

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL  
NACER EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD  
I-4 CHILCA, HUANCAYO- 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
NEONATOLOGÍA**

**MUÑOZ TERBULLINO, KARINA**

**CALLAO, 2020**

**PERÚ**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b> .....	4
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
<b>2.1 ANTECEDENTES</b> .....	7
<b>2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES</b> .....	7
<b>2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES</b> .....	11
<b>2.2 BASES TEÓRICAS</b> .....	15
<b>2.3 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	20
<b>3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</b> .....	267
<b>3.1 VALORACIÓN</b> .....	267
<b>3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b> .....	323
<b>3.3 PLANIFICACIÓN</b> .....	345
<b>3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN</b> .....	389
<b>4. CONCLUSIONES</b> .....	42
<b>5. RECOMENDACIONES</b> .....	423
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	434
<b>ANEXOS</b> .....	489

## INTRODUCCIÓN

El peso al nacer es el factor determinante más importante de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo adecuado lo mencionan los diferentes estudios realizados, partiendo de esta premisa nace la importancia de realizar el siguiente trabajo para poder contribuir en la reducción de la morbimortalidad en el neonato a través del cumplimiento eficiente del cuidado de las enfermeras con el fin de brindar una mejor calidad de vida al recién nacido y la madre.

Por su alta incidencia y dado que el problema de los neonatos con bajo peso al nacer (BPN) constituye uno de los temas de importancia en el área de la salud perinatal, siendo un indicador que guarda relación con la morbilidad y mortalidad neonatal, se hace necesario y útil evaluar y modelar la evolución a través del tiempo del neonato que nace con bajo peso, identificando variables determinantes en estos como, el crecimiento físico, morbilidad e intervención, obteniendo con ello información que permita orientar acciones de control y estrategias de prevención que minimicen el problema (1)

El bajo peso al nacer es una condición clínica que significa un riesgo sustancialmente elevado de morir, hasta 14 veces mayor para los bebés. Los factores generales que se encuentran asociados a él, además de la pobreza, son el bajo nivel de escolaridad, embarazo adolescente, malnutrición de la madre, tabaquismo, presencia de hipertensión arterial durante el embarazo, embarazo múltiple, anemia de la madre, antecedente de aborto inducido, infecciones cérvico-vaginales. También se ha reportado que a medida que aumenta la edad materna el peso de los recién nacidos tiende a disminuir (2).

Florence Nightingale definió los cuidados de enfermería como las acciones que son de responsabilidad exclusiva de enfermería quien debe preocuparse del medio ambiente para garantizar el bienestar del paciente. Watson por su lado define el cuidado como la práctica interpersonal entre el paciente y el cuidador en el marco del cuidado integral, tiene la finalidad de promover la salud y el desarrollo de la persona en el ámbito físico, emocional y social (3, 4).

Por tales razones el motivo para la realización del trabajo se debe a la influencia que ejerce el bajo peso al nacer en el adecuado crecimiento y desarrollo intelectual de futuras generaciones, por lo que la temprana identificación de estas condiciones clínicas constituyen un eje importante en la práctica hospitalaria, que permitirá al personal de salud establecer medidas preventivas y de control que beneficiarán tanto a la madre como al recién nacido.

El Centro de Salud Chilca nivel I-4 pertenece al departamento de Junín, se encuentra ubicado al sur de la ciudad de Huancayo, cuenta con una población de 49072 según su jurisdicción, también es considerada cabecera de Micro Red con una población de 87929 a cargo de siete distritos como son Sapallanga, Huayucachi, Cullhuas, Huacrapuquio, Huancan, Pucara y Viquez. En la cartera de servicios tiene atenciones preventivas como las estrategias: Crecimiento y Desarrollo, Inmunización, Tuberculosis, Promoción de la Salud, Epidemiología, entre otros, y atenciones en hospitalización: Sala de partos, alojamiento conjunto, tóxico y emergencias. Cabe mencionar que la infraestructura del Centro de Salud Chilca no es la adecuada para la cantidad de pacientes que atiende para dar un ejemplo el ingreso de pacientes al servicio de hospitalización es aproximadamente de 100 recién nacidos al mes, de los cuales aproximadamente de 4 a 6 recién nacidos presentan bajo peso al nacer y no contamos con una área exclusivo de atención para estos pacientes.

