $p = 0.010$ ) to TTRN and 57.4% were born by cesarean section; Among the fetal determinants: the sex of the newborn was significantly associated ( $p=0.004$ ) with TTN, and 50.4% were female. The weight ( $p=0.452$ ), age ( $p=0.902$ ), and Apgar score ( $p=0.185$ ) of the newborn were not significantly associated with TTN; the highest percentage of newborns with transient tachypnea (56.6%) presented mild respiratory distress. **Conclusions:** It was determined that risk determinants, especially maternal determinants as a whole and the fetal determinant of sex, were significantly associated with transient tachypnea in newborns at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital, Puno, 2024.

**Keywords:** determinants, newborns, risk, and transient tachypnea



## INTRODUCCIÓN

La taquipnea transitoria del neonato es una patología del sistema respiratorio habitual en esta etapa, que se identifica por un ritmo ventilatorio acelerado y superficial, generalmente autolimitada, esto pasa en el primer instante de alumbramiento. Su origen está vinculado primordialmente con el retardo en la absorción de los líquidos presentes en el tejido pulmonar durante la vida intrauterina, lo cual impide una adecuada adaptación respiratoria posnatal. Aunque suele resolverse sin complicaciones graves, su aparición implica vigilancia clínica, posibles intervenciones médicas y prolongación de la estancia hospitalaria (1).

Diferentes variantes predisponentes han sido catalogadas como favorecedoras para la presentación de esta alteración respiratoria, abarcando la vía de nacimiento quirúrgica programada, la llegada anticipada al mundo y el género del niño, la macrosomía, y antecedentes maternos como diabetes gestacional o asma. Estos condicionantes pueden variar según el contexto geográfico, la cobertura de los sistemas médicos y los perfiles socioeconómicos y demográficos del grupo poblacional.

La presente tesis se desarrolla: CAPITULO I: Se expone la definición del fenómeno a estudiar, la validación del proyecto investigativo, finalidad del trabajo, premisa de investigación. CAPITULO II: Fundamento conceptual, estudios previos relacionados, base teórica. CAPITULO III: Estrategias metodológicas, estructura del proyecto, categoría investigativa, técnicas o procedimientos implementados. CAPITULO IV: Productos obtenidos e interpretación, conclusión, recomendación, bibliografía y anexos



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### **A nivel internacional**

El síndrome de mala adaptación pulmonar transitoria representa una de las causas más usuales de disfunción en el sistema respiratorio productos dados a luz en culminación y cercanos a finalizar, con una incidencia global que oscila entre el 0.3% y el 0.5% de todos los nacimientos vivos. Esta condición se manifiesta mediante taquipnea en el período neonatal temprano, relacionada primordialmente con la eliminación tardía del líquido amniótico retenido en los alvéolos. Aunque se trata de una patología autolimitada, puede requerir hospitalización, oxigenoterapia e incluso ingreso a unidades de UCI para neonatales. (2)

Estudios realizados en hospitales de alto nivel en América del Norte, Europa y Latinoamérica han evidenciado donde el parto quirúrgico electivo constituye el elemento de riesgo predominante, seguida por el sexo masculino, los prematuros leve (34–36 semanas), y la diabetes gestacional (DG). Por ejemplo, en un hospital de México, reportaron una prevalencia de taquipnea transitoria en recién nacidos (TTRN) del 29.24% en recién nacidos (RN) a



término que nacieron por cesárea durante un estudio realizado entre marzo y agosto de 2020. (3)

### **A nivel nacional**

En el Perú, la TTRN se erige como uno de los determinantes más comunes de morbilidad neonatal, generalmente en hospitales regionales y centros de referencia. MINSA manifiesta que las complicaciones pulmonares en neonatos representan una de las causas predominantes de admisión médica en el período de 72 horas iniciales de vida extrauterina, aunque la información específica sobre la TTRN aún es limitada en los sistemas de vigilancia nacionales.

Estudios peruanos, como los realizados en hospitales de Juliaca y Cusco, han identificado una prevalencia de TTRN entre 5% y 10% de los recién nacidos hospitalizados, asociada principalmente a cesáreas electivas, infecciones maternas del sistema genitourinario en el último tercio gestacional, y macrosomía fetal, la escasez del seguimiento estricto del control prenatal, en especial en zonas rurales o de difícil acceso, agrava la situación. (4)

### **A nivel local**

Puno, los RN enfrentan condiciones particulares. La hipoxia crónica de la altura, combinada con factores como la alta incidencia de cesáreas (más del 30% en algunos hospitales), el bajo acceso a controles prenatales de calidad y la presencia de enfermedades maternas no tratadas, incrementan el riesgo de presentar taquipnea transitoria. (5)

En el contexto regional de Puno, el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB), en un estudio realizado en el 2022, se reportó una alta frecuencia de TTRN asociada a diabetes gestacional, cesáreas sin trabajo de parto, edad



gestacional (EG) entre 37–38 semanas, y puntuaciones bajas de Apgar. Si bien no se publicó una tasa exacta de incidencia, se estimó que entre el 8% y 12% de los RN hospitalizados presentaban signos clínicos compatibles con TTRN. (19)

### 1.1.1. Problema general

**PG.** ¿Cuáles son los condicionantes de riesgo asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024?

### 1.1.2. Problemas específicos

**PE 1.** ¿Cuáles son los condicionantes maternos asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?

**PE 2.** ¿Cuáles son los condicionantes fetales asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?

**PE 3.** ¿Cuál es el resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

### 1.2.1. Justificación Teórica

La actual indagación será útil dado debido que posibilitará ampliar el conocimiento sobre los determinantes en la aparición de TTRN. Si bien esta condición suele resolverse favorablemente, su alta incidencia la erige como una causa no despreciable de morbilidad neonatal inmediata, generando a la vez una demanda significativa de recursos hospitalarios. En términos del



conocimiento científico, colaborará al cuerpo de literatura existente, proporcionando datos actualizados en el contexto peruano y específicamente altiplánico, lo cual es relevante dada la influencia que puede tener la altitud y las características sociodemográficas sobre la salud neonatal también se puede notar que la evidencia generada constituye un referente para estudios subsecuentes y la formulación de guías de práctica clínica, orientadas a optimizar la atención perinatal.

### **1.2.2. Justificación práctica**

Este trabajo se realizará para que el personal médico, obstétrico y enfermeros del HRMNB cuente con información actualizada y contextualizada que les permita identificar oportunamente a los lactantes con alta predisposición a padecer TTRN. Esto facilitará la implementación de estrategias preventivas, la optimización del proceso da un rendimiento del manejo de los recursos en el hospital y el fortalecimiento de la calidad asistencial en el área neonatal. Además, permitirá fortalecer la educación prenatal dirigida a grávidas, promoviendo una atención integral y anticipada a los factores de riesgo detectados. También beneficiará a los responsables de políticas públicas de salud para orientar decisiones basadas en evidencia.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Metodológicamente, este estudio tendrá un enfoque cuantitativo, descriptivo y analítico, a través del cual se identificarán y analizarán los condicionantes de riesgo presentes en neonatos diagnosticados con taquipnea transitoria durante el año 2025. Se utilizará el estudio de documentación médica, análisis cuantitativo de parámetros maternos neonatales y obstétricas,



permitiendo establecer asociaciones significativas entre dichos factores y la presencia de TTRN.

## 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1. Objetivo general

**OG.** – Determinar los condicionantes de riesgo asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024.

### 1.3.2. Objetivos específicos

**OE 1.** Identificar la asociación que existe entre los condicionantes maternos y la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

**OE 2.** Definir la asociación que existe entre los condicionantes fetales y la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

**OE 3.** Precisar el resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

## 1.4. HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

**HG.** – Los condicionantes de riesgo (maternos y fetales) se asocian significativamente a la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024.



## 1.4.2. Hipótesis específicas

- HE 1.** Los condicionantes maternos como la edad materna, número de paridad y parto se asocian significativamente con la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- HE 2.** Los condicionantes fetales como peso del recién nacido, edad del recién nacido y Apgar se asocian significativamente con la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.
- HE 3.** El resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman se manifiesta predominantemente como dificultad respiratoria leve en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

## 1.5. VARIABLES

**Variable 1:** Condicionantes de riesgo

**Variable 2:** Taquipnea transitoria en recién nacidos



**1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN
Variable 1 Condicionantes de riesgo	1.1 . Condicionantes maternos	1.1.1. Edad materna	a) Adolescente (12 a 17 años) b) Joven (18 a 29 años) c) Adulthood (30 a 49 años)
		1.1.2. Paridad	a) Primípara (0-1 parto) b) Multípara (2-4 partos) c) Gran multípara (≥ 5 partos)
		1.1.3. ITU	a) No b) Si
		1.1.4. Parto	a) Vaginal espontaneo b) Vaginal inducido c) Cesárea
	1.2. Condicionantes fetales	1.2.1. Sexo del recién nacido	a) Femenino b) Masculino
		1.2.2. Peso del Recién nacido	a) Bajo peso (< 2500 gr) b) Peso adecuado (2500 g – 4000 gr) c) Peso elevado (macrosómico) (>4000 gr)
		1.2.3. Edad del recién nacido	a) Pretérmino moderado (32-33.6 semanas) b) Pretérmino tardío (34-36.6 semanas) c) A término temprano (37-38.6 semanas) d) A término completo (39-40.6 semanas) e) A término tardío (41 semanas) f) Postérmino (42 semanas o más)
		1.2.4. Apgar	a) Mala adaptación (0 - 3 puntos) b) Moderada dificultad para la adaptación (4 - 6 puntos) c) Buena adaptación (7 – 9 puntos)
Variable 2 Taquipnea transitoria en recién nacidos	2.1. Resultado de la taquipnea con el Test de Silverman		a) No hay dificultad respiratoria (0 puntos) b) Dificultad respiratoria leve (1 - 3 puntos) c) Dificultad respiratoria moderada (4 - 6 puntos) d) Dificultad respiratoria severa (7 - 10 puntos)



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A Nivel Internacional

**Vásquez. (7) Titulada Actualización clínica del manejo de Taquipnea Transitoria en el recién nacido. Revisión sistemática en Ecuador en el 2023.** Objetivo: Ejecutar una indagación sistemática con la finalidad de exponer la renovación clínica en torno al abordaje terapéutico de la TTRN. Procedimiento metodológico: Se llevó a cabo una revisión meticulosa con directriz descriptiva, no intervencionista y analítica, sustentada en el protocolo PRISMA 2020, recopilando datos difundidos durante el quinquenio más reciente. Resultados: Se identificaron 75 documentos indexados en repositorios especializados, descartándose 43 por no cumplir los parámetros de inclusión, resultando 31 válidos, de los cuales se incorporaron 8 para el análisis discursivo. Dichos estudios refieren que la TTRN constituye una afección autolimitada, con prevalencia global estimada entre 4,0 y 5,7 por cada mil neonatos a término. Conclusión: Se infiere que esta condición se asocia a múltiples elementos predisponentes, tales como descendencia de grávidas con DG, nacimientos mediante alumbramiento por vía quirúrgica abdominal, hipoxia perinatal, entre otros. Su detección se basa



primordialmente en el juicio clínico, aunque también puede corroborarse mediante técnicas imagenológicas como la ecografía torácica.

**Pastuña. (8) Titulado Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido en Ecuador en el 2022.** Objetivo: Ejecutar de manera profunda pesquisa de material documentado que es centrado en expedientes recientes. Procedimiento Metodológico: Esta investigación de índole documental se respalda en esquemas analíticos y metodologías de indagación científica, fraccionando el tópico en segmentos temáticos que facilitan la interpretación y aprehensión de los componentes sustanciales del análisis. Resultados: La TTRN presenta una tasa de aparición de 5,7 episodios por cada 1000 neonatos, predominando en nacidos entre las semanas 37-39 de la culminación de la gestación y en prematuros limítrofes. Se vincula a múltiples factores predisponentes como descendencia de una progenitora diabética, parto quirúrgico, ruptura anticipada de membranas, distocias de presentación, alteraciones hipertensivas gestacionales, hipovitaminosis D, prematuridad, y sexo masculino. Su orientación diagnóstica es excluyente, por lo que resulta fundamental considerar antecedentes pre, intra y postnatales, complementando con pruebas auxiliares como radiografía torácica y ecografía pulmonar. Conclusión: El abordaje terapéutico de la TTRN incluye intervenciones de asistencia respiratoria y suministro de oxígeno, presión aérea continua, restricción hídrica, y más recientemente, la utilización del salbutamol, que ha demostrado acortar la permanencia hospitalaria. Asimismo, emergen nuevos indicadores que podrían facilitar la predicción de la intensidad clínica de esta condición respiratoria neonatal.



**Ovelar. (9) Titulado factores de riesgo asociados a complicaciones neonatales en el hospital regional de coronel Oviedo, en Guatemala, 2022.** Objetivo: Establecer los factores predisponentes vinculados a morbilidades neonatales. Procedimiento metodológico: De naturaleza cuantitativa, como método de extracción de datos la observación con una característica de carácter descriptiva y componente analítico. Las variantes analizadas comprenden edad materna, lugar de residencia, patologías concomitantes, antecedentes obstétricos, condiciones del embarazo vigente, particularidades del alumbramiento, estado de avance del embarazo y el peso que mostraba el infante recién nacido con ciertas dificultades neonatales que se pudiesen manifestar. Resultados: Se evaluaron 200 historias clínicas. Las edades maternas oscilaron entre 15 y 46 años, concentrándose la mediana en el rango de 21 a 31 años. El 66% de las grávidas provino de áreas urbanas. Las afecciones asociadas más frecuentes fueron hipertensión arterial crónica eran de un 26,5%, obesidad mostraba un hallazgo del 8,8% y DG daba un 2,9%. La manera de cómo se ejecuta el alumbramiento predominante correspondió al parto por vía vaginal (85%). En cuanto a los RN, el 49% correspondió al sexo femenino; el 90% cuando el estado gestacional daba culminado, mientras que el 8% correspondió a nacimientos prematuros y el 2% a postérmino. En 15 RN se registraron complicaciones, tales como taquipnea transitoria, síndrome por aspiración de meconio y SDR, hiperbilirrubinemia y mortalidad de fetos recién dados a luz. Conclusión: con los datos expuestos se puede inferir que se evidenció un vínculo con relevancia estadística entre el IMC de la progenitora, la modalidad de



nacimiento, EG al parto conjuntamente con la aparición de situaciones que sean desfavorables en el lactante recién alumbrado

**Osmany y Pérez. (10) Titulada Taquipnea transitoria del recién nacido.**

**Fisiopatología y diagnóstico en Cuba en el 2021.** Objetivo: Hallar los

agentes que son determinantes del síndrome de insuficiencia ventilatoria neonatal representa una de las causas primordiales de internamiento del neonato. Procedimiento metodológico: Su abordaje diagnóstico supone un desafío para el especialista en neonatología, dado que la sintomatología es poco específica y, en múltiples ocasiones, insuficiente para establecer un dictamen etiológico concluyente; en consecuencia, resulta imperativo indagar minuciosamente los antecedentes (prenatales, intraparto y posnatales), efectuar una exploración física exhaustiva y valorar con precisión las pruebas complementarias practicadas. La TT se erige como etiologías predominantes de disfunción en los pulmones en el neonato, motivo por el cual se realizó dicha indagación bibliográfica con el propósito de enfatizar: fisiopatogenia y la determinación diagnóstica de dicha condición.

**Barrantes y Suarez. (11) Titulado Posibles factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes en la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl en Costa Rica en el 2020.**

Objetivo: Determinar los eventuales elementos predisponentes asociados a una prolongación de la permanencia intrahospitalaria: Investigación de corte transversal y naturaleza descriptiva. Procedimiento metodológico: Demuestra una estructura descriptiva se efectuó mediante, para establecer posibles correlaciones entre las variables analizadas y la estancia hospitalaria, se aplicó un modelo de regresión logística para llevar a cabo el análisis



multivariable. Resultados: Las tres patologías más comunes registradas al alta correspondieron a ictericia y sepsis neonatal, seguidas por la respiración acelerada transitoria en neonatos. La media de permanencia hospitalaria fue de 5,6 días. Se evidenció asociación estadísticamente relevante entre las variables Apgar  $\leq 6$ , prematuridad y los pronósticos de sepsis en bebés recién dados a luz, alteraciones respiratorias, además de hipoxia perinatal y congénita, asociándose con estancias hospitalarias mayores a 6 días. El análisis multivariable donde la variante Apgar y los pronósticos de trastornos respiratorios y sepsis neonatal dejaron de ser estadísticamente significativos. No se encontró correlación con el tipo de alumbramiento. Conclusión: Se identificó una probable asociación entre nacimiento pretérmino, déficit de oxigenación perinatal y congénito y estancias en neonatología iguales o superiores a 6 días. El método de parto, por sí solo, no constituyó un elemento de riesgo para prolongar la hospitalización, mientras que la hipoxia perinatal sí lo hizo. La información obtenida debería complementarse con nuevas investigaciones que aborden las causas predominantes de nacimiento pretérmino en el ámbito regional, a fin de proponer intervenciones preventivas cuando sea posible.

