

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NEONATO CON HIPOGLICEMIA
EN MACROSOMIA**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. ELIZABETH QUISPE ARROYO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL CUIDADO
DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL

ASESORA:

Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

LIMA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por estar conmigo en todo momento, ayudarme, sustentarme con su diestra de su justicia, su infinita bondad y amor y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo.

A mi esposo e hijos por su apoyo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por darme la oportunidad de estudiar la especialización.

A mi asesora Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO por la revisión cuidadosa que ha realizado de este trabajo académico y sus valiosas sugerencias en todo momento.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	10
1.1. Hipoglicemia	10
1.2. Macrosomia	15
1.3. Teoría de enfermería	22
II. DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACION DE CASO CLINICO)	25
2.1. Valoración según dominio	26
2.2. Diagnósticos de enfermería	31
2.3. Planeamiento de objetivos y prioridades	32
2.4. Ejecución de las intervenciones	47
2.5. Evaluación de los resultados	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS (FOTOGRAFIAS)	51

RESUMEN

El presente trabajo académico se realizó el estudio del caso clínico titulada: “CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL NEONATO CON HIPOGLICEMIA EN MACROSOMIA” siendo un neonato a término , con 20 horas de vida, de la unidad de cuidados intensivos neonatal II del hospital regional Zacarías Correa Valdivia. Este estudio pretende mejorar el estado de salud del neonato y evitar daños secundarios con las intervenciones adecuadas y oportunas de enfermería.

Para la cual se utilizó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, y la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2015-2017 en la valoración de los dominios NANDA y en la formulación de los diagnósticos enfermeros.

Como resultados se obtuvo: recién nacido presenta una glucosa igual a 50gr/dl, recibe lactancia materna directa con buen reflejo de succión y deglución, un peso corporal igual a 3,960kg, no convulsiono, vía periférica sin signos de infección y se fortaleció un apego madre –neonato.

Palabras claves: Cuidados, enfermería, neonato, hipoglicemia, macrosomía.

ABSTRACT

The present academic work was carried out the study of the clinical case titled: "CARE OF NURSING IN THE NEONATE WITH HYPOGLYCEMIA IN MACROSOMY" being a neonate at term, with 20 hours of life, of the unit of neonatal intensive care II of the regional hospital Zacarías Correa Valdivia. This study aims to improve the state of health of the newborn and that of secondary damage with appropriate and timely nursing measures.

The NANDA International 2015-2017 in the valuation of the NANDA names and in the formulation of the diagnoses of the nurses.

As results were obtained: newborn presents a glucose equal to 50gr / dl, receives direct breastfeeding with good sucking and swallowing reflex, a body weight equal to 3,960kg, without convulsion, peripheral route without signs of infection and was strengthened to a mother-attachment.

KEY WORDS: Care, nursing, neonate, hypoglycemia, macrosomía.

INTRODUCCIÓN

El paso de la vida intra a extrauterina conlleva una serie de importantes cambios a nivel metabólico, al desaparecer, por una parte la conexión a la madre, que asegura un aporte continuado y prácticamente ilimitado de macro y micronutrientes, y por otra, la regulación metabólica placentaria.

Esto supone que el neonato, un ser aun considerablemente inmaduro, debe hacerse autosuficiente en muchos aspectos. Si ya es una ardua tarea en condiciones normales, ni que decir ante situaciones o patologías que disminuyen esta escasa autosuficiencia del recién nacido. De madres con diabetes mellitus, bajo peso o peso elevado para la edad gestacional, prematuridad, hipotermia, policitemia, enfermedad hipóxico-isquémica o errores congénitos del metabolismo.

En recién nacido con macrosomía e hipoglucemias graves recurrentes y que requieren altos aportes de glucosa se sospechará hiperinsulismo congénito, es muy frecuente la aparición de trastornos metabólicos, de los que probablemente uno de los más importantes es la hipoglucemia de la cual se describirá con detalle más adelante.

En condiciones normales, la extracción de glucosa por el cerebro del recién nacido oscila entre un 10-20%; cuando existe hipoglucemia, la disponibilidad de glucosa se hace más dependiente del flujo sanguíneo cerebral y aunque la hipoglucemia persiste se provoca un aumento del mismo, hay que considerar que con frecuencia el recién nacido con hipoglucemia tiene además una hemodinámica comprometida con fracaso de los mecanismos compensadores. Está fuera de toda duda que la hipoglucemia puede causar lesión neuronal (las hipoglucemias con clínica se asocian a secuelas neurológicas posteriores en más del 25% de los casos), incluso en las formas moderadas.

Por todo lo anterior, cada vez se tiende a ser menos permisivo con los bajos niveles de glucosa que con frecuencia aparecen en el recién nacido. Como norma general debería mantenerse entonces la glucemia en todos los recién nacidos por encima de 45 mg/dl; si además coexiste patología aguda severa, hay que intentar mantener esto niveles por encima de 60 mg/dl. En la literatura consultada surge como umbral de acción más extendido el valor de glucosa en sangre de 40 mg/dl.

La incidencia general de hipoglicemia en neonatos ha sido estimada entre 1 y 5 casos por cada 1000 recién nacidos vivos, sin embargo en dependencia de la literatura que se revise puede llegar hasta el 30%, principalmente en el grupo considerado como de “alto riesgo”. Por lo tanto la hipoglicemia es especialmente elevada en los recién nacido de bajo peso (independientemente de su edad gestacional), consecuencia fundamentalmente de sus escasas reservas de glucógeno hepático; en el hijo de madre diabética, debido al estado hiperglucémico e hiperinsulinémico intrauterino, en recién nacido macrosómico y en neonatos con patología aguda grave por una alta tasa de consumo con unas reservas relativamente insuficientes.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, en muchas ocasiones inaparentes. Puede aparecer letargia, hipotonía, llanto débil, apnea, taquipnea (e incluso Síndrome De Distres Respiratoria), temblores, cianosis y en casos más graves convulsiones y shock por insuficiencia cardíaca funcional. El diagnóstico debe ser precoz, antes de la aparición de la clínica, y se basa en el control rutinario de la glucemia mediante tiras reactivas en todo neonato con riesgo de hipoglicemia. Por tanto, es importante adelantarse a la aparición del problema y debe evaluarse a todos los recién nacidos con riesgo de desarrollarla, es fácil de detectar y tratar y puede ocurrir en recién nacidos sin sintomatología clínica aparente. La hipoglicemia del recién nacido entonces ocurre generalmente cuando falla el proceso normal de adaptación metabólica después del nacimiento. Toda hipoglicemia neonatal debe tratarse aunque sea asintomática. En las formas

asintomáticas, leves, puede bastar un suplemento oral de solución de glucosa al 5-10% a razón de 10 ml/kg; si coexiste patología aguda grave, se prevé una hipoglucemia prolongada o problemas con la alimentación oral, es preferible la perfusión de suero glucosado. Si no existe respuesta, aparecen manifestaciones clínicas compatibles o en los casos más severos, el tratamiento es la administración continua de glucosa intravenosa. Para evitar hiperinsulinismo o efecto rebote deben evitarse bolos de soluciones de glucosa muy concentradas. Las recomendaciones sugieren intervención en el recién nacido asintomático si la glucemia plasmática es < 36 mg/dl, aumentando el aporte enteral. En recién nacidos sintomáticos, con cifras $< 20-25$ mg/dl o hipoglucemia recurrente se indicará tratamiento intravenosa.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. HIPOGLICEMIA

1.1.1. DEFINICIÓN

La hipoglicemia clínicamente significativa refleja un desequilibrio entre la oferta y el uso de glucosa y combustibles alternativos, y puede resultar de una multitud de alteraciones de los mecanismos de regulación.