El profesional de Enfermería del Centro de Salud Chilca tiene como responsabilidad la atención inmediata del recién nacido y el cuidado del neonato en alojamiento conjunto hasta que le den de alta y en mi condición de Licenciada de Enfermería asistencial nivel 10 que esta permanente al cuidado del recién nacidos, observo la necesidad de contar con más especialistas en el área y una infraestructura adecuada para así cumplir con nuestra labor de brindar cuidado a los recién nacidos asegurando su calidad de vida y supervivencia disminuyendo los índices de morbimortalidad.

Razones por la cual el presente trabajo tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería en el recién nacido con bajo peso al nacer de esta forma se estaría dando a conocer el manejo adecuado y servir como fuente de información para el personal de salud quienes están bajo el cuidado de los recién nacidos.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El servicio de hospitalización del Centro de Salud Chilca atiende a recién nacidos con bajo peso al nacer hasta el momento del alta, como sabemos este problema es una preocupación mundial y está relacionado con la mortalidad de los recién nacidos como también al presentar consecuencias se deben tener cuidados especiales y muchas veces costosas no solamente durante sus primeras horas de vida si no también en sus etapas siguientes.

El recién nacido se ve sometido a cambios extremos cuando sale de un medio termoestable, que satisface por completo sus necesidades vitales e ingresa a una atmósfera cuya presión es variable y requiere modificaciones fisiológicas notables para su supervivencia. El ajuste a la vida extrauterina es un proceso fisiológico complejo, las primeras 24 horas son críticas.

El bajo peso al nacer (BPN) nivel mundial es un problema importante en la salud pública, presentando complicaciones a corto y largo plazo, se estima que al año 20 millones de neonatos nacidos en el mundo presentan bajo peso al nacer (5). El BPN es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso del neonato menor de 2500 gramos durante la primera hora de vida (8). El (BPN) es considerado un factor predictor de morbilidad prenatal (6), donde la probabilidad de morir es 20 veces más que un recién nacido con adecuado peso. El (BPN) no es solo un indicador de mortalidad y morbilidad infantil, ya que los recién nacidos de BPN que sobreviven serán más susceptibles a padecer diversas enfermedades no transmisibles y a presentar diversos trastornos durante su desarrollo y crecimiento (7). La prevalencia de bajo peso al nacer es variable en una misma región o país. Encontramos que la mayor prevalencia de (BPN) se presenta en países subdesarrollados y con mayor porcentaje dentro en las poblaciones más vulnerables. La OMS ha estimado que en Latinoamérica el porcentaje regional de BPN es el 9.26%, en Asia Meridional encontramos un 28% y en África Subsahariana un 13%. En los últimos 20 a 40 años se ha visto un incremento en la prevalencia de nacimientos prematuros en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (9).

El bajo peso al nacer (BPN) ocurre con mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo, la UNICEF estima que en el mundo nacen 18 millones de neonatos afectados; el mayor porcentaje se encuentra en el Asia Meridional (25%), en el África Subsahariana y el Oriente Medio se estima en 12%, siendo en América Latina el 10%. En cambio, en los países desarrollados alcanza al 5%. (10) En el Perú, la OMS estimó que el BPN disminuyó de 11% (2000) a 6,9% (2012). (11)