## 2.1.2. A nivel nacional

**Victorio, et al. (12) Titulado Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en cuidados intensivos neonatales: un estudio de casos y controles en Lima en el 2020.** Objetivo: Establecer las entidades nosológicas o condiciones propias del periodo neonatal que inciden en la prolongación de la permanencia intrahospitalaria. Procedimiento metodológico: se ejecutó la extracción de datos a través de la observación,



retrospectiva y controles, considerando tanto sus diagnósticos perinatales como posnatales como variables de análisis, junto con la duración de la hospitalización. Se establecieron dos cohortes: casos (estancia prolongada) y controles con una unidad muestral de 361 neonatos. Resultados: Se evidenció una asociación con significancia estadística en variables perinatales como peso al nacer entre 1000 y menos de 1500 gramos con un OR ajustado a un 8,2; y un IC que oscila de 3,1 a 21,2 y el periodo de gestación, donde se llega a las semanas 28 a 31 dan un OR ajustado 18,6; IC 4,8–71,4 o a las semanas 32 a 33 con un OR ajustado 8,1; y un IC 3,5–18,4. De igual forma, en el ámbito posnatal se identificaron los agentes que ocasionan daño y son relevantes que se vinculan al distrés en el sistema respiratorio con un OR ajustado 10,3; y con un IC de 4,8 a 22,2, tensión baja en los pulmones da un OR 32,2; y un IC 1,8–559,0, infección neonatal sistémica con un OR ajustado 7,1; y con un IC 3,1–16,0, deficiencia nutricional en neonatos con un OR ajustado 10,2; y un IC 4,7–22,1 y anemia en RN pretérmino con un OR ajustado 8,3; y un IC 2,4–28,1. En conjunto, de no llegar al peso normal al nacer, la menor periodo de gestación las complicaciones respiratorias, la hipertensión pulmonar, las infecciones neonatales, la malnutrición y la anemia constituyen factores de riesgo relevantes del pretérmino constituyen factores predisponentes para la prolongación de la estancia hospitalaria.

**Márquez. (13) Titulado Factores de riesgo para taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional Huacho, 2023.** Objetivo: Establecer los elementos predisponentes correlacionados a la taquipnea transitoria neonatal. Procedimiento metodológico: naturaleza observacional, retrospectivo, con una sola medición atemporal, carácter evaluativo, basado



en la comparación entre sujetos con la condición y aquellos sin ella, con enfoque correlacional, sin manipulación de la variante causal 192 como unidad muestral, Se evaluaron 192 en total siendo considerada como muestra unidad muestral. Los datos se recolectaron mediante una ficha validada por especialistas y fueron organizados en Excel 2020. Se aplicaron en  $X^2$  y OR con el fin de hallar la existencia de vínculos entre variantes. El alumbramiento mediante intervención quirúrgica abdominal (OR=4,048; IC 95% 2,159–7,587;  $p < 0,001$ ) y la apertura no programada de las envolturas fetales antes del inicio del alumbramiento (OR=3,927; IC 95% 1,243–12,406;  $p = 0,013$ ) mostraron relevancia estadística. Entre los maternos, solo la infección urinaria previa (OR=8.636; IC 95% 1.059–70.454;  $p = 0.017$ ) fue significativa, mientras que la DG y el antecedente de asma carecieron de impacto o registros. En factores neonatales, el parto anticipado dio un OR=11.957; y un IC 95% 5.229–27.342; mostrando un  $p$  igual a 0.0 fue significativa, a diferencia del sexo masculino y la macrosomía, que no evidenciaron asociación estadística. El alumbramiento por vía quirúrgica abdominal, la apertura temprana de las envolturas fetales, los antecedentes de infección urinaria en la madre y el nacimiento antes de término se configuran como elementos predisponentes en bebés recién nacidos a luz, para la aparición de la patología ya explicada.

**Lujan. (14) Titulado Rotura Prematura de Membranas y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en Trujillo en el 2023.** Objetivo: Hallar la evidencia que fue establecer que hay correlación sobre rotura anticipada de membranas ovulares (RAMO) y la dificultad respiratoria transitoria neonatal (DRTN) Procedimiento metodológico: El abordaje metodológico correspondió a una estructura de cohorte retrospectivo, con dirección cuantitativa con 884



bebés recién dados a luz. Resultados: Se observó que el 95,93 % de los sujetos a estudios no presentaron rotura anticipada de membranas, mientras que el 4,07 % sí experimentó esta situación; del mismo modo, el 94,46 % no mostró signos de respiración rápida transitoria del recién nacido, frente al 5,54 % que sí la presentó. Se identificó una relación con significancia estadística entre la rotura anticipada de membranas y la TTRN ( $\chi^2 = 434,25$ ;  $p < 0,01$ ). Predominó el sexo masculino (58,31%) y la procedencia urbana (46,00%). Conclusión: Se corrobora la presencia de un vínculo entre los parámetros evaluados lo que sugiere implementar acciones preventivas a lo largo del embarazo para reducir la probabilidad de rotura anticipada de membranas, fortalecer los protocolos de control antes y después del nacimiento y mejorar la calidad de las prestaciones orientadas al cuidado sanitario de las progenitoras y RN.

**Tejada. (15) Titulado Cesárea asociada a RPM como factor de riesgo para taquipnea transitoria, Hospital Santa María del Socorro de Ica del 2023.** Objetivo: Examinar si el parto abdominal asistido, asociado a la apertura anticipada de las membranas fetales, actúa como elemento que favorece la aparición de respiración acelerada transitoria en RN. Procedimiento metodológico: se implementó una indagación analítica cuyo cohorte estuvo compuesta por 150 neonatos nacidos por alumbramiento por vía quirúrgica abdominal a término. El conjunto de evaluación se dividirá en 75 sujetos con diagnóstico confirmado de respiración rápida transitoria en RN y 75 individuos sin afectación respiratoria mediante una selección intencional fundamentada en parámetros de incorporación y descarte preestablecidos. Para el procesamiento estadístico. Resultados: Se proyecta con un OR de 2,5 en



función de estimador de la fuerza de vinculación entre la presencia de RPM y la ocurrencia de TTRN. Conclusión: se puede inferir que hay un vínculo moderadamente fuerte ( $OR=2,5$ ) entre La apertura anticipada de las envolturas fetales como elemento predisponente y la posterior aparición de trastorno respiratorio transitorio neonata

**Inga. (16) Titulado Características clínicas y factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio neonatal en el Hospital Regional**

**Docente Materno Infantil en Lima, 2023.** Objetivos: Precisar los elementos condicionantes y las manifestaciones clínicas vinculadas al síndrome de dificultad respiratoria del neonato. Procedimiento metodológico Se aplica una indagación que cuenta con un enfoque cuantitativo, con diseño de una sola medición atemporal y nivel analítico de casos y testigos con una unidad muestral de 88 neonatos portadores de dicho síndrome y 88 RN libres del diagnóstico de dificultad respiratoria. Resultado revelan que las expresiones clínicas más frecuentes del síndrome daban que el 49,4% desarrolló un ruido respiratorio identificable únicamente a través de auscultación; el 67% presentó dilatación nasal; el 60,8% no demostró retracción en los espacios intercostales, mientras se nos dan con un 18,8 % presentó una retracción ligera y un 20,4% una retracción intensa; el 60,8% no mostró hundimiento del hueso esternal y el 56,3% mantuvo una coordinación adecuada entre el tórax y el abdomen durante la respiración. Entre los factores vinculados se destacaron variables maternas tales como 19 o superior a 35 años de edad con un OR igual a 2,16, empleo asalariado con un OR igual a 4,18 y origen de zonas montañosas. se obtuvo un OR igual a 2,36, en bases al periodo de gestación antes de llegar a la semana 37 de un OR igual a 6,60, ausencia del



monitoreo de la gestación con un OR igual a 2,19, con un diagnóstico de DG con un OR igual a 1,74, rotura temprana de anexos ovulares y de presión sanguínea elevada registrando un OR igual a 2,03 y 2,35 conjuntamente, junto con el tipo de alumbramiento que dio un OR de 2,33 y el género masculino proporciono un OR igual a 1,8. Se concluye que intervienen agentes generados por la progenitora que se vinculan con el embarazo y del bebé recién alumbrado, conectados al surgimiento del cuadro de compromiso ventilatorio neonatal

**Curi. (17) Titulado Prevalencia de la dificultad respiratoria en neonatos del Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, durante el periodo 2022**

**– 2023.** Objetivo: Indagar la frecuencia de presentación de DR en RN dados a luz. Procedimiento metodológico: Se ejecutó un estudio de índole descriptiva y carácter retrospectivo, abarcando pacientes ingresados en dicho lapso con diagnóstico de alguna de las tipologías de complicaciones en el sistema respiratorio en pulmones, la alteración ventilatoria transitoria neonatal (AVTN) y el síndrome de inhalación de líquido meconial (SILM) fueron evaluados a partir de datos clínicos detallados. La prevalencia global de insuficiencia respiratoria fue 7,8 %, con PMH al 22,8 %, TTN al 66 % y SAM al 11,1 %. En 2022-2023, la incidencia de TTN fue 59,3 % y 40,7 %, SAM 79 % y 21,9 %, y PMH 64,1 % y 35,9 %. Predominó en neonatos masculinos con un 60,2%, con duración del embarazo media de  $36,1 \pm 3,4$  semanas y peso al nacer promedio de  $2500,7 \pm 764,9$  g, con mayor ocurrencia en enero, febrero, marzo y julio. La letalidad en insuficiencia respiratoria fue 8,7 %. Se identificaron determinantes sociodemográficos, obstétricos y clínicos asociados a estas condiciones.



### 2.1.3. A nivel local

**Limache. (18) Titulado Factores de riesgo para taquipnea transitoria del recién nacido. Hospital III EsSalud Juliaca en el 2020.** Objetivo: Identificar los agentes predisponentes vinculados a la taquipnea transitoria, Proceso metodológico: Se efectuó una indagación de estructura observacional, analítica bajo el diseño de controles-casos. Se consignaron 182 neonatos (91 con diagnóstico de TT y 91 sin dicha afección). Se calcularon parámetros de  $X^2$  y odds ratio (OR). Resultados: La media etaria materna en los grupos con y sin taquipnea transitoria fue de  $31.77 \pm 5.66$  y  $32.01 \pm 4.83$  años, correspondientemente. El origen urbano se evidenció en el 83.5% de los neonatos con TT y con un 75.8% no lograron manifestar TT teniendo en cuenta que su p era mayor al 0.05; de signos asmáticos en progenitoras con un 1.1% y 2.2% respectivamente ( $p > 0.05$ ); infección urinaria (ITU) en el tercer trimestre en 65.9% frente a 37.4% ( $p < 0.01$ ); gestación múltiple en 6.6% contra 2.2% ( $p > 0.05$ ); primiparidad en 40.7% y 28.6% ( $p > 0.05$ ); cesárea programada en 85.7% comparado con 57.1% ( $p < 0.001$ ); ruptura de membranas prolongada  $> 24h$  en 6.6% frente a 3.3% ( $p > 0.05$ ); sexo masculino en 57.1% contra 26.4% ( $p < 0.01$ ); prematuridad en 41.8% frente a 5.5% ( $p < 0.01$ ); bajo peso al nacer en 34.1% contra 5.5% ( $p < 0.01$ ). La asociación estadística fue significativa donde : Infección urinaria en el tercer trimestre con un OR igual a 3,24; y con un IC 95 % 1,76-5,95; con un p igual a 0,0001, parto quirúrgico planificado de OR igual a 4,5; y con un IC 95 % 2,19-9,23; y con un p igual a 0,0001 género masculino donde el peligro incrementado a 3,72 veces; IC 95 % con un de 1,99-6,94; con un p igual a 0,0001, nacimiento prematuro donde peligro elevado 12,33 veces; IC 95 % 4,56-33,29; con un p igual a 0,0001 y



peso reducido al nacer con un OR igual a 8,88; y con un IC 95 % de un 3,26-24,16; y con un p igual 0,0001. Conclusiones: se puede inferir que en situaciones donde se manifiesta la ITU mientras se atraviesa por el último período gestacional, mediante intervención quirúrgica planificada, género masculino, la prematuridad y la masa neonatal reducida constituyen factores predisponentes para la taquipnea transitoria.

**Ticona. (5) Titulado Factores de riesgo materno – perinatales asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos atérmino y pretérminos tardíos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, en el 2020.**

**Objetivo:**

Establecer las cualidades que podrían ser usados como detonantes dañinos progenitoras-perinatales conectados al surgimiento de insuficiencia ventilatoria transitoria en RN maduros y prematuros de gestación tardía,

Procedimiento de la metodología: Se basó en una exploración de estructura analítica, con la observación como medio de extracción de información de realce y retrospectivo, con diseño de controles-casos, para hallar cual es el rango de asociación que se muestran en las de variantes en féminas que están atravesando un estado de embarazo y perinatales que incrementan el porcentaje de manifestar síndrome respiratorio transitorio en neonatos de gestación completa y pretérmino cercanos al término con una unidad muestral 184 neonatos, de los cuales se calculó una muestra representativa de 125, con 89 casos positivos a taquipnea transitoria Resultados: Los datos fueron sistematizados en una base Excel y SPSS 25, mediante el test de la ji-cuadrada y un umbral de significación p menor a 0.05 en función de establecer si hay asociaciones entre variantes de la progenitora y el feto con el TTRN Las variantes causantes de daños con relevancia estadística vinculadas a TTRN



fueron: cesárea y con un  $\text{Chi}^2$  igual a 30.067, con un  $p$  igual 0.000, OR igual a 10.659, rotura prematura de membranas con un  $\text{Chi}^2$  igual a 5.384,  $p$  igual a 0.020, y con un OR igual a 2.568, feto varón con un  $\text{Chi}^2$  igual a 4.053,  $p$  igual a 0.044, OR con un 2.227, valoración Apgar reducida a 7 ( $\text{Chi}^2=24.780$ ,  $p=0.000$ ,  $\text{OR}=7.889$ ), peso fetal aumentado ( $\text{Chi}^2=4.216$ ,  $p=0.040$ ,  $\text{OR}=2.265$ ) y gestación de término tardío ( $\text{Chi}^2=29.201$ ,  $p=0.000$ ,  $\text{OR}=23.892$ ). La DG no evidenció significación estadística ( $\text{Chi}^2=2.149$ ,  $p=0.143$ ,  $\text{OR}=0.193$ ). Conclusiones: El nacimiento quirúrgico, rotura anticipada de membranas amnióticas, género masculino, índice Apgar disminuido ( $<7$ ), sobrepeso fetal y gestación pretérmino cercana al término constituyen variables predisponentes relacionadas con la dificultad respiratoria transitoria neonatal.

**Yana. (19) Titulado Factores de riesgo asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno en 2020.** Objetivo: Evaluar el vínculo entre múltiples variables de riesgo organizadas en maternas, obstétricas y neonatales para la presentación de distrés respiratorio temporal. Procedimiento metodológico: mediante una revisión retrospectiva, con una unidad muestral de 154 historias clínicas en un diseño de estructura analítica, empleando la observación como medio de extracción de información, sin manipulación de la variante causal, con enfoque correlacional. Para verificar la hipótesis, se estudió la asociación entre variables categóricas con Chi cuadrado y odds ratio identificaron seis predisponentes significativamente asociados con la TTRN. La DG constituyó el predictor más relevante ( $\text{OR}=7.617$ ;  $p=0.003$ ), incrementando 7.6 veces el riesgo, seguida por la macrosomía fetal con un OR igual a 3.682; y con un  $p$  igual a 0.042 y la



infección urinaria materna con un OR igual a 2.925; y con un p igual a 0.001. La prematuridad tardía (OR=2.351; p=0.042), el parto por cesárea y la anestesia materna mostraron asociaciones moderadas pero significativas (OR=1.911; p=0.050 para ambos). Estos hallazgos confirman la naturaleza multifactorial de la TTRN, donde factores maternos metabólicos e infecciosos, junto con elementos obstétricos y neonatales, interactúan sinérgicamente en su patogénesis, permitiendo estratificar el riesgo perinatal para implementar medidas de vigilancia y manejo anticipatorio y evaluación Apgar por debajo de 7 al minuto primero de existencia con un OR igual a 2.163; y un p igual a 0.042. En el primer minuto de demostró como un factor protector a un Apgar mayor a siete (OR = 0.462; p = 0.042). La multiparidad evidenció asociación, aunque sin significancia estadística (OR = 6.250; p = 0.09).