En la actualidad, a la vista de datos de seguimiento neurológico, metabólico y estadístico, el punto de corte es < 45 mg/dl, tanto para bebés pretérmino como a término, y a cualquier rango de edad extrauterina.

Esta se presenta frecuentemente en los neonatos macrosómicos (peso $> p90$) pudiendo ocasionar daño permanente en el sistema nervioso central si no es detectada a tiempo y tratada de una manera adecuada.

1.1.2. INCIDENCIA

La hipoglicemia neonatal se presenta de la siguiente manera:

- Hijo de madre diabética: 20 %
- Prematuros o retardo de crecimiento intrauterino: 4-15%
- Recién nacidos grandes para la edad gestacional: 8%
- Recién nacidos a término aparentemente sanos: 5-7%
- Relación hombre mujer: 1,6:1

1.1.3. CAUSAS DE HIPOGLICEMIA

a. Depósitos de Glicógeno reducidos:

- Prematuridad
- Estrés Perinatal
- Inanición
- Enfermedad por almacenamiento de glucógeno

b. Hiperinsulinismo:

- Lactante de Madre diabética
- Síndrome de Beckwith-Wiedemann
- Tratamiento farmacológico materno
- Adenoma de células insulares
- Eritroblastosis fetal

c. Producción de glucosa disminuida:

- Lactantes pequeños para la edad gestacional
- Errores congénitos del metabolismo

d. Otros:

- Hipotermia
- Sepsis
- Trastornos hipotalámicos o hipofisarios
- Insuficiencia Suprarrenal e Policitemia

1.1.4. FISIOPATOLOGIA

La glicemia total es más o menos el 60% de la glicemia materna, al nacer se produce una brusca suspensión.

El mantenimiento de la normoglicemia depende de la reserva de glucógeno, de grasas y de una adecuada glucogenólisis y gluconeogénesis efectiva a partir de aminoácidos.

Entre 1 y 2 horas después del nacimiento baja a niveles cercano a 40mg/dl.

1.1.5. FACTORES DE RIESGO

- Pequeño para la Edad Gestacional.
- Pretérminos menores de 37 semanas
- Hijo de madre diabética
- Macrosómicos
- Asfixia

1.1.6. CLASIFICACIÓN

a. Por tiempo de duración:

- Hipoglucemia Transitoria, se presenta entre el período fetal y neonatal, por falta de movilización y/o aumento del consumo de glucosa.
- Hipoglucemia Persistente o Recurrente, Dura más de 7 días.

b. Por evolución clínica:

- Hipoglucemia Asintomática, en el 50% de los casos.
- Hipoglucemia Sintomática, acompañada de un o más síntomas: tremores, somnolencia, letargia, apnea, cianosis, convulsiones, taquipnea, llanto anormal, hipotonía, apatía, hipotermia o hipertermia, succión débil, rechazo a la alimentación, hiporeflexia, palidez, palpitaciones, diaforesis.

Las convulsiones y coma se pueden producir con niveles iguales o menores de 10 mg/dl de forma prolongada o repetitiva.

1.1.7. DIAGNOSTICO

No existen signos clínicos específicos, y esta puede cursar en forma asintomática.

Son fundamentales los datos de laboratorio, 40mg/dl o menos, por lo menos en 2 veces consecutivas.

Los factores de riesgo.

Por cuadro clínico. La sintomatología siempre debe considerarse de mayor gravedad y urgencia.

1.1.8. MANEJO: CUIDADO BASICO

a. Prevención

- Asegurar lactancia materna precoz, y frecuente.
- Mantener temperatura normal.
- Monitorizar glicemia.

b. Tratamiento

- Identificar neonato con factores de riesgo y evaluar tolerancia de vía oral, Lactancia Materna por vía oral o por sonda. Si no tolera administrar Dextrosa Intravenosa, 4-6mg/ Kg/ minuto.
- Monitorizar glicemia.
- Si glicemia es 40 mg o menos y el Recién Nacido está:

ASINTOMATICO, asegurar leche materna exclusiva y control en una a dos horas.

SINTOMATICO, si persiste a pesar de administrar Leche Materna, administrar Dextrosa al 10% Intravenosa, 2 ml / Kg en bolo, a velocidad de 1 ml / minuto (en 10- 15 minutos), y continuar con 6- 8 mg/ Kg / minuto.

Dosar glucosa por hora.

No es recomendable administrar más de 12 mg / Kg / minuto

Por vía periférica no es recomendable administrar Dextrosa mayor de 15%, si precisara utilizar vía central, o en varias vías periféricas.

Si evoluciona favorablemente observar hasta el alta y luego realizar seguimiento.

Si no responde a tratamiento referir a cuidados esenciales o intensivos.

1.1.9. CUIDADOS ESENCIALES O INTENSIVOS

- Si glicemia es menor o igual a 40 mg/dl, administrar un nuevo bolo de Dextrosa 10% y aumentar VIG a 2 mg / kg / minuto hasta que se normalice la glicemia.
- Si se requiere de mayores de 12, 5% utilizar vía central
- En la mayoría de casos se logra normalizar con Velocidad de Infusión de Glucosa de 4- 8 mg/Kg / minuto.
- Si persiste hipoglucemia, administrar HIDROCORTISONA 5-10 mg / Kg / día, IV distribuido en 2 dosis, o PREDNISONA 2 mg/ KG / día VO, por 5- 7 días, y descartar trastornos endocrinos (Hipotiroidismo, Hipopituitarismo) y trastornos metabólicos (galactosemia).
- Cuando el Recién Nacido se estabiliza y tolera la alimentación oral o enteral, disminuir VIG progresivamente, controlando que se mantengan normales los valores de glucosa.

1.1.10. CRITERIOS DE ALTA

- Glicemia mayor de 60 mg /dl en dos controles, en 24 horas previas.
- Alimentación con leche materna exclusiva.

1.1.11. PRONOSTICO

Algunos estudios refieren que cifras menores de 40 mg /dl, se asocian al daño cerebral. La hipoglucemia que se acompaña con convulsiones frecuentemente se relaciona con trastornos de neuro desarrollo.