En el Perú se registran aproximadamente 646 780 nacimientos cada año, de los cuales mueren aproximadamente 6000 bebés antes de cumplir el primer mes de vida. En los últimos 15 años estas muertes han disminuido de 24 a 11 por cada 1000 recién nacidos. Sin embargo, hay lugares donde por cuestiones culturales o por dificultad de acceso a servicios de salud, los fallecimientos no se registran (12). El Ministerio de salud tiene como prioridad la atención a la población materna y neonatal y para ello ha establecido políticas de Salud enmarcando la prioridad a la prevención de morbi-mortalidad Infantil empleando medidas de resguardo y apoyo con nuevos enfoques del cuidado desde la etapa prenatal (12). En el año 2016 según el instituto nacional de estadística e informática se registró 2196 neonatos prematuros < 37 semanas que corresponden al 10% del total de nacidos vivos, 1465 Neonatos de bajo peso < 2500 gr corresponden al 6.6% de nacidos vivos, 423 neonatos de muy bajo peso < 1500gr corresponden al 1.9% de nacidos vivos y 160 neonatos de bajo peso extremo < 1000gr corresponde al 0.7% de nacidos vivos (12).

No es ajena a esta realidad el Centro de Salud Chilca durante el año 2019 atendieron a 949 recién nacidos de las cuales 48 casos son de bajo peso al nacer en el servicio de hospitalización (según informe estadístico del Centro de Salud Chilca).

El cuidado enfermero en el contexto del cuidado humano requiere de conocimiento, responsabilidad, valores, afecto, por lo tanto, el cuidado debe ser “sentido, vivido y ejercido” y ha de hacerse evidente en el cuidado profesional que brinda la enfermera, reflexionando siempre al cuidar, que el cuidado enfermero es un proceso interactivo, dinámico y reflexivo entre la persona cuidada y la persona cuidante, permitiéndoles construir una interacción humana solidaria, que favorece el desarrollo de las personas, aceptándolas tal como son,

con todas sus características y respetando su dignidad humana (13). Tomando esta consideración el profesional de enfermería brinda cuidados competentes aplicando el Proceso de Atención de Enfermería convirtiéndose en una herramienta básica y primordial que ayuda a tomar decisiones acorde a las necesidades del neonato.

A partir de la preocupante incidencia elevada a nivel mundial de bajo peso al nacer, teniendo alta prevalencia en los países en vías de desarrollo como el Perú. Se sabe que el recién nacido de bajo peso tiene más riesgo de mortalidad que el de peso normal y si sobrevive tiene alto riesgo de secuelas principalmente neurológicas, lo que genera discapacidades permanentes. La información adecuada nos permitirá diseñar intervenciones que conlleven a ser oportunas para disminuir la morbimortalidad en el recién nacidos, por parte del profesional de enfermería. Siempre tomando como base que los recién nacidos son seres totalmente dependientes, que requieren de nuestro cuidado de manera holística tal cual lo menciona la Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Neonatal MINSAs/2013; refiere que la atención neonatal en hospitalización debe ser oportuna, adecuada e integral para el manejo del neonato con complicaciones de acuerdo a la severidad del compromiso clínico, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad neonatal; promoviendo los cuidados centrados en la familia. (14).

Con la presentación del trabajo se aporta con una manera de hacer frente a este problema de salud ofreciéndoles conocimiento acerca del tema.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

#### 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**RIVAS CRUZ M. Y C.** 2015-Nicaragua. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015. **Material y métodos:** Estudio analítico de caso y controles retrospectivo, se revisaron 232 expedientes de mujeres atendidas en el hospital regional Juigalpa en el período de estudio con una muestra de 116 casos con una proporción 1:1 con controles. Resultados: Todas las mujeres con bajo peso durante el embarazo tuvieron hijos con BPN, el 100% de las mujeres con periodo Intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN. De todas las mujeres q tuvieron SHG durante el embarazo todas presentaron BPN. Del total de mujeres que se realizaron más de 4 controles prenatales el 54.4% tuvieron BPN, Se identificó que el 72% del total de casos y controles se realizaron más de 4 CPN. **Conclusiones:** El 70% de las mujeres analfabetas tuvieron hijos con bajo peso al nacer dato alarmante ya que representa un gran porcentaje de la población estudiada, siendo ya un factor reconocido internacionalmente para el BPN; aún en países. El periodo Intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN es un factor modificable con una planificación adecuada con métodos anticonceptivos para retrasar embarazos. El síndrome Hipertensivo Gestacional es uno de los principales factores para el desarrollo del bajo peso al nacer. Un determinante importante que se encontró es la cobertura en la atención de las embarazadas, cumpliendo con las captaciones precoz y el número de CPN siendo en gran proporción >4 tanto para casos y controles. (15)