**Coila. (6) Factores de riesgo neonatales asociados a la estancia hospitalaria prolongada en neonatos a término y pretérmino tardío con TTRN en HRMNB 2020- 2022.** Objetivo: Precisar los condicionantes vinculados que se asociaron al incremento de los días de hospitalización en bebés recién dados a luz. Procedimiento metodológico: Se ejecutó un estudio de corte observacional, analítico, transversal y retrospectivo. La muestra compuesta por 152 neonatos a término y pretérmino tardío diagnosticados con TTRN. Para detectar el riesgo se usó  $X^2$  y odds ratio (OR). Resultados: El análisis reveló que el 63.8% de la cohorte de neonatos presentó una estancia hospitalaria prolongada. Encontrándose asociación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la prolongación hospitalaria y los siguientes factores neonatales: la edad gestacional, donde los neonatos entre treinta y cuatro y treinta y seis 6/7 semanas mostraron un riesgo 7.08 veces mayor (OR = 7.08); la presencia de



microcefalia, que confirió un riesgo 3.44 veces superior ( $OR = 3.44$ ); el peso al nacer bajo, asociado a un riesgo 5.67 veces mayor ( $OR = 5.67$ ); y la talla pequeña para la EG, que representó un riesgo 2.33 veces más elevado ( $OR = 2.33$ ). Conclusión: A la luz de los resultados, se corrobora que la EG, el perímetro de la cabeza (específicamente la microcefalia), el peso y la talla al alumbramiento constituyen concomitantes significativos para hospitalización prolongada en pacientes con TTRN.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. CONDICIONANTES DE RIESGO**

La presencia de agentes predisponentes comprende elementos biológicos, psicosociales, ambientales o clínicos que, por su presencia concomitante, incrementan que haya una posibilidad de que aparezca una patología o estado clínico particular. En el contexto de la TTRN, estos agentes actúan interfiriendo en el proceso de transición respiratoria del neonato, entorpeciendo la reabsorción del fluido pulmonar fetal, lo que desencadena una ventilación acelerada y poco eficiente. Dichos factores se categorizan en maternos, fetales, obstétricos y perinatales. La detección precoz de estos riesgos es esencial para la prevención, monitoreo y manejo adecuado de esta alteración neonatal. En este segmento se detallan los condicionantes maternos predominantes que inciden directamente en la probabilidad de desarrollar TTRN. (20)

#### **2.2.1.1. Condicionantes maternos**

Los condicionantes maternos comprenden un conjunto de variables relacionadas con la sanidad del individuo, historia obstétrica y situaciones



de estabilidad clínicas de la madre capaces de modificar el curso natural del período gestacional y, por tanto, el mecanismo del alumbramiento. Estos factores pueden influir directamente en el estado de maduración pulmonar del neonato y en la fisiología del parto, elementos claves en la aparición de la taquipnea transitoria. Entre los más estudiados se pueden hallar la edad cronológica de la progenitora, el antecedente del proceso de alumbramientos culminados (experiencia obstétrica), la presencia de cuadros sépticos como las infecciones urinarias y el método de extracción fetal. Estos factores, por sí solos o en combinación, pueden comprometer el inicio de la respiración espontánea del recién nacido o prolongar la reabsorción del líquido amniótico pulmonar, interfiriendo con la transición óptima desde el ambiente uterino hacia la vida postnatal. (21)

#### **2.2.1.1.1. Edad materna**

La variante cronológica materna representa un componente decisivo para la salud del binomio madre-hijo, féminas que experimentan la concepción en rangos etarios límite, incluyendo la adolescencia y la edad avanzada reproductiva tienen mayores riesgos obstétricos. Las madres adolescentes, por lo general, presentan embarazos no planificados y poca accesibilidad de servicios sanitarios lo que repercute en un inadecuado control prenatal. Esto puede traducirse en partos prematuros, restricción del crecimiento intrauterino, infecciones no tratadas y mayor probabilidad de complicaciones neonatales, incluyendo la TTRN. (22)

Por otro lado, las féminas que atraviesan por el embarazo, presentan más probabilidad de desarrollar condiciones médicas persistentes como la



diabetes mellitus no dependiente de insulina, elevación tensional arterial o problemas tiroideos, y estas tendrían una edad mayor de treinta y cinco años. Adicionalmente, hay una mayor incidencia de cesáreas electivas debido a embarazos de alto riesgo, lo cual es un factor determinante para la presentación de TTRN. Paralelamente, se ha constatado que el deterioro fisiológico del útero y la placenta con la edad puede alterar el desarrollo y maduración pulmonar fetal, predisponiendo al neonato a dificultades respiratorias al nacer. En este sentido, la edad materna no es solo un dato demográfico, sino un componente clínico relevante en la monitorización del riesgo de bebés recién dados a luz en los centros hospitalarios donde llegan atenderse. (23)

#### **2.2.1.1.2. Paridad**

La experiencia reproductiva previa alude a las veces que una madre ha culminado embarazos, organizándose en tres grupos esenciales:

##### **a) Primípara (1 parto)**

Las madres primíparas son aquellas que enfrentan su primer parto. La inexperiencia y la sintomatología ansiosa pueden interferir con la regularidad de las consultas prenatales y en la preparación para el parto. A menudo, los partos en primíparas son más prolongados y tienen una mayor tasa de intervenciones médicas, como el uso de fórceps, inducciones farmacológicas y cesáreas. Estos procedimientos pueden alterar la fisiología del parto y, por tanto, influir en cómo se desarrolla los pulmones en el bebé recién dado a luz. En múltiples situaciones, la



cesárea programada sin actividad uterina previa es una práctica recurrente, lo que aumenta directamente el riesgo de TTRN. (24)

## **b) Multípara (2 - 4 partos)**

Las mujeres que han tenido dos a cuatro partos son consideradas multíparas. Esta condición suele asociarse a un mejor pronóstico del trabajo de parto en comparación con las primigestas, con mayor posibilidad de partos vaginales espontáneos, además que los partos de madres multíparas tienden a ser más rápidos y efectivos, facilitando la reabsorción del fluido alveolar del recién nacido durante el alumbramiento. Por ende, el riesgo de TTRN suele ser menor en comparación con las primíparas es decir con la que están embarazadas por primera vez. (15)

## **c) Gran multípara ( $\geq 5$ partos)**

Este grupo incluye a las mujeres con cinco o más partos previos. Aunque se suele pensar que los partos sucesivos se vuelven más fáciles, la gran multiparidad se asocia a ciertos riesgos: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, infecciones, hemorragias, y mayor número de cesáreas. Estas complicaciones pueden alterar el entorno fetal, afectar el momento del parto y predisponer a una transición pulmonar inadecuada en el recién llegado, aumentando por tanto la susceptibilidad a TTRN. (14)

### **2.2.1.1.3. Infección del Tracto Urinario**

Durante la gravidez mayoritariamente las afecciones que constituyen las patologías más predominantes son las afecciones del sistema genitourinario. particularmente en la etapa media y tardía del embarazo.



Los cambios fisiológicos propios del período gestacional propician el desarrollo de estas infecciones urinarias debido a la dilatación ureteral, la disminución del peristaltismo urinario y la compresión del útero sobre la vejiga. Si no es diagnosticada y tratada oportunamente, puede progresar a pielonefritis, generar fiebre materna y desencadenar contracciones uterinas prematuras.

Además, las infecciones urinarias producen una respuesta inflamatoria que puede afectar la placenta, comprometer el bienestar fetal e inducir el parto antes del término, momento en el cual los pulmones del feto podrían no estar completamente maduros. En este contexto, la TTRN puede manifestarse como consecuencia de una maduración pulmonar incompleta o acelerada de forma inadecuada. Numerosos estudios han asociado la presencia de ITU materna con una creciente prevalencia de trastornos respiratorios neonatales, incluyendo la taquipnea transitoria, especialmente al desarrollarse este cuadro infeccioso durante la fase terminal del embarazo. (25)

#### **2.2.1.1.4. Tipo de parto**

La modalidad del nacimiento el TTRN, debido a la función que desempeñan las contracciones uterinas y el tránsito por la vía del parto en la eliminación del fluido respiratorio del feto.

##### **a) Parto vaginal espontáneo**

Es el proceso fisiológico ideal para el nacimiento. Durante el trabajo de parto, se produce un aumento de las catecolaminas y corticosteroides que



favorecen que se puede realizar con mejor eficiencia el proceso de absorción de líquidos en los pulmones mediante transportadores de sodio celulares. Asimismo, el descenso por el conducto obstétrico ocasiona una compresión del pecho que evacúa físicamente parte del contenido líquido respiratorio. Por esta razón, los neonatos que nacen por vía vaginal no asistida exhiben una reducida prevalencia de TTRN. (26)

## **b) Parto vaginal inducido**

Este método de nacimiento se desarrolla al estimular artificialmente las contracciones mediante agentes farmacológicos (oxitocina, prostaglandinas). Aunque el alumbramiento por medios naturales, dan la madurez en los pulmones del feto puede no estar garantizada si la inducción se realiza antes de la semana 39 sin indicación precisa. Además, si la inducción fracasa y culmina en una cesárea de emergencia, los beneficios fisiológicos del trabajo de parto pueden perderse. Por estas razones, el parto inducido también puede incrementar ligeramente el riesgo de TTRN.

## **c) Cesárea**

La cesárea representa el método quirúrgico a través del cual se extrae al recién nacido por medio de una abertura practicada en el vientre y matriz materna. La cesárea electiva sin trabajo de parto está directamente relacionada con un aumento en la incidencia de TTRN. Esto ocurre porque el neonato no pasa por los procesos hormonales ni mecánicos del parto vaginal que facilitan la absorción del líquido pulmonar. Además, en cesáreas realizadas antes de la semana 39, la madurez pulmonar puede

no haberse completado. Aunque necesaria en muchas circunstancias médicas, la cesárea debe indicarse adecuadamente, pues su uso indiscriminado representa un riesgo importante para el recién nacido. (27)

### **2.2.1.2. Condicionantes fetales**

Los condicionantes fetales son aquellos factores inherentes al feto o recién nacido que pueden influir significativamente en su potencial de acomodación a la vida autónoma, principalmente en lo referente al aparato ventilatorio. Respecto al cuadro de taquipnea pasajera del lactante (TTRN) estos factores pueden alterar la capacidad del neonato para reabsorber el fluido presente en los pulmones durante la vida fetal o para establecer una respiración efectiva tras el nacimiento. Entre los condicionantes fetales más estudiados se encuentran el género del bebé, la masa corporal neonatal, la duración del embarazo y la calificación de Apgar. Cada uno de estos aspectos está relacionado con la maduración pulmonar, el esfuerzo respiratorio al nacer y la respuesta fisiológica frente al estrés del parto. A continuación, se desarrolla cada uno de estos factores: (28)

#### **2.2.1.2.1. Sexo del recién nacido**

Numerosas investigaciones han revelado que ser del género masculino configura un determinante de un peligro relevante con respecto a la manifestación del patrón respiratorio rápido transitorio del lactante. Esta diferencia se atribuye a múltiples aspectos biológicos y hormonales. Los varones, en comparación con las niñas, presentan una maduración pulmonar más tardía, lo que significa que, al momento del nacimiento, sus



pulmones pueden no estar completamente preparados para la reabsorción del líquido pulmonar. (29)

Asimismo, la generación de agente tensioactivo, una sustancia que posibilita la apertura alveolar y evita el colapso pulmonar se desarrolla más lentamente en los fetos masculinos, haciéndolos más vulnerables a dificultades respiratorias. También se ha observado que los bebés del género masculino muestran una incrementada predisposición a sufrir complicaciones durante la etapa perinatal en términos generales, incluyendo asfixia, parto traumático y necesidad de reanimación neonatal, lo cual puede exacerbar los signos respiratorios iniciales como la taquipnea. Motivo por el cual, el sexo masculino se consolida predisponente para la aparición del trastorno pulmonar ya mencionado en múltiples guías y protocolos neonatales. (20)

#### **2.2.1.2.2. Peso del recién nacido**

El peso obtenido en el alumbramiento constituye un parámetro vital del crecimiento y maduración intrauterina del producto de la concepción. Se estructura en tres grandes categorías:

##### **a) Bajo peso al nacer (< 2500 gr)**

Los bebés recién dados a luz con masa corporal disminuida, especialmente aquellos que nacen con restricción del crecimiento intrauterino, presentan mayor riesgo de dificultad respiratoria, incluyendo TTRN. Esto se debe a que, en muchos casos, la inmadurez pulmonar está presente, especialmente si el nacimiento ocurre antes del término.



Además, la musculatura respiratoria de estos neonatos es menos desarrollada, lo que limita su capacidad para realizar una ventilación eficaz y acelerar la absorción del líquido pulmonar. (17)

### **b) Peso adecuado (2500 g – 4000 gr)**

Los neonatos cuyo peso corresponde adecuadamente al tiempo de gestación transcurrido tienen menores riesgos respiratorios, ya que generalmente han completado el proceso de maduración pulmonar intrauterina. No obstante, si otros factores están presentes (como cesárea sin trabajo de parto o antecedentes maternos), el riesgo de TTRN puede seguir existiendo, aunque en menor grado.

### **c) Peso elevado (macrosómico > 4000 gr)**

Los recién nacidos macrosómicos suelen estar asociados a madres con diabetes gestacional o crónica, lo cual puede interferir con la maduración del surfactante pulmonar. Aunque en teoría tienen pulmones de tamaño adecuado, estos pueden estar funcionalmente inmaduros. Además, los partos de macrosómicos suelen complicarse y terminar en alumbramiento por vía quirúrgica abdominal, incrementando el riesgo de TTRN por la deficiencia de compresión torácica y estímulo respiratorio durante el nacimiento. (17)

#### **2.2.1.2.3. Edad gestacional del recién nacido**

Se suele considerar al tiempo que se atraviesa durante la gestación corresponde a la duración calculada desde el primer día de la menstruación final hasta el parto. Esta medida es esencial para la



maduración de las estructuras fetales, particularmente el aparato pulmonar. Se divide en:

### **a) Pretérmino moderado (32 - 33.6 semanas)**

A esta edad gestacional, la inmadurez pulmonar es más marcada. La función alveolar y el surfactante están aún en desarrollo, lo que los hace vulnerables no solo a TTRN, sino a trastorno respiratorio (TDR). Empero, en ciertos casos, la TTRN puede representar la manifestación respiratoria inicial moderada antes de avanzar.

### **b) Pretérmino tardío (34 - 36.6 semanas)**

Estos neonatos, aunque se consideran casi a término, presentan una maduración pulmonar incompleta. Tienen una mayor tendencia a desarrollar TTRN, ya que aún no han completado la maduración de los canales epiteliales que reabsorben el líquido pulmonar. El surfactante también puede encontrarse en niveles subóptimos. (20)

### **c) A término temprano (37 - 38.6 semanas)**

Aunque considerados a término, estos neonatos también están en riesgo de TTRN, especialmente si el alumbramiento fue por cesárea sin trabajo de parto. La maduración pulmonar aún puede estar en curso, lo que los hace susceptibles a la retención de líquido pulmonar. (21)

### **d) A término completo (39-40.6 semanas)**

Los recién nacidos que nacen en este período tienen los pulmones maduros y están preparados fisiológicamente para la vida extrauterina. La incidencia de TTRN en este grupo es menor, pero no nula, especialmente



si concurren otros factores predisponentes como extracción cesárea o cuadro infeccioso en la grávida.

### **e) A término tardío (41 semanas)**

En esta etapa, los pulmones están completamente maduros, pero hay mayor riesgo de complicaciones relacionadas con el envejecimiento placentario. En general, el riesgo de TTRN disminuye, aunque pueden aparecer otros problemas respiratorios como aspiración de meconio.

### **f) Postérmino (42 semanas o más)**

Los recién nacidos postérmino rara vez presentan TTRN, pero pueden desarrollar otras complicaciones respiratorias debido a sufrimiento fetal crónico o aspiración meconial. Aun así, en casos de alumbramiento por vía quirúrgica abdominal o macrosomía, no se descarta totalmente el riesgo de TTRN. (22)

#### **2.2.1.2.4. Apgar**

El índice de Apgar constituye una valoración expedita del estado fisiológico del neonato durante los primeros minutos postparto. Se efectúa a los 1 y 5 minutos posteriores al alumbramiento, examinando cinco parámetros: ritmo cardíaco, patrón ventilatorio, tensión muscular, reactividad refleja y pigmentación cutánea. Cada ítem se puntúa de 0 a 2, alcanzando un máximo total de 10 puntos.

Un Apgar bajo al minuto ( $\leq 6$ ) puede indicar una adaptación neonatal deficiente, que incluye dificultades en la respiración espontánea. Si el recién nacido requiere reanimación o asistencia respiratoria, es más



probable que desarrolle taquipnea transitoria como parte de su inestabilidad inicial. El Apgar al quinto minuto, si sigue bajo, refleja un compromiso más prolongado, lo que también puede influir en la duración de la taquipnea y la necesidad de soporte respiratorio.