1.1.12. COMPLICACIONES

La hipoglucemia que se acompaña con convulsiones frecuentemente se relaciona con trastornos de neuro desarrollo: lenguaje; Déficit de atención, y concentración; Hiperquinesia, etc.

1.1.13. CRITERIOS DE REFERENCIA

- De cuidados primarios a cuidados básicos en factores de riesgo o sospecha.
- De cuidados básicos a cuidados esenciales o intensivos.

1.2. MACROSOMÍA.

1.2.1. DEFINICIÓN

Es un recién nacido que presente un peso al nacer mayor de 4.000gr o bien que se encuentre arriba del percentil 90 de la curva del peso-edad gestacional. (1)

1.2.2. DE MACROSOMÍA FETAL

Las causas de macrosomía fetal se pueden dividir en no modificables (carga genética, sexo, paridad, edad y altura materna) y modificables

(antropometría materna pregestacional, ingesta nutricional materna, ganancia ponderal materna durante la gestación, nivel de actividad física, hábito tabáquico y parámetros metabólicos, sobre todo aquellos relacionados con el metabolismo de la glucosa). (3)

El riesgo de hipoglucemia en neonatos con peso elevado para la edad gestacional (peso al nacimiento superior al percentil 90) es superior al de los pacientes con peso adecuado, incluso si no existe el antecedente materno de diabetes posiblemente por hiperinsulinismo transitorio. (5)

1.2.3. PREVALENCIA

La prevalencia mundial de los nacimientos de bebés ≥ 4000 gramos es aproximadamente el 9 por ciento y el 0,1 por ciento de los recién nacidos pesan ≥ 5000 g, con amplias variaciones entre los países.¹ La prevalencia de peso al nacer ≥ 4000 gramos en los países en desarrollo es de 1 al 5%. La prevalencia de recién nacidos grandes para la edad gestacional (Grande para la Edad Gestacional) entre madres con peso normal y las mujeres obesas sin diabetes gestacional fue 7,7 y 12,7%, respectivamente. Para las mujeres con diabetes gestacional, la prevalencia de Grande para la Edad Gestacional para mujeres con peso normal y obesas fue casi dos veces mayor: 13,6 y 22,3%, respectivamente.(9)

1.2.4. FACTORES DE RIESGO DE LA MACROSOMIA FETAL

FACTORES MATERNOS Y PATERNOS

- Peso y talla elevados
- Ganancia ponderal gestacional
- Diabetes materna pre/gestacional
- Multiparidad

- Edad materna > 35 años
- Macrosomía previa
- Nutrición materna
- Tamaño uterino y placentario
- Raza
- Factores socioeconómicos

FACTORES FETALES

- Sexo masculino
- Edad gestacional
- Síndromes genéticos: Wiedemann-Beckwith, Sotos, Beaver, Marschall-Smith Y Banayan.

1.2.5. CONSECUENCIAS DE LA MACROSOMIA

Hipoglucemia. Cuando el feto es macrosómico por causa de la diabetes materna sus niveles de glucosa e insulina son más elevados de lo normal. En el momento del nacimiento, cuando se corta el cordón umbilical y se interrumpe el suministro de glucosa materna, los niveles de insulina del neonato continúan elevados y disminuyen la concentración de glucosa en sangre. Este proceso genera una repentina baja de azúcar o hipoglicemia que puede afectar al corazón, los riñones y hasta el cerebro del recién nacido.

Policitemia. Es común que un 50% de neonatos con macrosomía fetal nazcan con un alto nivel de glóbulos rojos en sangre, lo cual convierte a la sangre en más viscosa y puede alterar el sistema nervioso central y aumentando los niveles de bilirrubina.

Hiperbilirrubinemia. Como mencionamos anteriormente la macrosomía fetal aumenta el riesgo de que el recién nacido tenga altos niveles de bilirrubina debido a la destrucción de los glóbulos rojos que se encuentran

en exceso en el flujo sanguíneo. Esto debe controlarse inmediatamente porque la bilirrubina puede atravesar la barrera celular del cerebro y el sistema nervioso, llegando a las neuronas y destruyéndolas.

Insuficiencia respiratoria. Cuando el feto es macrosómico la maduración de los pulmones es más lenta, razón por la que el recién nacido puede venir al mundo con una deficiencia respiratoria.

1.2.6. FISIOPATOLOGÍA DE LA MACROSOMÍA FETAL

Los episodios biomoleculares exactos de la fisiopatología de la macrosomía, aún no se encuentran bien definidos. En la etapa temprana del desarrollo embrionario, el patrón de crecimiento se encuentra regido por la carga genética fetal, y en la medida en que aumenta de tamaño, se ven implicados factores maternos y medioambientales, como el flujo sanguíneo uterino, la talla materna y las enfermedades asociadas en la madre. Durante el embarazo se producen cambios hormonales significativos como la elevación de los niveles de estrógenos, lactógeno placentario, el cual promueve la lipólisis para así aportar ácidos grasos a la madre y aminoácidos al feto; cortisol, progesterona e insulinas placentarias, así como un aumento de adipocitoquinas, las cuales actúan disminuyendo la sensibilidad a la insulina en la madre. El lactógeno placentario y las adipocitoquinas actúan como desencadenante directo de la hiperglicemia materna, la cual puede verse asociada a ganancia de peso excesivo de la madre, índice de masa corporal pregestacional mayor a 25kg/m² y diabetes pregestacional o gestacional no controlada. Estas condiciones guardan una estrecha relación con el aumento de triglicéridos maternos, que por medio de lipasas placentarias pasan a ser ácidos grasos libres que son transferidos al feto, con lo que se genera un estado de hiperglicemia fetal. Desde la semana diez de la gestación, se inicia el

desarrollo pancreático fetal, por lo que existe secreción de insulina frente al estímulo de la glucosa. Esto le permite al feto hacer un hiperinsulinismo compensatorio excesivo y no controlado, asociado a un aumento concomitante del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) y de hormona de crecimiento, lo que se ve reflejado en un aumento en la captación hepática de glucosa, síntesis de glucagón, lipogénesis y síntesis protéica. En el feto se observa hipertrofia, e hiperplasia de islotes beta pancreático, aumento del peso de órganos, hipertofia miocárdica, aumento del citoplasma de hepatocitos y hematopoyesis extramedular. Los cambios se traducen en un aumento del crecimiento fetal a expensas del aumento de los depósitos de grasa subescapular y abdominal principalmente, dando un feto grande para la edad gestación. El peso del feto al final del embarazo depende fundamentalmente de los siguientes factores: La contribución relativa de los genes al peso al nacer se ha estimado en 25-80%¹ La estatura y pesos de los padres influyen sobre el peso y longitud del recién nacido. El peso de ambos sexos es semejante hasta la semana 32, pero en el nacimiento, el varón pesa entre 150 y 200 gramos más. La obesidad es considerada como factor de riesgo, utilizando los parámetros establecidos por la Academia de Ciencias de los Estados Unidos en 1990, aceptados por la Organización Mundial de la Salud y adaptados por Stotland y colaboradores el IMC normal de 19.8-26 kg/m², sobrepeso (pre-obesidad), 27-32 kg/m² y obesidad 33 kg/m² o más. La gestación como tal se puede considerar diabetogénica, y el sobrepeso y la obesidad durante este produce aumento de la resistencia a la insulina, llevando a una disminución de la función de las células beta de producir insulina suficiente.⁵ El riesgo de sufrir diabetes gestacional (DG) es 2.6 veces mayor en gestantes obesas respecto a las gestantes con IMC normal, y 4 veces mayor en gestantes con obesidad severa. La detección de diabetes gestacional debe iniciarse durante la primera visita prenatal a las 24-28 semanas de gestación, y a las 6-12 semanas post parto, con pruebas