Aunque el Apgar no diagnostica TTRN, sí es un indicador clínico útil que, junto con otros signos, puede alertar sobre la posibilidad de un trastorno respiratorio. Un puntaje bajo debe motivar una vigilancia estrecha y, si es necesario, medidas terapéuticas para asegurar una transición adecuada.

(30)

## 2.2.2. TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS

La transición del feto al neonato representa uno de los cambios fisiológicos más complejos en el cuerpo humano. Uno de los órganos que más cambios experimenta al momento del nacimiento son los pulmones, los cuales deben adaptarse rápidamente para asumir su función de intercambio gaseoso. Sin embargo, esta transición no siempre ocurre de manera óptima. Un ejemplo claro es el patrón respiratorio rápido transitorio del bebe recién nacido (TTRN), un trastorno respiratorio frecuente en los primeros días posnatales.

(31)

La TTRN se manifiesta como una respiración anormalmente rápida (taquipnea) y se considera una de las etiologías principales del compromiso pulmonar en recién llegados a término o cercanos al término. Aunque su evolución suele ser benigna y autolimitada, su presentación puede ser alarmante y confundir con otras enfermedades más graves, como la



enfermedad de distrés respiratorio o el proceso inflamatorio-infeccioso pulmonar. (32)

### **Causas y factores de riesgo**

La TTRN surge cuando el contenido líquido alveolar fetal no es drenado correctamente posterior al parto. A lo largo del embarazo, el sistema respiratorio del feto está repleto de fluido secretado por el tejido epitelial respiratorio. En condiciones normales, al acercarse el parto, este líquido comienza a ser reabsorbido por mecanismos hormonales (como el aumento de catecolaminas y la reducción de líquido pulmonar por canales de sodio). Durante el parto vaginal, la compresión generada por el conducto del parto facilita la eliminación del líquido pulmonar. Sin embargo, en ciertas situaciones, esta reabsorción se retrasa o es incompleta, lo que produce retención de fluido en los compartimentos respiratorios y espacios intersticiales, dificultando el intercambio gaseoso y generando una respuesta de taquipnea compensatoria. (31)

### **Manifestaciones clínicas**

Los signos clínicos de la TTRN suelen aparecer dentro de la primera hora de vida y se caracterizan principalmente por taquipnea persistente, es decir, un índice respiratorio que sobrepasa las 60 incursiones respiratorias por minuto. Además, el recién nacido puede presentar retracciones intercostales, aleteo nasal, quejido espiratorio y, en algunos casos, cianosis leve. La gravedad de los síntomas varía, pero usualmente tienden a ser leves y autolimitados. A medida que el líquido pulmonar es reabsorbido, los signos respiratorios van disminuyendo, hasta resolverse completamente en un plazo de 24 a 72 horas. (17)



## Diagnóstico

El reconocimiento de la TTRN se establece clínicamente, apoyado en el historial perinatal, las manifestaciones y la progresión. La radiología del tórax representa una herramienta importante para confirmar el diagnóstico, mostrando signos como hiperinsuflación pulmonar, aumento del patrón intersticial, engrosamiento de las cisuras interlobares y presencia de líquido en las fisuras. En algunos casos se realiza una gasometría arterial para evaluar la oxigenación y descartar acidosis. Es relevante asimismo establecer un diagnóstico diferencial con otras etiologías de alteración ventilatoria del recién nacido como la patología de insuficiencia respiratoria (PIR), el proceso infeccioso pulmonar congénito o el síndrome de broncoaspiración meconial (25).

## Tratamiento y pronóstico

El tratamiento es principalmente de soporte.

- **Oxigenoterapia con cánula nasal** o casco cefálico si la saturación es menor a 90%
- **Monitoreo continuo** de signos vitales y saturación
- **Control térmico** y nutricional adecuado

En casos más severos, puede considerarse la administración de presión positiva ininterrumpida (PPI) a través de la vía nasal, aunque esto es poco frecuente. No se recomiendan antibióticos salvo que exista una sospecha fundada de infección. El pronóstico es excelente. La gran mayoría de los lactantes afectados por TTRN logran una resolución completa en un período



de 2 a 3 días con horas completas sin complicaciones posteriores. No se asocia a secuelas respiratorias a largo plazo. (31)

### 2.2.2.1. Resultado de taquipnea transitoria según el Test de Silverman

El score de Silverman-Anderson representa una herramienta diagnóstica utilizada para medir la intensidad del distrés respiratorio en lactantes, especialmente en pretérmino o en quienes exhiben signos de insuficiencia pulmonar. Este método permite detectar precozmente signos de deterioro respiratorio, facilitando así una intervención médica oportuna. Se basa en la observación directa de cinco parámetros respiratorios que reflejan el trabajo respiratorio del neonato, cada parámetro se valora con una puntuación entre 0 y 2, donde 0 corresponde a la normalidad, 1 indica manifestación leve o intermedia, y 2 refleja una expresión grave o marcada del signo evaluado.

Los criterios valorados incluyen:

1. **Sincronía toraco-abdominal:** Se observa como patrón normal (0), disociación incipiente (1) o movimiento claramente paradójico (2).
2. **Retracción intercostal:** Se califica como ausente (0), discreta (1) o evidente y constante (2).
3. **Hundimiento esternal:** Se categoriza según su profundidad: no perceptible (0), ligero (1) o pronunciado (2).
4. **Aleteo nasal:** Se registra como ausente (0), intermitente (1) o permanente y acentuado (2).
5. **Quejido respiratorio:** Se clasifica según su intensidad: inaudible (0), audible con auxilio fonendoscópico (1) o claramente perceptible (2).



El puntaje agregado oscila entre 0 y 10 puntos, proporcionando una escala objetiva de gravedad:

- No hay dificultad respiratoria (DR): 0 puntos
- DR leve: 1-3 puntos
- DR moderada: 4-6 puntos
- DR severa: 7-10 puntos

Esta escala permite una valoración estandarizada y reproducible de la afectación respiratoria neonatal. (33)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**Apgar:** representa una evaluación expedita del estado médico del lactante en los primeros momentos posteriores al nacimiento. (31)

**Cesárea:** es el método quirúrgico a través del cual se realiza la extracción fetal por medio de una abertura practicada en el vientre y matriz materna. (30)

**Condicionantes maternos:** comprenden un conjunto de variables relacionadas con la salud, historia obstétrica y condiciones clínicas de la progenitora capaces de modificar el curso natural del período gestacional y, por tanto, el mecanismo del alumbramiento. (23)

**Múltipara:** las mujeres que tuvieron de dos a cuatro partos son consideradas múltiparas. Generalmente, presentan menos complicaciones en el trabajo de parto, con más posibilidad de alumbramientos vaginales espontáneos. (21)



## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue un diseño no experimental, dado no hubo manipulación de las variantes causales que fueron investigadas, sino que se analizaron tal como surgieron en el entorno clínico. (34)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo básico, con nivel correlacional y transversal, dado que su propósito es explorar la relación entre las variables, se tomarán los datos en un único momento y en el tiempo siendo retrospectivo. (35)

#### 3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

La investigación empleó un enfoque deductivo-hipotético, con un nivel correlacional, dado que pretende establecer vínculos entre los factores de riesgo y la taquipnea transitoria en neonatos. (36)

#### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 115 recién nacidos diagnosticados con taquipnea transitoria, atendidos en el Hospital Regional



Manuel Núñez Butrón de Puno, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

### 3.4.2. Muestra

Se trabajó con la totalidad de la población, es decir, los 115 casos registrados durante el periodo de estudio.

#### Criterios de inclusión

- Historias clínicas con datos completos
- Historias clínicas dentro del tiempo del año 2024
- Historias clínicas de recién nacidos con diagnóstico de taquipnea

#### Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos
- Historias clínicas de años anteriores al propuesto
- Historias clínicas de neonatos que no presentaron taquipnea

#### Temporalidad:

Se recolectaron datos registrados en el HMNB de Puno durante el período de enero a diciembre de 2024.

## 3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

### 3.5.1. Técnicas

La metodología utilizada en este estudio consistió en un análisis documental, basado en la evaluación metódica y organizada de expedientes clínicos de neonatos con diagnóstico de taquipnea transitoria

**Variable 1:** Análisis documental

**Variable 2:** Análisis documental



### 3.5.2. Instrumentos

La herramienta empleada para registrar ambas variables fue un formulario de captura de datos, elaborado por el investigador conforme a los objetivos planteados y avalado mediante evaluación de especialistas. Este instrumento estructurado facilitó la organización y sistematización de la información obtenida de los expedientes clínicos neonatales, garantizando consistencia entre las variables, indicadores y categorías analíticas.

**Variable 1:** Ficha de recolección de datos

**Variable 2:** Ficha de recolección de datos

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- a) **Coordinación:** Como paso inicial, se gestionó activamente la autorización del director del H.R.M.N.B. - Puno para la realización del presente estudio. La recopilación de los datos necesarios se llevó a cabo utilizando un formulario de recolección estructurado, diseñado especialmente para asegurar la precisión, consistencia y ordenamiento sistemático de la información obtenida.
- b) **Ejecución:** Se efectuó una evaluación descriptiva de la información, utilizando la organización en matrices estadísticas que posibilitaron la creación de distribuciones en tablas y gráficos, facilitando una representación nítida de las tendencias identificadas. Luego, los datos fueron condensados e interpretados conforme a las metas planteadas en la investigación
- c) **Análisis inferencial:** Se utilizaron métodos estadísticos, incluyendo el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba de independencia chi-



cuadrado ( $\chi^2$ ), para determinar la presencia de asociaciones significativas entre las variables. El tratamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para el procesamiento, análisis e interpretación de la información recolectada, se empleó la prueba de Chi-cuadrado, por ser la adecuada para el manejo de variables cualitativas.

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

La herramienta para la recopilación de información fue evaluada mediante validación por expertos, con el fin de garantizar su adecuación, precisión, congruencia y relevancia en relación con los objetivos planteados. Para este propósito, se solicitó la evaluación de un panel de tres especialistas.

#### 3.8.2. Confiabilidad

Para la validez interna se midió por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, lo cual certifica la homogeneidad interna de los indicadores aplicados en el estudio.

Análisis de confiabilidad del instrumento

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,876	9



### CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1. EDAD MATERNA ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

EDAD MATERNA	TEST DE SILVERMAN								TOTAL	
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adolescente (12 a 17 años)	1	0.9	3	2.6	0	0.0	0	0.0	4	3.5
Joven (18 a 29 años)	16	13.9	34	29.6	16	13.9	0	0.0	66	57.4
Adultez (30 a 49 años)	13	11.3	28	24.3	3	2.6	1	0.9	45	39.1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>26.1</b>	<b>65</b>	<b>56.5</b>	<b>19</b>	<b>16.5</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2 C = 28.245$

$GL = 6$

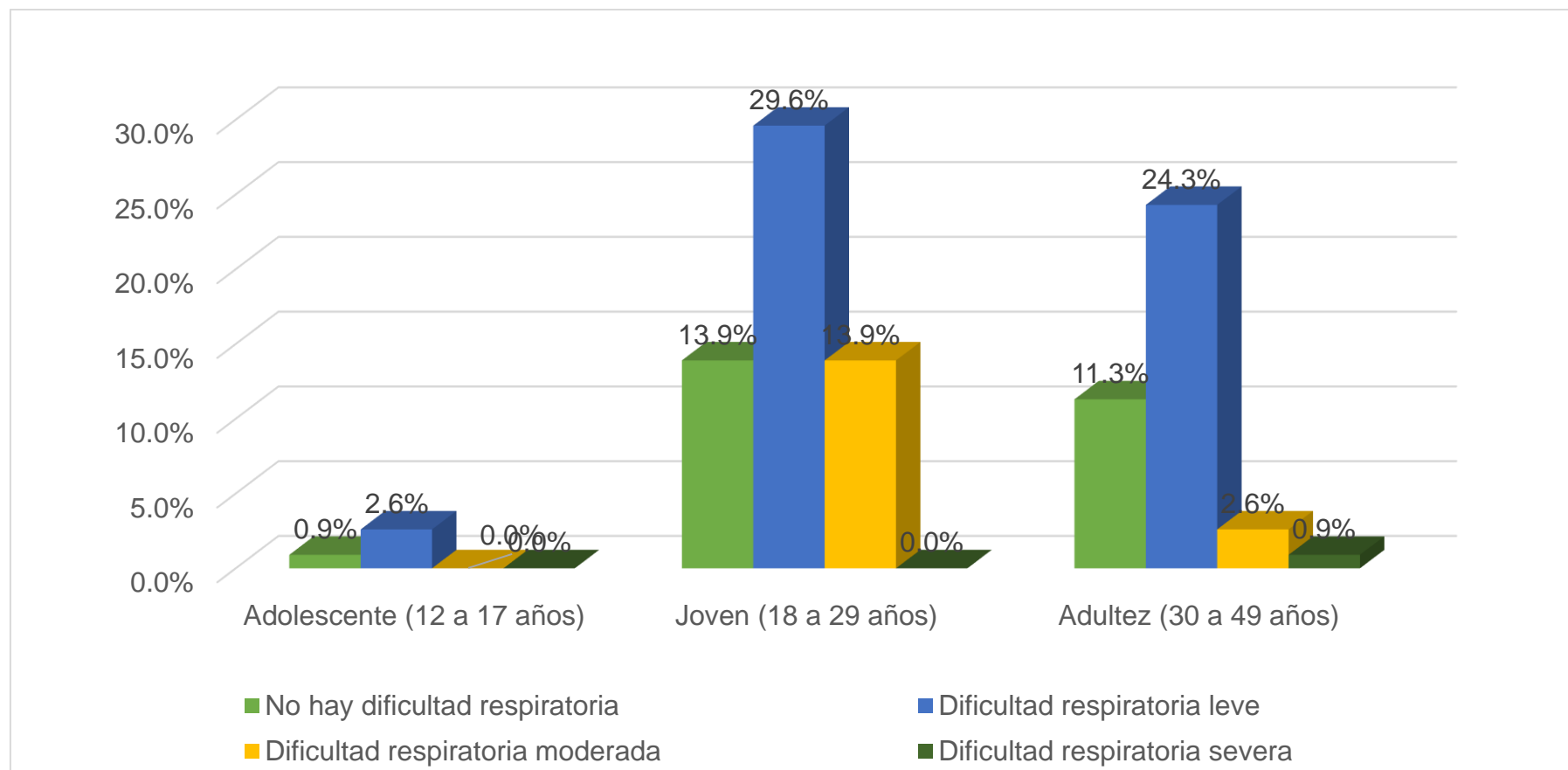
$\chi^2 T = 12.591$

$P = 0.023$

**ES SIGNIFICATIVA**



**FIGURA 1. EDAD MATERNA ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 1



En la Tabla y Figura 1 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según la edad materna. Se observa que el 57.4% correspondió a madres jóvenes entre 18 y 29 años, el 39.1% a madres adultas de 30 a 49 años y el 3.5% a madres adolescentes de 12 a 17 años.

Según la distribución del test de Silverman, el 29.6% de los RN presentaron respiración con dificultad leve, predominando en hijos de madres jóvenes de 18 a 29 años. El 13.9% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo etario. Asimismo, el 13.9% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en hijos de madres adultas de 30 a 49 años.

El procesamiento estadístico se realizó con la prueba chi cuadrado dándonos un valor de  $\chi^2 = 28.245$ , que da un valor por encima del umbral crítico establecido de 12.591 para 6 grados de libertad ( $p = 0.023$ ). Consecuentemente este hallazgo evidencia una asociación significativa entre la edad materna y TTRN.

**Ovelar.** (9) Reporta que las madres de entre 21 y 31 años, fueron la mitad de todas las madres estudiadas, lo que guarda cierta similitud con el presente estudio, donde el 57.4% de las grávidas de edad entre los dieciocho a veintinueve años. Ambos resultados coinciden en señalar que hay más incidencia de TTN que fueron hijos de madres jóvenes, lo que podría explicarse por factores como menor experiencia materna, mayor prevalencia de infecciones urinarias o condiciones obstétricas propias de este grupo etario.



**TABLA 2. PARIDAD ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

PARIDAD	TEST DE SILVERMAN									
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara (1 parto)	17	14.8	30	26.1	10	8.6	1	0.9	58	50.4
Múltipara (2-4 partos)	13	11.3	34	29.5	8	7.0	0	0.0	55	47.8
Gran múltipara (≥ 5 partos)	0	0.0	1	0.9	1	0.9	0	0.0	2	1.8
TOTAL	30	26.1	65	56.5	19	16.5	1	0.9	115	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 26.325$

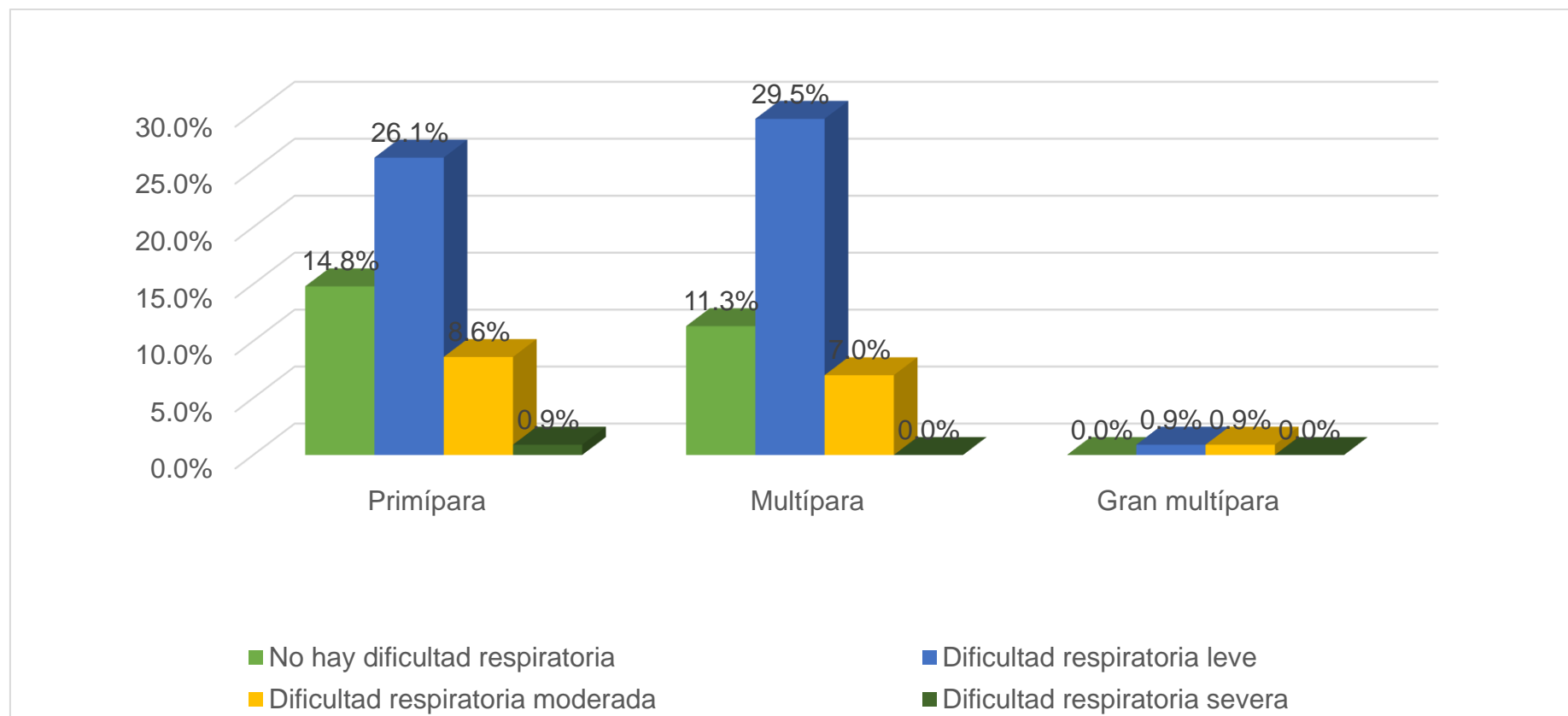
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$P=0.004$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 2. PARIDAD ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 2



En la Tabla y Figura 2 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el número de paridad. Se observa que el 50.4% correspondió a madres primíparas, el 47.8% a multíparas y finalmente el 1.8% fueron gran multíparas.

Según la distribución del test de Silverman, el 29.5% de los RN presentaron dificultad respiratoria leve, predominando en hijos de madres multíparas. El 14.8% no presentó dificultad respiratoria, asociados a madres primíparas. Asimismo, el 8.6% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo.

El procesamiento estadístico mediante la prueba de  $X^2$  dió un valor de 26.325, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ( $p = 0.004$ ). Este hallazgo evidencia una asociación significativa entre la paridad y la TTRN.

**Limache** (18) encontró que el 40.7% de los recién nacidos dados a luz con el diagnóstico de TTRN fueron hijos de madres primíparas, sin asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ). En contrastación con en el presente estudio que el 50.2% de los casos correspondió a madres primíparas, con una asociación significativa ( $p = 0.004$ ).



**TABLA 3. INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO MATERNO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO MATERNO	TEST DE SILVERMAN								TOTAL	
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presentó	6	5.2	13	11.3	4	3.5	0	0.0	23	20.0
Si presentó	24	20.9	52	45.2	15	13.0	1	0.9	92	80.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>26.1</b>	<b>65</b>	<b>56.5</b>	<b>19</b>	<b>16.5</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 32.412$

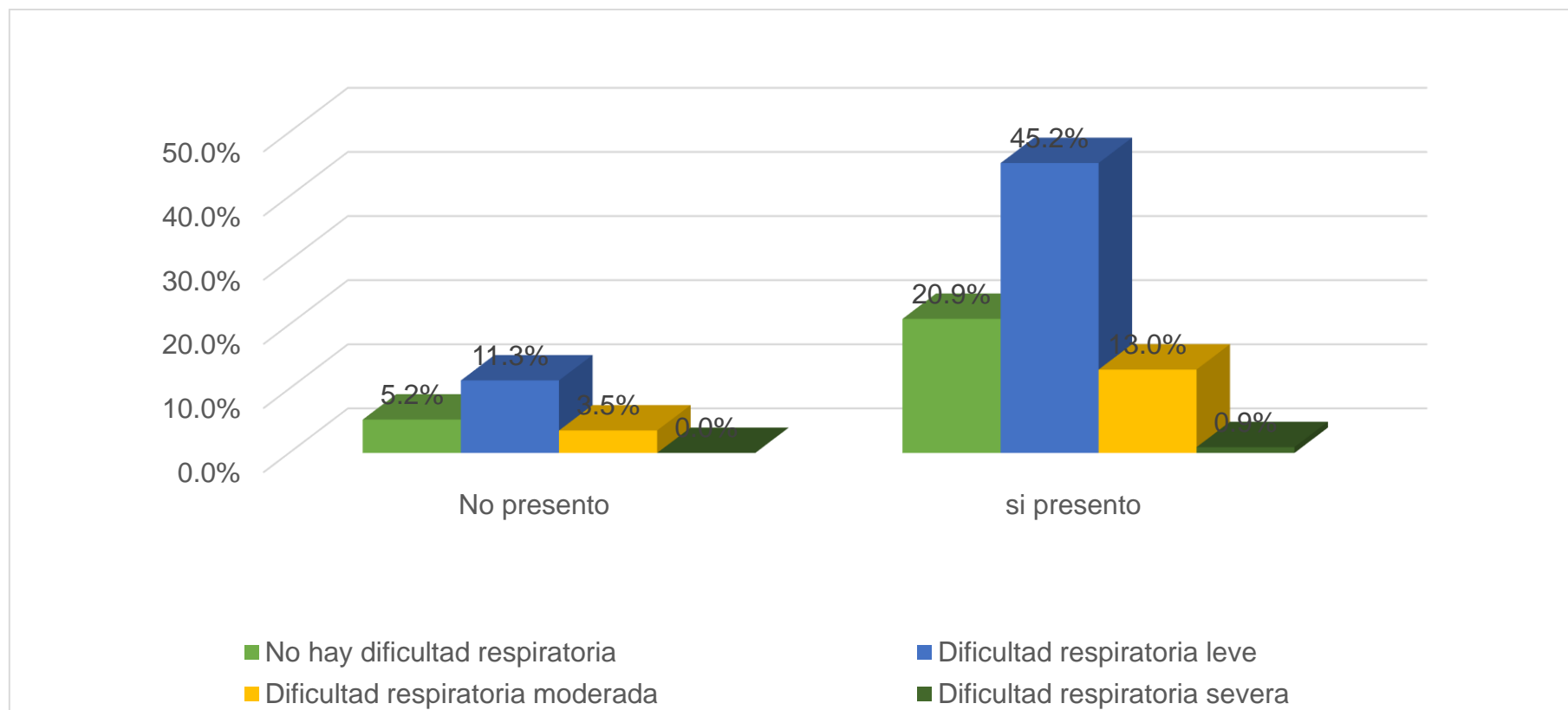
$GL = 3$

$X^2_{Tab} = 7.814$

$P = 0.000$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 3. INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO MATERNO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 3



En la Tabla y Figura 3 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según la infección de tracto urinario materno. Se observa que el 80% correspondió a madres que si presentaron ITU y el 20% a madres que no presentaron esta patología.

Según la distribución del test de Silverman, el 45.2% de los RN presentaron dificultad respiratoria leve, predominando en hijos de madres con infección urinaria. El 20.9% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo. Asimismo, el 13% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo.

El procesamiento estadístico empleando la prueba  $\chi^2$  reveló un valor de  $\chi^2 = 32.412$ , que rebasa el límite crítico establecido de 7.814 para 3 grados de libertad de un  $p = 0.000$ . Este descubrimiento confirma una asociación estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario materno y la TTRN.

**Yana** (19) reportó que la ITU materna se asoció significativamente a la TTRN (OR = 2.925;  $p=0.001$ ). De manera concordante, en el presente estudio el 80% de las grávidas presentó infección urinaria, evidenciando también una asociación significativa ( $p=0.000$ ). Estos hallazgos refuerzan la asociación entre la ITU durante el embarazo y el desarrollo de alteraciones respiratorias neonatales.



**TABLA 4. TIPO DE PARTO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

TIPO DE PARTO	TEST DE SILVERMAN									
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Vaginal espontaneo	10	8.7	16	13.9	11	9.6	1	0.9	38	33.1
Vaginal inducido	3	2.6	6	5.2	2	1.7	0	0.0	11	9.5
Cesárea	17	14.8	43	37.4	6	5.2	0	0.0	66	57.4
TOTAL	30	26.1	65	56.5	19	16.5	1	0.9	115	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 17.241$

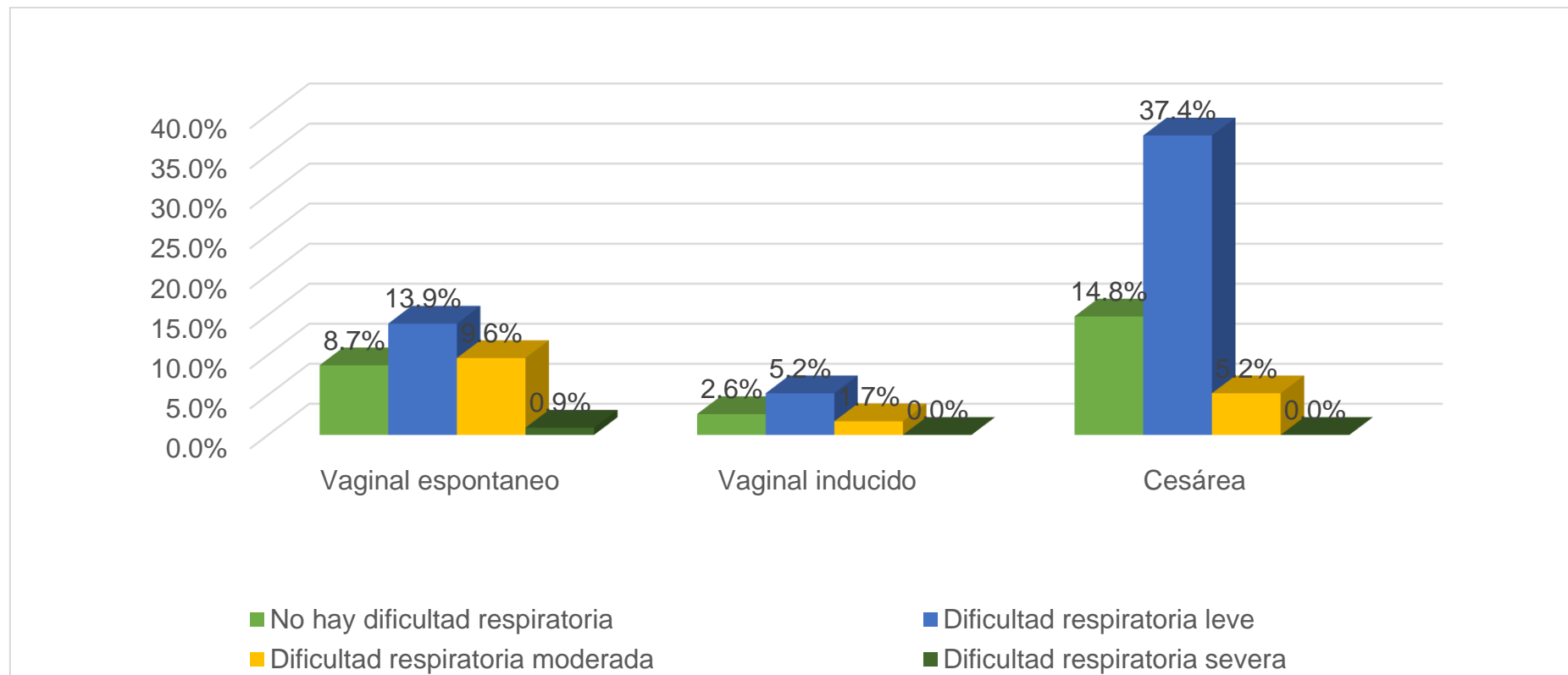
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$P = 0.010$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 4. TIPO DE PARTO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 4



En la Tabla y Figura 4 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el tipo de parto. Se observa que el 57.4% correspondió a madres con parto por cesárea, el 33.1% a parto vaginal espontáneo y el 9.5% a parto vaginal inducido.

Según la distribución del test de Silverman, el 37.4% de los RN presentaron dificultad respiratoria leve, predominando en hijos de madres con parto por alumbramiento por vía quirúrgica abdominal. El 14.8% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo. Asimismo, el 9.6% presentó dificultad respiratoria moderada siendo en pacientes con parto vaginal espontáneo, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo.

El procesamiento estadístico empleando la prueba  $\chi^2$  reveló un valor de  $\chi^2 = 17.241$ , que rebasa el límite crítico establecido de 12.591 para 6 grados de libertad donde  $p = 0.010$ . Este descubrimiento confirma una asociación estadísticamente significativa entre la vía de nacimiento y TTRN.

Según **Vázquez**. (7) La literatura indica que la TTRN está asociada a múltiples factores de riesgo, entre ellos ser hijo de madre diabética y el parto por cesárea. En concordancia con ello, en el presente estudio se encontró que el 57.4% de los casos correspondió a partos por alumbramiento por vía quirúrgica abdominal, asociación que resultó estadísticamente significativa ( $p=0.010$ ). Este hallazgo respalda la evidencia que señala que la cesárea, especialmente sin trabajo de parto previo, puede interferir con la reabsorción del líquido pulmonar fetal, aumentando la aparición de dificultad respiratoria.