diferentes a la hemoglobina glicosilada (HbA1C). La obesidad se asocia con mucha frecuencia a la hipertensión gestacional y se ve más elevada aun cuando se relaciona con edades avanzadas durante el embarazo y el incremento de IMC > 25 kg/ m² aumenta la prevalencia de hipertensión en mujeres en edad reproductiva.

1.2.7. CLASIFICACIÓN DE MACROSOMÍA

Asimétricos o disarmónicos

El prototipo es el hijo de madre diabética, cuya macrosomía se debe fundamentalmente al efecto anabolizante del hiperinsulinismo fetal secundario a la hiperglucemia materna. Se asocia con una aceleración del crecimiento en la que, además de un peso elevado, existe un mayor perímetro escapular en relación con el cefálico. La grasa extra se concentra en la parte superior del cuerpo, aumentando el riesgo de traumatismo obstétrico.

Simétricos o armónicos Es el resultado de un sobre crecimiento fetal determinado genéticamente y en un ambiente intrauterino posiblemente normal, por lo cual se considera a estos recién nacidos (RN) constitucionalmente grandes y sin diferencias en sus parámetros biológicos cuando se comparan con los RN de peso adecuado.

Según Boulet et. Se debe sub clasificar a los recién nacidos macrosómicos en tres categorías.

- Grado I: 4000-4499 gr;
- Grado II: 4500-4999 gr;
- Grado III: >5000 gr.

1.2.8. DIAGNÓSTICO DE LA MACROSOMÍA FETAL

En la actualidad, aun es imprecisa una estimación del tamaño fetal excesivo, por lo tanto, el diagnóstico certero se realiza después del parto. En ocasiones el estimado clínico y el ultrasonido (circunferencia cefálica, torácica y abdominal) son propensos a presentar errores, por lo que es difícil predecir la macrosomía fetal. Se han hecho diversos intentos por mejorar la precisión de las estimaciones de peso por el análisis de varias medidas obtenidas por ecografía, pero aún no se ha encontrado una fórmula con valor de predicción precisa.

Las estimaciones ultrasónicas presentan un error entre 7.5-10% del peso real al nacer y un 15% para recién nacidos macrosómicos. Sólo el 50 % de los bebés al nacer fueron bien diagnosticados como macrosómicos.

Las estimaciones del peso fetal por un examen físico realizado por un médico, son tan o más confiables que las realizadas a partir de mediciones ecográficas.(9)

1.2.9. LA VALORACIÓN CLÍNICA

Tiene varias limitantes como son la cantidad de líquido amniótico, tamaño y forma del útero, vejiga llena, que se encuentren masas pélvicas y la posición fetal. A pesar que tiene poca sensibilidad como método aislado, la medición de altura uterina en el tercer trimestre de 3-4 cm mayor que la edad gestacional, requiere valorarlo con otro método para así establecer el diagnóstico de macrosomía fetal.

El error promedio del peso fetal estimado por maniobras clínicas es de 250-500 gramos.²

1.3.TEORÍA DE ENFERMERÍA

1.3.1. DOROTHEA OREM

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su padre era un constructor y su madre una dueña de casa.

Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como una en el año 1930. Luego en Catholic University of America recibió un B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education). En 1939 y en 1946 obtuvo un M.S.N.E. (Master of Science in Nursing Education). La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio

de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso,

soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescente adulto y vejes.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:
Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.
Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

II. DESARROLLO CAPITULAR.

DATOS GENERALES:

- Apellidos y Nombres : Q.A.
- Edad : Recién Nacido Inmediato.
- Sexo : Masculino.
- Domicilio : Jr. Santa Inés pata S/N
- Servicio : Neonatología.
- Cama : 105-B
- Fecha de ingreso : 10/11/2017
- Fecha de nacimiento : 10/11/2017
- Fecha de información : 11/11/2017
- Motivo de ingreso : Hipoglicemia –macrosomia fetal.

ANTECEDENTES MATERNOS:

- Madre no es diabética
- No hay antecedentes familiares de diabetes
- Último embarazo fue a término, con parto eutócico y con peso y talla dentro de los parámetros normales.

ANTECEDENTES NEONATALES:

- Parto distócico por situación fetal transversa y macrosomia fetal
- Peso: 4.040 kg
- Talla: 51 cm
- PC: Límite superior: 37 cm (Normal 33 – 37. Promedio 34 - 35)
- Según curva de crecimiento fetal: Mayor a percentil 90.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

RN a término, con 20 horas de nacido, con Dx de hipoglicemia con 38gr/dl y macrostomia fetal, se encuentra tranquilo, de color sonrosado, al examen físico cabeza redondeada, simétrica, con fontanela bregmática palpable, de forma romboide, ligeramente deprimida; fontanela lamboidea con forma triangular; cabello bien implantado; cara redondeada; ojos ligeramente edematizados con presencia de secreción clara en ojo derecho, pupilas fotoreactivas; pabellón auricular bien implantado, simétricos y en relación con el ángulo externo del ojo; fosas nasales permeables, ausencia de aleteo nasal, con presencia de milias; labios simétricos, íntegros e hidratados, reflejo de búsqueda y succión presentes, inicia alimentación artificial tolerando FL en cantidad de 15 cc; cuello simétrico, tórax wcilíndrico, con movimientos respiratorios coordinados, abdomen blando globuloso; muñón umbilical de características normales, no secreción, no sangrado; genitales íntegros; con buen tono muscular, reactividad moderada, piel ligeramente seca.

Tratamiento Médico:

- Dextrosa 10% 300cc.
- CINA 20% 2.3cc
- CIK 20% 2cc
- Glu Ca 10% 8cc
- CFV-BHE
- Mantener T° 36.5 – 37.5°C

Exámenes De Laboratorio:

Fecha: 10/11/2017	VALORES NORMALES
RH: +	
GRUPO SANGUINEO: O	
GLUCOSA: 38gr/dl	50gr/dl_60gr/dl

EVALUACION CEFALOCAUDAL

Piel: Piel blanca, hidratada, lisa, normo térmica, sonrosada, ligeramente seca.

- **Cabeza:** Redondeada, proporcional al cuerpo, con 37 cm de diámetro, con bordes regulares, lisos, con fontanela bregmática ligeramente deprimida, de forma romboide y fontanela lamboidea con forma triangular.
- **Cara:** Redondeada, proporcional a su cuerpo y con presencia de milias.
- **Ojos:** De color marrón oscuro, cejas y pestañas bien implantadas. Párpados ligeramente edematizados, con bordes regulares y buena oclusión palpebral, pupilas fotoreactivas, con presencia de secreciones claras en ojo derecho.
- **Oído:** Pabellón auricular íntegro, simétricos, tamaño proporcional a su cuerpo, con implantación en relación al ángulo externo del ojo. Conducto auditivo externo íntegro y en buen estado de higiene.
- **Nariz:** De forma achatada simétrica, su piel y mucosas íntegras, fosas nasales permeables, no evidencia lesiones, ausencia de aleteo nasal. Se evidencia presencia milias.
- **Cavidad oral y oro faringe:** A la inspección labios simétricos, tamaño proporcional a su cara, encías rosadas e íntegras, paladar formado, no presenta masas, mucosas de color rosado; no presenta lesiones ni sangrado.
- **Cuello:** Simétrico, con movimientos voluntarios. A la palpación cadena ganglionar no edematizada, piel normo térmica, íntegra.

- **Tórax:** Simétrico, de forma cilíndrico, movimientos respiratorios rítmicos, profundos con buena expansión torácica, no existe retracción intercostal. A la auscultación buen pasaje aéreo en ambos campos pulmonares y en la percusión sonidos resonantes. Frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto.
- **Aparato cardiovascular:** A la monitorización frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto, pulsaciones rítmicas; a la auscultación no evidencia latidos cardiacos anormales. Piel sonrosada, con signos inflamatorios en párpados, con vía periférica en miembro superior derecho.
- **Abdomen:** Blando, depresible, simétrica; ombligo centrado y simétrico, ruidos hidroaéreos disminuidos, a la percusión presencia de sonidos resonantes.
- **Genitales femeninos:** Estructuras integra, con ausencia de secreciones.
- **Esquelético:** Reactividad moderada, con presencia de movimientos reflejos a estímulos externos.
- **Sistema Nervioso:** Paciente en estado alerta, con APGAR de 8 a un minuto de nacido y de 9 a los 5 minutos de nacido, con movimientos reflejos a estímulos externos, presencia de reflejo palpebral, pupilas fotoreactivas.

2.1. VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Patrón percepción/ manejo de salud:

- **Estado de salud actual**

Recién Nacido de 20 horas de vida, de parto distócico, de 40ss de vida intrauterina; con Dx de hipoglicemia con 38gr/dl y macrostomia fetal, actualmente con reactividad moderada, inicia lactancia artificial tolerando FL de 15cc, con presencia de catéter periférico en miembro superior derecho, refundiendo dextrosa al 10% más electrolitos y gluconato de calcio al 10%. Durante atención inmediata del RN recibe administración de BCG, HVB, vitamina K y profilaxis ocular. Peso al nacer 4.040 gr., talla de

51 cm, PC 37cm, Según curva de crecimiento fetal: Mayor a percentil 90, con un APGAR de 8 a un minuto y de 9 a los 5 minutos.

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ RN de 20 horas de vida a término de 40ss.▪ Peso 4.040gr,▪ Según curva de crecimiento fetal: Mayor a percentil 90▪ Talla: 51 cm.▪ Tipo de parto: distócico

2. Patrón nutricional / metabólico

Recién Nacido inicia lactancia artificial con Formula Láctea en cantidad de 15 cc tolerando volumen, anteriormente en Nada Por Vía Oral para su observación. Piel y mucosas ligeramente secas y sonrosadas con Glucosa 38 gr/dl al nacimiento.

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Glucosa 38 gr/dl (al nacimiento)▪ Inicia lactancia artificial con Formula Láctea en cantidad de 15 cc tolerando volumen.

3. Patrón de eliminación:

Recién Nacido realiza 2 deposiciones dentro de sus 20 horas de vida, meconio de color oscuro en regular cantidad, eliminación vesical presente sin alteraciones.

4. Patrón de actividad /ejercicio:

Actividad circulatoria:

Frecuencia Cardíaca 110X´ Pulso apical rítmico, regular; piel y mucosas sonrosadas; glicemia de 38 gr/dl, con presencia de catéter periférico en

miembro superior derecho perfundiendo dextrosa al 10% más electrolitos y con gluconato de calcio al 10% por bomba infusora.

Actividad respiratoria:

Frecuencia Respiratoria 40X ventilando al aire ambiente, respiraciones rítmicas, profundas, buen pasaje aéreo, no se evidencia aleteo nasal, no tiraje subcostal.

Actividad musculo esquelética:

Recién Nacido totalmente dependiente, con reactividad moderada, movimientos reflejos presentes a estímulos externos. Tono y fuerza muscular conservada.

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Catéter periférico en miembro superior derecho▪ Recién Nacido totalmente dependiente,▪ Reactividad moderada

5. Patrón descanso/ sueño:

Recién Nacido con tendencia a la somnolencia, no evidencia problema durante el sueño.

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Somnolencia

6. Patrón cognitivo / perceptivo:

Recién Nacido con tendencia a la somnolencia, pupilas foto reactivas, ojo derecho ligeramente edematizado con presencia de secreciones claras; reacción a estímulos auditivos, con facies de tranquilidad.

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Recién Nacido con tendencia a la somnolencia.

7. Patrón auto percepción / auto concepto:

Recién Nacido responde favorablemente a tratamiento y cuidados.
Progenitores preocupados por salud de su hijo.

DATOS SIGNIFICATIVOS
▪ Preocupados por su salud de su recién nacido.

8. Patrón rol-relaciones

Vinculación afectiva: no recibió contacto piel a piel debido a cesárea y tratamiento médico.

DATOS SIGNIFICATIVOS
▪ No recibió contacto piel a piel debido a cesárea y tratamiento médico.

9. Patrón sexualidad - reproducción:

RN con genitales íntegros, ausencia de eritema, ausencia de secreciones en glándula mamaria.

10. Patrón adaptación tolerancia al estrés:

RN con reactividad moderada a estímulos externos, tranquilo ante procedimientos.

11. Patrón de creencias / valores:

Historia Clínica registra que madre profesa la religión católica.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

1. Nivel de glicemia inestable r/c aumento de las demandas metabólicas e/p
Glucosa: 38gr/dl.
2. Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c reflejo de succión - deglución débil y hospitalización e/p reactividad moderada.