**TABLA 5. SEXO DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

SEXO DEL RECIÉN NACIDO	TEST DE SILVERMAN								TOTAL	
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	16	13.9	35	30.4	7	6.1	0	0.0	58	50.4
Masculino	14	12.2	30	26.1	12	10.4	1	0.9	57	49.6
TOTAL	30	26.1	65	56.5	19	16.5	1	0.9	115	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

$X^2 Cal = 21.471$

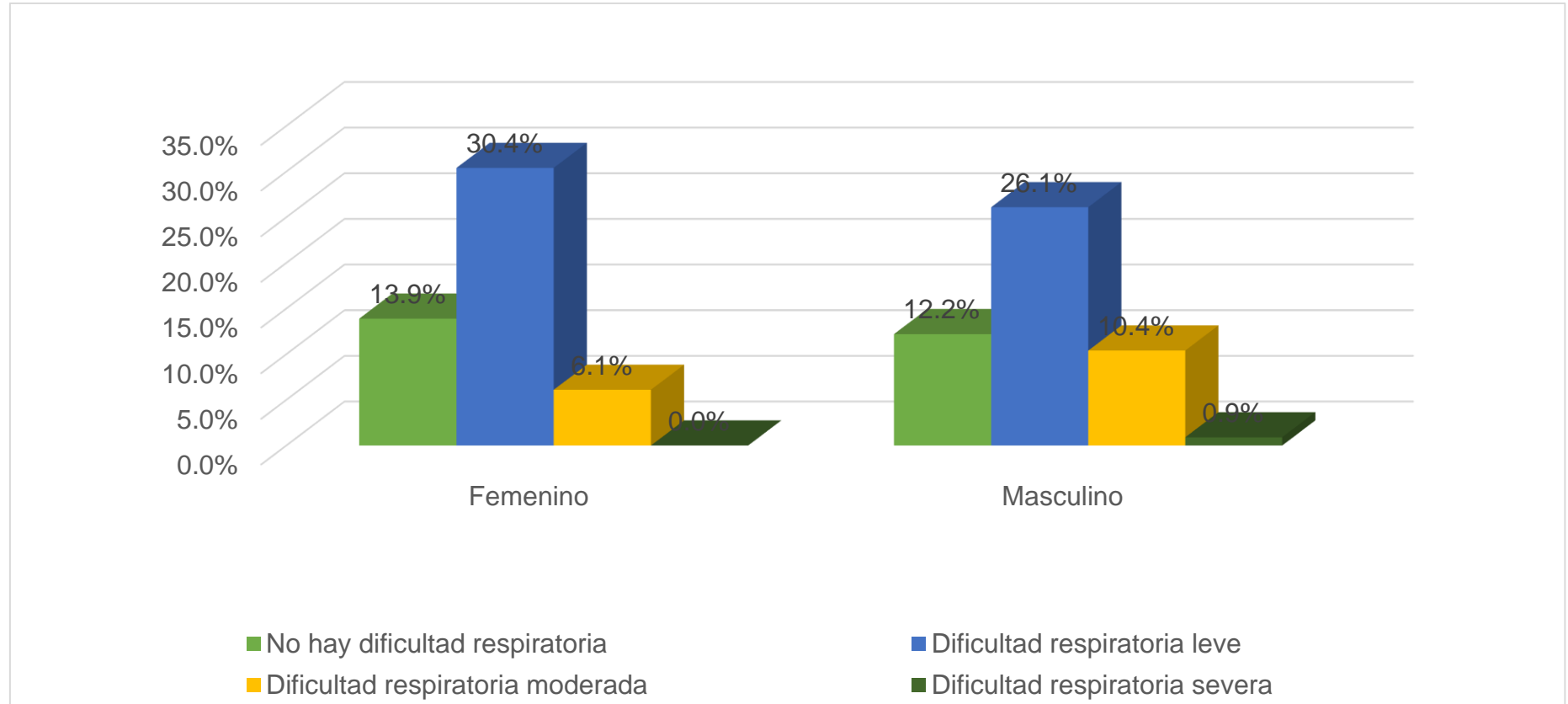
$GL = 6$

$X^2 Tab = 12.591$

$p = 0.014$

**ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 5. SEXO DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 5



En la Tabla y Figura 5 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el sexo. Se observa que el 50.4% correspondió a RN de sexo femenino, el 49.6% al sexo masculino.

Según la distribución del test de Silverman, el 30.4% de los RN presentaron dificultad respiratoria leve, predominando en el género femenino. El 13.9% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo. Asimismo, el 10.4% presentó dificultad respiratoria moderada en el sexo masculino, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo.

El análisis estadístico mediante la prueba de  $\chi^2$  mostró un valor de  $\chi^2 = 21.471$ , que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ( $p = 0.014$ ). Este hallazgo evidencia una asociación significativa entre el género del recién nacido y la TTRN.

**Ovelar.** (9) establece una prevalencia en féminas en los casos de taquipnea transitoria, con un 49%. Este resultado es consistente con este estudio, donde el 50.4% de los RN afectados fueron del género femenino, mostrando también una asociación significativa ( $p=0.014$ ). Esta similitud sugiere que el sexo femenino podría estar asociado con una mayor susceptibilidad a esta condición.



**TABLA 6. PESO DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

PESO DEL RECIÉN NACIDO	TEST DE SILVERMAN								TOTAL	
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo peso (< 2500 gr)	4	3.5	12	10.4	5	4.3	1	0.9	22	19.1
Peso adecuado (2500 g – 4000 gr)	25	21.7	50	43.5	13	11.3	0	0.0	88	76.5
Peso elevado (macrosómico) (>4000 gr)	1	0.9	3	2.6	1	0.9	0	0.0	5	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>26.1</b>	<b>65</b>	<b>56.5</b>	<b>19</b>	<b>16.5</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

$\chi^2 C = 5.747$

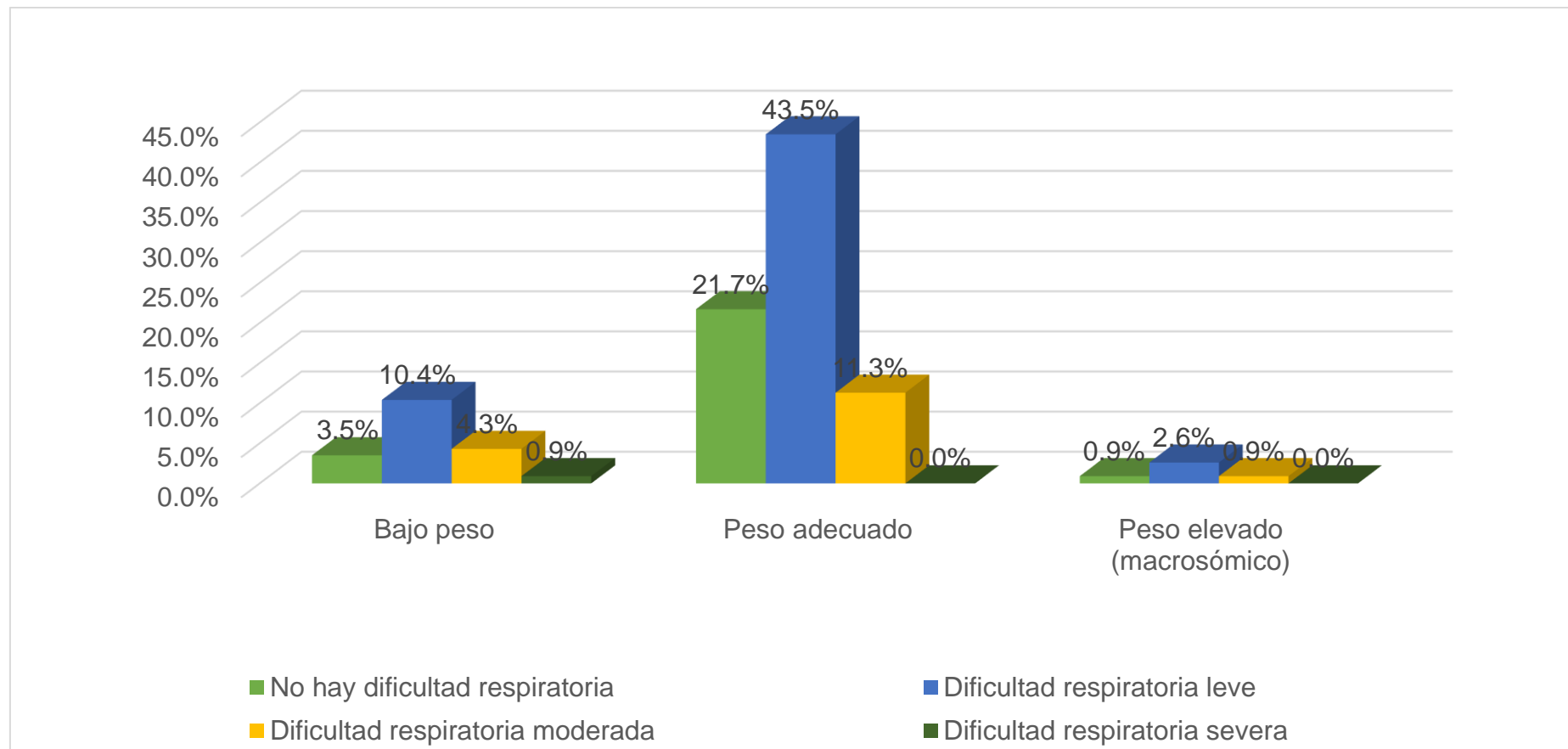
$GL = 6$

$\chi^2 T = 12.591$

$p = 0.452$

**NO ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 6. PESO DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 6



En la Tabla y Figura 6 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el peso del RN. Se observa que el 76.5% correspondió a recién nacidos con peso adecuado, el 19.1% fueron en recién nacidos con peso bajo y el 4.4% presentaron peso elevado (macrosómicos).

Según la distribución del test de Silverman, el 43.5% de los RN presentaron DR leve, predominando en RN con peso adecuado. El 21.7% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo. Asimismo, el 11.3% presentó dificultad respiratoria moderada en el mismo grupo y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa siendo este caso en recién nacidos con bajo peso.

El procesamiento estadístico empleando la prueba  $\chi^2$  reveló un valor de  $\chi^2 = 5.747$ , que se encuentra por debajo del límite crítico establecido de 12.591 para 6 grados de libertad ( $p = 0.452$ ). Este descubrimiento confirma que no se establece asociación significativa entre el peso neonatal y la TTRN.

**Curi.** (17) Reportó un peso promedio al nacer de  $2500.7 \pm 764.9$  gramos en los RN con TT, indicando una tendencia hacia pesos más bajos. En contraste, en el presente estudio, el 76.5% de los recién nacidos presentó un peso adecuado al nacer, sin asociación significativa con la TTRN ( $p=0.452$ ).



**TABLA 7. EDAD DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

EDAD DEL RECIÉN NACIDO	TEST DE SILVERMAN								TOTAL	
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Pretérmino moderado (32-33.6 semanas)	0	0.0	2	1.7	0	0.0	0	0.0	2	1.7
Pretérmino tardío (34-36.6 semanas)	4	3.5	7	6.1	6	5.2	0	0.0	17	14.8
A término temprano (37-38.6 semanas)	6	5.2	13	11.3	3	2.6	0	0.0	22	19.1
A término completo (39-40.6 semanas)	19	16.5	41	35.6	10	8.7	1	0.9	71	61.7
A término tardío (41 semanas)	1	0.9	1	0.9	0	0.0	0	0.0	2	1.8
Postérmino (42 semanas o más)	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>26.1</b>	<b>65</b>	<b>56.5</b>	<b>19</b>	<b>16.5</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 8.497$

$GL = 15$

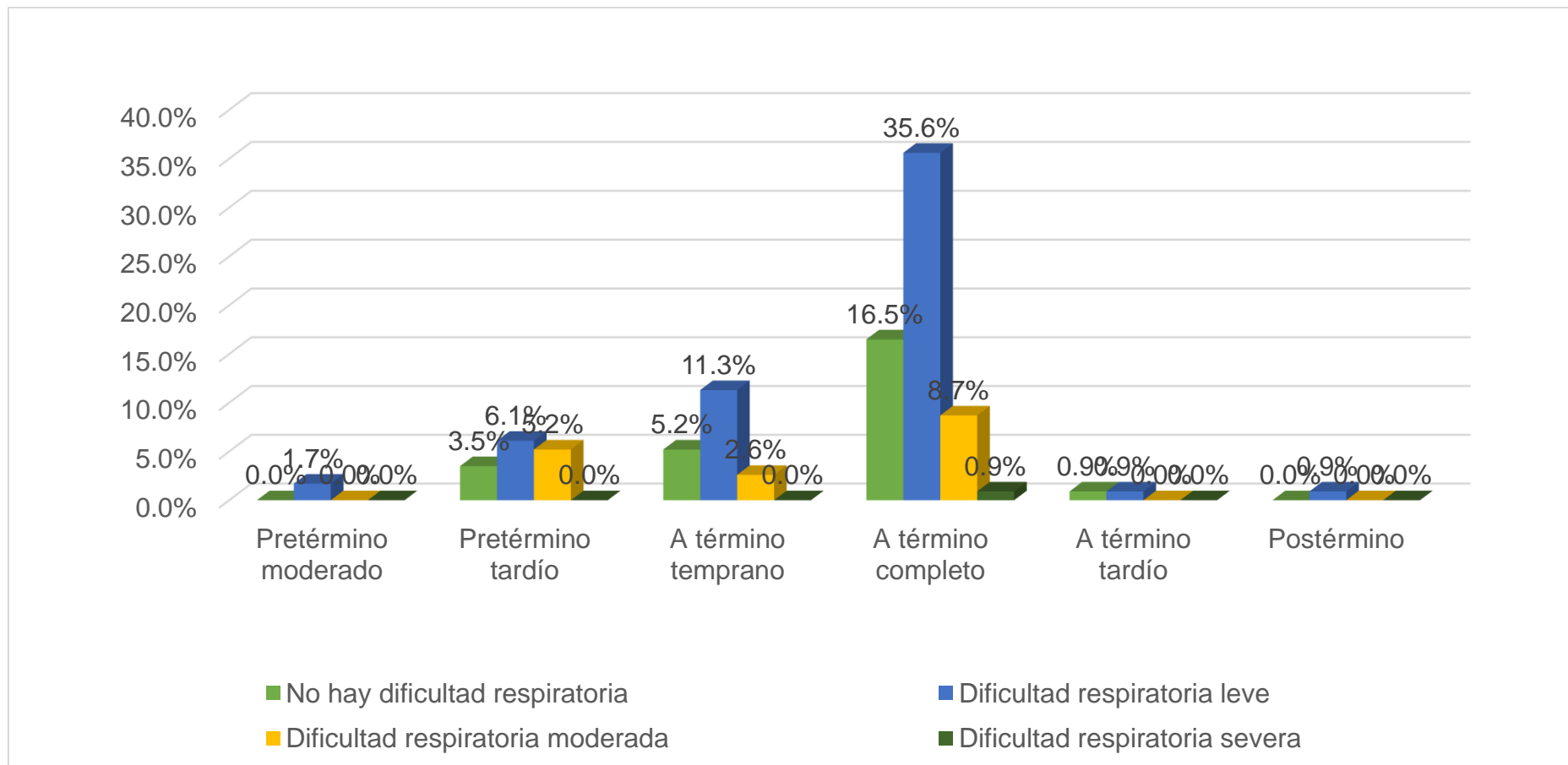
$X^2_{Tab} = 24.995$

$p = 0.902$

**NO ES SIGNIFICATIVA**



**FIGURA 7. EDAD DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 7



En la Tabla y Figura 7 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según la edad del recién nacido. Se evidencia que el 61.7% fue un recién nacido a término completo, el 19.1% fueron a término temprano, el 14.8% presento pretérmino tardío y el 1.8% fue a término tardío y el 1.7% fueron recién nacidos a pretérmino moderado y el 0.9% fueron recién nacidos postérminos.

Según la distribución del test de Silverman, el 35.6% de los RN presentaron dificultad para respirar leve, predominando a RN a término completo. El 16.5% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo. Asimismo, el 8.7% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo. El procesamiento estadístico empleando la prueba  $\chi^2$  reveló un valor de  $\chi^2 = 8.497$ , que se encuentra por debajo del límite crítico establecido de 24.995 para 15 grados de libertad ( $p = 0.902$ ). Este descubrimiento confirma que no existe asociación estadísticamente significativa entre la edad del lactante y la TTRN.

**Pastuña.** (8) Señala que la TT es más habitual en RN de gestación completa (37–39 semanas), evidenciando su prevalencia en edades gestacionales avanzadas. De manera concordante, en el presente estudio el 61.7% de los RN con TT fueron a término completo, aunque sin asociación estadísticamente significativa ( $p=0.902$ ). Estos resultados refuerzan la tendencia de que esta condición pulmonar mencionada se presenta con una mayor incidencia en neonatos no prematuros.