3. Desequilibrio nutricional por exceso r/c asimilación de nutrientes mayor a los requerimientos durante vida intrauterina e/p tamaño grande para la edad gestacional con peso superior al percentil 90
4. Riesgo de deterioro del vínculo materno r/c tratamiento médico e/p hospitalización de Recién nacido.
5. Riesgo a convulsiones r/c alteración del metabolismo cerebral e/P somnolencia, reactividad moderada.
6. Riesgo a infección r/c pérdida de la integridad tisular e/p presencia de catéter periférico.

2.3. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES (PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA)

PRIORIZACIÓN

Reales

1. Nivel de glicemia inestable r/c aumento de las demandas metabólicas e/p Glucosa: 38gr/dl.
2. Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c reflejo de succión - deglución débil y hospitalización e/p reactividad moderada.
3. Desequilibrio nutricional por exceso r/c asimilación de nutrientes mayor a los requerimientos durante vida intrauterina e/p tamaño grande para la edad gestacional con peso superior al percentil 90.

Potenciales

1. Riesgo a convulsiones r/c alteración del metabolismo cerebral e/P somnolencia, reactividad moderada.
2. Riesgo a infección r/c pérdida de la integridad tisular e/p presencia de catéter periférico

Bienestar

1. Riesgo de deterioro del vínculo materno r/c tratamiento médico e/p hospitalización de Recién nacido.

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	Nº DE ORDEN	FUNDAMENTO
Nivel de glicemia inestable r/c aumento de las demandas metabólicas e/p Glucosa: 38gr/dl.	1	<p>Los niños con hipoglicemia suelen tener alteraciones de las funciones vitales por alteración neuronal.</p> <p>Los signos de la hipoglicemia se deben a la activación de dos sistemas. El Sistema Nervioso Autónomo libera adrenalina, que generalmente se acompaña de reducción de glicemia causando ansiedad, temblor, debilidad, náuseas y anginas. El otro grupo de síntomas como convulsiones, letargia, somnolencia, postura de descerebración o decorticación, se debe a la utilización cerebral de la glucosa que conlleva a la hipoglicemia.</p> <p>En caso de los Recién Nacido, estos pueden nacer con la Glucemia dentro de los parámetros normales por la acumulación de reservas, pero estos pueden descender a partir de las 2 horas de vida sino reciben el aporte calórico de acuerdo a sus requerimientos calóricos.</p>

		<p>Aportan las calorías requeridas por el lactante para evitar posible el shock hipo glicémico. El Recién Nacido con hipoglicemia debe recibir 2ml/kg de suero glucosado al 10%.</p> <p>El Recién Nacido requiere un aporte calórico de 120 kcal / kg.</p>
<p>Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c reflejo de succión - deglución débil y hospitalización e/p reactividad moderada.</p>	2	<p>En la hipoglicemia, una de las manifestaciones asociadas a la activación del Sistema Nervioso Autónomo y a la liberación de la adrenalina son las náuseas y la emesis. Por ello el neonato restablecerse al niño con Dextrosa en bolo al 10%.</p> <p>Una vez comprobada la tolerancia del neonato a la leche estimular el desarrollo y puesta en práctica del reflejo de succión y prensión para favorecer equilibrio nutricional, satisfacción de requerimientos y desarrollo del sistema nervioso por medio de los reflejos.</p> <p>Permite realizar un seguimiento del estado nutricional. La niña macrosómico tiende a tener una disminución de la glicemia, utilización de reservas y disminución de peso.</p> <p>Una vez restablecida la menor, madre requiere información para continuar con cuidados neonatales y sobre cuáles son los requerimientos nutricionales y cantidad de alimento. El Recién Nacido requiere un aporte diario de 120 Kcal 7 peso.</p>

<p>Desequilibrio nutricional por exceso r/c asimilación de nutrientes mayor a los requerimientos durante vida intrauterina e/p tamaño grande para la edad gestacional con peso superior al percentil 90</p>	<p>3</p>	<p>Los Recién Nacido grandes para la edad gestacional, por demanda de mayor cantidad de kcal entran en cuadros de hipoglicemia, que puede alterar el estado de conciencia, por lo que se recomienda la lactancia materna a demanda o caso contrario recurrir a soluciones glicosiladas. La hipoglicemia puede poner en riesgo la salud y la vida del niño, Las demandas del organismo deben ser satisfechas.</p>
<p>Riesgo a convulsiones r/c alteración del metabolismo cerebral e/P somnolencia y reactividad moderada.</p>	<p>4</p>	<p>La hipoglicemia intensa y prolongada puede alterar la cadena respiratoria mitocondrial alterando la bomba sodio potasio, y la homeostasis de la membrana celular, generando inestabilidad neuronal por despolarización predisponiendo a las convulsiones o daño cerebral severo.</p> <p>La conducta hipoactiva, alteración del estado de conciencia, somnolencia puede indicar alteración de la homeostasis, pudiendo evidenciarse también alguno de los tipos de convulsiones. Existiendo el riesgo a convulsiones, se debe prever los riesgos y asegurar un ambiente seguro que evite mayores daños en el Recién Nacido.</p>

<p>Riesgo a infección r/c pérdida de la integridad tisular e/p presencia de catéter periférico.</p>	<p>5</p>	<p>Valorar la necesidad de un catéter es indispensable ya que reduce puertas de entrada de microorganismos.</p> <p>Permitirá identificar presencia de microorganismos.</p> <p>Evita proliferación de microorganismos y penetración de estos al torrente sanguíneo.</p> <p>Favorece la proliferación de gérmenes.</p> <p>La venopunción abre pase entre el medio externo y el torrente sanguíneo del Rn. Las manos no pueden ser esterilizadas por lo que se limita la transmisión de microorganismos mediante un medio de barrera como es la utilización de guantes.</p> <p>La presencia de rubor, calor, dolor alrededor de venopunción indica proceso infeccioso por reacción de los macrófagos.</p>
<p>Riesgo de deterioro del vínculo materno r/c tratamiento médico e/p hospitalización de Recién nacido.</p>	<p>6</p>	<p>Favorece vínculo maternal genera sentimiento de seguridad y satisfacción en el Recién Nacido favoreciendo recuperación.</p> <p>El Recién Nacido mediante el cuidado, alimentación y contacto físico se identifica con su madre, la reconoce como el ser más importante en su vida, favorece liberación de tensiones en el niño, y estas a su vez benefician el sistema inmunológico. El Sistema. Inmunológico también se fortalecerá con la lactancia materna que aporta fundamentalmente Inmunoglobulina.</p>