**TABLA 8. APGAR DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

APGAR (a los 5 minutos)	TEST DE SILVERMAN									
	No hay dificultad respiratoria (0 puntos)		Dificultad respiratoria leve (1-3 puntos)		Dificultad respiratoria moderada (4-6 puntos)		Dificultad respiratoria severa (7-10 puntos)		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Mala adaptación (0 - 3 puntos)	0	0.0	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Moderada dificultad para la adaptación (4 - 6 puntos)	1	1.0	1	0.9	2	1.7	0	0.0	4	3.6
Buena adaptación (7 - 10 puntos)	29	25.1	64	55.6	16	13.9	1	0.9	110	95.5
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>26.1</b>	<b>65</b>	<b>56.5</b>	<b>19</b>	<b>16.5</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>	<b>115</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

$X^2 Cal = 8.825$

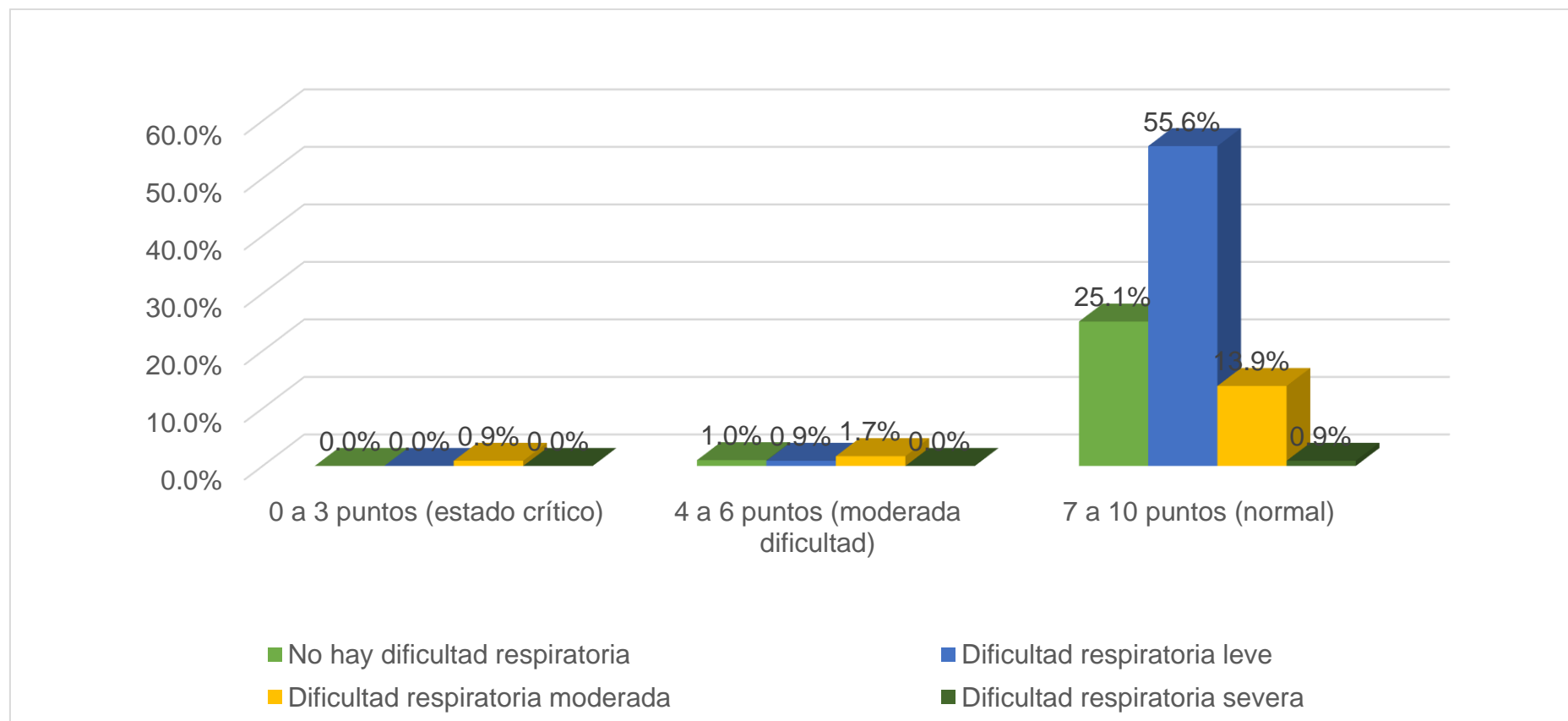
$GL = 6$

$X^2 Tab = 12.591$

$p = 0.184$

**NO ES SIGNIFICATIVA**

**FIGURA 8. APGAR DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADO A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**



Fuente: TABLA 8.



En la Tabla y Figura 8 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el Apgar del recién nacido. Se observa que el 95.5% correspondió a recién nacidos con Apgar de 7 a 10 puntos, el 3.6% a recién nacidos con Apgar de 4 a 6 puntos y el 0.9% a recién nacidos con Apgar de 0 a 3 puntos.

Según la distribución del test de Silverman, el 55.6% de los RN presentaron dificultad para respirar leve, predominando en RN con un Apgar de 7 a 10 puntos. El 25.1% no presentó dificultad respiratoria, también asociados mayoritariamente a este mismo grupo, asimismo, el 13.9% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa, la cual se observó en el mismo grupo.

El procesamiento estadístico empleando la prueba  $\chi^2$  reveló un valor de  $\chi^2 = 8.825$ , que se encuentra por debajo del límite crítico establecido de 12.591 para 6 grados de libertad ( $p = 0.184$ ). Este descubrimiento confirma que no existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de Apgar y la taquipnea transitoria en recién nacidos.

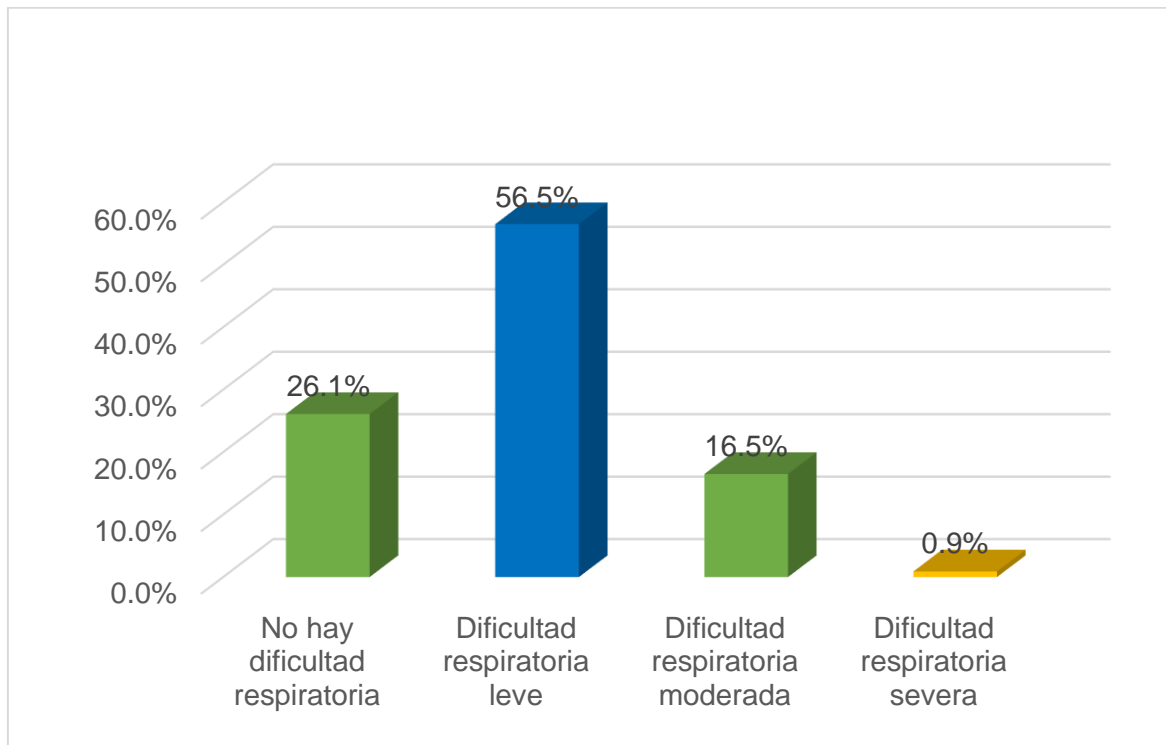
**Ticono. (5)** Encontró que un puntaje de Apgar menor de 7 se asociaba significativamente a la presencia de taquipnea transitoria ( $\chi^2 = 24.780$ ;  $p=0.000$ ), sugiriendo que un Apgar bajo al minuto de nacido incrementa el riesgo de esta condición. En contraste, en el presente estudio, 95.5% de los productos con distrés respiratorio transitorio evidenció una calificación de Apgar entre 7 y 10, sin asociación significativa ( $p=0.184$ ).

**TABLA 9. RESULTADO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA SEGÚN EL TEST DE SILVERMAN EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

RESULTADO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA SEGÚN EL TEST DE SILVERMAN	TOTAL	
	fi	%
No hay dificultad respiratoria (0 puntos)	30	26.1
Dificultad respiratoria leve (1 – 3 puntos)	65	56.5
Dificultad respiratoria moderada (4 – 6 puntos)	19	16.5
Dificultad respiratoria severa (7 – 10 puntos)	1	0.9
TOTAL	115	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**FIGURA 9.**



Fuente: TABLA 9.



En la Tabla y Figura 9 se presenta la distribución de los 115 casos de taquipnea transitoria en recién nacidos según el test de Silverman. Según la distribución del test de Silverman, el 56.5% de los recién nacidos presentaron dificultad respiratoria leve. El 26.1% no presentó dificultad respiratoria, Asimismo, el 16.5% presentó dificultad respiratoria moderada, y finalmente, el 0.9% registró dificultad respiratoria severa.

**Curi. (17)** Reportó una prevalencia de dificultad respiratoria del 7.8% en RN, lo cual representa una proporción baja en comparación con el presente estudio, donde el 56.5% presentó dificultad para respirar leve según el test de Silverman. Esta diferencia puede deberse a distintos criterios diagnósticos, población de estudio o herramientas de evaluación utilizadas. En el presente estudio, el uso sistemático del test de Silverman pudo haber permitido una detección más sensible de casos leves.



## CONCLUSIONES

- Primero:** Se determinó que los condicionantes de riesgo, especialmente los condicionantes maternos, ya que todos sus indicadores estudiados mostraron asociación significativa con la taquipnea transitoria de los recién nacidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno – 2024. Por lo tanto, se acepta parcialmente la hipótesis planteada.
- Segundo:** Se identificó los condicionantes maternos asociados significativamente a la taquipnea transitoria en recién nacidos: la edad materna mostró que el 57.4% fueron jóvenes de 18 a 29 años ( $p=0.023$ ); respecto a la paridad, el 50.4% fueron primíparas ( $p=0.004$ ); el 80% presentó infección del tracto urinario ( $p=0.000$ ); y el tipo de parto fue por cesárea en el 57.4% de los casos ( $p=0.010$ ).
- Tercera:** Se definió los condicionantes fetales asociados significativamente a la taquipnea transitoria en recién nacidos mostraron que el 50.4% fueron de sexo femenino ( $p=0.014$ ). No se encontraron asociaciones significativas con el peso al nacer, donde el 76.5% presentó peso adecuado ( $p=0.452$ ); la edad gestacional, con el 61.7% a término ( $p=0.902$ ); ni con el Apgar, ya que el 95.5% obtuvo entre 7 y 10 puntos ( $p=0.184$ ).
- Cuarta:** Se precisó la presencia de taquipnea transitoria según el test de Silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, observándose que el 56.5% presentó dificultad respiratoria leve.



## RECOMENDACIONES

- Primera:** Al director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón coordinar con el jefe de la servicio de neonatología para implementar programas de capacitación continua al personal de salud en la identificación temprana de factores de riesgo materno-fetales y el manejo inmediato de la taquipnea transitoria, utilizando herramientas como simulaciones clínicas y protocolos actualizados basados en evidencia.
- Segunda:** Al jefe del servicio de neonatología incorporar el uso sistemático de herramientas de evaluación como checklists de riesgo perinatal y escalas clínicas de monitoreo materno, que incluyan factores como edad, primiparidad, infecciones urinarias y vía de parto. Estos instrumentos permitirán al personal de salud anticipar el riesgo de taquipnea transitoria en el recién nacido y tomar decisiones clínicas más eficaces durante el control prenatal y el parto.
- Tercera:** Al responsable del servicio de neonatología utilizar videos educativos para capacitar al personal de salud y orientar a gestantes sobre los signos de dificultad respiratoria neonatal y factores fetales asociados, mejorando la detección y respuesta oportuna.
- Cuarta:** Al personal salud del servicio de neonatología aprovechar las redes sociales y plataformas digitales del establecimiento de salud para difundir videos breves y educativos dirigidos a gestantes y familias, sobre la identificación temprana de signos de dificultad respiratoria en recién nacidos, incluyendo el uso del test de Silverman como herramienta de apoyo visual.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medlineplus. Taquipnea transitoria en recién nacidos: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007233.htm>
2. Msdmanuals. Taquipnea transitoria del recién nacido - Pediatría [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatría/problemas-respiratorios-en-recién-nacidos/taquipnea-transitoria-del-recién-nacido>
3. helloclue. ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica? [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://helloclue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>
4. MINSA. Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal. Perú, 2023 (SE 1- 45). 2023 [Internet]. 1-43. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202345\\_18\\_09073\\_2\\_2.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202345_18_09073_2_2.pdf)
5. Ticona G. Factores de riesgo materno – perinatales asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos atérmino y pretérminos tardíos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca julio - diciembre 2018. 2019.
6. Coila A. Factores de riesgo neonatales asociados a la estancia hospitalaria prolongada en neonatos a término y pretérmino tardío con TTRN en HRMNB 2020- 2022 [tesis Pregrado]. [Puno - Perú]: Universidad Nacional Del Altiplano; 2023.



7. Vázquez S. Actualización clínica del manejo de Taquipnea Transitoria en el recién nacido. Revisión sistemática. 2023 [citado 13 de abril de 2025]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/16369>
8. Pastuña F. Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido [Internet] [tesis Grado]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10182/1/>
9. Ovelar A. Factores de riesgo asociados a complicaciones neonatales en el hospital regional de coronel oviedo, 2021- 2022 [Internet] [Thesis]. Facultad de ciencias medicas; 2023 [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/handle/123456789/338>
10. Osmany L, Perez J. Taquipnea transitoria del recién nacido. Fisiopatología y diagnóstico [Internet] [tesis especialidad]. [Cuba]: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales,; 2021. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/509/367>
11. Barrantes T, Suárez M, Morera H. Posibles factores de riesgo asociados a una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes en la Unidad de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl. Acta Pediátrica Costarricense [Internet]. enero de 2009 [citado 13 de abril de 2025];21(1):41-6. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00902009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00902009000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Victorio G, Romaní H, Romaní S, Hospital de Ventanilla, Av. Pedro Beltrán S/N Calle 3 Ventanilla, Callao. Factores de riesgo asociados a estancia hospitalaria prolongada en cuidados intensivos neonatales: un estudio de



casos y controles. RFMH [Internet]. 30 de septiembre de 2023 [citado 13 de abril de 2025];23(3):122-30. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/5908>

13. Marquez E. Factores de riesgo para taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional Huacho [Internet] [tesis Grado]. [Huacho]: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/9612/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Lujan RE. Rotura Prematura de Membranas y Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2023 [citado 13 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/132191>
15. Tejada K. Cesárea asociada a RPM como factor de riesgo para taquipnea transitoria, Hospital Santa María del Socorro de Ica. 2024.
16. Inga G. Características clínicas y factores de riesgo asociados al síndrome de distrés respiratorio neonatal en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen", 2022-2023 [Internet] [Trabajo Academico]. [lima Perú]: Universidad Continental; 2023. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16528/2/IV\\_FC\\_S\\_502\\_TE\\_Inga\\_Grijalva\\_2025.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16528/2/IV_FC_S_502_TE_Inga_Grijalva_2025.pdf)
17. Curi P. Prevalencia de la dificultad respiratoria en neonatos del Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, durante el periodo 2022 [Internet] [Trabajo Academico]. [Cerro de pasco]: Universidad Nacional Daniel Alcides



Carrión; 2023. Disponible en: [http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3719/1/T026\\_45102179\\_T.pdf](http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3719/1/T026_45102179_T.pdf)

18. Limache Y. Factores de riesgo para taquipnea transitoria del recién nacido. Hospital III EsSalud Juliaca 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57861>
19. Yana A. Factores de riesgo asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno – 2018. 2019.
20. Mspbs. Conozca los principales factores de riesgo para la salud [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html>
21. Toolbox. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad - EUPATI Toolbox [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://toolbox.eupati.eu/resources/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/?lang=es>
22. Scielo. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000200125](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125)
23. PMC. Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes - PMC [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10761194/>



24. Dioses D, Corzo C, Zarate J. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. octubre de 2023 [citado 13 de abril de 2025];23(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2023000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2023000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Dioses D, Corzo C, Zarate J, Zapata N, Arredondo-Nontol M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. octubre de 2023 [citado 13 de abril de 2025];23(4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2023000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2023000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Medlineplus. Control del parto vaginal espontáneo - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/control-del-parto-vaginal-espont%C3%A1neo>
27. Accessmedicina. Fisiología del trabajo de parto | Williams Obstetricia, 26e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3103&sectionid=264041081>
28. Cannizzaro CM, Paladino MA. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anestesia Analgesia Reanimación [Internet]. 2011 [citado 13 de abril de 2025];24(2):59-74. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?>



script=sci\_abstract&pid=S1688-

12732011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Tamayo V, Morilla A, Tamayo V, Morilla A. Epigenética, sexo masculino y enfermedades neonatales. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. diciembre de 2021 [citado 13 de abril de 2025];93(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312021000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312021000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Medlineplus. La prueba de Apgar: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
31. Kidshealth. Taquipnea transitoria del recién nacido (para Padres) | Nemours KidsHealth [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/ttn.html>
32. Msdmanuals. Taquipnea transitoria del recién nacido - Salud infantil [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-recién-nacidos/taquipnea-transitoria-del-recién-nacido>
33. Test o Escala de Silverman Anderson para evaluar la dificultad respiratoria de los niños [Internet]. [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://salucity.com/c/informacion-para-profesionales/recursos/escalas-test-de-valoracion-salud-ninos/test-o-escala-de-silverman>
34. Velázquez A. Investigación no experimental: Qué es, características y ejemplos [Internet]. QuestionPro. 2018 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>



35. Universidad Veracruzana. Tipos de investigación [Internet]. [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
  
36. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria [Internet]. enero de 2019 [citado 10 de abril de 2025];13(1):102-22. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-25162019000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



# ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

	EdadMaterna	NúmerodeParidad	ITUMaterna	Parto	SexodelReceñNacido	PesodelReceñNacido	EdaddelReceñNacido	APGAR	TestdeSilverman
1	2	2	2	3	1	2	4	3	2
2	3	2	2	3	2	2	4	3	2
3	3	2	2	3	2	2	3	3	2
4	2	2	2	1	1	2	4	3	2
5	2	2	2	1	1	2	3	3	3
6	2	1	2	1	1	2	4	3	1
7	2	1	2	3	1	1	3	3	1
8	1	1	1	1	2	2	4	3	2
9	2	2	1	1	1	1	2	3	3
10	2	2	2	1	1	2	4	3	2
11	3	2	1	1	2	2	4	3	2
12	3	2	2	3	1	2	3	3	3
13	3	1	2	3	2	1	2	3	1
14	3	1	2	1	1	2	2	3	2
15	3	2	2	1	1	2	3	3	1
16	3	2	2	3	1	2	4	3	1
17	3	2	2	1	1	2	4	3	2
18	2	2	2	3	2	2	4	3	2
19	3	2	1	3	1	2	4	3	2
20	3	2	1	3	1	1	4	3	1
21	2	1	2	3	2	2	4	3	2
22	2	1	2	1	2	2	4	3	3
23	3	1	2	3	2	2	2	3	2
24	2	1	2	3	1	2	4	3	2
25	2	1	2	2	2	2	3	3	3
26	2	1	1	3	1	2	4	3	2



	EdadMaterna	NúmerodeParidad	ITUMaterna	Parto	SexodelReceñNacido	PesodelReceñNacido	EdaddelReceñNacido	APGAR	TestdeSilverman
27	3	2	2	3	1	2	4	3	1
28	2	1	2	2	2	2	4	3	2
29	2	2	2	2	1	2	3	3	2
30	2	1	2	1	2	2	4	3	3
31	2	2	1	1	2	2	3	3	1
32	2	1	2	1	1	1	2	3	3
33	2	1	2	3	1	2	3	3	1
34	2	2	2	1	2	3	5	3	1
35	2	1	2	1	2	2	4	3	1
36	2	2	2	1	1	2	2	3	3
37	2	1	2	1	1	1	4	3	1
38	2	2	2	3	2	2	4	3	2
39	2	1	2	3	2	2	3	3	1
40	2	3	2	1	1	2	3	3	2
41	2	2	1	3	1	1	3	3	2
42	2	2	2	3	1	1	2	1	3
43	3	1	2	3	2	2	5	3	2
44	2	2	2	1	2	1	1	3	2
45	2	1	2	3	2	2	4	2	3
46	3	2	2	3	1	2	4	3	2
47	2	1	2	3	1	1	2	3	2
48	3	2	2	1	1	2	4	3	2
49	2	2	1	2	2	2	4	3	2
50	3	1	2	3	1	2	4	3	1
51	3	2	2	1	2	2	4	3	3
52	3	1	2	2	2	1	3	3	2



	EdadMaterna	NúmerodeParidad	ITUMaterna	Parto	SexodelReceñNacido	PesodelReceñNacido	EdaddelReceñNacido	APGAR	TestdeSilverman
53	2	1	1	1	2	2	4	3	3
54	2	2	2	1	2	2	4	3	2
55	2	2	2	3	1	2	4	3	2
56	2	2	1	3	1	2	3	3	2
57	2	1	2	1	2	2	4	3	3
58	3	2	1	1	2	3	4	3	2
59	2	1	2	3	2	2	4	3	1
60	3	2	1	3	1	2	4	3	1
61	3	2	2	3	2	1	3	3	2
62	3	1	2	3	1	2	4	3	2
63	2	1	1	2	1	2	4	3	1
64	1	1	2	3	2	2	4	3	2
65	2	3	1	2	2	2	4	3	3
66	3	2	2	3	2	1	3	3	2
67	2	2	1	3	2	3	6	3	2
68	3	2	2	3	1	2	4	3	2
69	2	1	2	2	2	2	4	3	2
70	2	1	2	3	1	2	4	3	2
71	3	2	1	3	1	2	4	3	2
72	1	1	1	3	1	2	4	3	2
73	3	1	2	3	2	2	4	3	2
74	2	1	2	3	2	3	4	3	3
75	2	2	2	3	2	1	2	2	3
76	3	2	2	3	2	2	3	2	1
77	2	1	2	3	2	2	4	3	2
78	2	1	2	1	1	2	4	3	2



	EdadMaterna	NúmerodeParidad	ITUMaterna	Parto	SexodelReceñNacido	PesodelReceñNacido	EdaddelReceñNacido	APGAR	TestdeSilverman
79	3	2	2	1	1	2	4	3	1
80	2	2	2	3	2	1	2	2	2
81	2	1	2	1	1	1	3	3	2
82	2	1	2	1	2	2	4	3	2
83	3	2	2	3	2	3	4	3	2
84	3	1	2	3	2	1	1	3	2
85	3	2	2	3	2	1	2	3	3
86	2	1	1	2	2	2	4	3	1
87	1	1	1	3	2	2	2	3	1
88	3	1	2	3	1	2	4	3	1
89	2	1	2	3	2	2	4	3	1
90	2	1	2	3	1	2	4	3	2
91	2	1	1	1	2	2	4	3	3
92	2	1	1	3	1	1	2	3	2
93	3	2	2	3	1	1	3	3	2
94	3	2	2	3	2	2	3	3	2
95	2	1	2	3	1	2	4	3	2
96	2	1	2	1	1	2	4	3	3
97	3	1	2	3	1	2	4	3	2
98	2	1	2	3	2	2	2	3	2
99	2	2	2	3	2	2	3	3	2
100	3	2	2	1	2	2	2	3	1
101	3	2	2	3	1	2	4	3	1
102	2	1	2	3	2	2	4	3	1
103	2	1	2	2	2	2	4	3	1
104	3	2	2	1	2	2	4	3	1



	EdadMaterna	NúmerodeParidad	ITUMaterna	Parto	SexodelReceñNacido	PesodelReceñNacido	EdaddelReceñNacido	APGAR	TestdeSilverman
105	3	2	2	3	1	1	2	3	2
106	3	2	1	2	2	2	4	3	2
107	3	1	2	1	2	1	4	3	4
108	3	1	2	3	1	2	4	3	2
109	2	1	2	1	1	2	3	3	2
110	2	2	2	3	1	2	4	3	2
111	3	2	2	3	1	2	4	3	2
112	2	2	2	3	1	2	2	3	1
113	3	1	2	3	1	2	4	3	2
114	2	1	2	1	1	2	4	3	2
115	2	1	2	1	1	2	4	3	1



**ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título: CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	METODOLOGÍA
PG. ¿Cuáles son los condicionantes de riesgo asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, Puno 2024?	OG. Determinar los condicionantes de riesgo asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, Puno 2024	HG. Los condicionantes de riesgo (maternos y fetales) se asocian significativamente a la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024.	<b>Variable 1</b>  Condicionantes de riesgo	1.1 . Condicionantes maternos	1.1.1. Edad materna	a) Adolescente (12 - 17 años) b) Joven (18 - 29 años) c) Adulthood (30 - 49 años)	<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> : No experimental  <b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> El tipo de investigación es básica de nivel correlacional, corte transversal.  <b>MÉTODO:</b> Hipotético-deductivo  <b>POBLACIÓN:</b> N° 115 Casos  <b>MUESTRA:</b> N° 115 muestra censal.  <b>1.- TÉCNICAS:</b> V1. Análisis documental.
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>			1.1.2. Paridad	a) Primípara (1 partos) b) Multípara (2 - 4 partos) c) Gran multípara (≥ 5 partos)	
PE 1. ¿Cuáles son los condicionantes maternos asociados a taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?	OE 1. Identificar la asociación que existe entre los condicionantes maternos y la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.	HE 1. Los condicionantes maternos como la edad materna, numero de paridad y parto se asocian significativamente con la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.			1.1.3. ITU materna	a) No b) Si	
PE 2. ¿Cuáles son los condicionantes fetales asociados a taquipnea transitoria en recién	OE 2. Definir la asociación que existe entre los condicionantes fetales y la taquipnea transitoria en	HE 2. Los condicionantes fetales como peso del recién nacido, edad del			1.2. Condicionantes fetales	1.2.1. Sexo del recién nacido 1.2.2. Peso del Recién nacido	



<p>nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?</p> <p>PE 3. ¿Cuál es el resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón?</p>	<p>recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.</p> <p>OE 3. Precisar el resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.</p>	<p>recién nacido y Apgar se asocian significativamente con la taquipnea transitoria en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.</p> <p>HE 3. El resultado de taquipnea transitoria según el test de Silverman se manifiesta predominantemente como dificultad respiratoria leve en recién nacidos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron.</p>			<p>1.3.1. Edad del recién nacido</p> <p>a) Pretérmino moderado (32 - 33.6 semanas) b) Pretérmino tardío (34 - 36.6 semanas) c) A término temprano (37 - 38.6 semanas) d) A término completo (39 - 40.6 semanas) e) A término tardío f) Postérmino (41 semanas)</p>	<p>V2. Análisis documental.</p> <p><b>2.- INSTRUMENTOS</b></p> <p>V1. Ficha de recolección de datos. V2. Ficha de recolección de datos.</p>
					<p>1.3.2. Apgar</p> <p>a) Mala adaptación (0 - 3 puntos) b) Moderada dificultad para la adaptación (4 - 6 puntos) c) Buena adaptación (7 - 10 puntos)</p>	
<p><b>Variables</b></p> <p><b>2.</b> Taquipnea transitoria en recién nacidos</p>			<p>2.1 Resultado de la taquipnea con el Test de Silverman</p>	<p>a) No hay dificultad respiratoria (0 puntos) b) Dificultad respiratoria leve (1 - 3 puntos) c) Dificultad respiratoria moderada (4 - 6 puntos)</p>		

## ANEXO 3: INSTRUMENTO:

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024

CONDICIONANTES MATERNOS			
1.	EDAD MATERNA	a) Adolescente (12 - 17 años)	
		b) Joven (18 - 29 años)	
		c) Adultez (30 - 49 años)	
2.	PARIDAD	a) Primípara (1 parto)	
		b) Multipara (2 - 4 partos)	
		c) Gran multipara ( $\geq 5$ partos)	
3.	ITU MATERNA	a) Sí	
		b) No	
4.	PARTO	a) Vaginal espontáneo	
		b) Vaginal inducido	
		c) Cesárea	
CONDICIONANTES FETALES			
4.	SEXO DEL RECIÉN NACIDO	a) Femenino	
		b) Masculino	
5.	PESO DEL RECIÉN NACIDO	a) Bajo peso ( $< 2500$ gr)	
		b) Peso adecuado (2500 gr - 4000 gr)	
		c) Peso elevado (macrosómico) ( $> 4000$ gr)	
6.	EDAD DEL RECIÉN NACIDO	a) Pretérmino moderado (32 - 33.6 semanas)	
		b) Pretérmino tardío (34 - 36.6 semanas)	
		c) Término temprano (37 - 38.6 semanas)	
		d) Término completo (39 - 40.6 semanas)	



		e) Término tardío (41 semanas)	
		f) Postérmino (42 semanas o más)	
7	APGAR	a) Mala adaptación (0 - 3 puntos)	
		b) Moderada dificultad para la adaptación (4 - 6 puntos)	
		c) Buena adaptación (7 - 10 puntos)	
<b>TEST DE SILVERMAN</b>			
8.	TEST DE SILVERMAN	a) No hay dificultad respiratoria (0 puntos)	
		b) Dificultad respiratoria leve (1 - 3 puntos)	
		c) Dificultad respiratoria moderada (4 - 6 puntos)	
		d) Dificultad respiratoria severa (7 - 10 puntos)	



**ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

**1. Identificación del experto.**

Nombres y apellidos: J. Nertali Pisco Gonzalez  
 Centro laboral: Hospital Regional "Daniel A. Naranjo Bultrón"  
 Profesión: Medico  
 Otros estudios: Especialidad en Pediatría.

**2. Instrucciones.**

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01). Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

**3. Juicio de experto.**

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)			X		
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)		X			



6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
<b>Puntaje parcial</b>				3	40	20
<b>Puntaje total:</b>						63

**Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido**

$$63 / 75) \times 100 = \dots 84 \dots$$

#### 4. Escala de validación.

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

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



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

.....  
Adecuado para el tema de investigación.  
.....  
.....

6. **Constancia de Juicio de experto.**

El J. Neptali Pilco Gonzales que suscribe, identificado con DNI N° 013.2175.3..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:  
Heidy Mayumi Lopez Choque.....

Juliaca 14 de Julio..... del 2025.

.....  
J. Neptali Pilco Gonzales  
MEDICO PEDIATRA  
CMP. 20674 - RNE. 30847



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

#### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Juan Carlos Gallegos Tito

Centro laboral: Hospital Regional "Manuel Muñoz Butron"

Profesión: Médico

Otros estudios: Especialidad en Pediatría.

#### 2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01). Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

#### 3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	



6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
<b>Puntaje parcial</b>		-	-	-	28	40
<b>Puntaje total:</b>						68

**Nota:** Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido

$$68/75) \times 100 = \dots\dots\dots 90.6$$

**4. Escala de validación.**

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

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



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

*Asewado*  
.....  
.....  
.....

6. **Constancia de Juicio de experto.**

El *Juan Carlos Gallegos Tito* que *Juan Carlos Gallegos Tito* suscribe, identificado con DNI N° *01304777* Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:  
*Heidy Myrioni Lopez Choque*

Juliaca *14* de *Julio* del 2025.



Juan Carlos Gallegos Tito  
MÉDICO CIRUJANO  
PEDIATRA  
C.R.P. 44028 RNE 41573



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

#### 1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: ROGER FRANCISCO SÁNCHEZ VALDEZ

Centro laboral: HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUENOS"

Profesión: MEDICO

Otros estudios: Especialidad en Pediatría.

#### 2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01). Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

#### 3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X



6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
<b>Puntaje parcial</b>		-	-	-	28	40
<b>Puntaje total:</b>						68

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido

$$68 / 75) \times 100 = \dots 90.6$$

#### 4. Escala de validación.

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

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



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

.....  
Adecuado para el tema de investigación  
.....  
.....

6. **Constancia de Juicio de experto.**

El ROGER FRANCISCO SANCHEZ VALDEZ que suscribe, identificado con DNI N° 06060213..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

Juliaca 14 de Julio del 2025.

Dr. Roger Francisco Valdez  
MÉDICO PSIQUIATRA  
CMR. 18014 RNE. 21034



**ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN**



Hospital Regional  
Manuel Núñez Butrón



UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACION Y DOCENCIA.

*"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"*

Puno, 22 de mayo del 2025.

OFICIO N° **001198** -2025 - D - UAID - HR "MNB"-PUNO.

Señor(a):

**Dra.LIZ KENNY CANO PINEDA**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**  
**HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON" - PUNO**

Presente.-

**ASUNTO:** Presentación de Tesista.

Es grato dirigirme a usted para saludarle y presentar a la Srta. **HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE** Egresada de la E.P de Medicina de la **Universidad Nestor Caceres Velasquez** quien realiza el Proyecto de tesis Titulado: **"CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, PUÑO 2024"**, a partir de la fecha, con **Autorización de su Jefatura**. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle muestras consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



GPVR/RTT/rsmch.  
CC.Arch. Direcc.  
UAID.





PERU

Ministerio de Salud

Gobierno Regional de Puno

Hospital Regional Manuel Núñez Butrón



UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACION Y DOCENCIA.

*"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"*

Puno, 22 de mayo del 2025.

OFICIO N° **001197** -2025 - D - UAID - HR "MNB"-PUNO.

Señor(a):

Ing. ELIZABETH YANIRA QUISPE ESQUIVEL  
JEFA DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA  
HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRON" - PUNO

Presente.-

**ASUNTO:** Presentación de Tesista.

Es grato dirigirme a usted para saludarle y presentar a la Srta. **HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE** Egresada de la E.P de Medicina de la **Universidad Nestor Caceres Velasquez** quien realiza el Proyecto de tesis Titulado: **"CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024"**, a partir de la fecha, con Autorización de su Jefatura. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle muestras consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



GPVR/RTT/rsmch.  
CC.Arch. Direcc.  
UAID.

Dr. Juan Paul E. VALENCIA VELASCO  
CAMP 50661-RNE 47063  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



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

Formato digital

Fecha de entrega: 14/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: HEIDY MAYUMI LOPEZ CHOQUE

Dirección: Av. Floral Nro 597 – Puno

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73854833

Teléfono: 993522900 email: heidylch29@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: CONDICIONANTES DE RIESGO ASOCIADOS A TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Condicionantes, recién nacidos, riesgo y taquipnea transitoria.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?

2

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

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

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

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

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

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

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

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

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

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

14 – OCTUBRE – 2025

Fecha