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos No aplica</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>1. De la Historia Clínica Glucosa: 38gr/dl</p> <p>2. Del Examen físico Somnoliento Reactividad moderada</p>	<p>Nivel de glicemia inestable r/c aumento de las demandas metabólicas e/p Glucosa: 38gr/dl.</p>	<p>Objetivo general: Recién nacido mejorara progresivamente su control metabólico.</p> <p>Objetivos específicos : Determinar los factores de riesgo propios del recién nacido que inciden en la aparición de signos y síntomas de Hipoglucemia neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de manos clínico antes y después de cada procedimiento • Se administra: Dextrosa 10% -300cc clNa 20%2. -3cc clK20% -2cc Gluconato de Calcio al 10% - 8cc por indicación médica. • Recibe formula láctea 15cc tolerando volumen indicado. • Se toma hemoglucotes a las 2 horas de haber 	<p>A la toma de hemoglucotes, Neonato presenta una Glucosa igual a 50gr/dl.</p>

			<p>iniciado su infusión y haber recibido formula láctea.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se Controla T° = 36.9°C• Se observa signos de alarma como: (Hiporreactividad, letargo, apatía, hipotonía temblores, apnea, cianosis, convulsiones, somnolencia, succión pobre).	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANEAMIENTO	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos No aplica</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>De la Historia</p> <p>Clínica Recibe 15cc de formula láctea.</p> <p>Del Examen físico Reactividad moderada.</p>	<p>Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c reflejo de succión - deglución débil y hospitalización e/p reactividad moderada.</p>	<p>Objetivos Generales: Neonato logrará restablecer su alimentación mediante lactancia materna directa.</p> <p>Objetivos específicos: Fomentar y estimular la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de manos clínico antes y después de cada procedimiento. • Se educa sobre adecuadas técnicas de amamantamiento. • Se cumple con tratamiento indicado. • Se realiza pruebas de tolerancia a la lactancia materna directa. • Se Ayuda al neonato a embocar el pezón, acercándole la boca 	<p>Neonato recibe lactancia materna directa con buen reflejo de succión y deglución</p>

			<p>del neonato a la mamá, y así estimular erección del pezón y ordeñas gotas de leche al labio de neonato.</p> <ul style="list-style-type: none">•Se educa a la madre sobre la importancia de la lactancia materna en el desarrollo físico e inmunitario del neonato.	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANEAMIENTO	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>No aplica</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>De la Historia</p> <p>Clínica</p> <p>Tratamiento medico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa 10% 300cc • clNa 20%2.3cc • clK20%2cc • Glu Ca 10% 8cc • CFV • BHE <p>Del Examen físico</p> <p>Antropometría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso:4.040 kg 	<p>Desequilibrio nutricional por exceso r/c asimilación de nutrientes mayor a los requerimientos durante vida intrauterina e/p tamaño grande para la edad gestacional con peso superior al percentil 90</p>	<p>Objetivos</p> <p>Generales:</p> <p>Recién Nacido restablecerá equilibrio nutricional para su edad y de acuerdo a sus medidas antropométricas, de manera progresivamente.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Ayudar o proporcionar una alimentación equilibrada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda lactancia materna cada 2 horas. • Se Canaliza vía periférica para administrar tratamiento endovenosos según prescripción médica. • Se Controla su peso diario. • Se toma hemoglucotes = 50gr/dl. • Se controla temperatura, frecuencia cardiaca y respiración. • Se realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento. 	<p>Neonato presenta un peso corporal que es = 3,960 kg.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Talla: 51 cm • PC: Límite superior: 37 cm (Normal 33 – 37. Promedio 34 - 35) • Según curva de crecimiento fetal: Mayor a percentil 90 				
---	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANEAMIENTO	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Datos Subjetivos No aplica Datos Objetivos De la Historia Clínica Glucosa: 38gr/dl	Riesgo a convulsiones r/c alteración del metabolismo cerebral e/P somnolencia, reactividad moderada.	Objetivos Generales: Evitar las crisis convulsivas. Objetivos Específicos: Identificar oportunamente los signos de alarma.	<ul style="list-style-type: none"> •Se toma hemoglucotes igual a 50gr/dl •Se vigila signo de alarma como: fijación momentánea de la mirada. parpadeo repetitivo, lo que se denomina aleteo palpebral. movimientos de la boca y la lengua, como 	Neonato no presenta convulsión.

<p>Del Examen físico</p> <p>Somnolencia</p> <p>Reactividad moderada.</p>			<p>succión repetitiva y movimientos de deglución. movimientos rítmicos y poco usuales de las extremidades, como para pedaleo o remar. apnea, es decir, ausencia transitoria de la respiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza funciones vitales como: T° = 36.9°C; FC= 110x; FR= 40x. • Se cumple con tratamiento indicado por médico. 	
---	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	VALORACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>No aplica,</p> <p>Datos Objetivos De la Historia Clínica</p>	<p>Riesgo a infección r/c pérdida de la integridad tisular e/p</p>	<p>Objetivos Generales:</p> <p>Neonato no presentará infección durante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de mano clínico en la palpación, inserción, cambio de apósito y manejo del dispositivo. 	<p>Se logra que Vía intravenosa no presente signos de infección.</p>

<p>Tratamiento medico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa 10% 300cc • clNa 20%2.3cc • clK20%2cc • Glu Ca 10% 8cc <p>Del Examen físico</p> <p>Presenta vía intravenoso en miembro superior derecho.</p>	<p>presencia de catéter periférico.</p>	<p>estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivos</p> <p>Específicos:</p> <p>Mantener el catéter del neonato permeable y aséptico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza técnica aséptica: colocarse guantes estériles. • Se observa la zona de inserción diariamente mediante la palpación y observación buscando signo de flebitis. • Se cambia los sistemas de infusión cada 72 horas. 	
---	---	---	---	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	VALORACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Enfermera del turno anterior refiere que madre acude cada momento al servicio preguntando por su salud de su recién nacido.</p> <p>Datos objetivos</p> <p>De la Historia Clínica</p> <p>Padres Preocupados por su salud de su recién nacido.</p> <p>No recibió contacto piel a piel debido a</p>	<p>Riesgo de deterioro del vínculo materno r/c tratamiento médico e/p hospitalización de Recién nacido.</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Neonato fortalecerá vínculo materno al estabilizar progresivamente su salud.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Fortalecer los lazos emocionales entre la madre y su neonato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se favorece la comunicación padres- enfermería. • Se Favorece visitas de los progenitores. • Madre participa en actividades básicas de cuidado profesional como el cambio del pañal, el masaje y la hidratación de la piel, el baño y la limpieza, el cambio de tendido, entre otros. • Se educa a la madre sobre los signos de alarma como: Palidez, labios morados, pobre succión, que el bebé no quiera lactar, deposición con sangre o moco, vómito persistente, temperatura superior a 38 	<p>Madre fortaleció una relación de apego (acaricia, sonríe, habla, observa detenidamente) hacia su neonato.</p>

cesárea y tratamiento médico.			grados o menor de 36 grados, convulsiones, piel amarilla en espalda y piernas, signos de dificultad respiratoria, región umbilical con secreción, olor fétido o enrojecimiento alrededor de la piel, irritabilidad continúa, diarrea, estreñimiento por más de 48 horas y abdomen globoso, brillante.	
----------------------------------	--	--	---	--

2.4. EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Los cuidados de enfermería que se brindaron a recién nacido se llevaron a cabo durante el tiempo que estuvo hospitalizado, cumpliéndose en un 90% con lo programado.

2.5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Valoración: Para la recolección de datos se utilizó la observación científica la entrevista a la madre y el examen físico. Se contó con la información directa del neonato y otra fuente de información la historia clínica.

Diagnóstico:

Se prioriza los problemas reales y/o potenciales teniendo como base las necesidades alteradas del neonato luego se analizan según bibliografía correspondiente y se elabora los diagnósticos priorizando las necesidades afectadas

Planificación: Las acciones realizadas estuvieron dirigidas a alcanzar los objetivos propuestos de acuerdo a los datos alterados y planear actividades que satisfagan las necesidades del lactante.

Ejecución: No todas las acciones programadas se cumplieron pero se trató en lo posible de cumplir con la mayoría de ellas.

Evaluación: Lo que se logró con el proceso fue aprender más sobre el manejo y cuidado del neonato con hipoglicemia e macrosomía.

CONCLUSIONES

1. Gracias a Los cuidados de enfermería oportunos el neonato mantuvo una glicemia de 50gr/dl. Evitando así daños y complicaciones posteriores.
2. La estimulación de succión adecuada, fue efectiva ya que neonato recibe lactancia materna directa con buen reflejo de succión y deglución y que favorece el vínculo materno –neonato.
3. Los cuidados de enfermería que se brindó al neonato estuvieron acorde con el problema que presentaba por lo que se logra que neonato presenta un peso corporal que es = 3,960 kg, incremento favorable acorde a la edad gestacional.
4. Los cuidados de enfermería que se brindó al neonato estuvieron acorde con el problema que presentaba ya que se logra que neonato no convulsione de esta manera se evitó causar en el neonata lesiones neurológicas.
5. Gracias al manejo de bioseguridad, cuidados del punto de inserción intra venoso y la vigilancia oportuna se evita infecciones, por lo que en el neonato se evidencia vía endovenosa libre de infecciones.
6. Los cuidados de enfermería que se brindó al neonato estuvieron acorde con el problema que presentaba ya que madre fortaleció una relación de apego (acaricia, sonrío, habla, observa detenidamente) hacia su neonato.

RECOMENDACIONES

1. Las enfermeras del servicio de neonatología deben disponer de protocolos de detección y manejo temprano y adecuado seguimiento de neonatos con factores de riesgo de hipoglucemia como: macrosomia.
2. Concientizar a todo el personal de salud para que las acciones a tomar eviten mantener al recién nacido en ayuno por tiempo prolongado.
3. El área de capacitación y el Jefe de enfermería deben realizar capacitaciones sobre el manejo de un neonato macrosómico con hipoglicemia.
4. Las enfermeras que laboran en el servicio de neonatología deben auto capacitarse sobre los signos y síntomas de una convulsión y el manejo oportuno.
5. A todo el personal del servicio continuar con el manejo de medidas de bioseguridad.
6. Se debe contar con normas que promuevan el apego inmediato y la lactancia precoz, con ello se podría incidir la reducción de casos de madres indiferentes con sus neonatos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Susanibar Peña Carlos Susanibar Peña Carlos. Factores asociados a morbimortalidad en recién nacidos macrosómicos atendidos en el Hospital Vitarte en el periodo enero a diciembre del 2014.
- (2) Llacsá Chacón M. Detección ecográfica de macrosomía fetal y resultados perinatales de enero a diciembre del 2014.
- (3) Pertierra Cortada África, Iglesias Platas Isabel. Hipoglucemia neonatal. Anales de Pediatría Continuada. 2013.
- (4) NANDA Internacional DIAGNOSTICOS ENFERMEROS 2009 - 2011. Barcelona España 2009.
- (5) Madrid: Mosby. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición.
- (6) M. CRUZ; Nuevo tratado de Pediatría. 2da edición. Editorial Ocen/ergon. Barcelona: España 2012.
- (7) PMedlinePlus:http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_SMSL_completo.pdf
- (8) García-Prats JA: www.uptodate.com 2015.
- (9) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007306.htm>

ANEXOS

HIPOGLICEMIA – MACROSOMIA NEONATAL

Grafico N° 01



Grafico N° 02



Grafico N° 03



Grafico N° 04



Grafico N° 05



Tabla N° 01

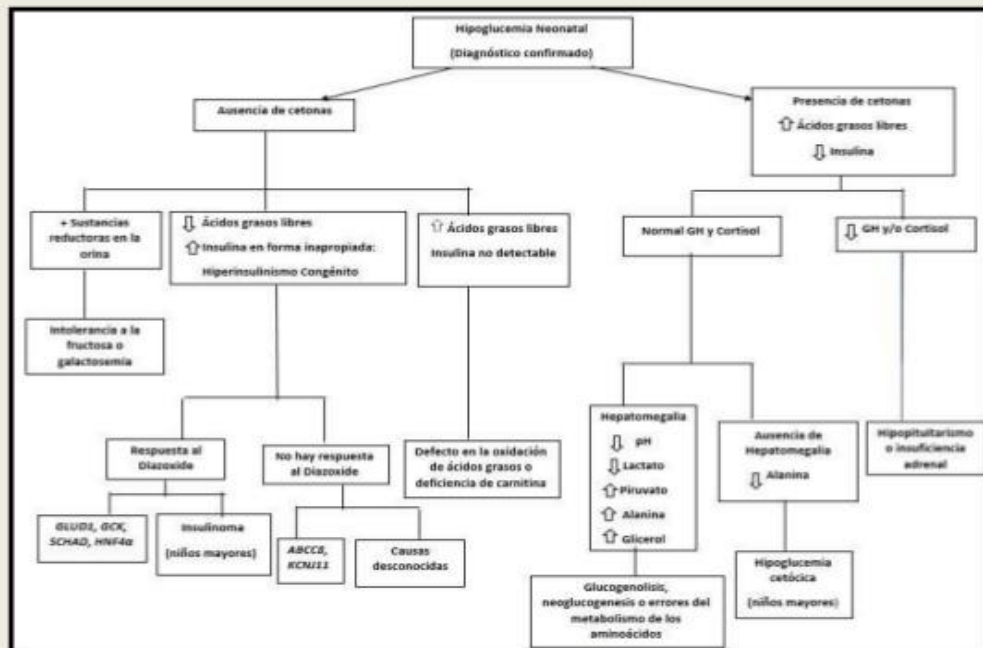


Figura 6. Algoritmo para la interpretación de los resultados clínicos y bioquímicos de neonatos con hipoglucemia