**ZULUETA TORRES Z.** 2015-Cuba. Cuidados de avanzada en el recién nacido bajo peso en el servicio de neonatología, Guantánamo marzo 2014 – 2015. **Introducción.** El peso al nacer es un aspecto importante en el adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido, este influye sobre el desarrollo intelectual de las futuras generaciones, por lo que debe constituir un aspecto primordial en el trabajo de prevención que realiza el médico y la enfermera de la familia, apoyados en la comunidad. **Objetivo.** Describir los cuidados de avanzada en el recién nacido bajo peso, municipio Guantánamo marzo 2014 – 2015. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde se evaluaron variables como nivel de capacitación, cursos recibidos en atención neonatal, verticalizados en neonatología, calidad de atención recibida, una vez obtenida la información los datos fueron introducidos y procesados de forma manual, resumiéndose en variables estudiadas cuantitativas y cualitativas, que le dieron salida a el objetivo propuestos. **Resultados.** Dentro de los principales resultado se demostró el alto nivel de capacitación de los enfermeros, muchos han recibido cursos de atención a niño bajo peso al neonato, dentro de los enfermos que tuvieron autoridad en los equipos de trabajo para la atención fueron verticalizados en la atención en neonatología, mostrando dentro de la calidad la categoría de aceptable. **Conclusiones.** Mantener una adecuada actualización en el cuidado al recién nacido bajo peso y con competencias demostrada permitirá elevar el nivel de atención con alto nivel de seguridad en las acciones a realizar. (16).

**PACHECO GUEVARA D. y C.** 2015-Ecuador. Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de La Clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador, 2015. **Objetivo general:** Establecer la prevalencia del bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores de riesgo maternos asociados, en los recién nacidos en la Clínica

Humanitaria; Cuenca - Ecuador, 2013. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo tipo descriptivo de corte transversal, cuyo universo fueron todos los recién nacidos vivos en el año 2013 (1238) con una muestra de 157 neonatos (nivel de confianza 95%), de los cuales se revisó el formulario #051 de la historia clínica obteniendo todos los factores asociados; los resultados fueron procesados en el programa estadístico EPI INFO 7. Resultados: Se determinó que la prevalencia del bajo peso es del 11,38%, y de la restricción del crecimiento intrauterino es del 8,2%; los factores asociados para desarrollar bajo peso al nacer es la ganancia de peso inadecuada durante el embarazo ( $p=0.01$ ; OR 5,98 IC 95% 1,31 - 27,3), pues hay 5,9 veces más riesgo padecerlo si la madre no aumenta su peso en 8 – 16 Kg durante la gestación; además los factores de riesgo relacionados para la restricción del crecimiento intrauterino son el control prenatal inadecuado ( $p=0,04$ ; OR 0,47 IC 95% 0,22 - 0,99) ya que el tener 5 o más controles prenatales es un factor protector para evitar el desarrollo de restricción del crecimiento intrauterino en el recién nacido, y la anemia materna, así el tener valores mayores a 11 gr de hemoglobina en el embarazo ayuda a evitar que el recién nacido tenga restricción del crecimiento intrauterino ( $p=0,01$ ; OR 0,40 IC 95% 0,19 - 0,86). Conclusiones: la prevalencia del bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino es del 11,38% y del 8,2% respectivamente, los factores asociados para el bajo peso al nacer es la ganancia de peso inadecuada en la gestación y para la restricción del crecimiento intrauterino son el control prenatal inadecuado y la anemia materna. (17)

**Murillo Murillo M.** 2016-Nicaragua. Caracterización De Los Niños Con Bajo Peso Al Nacer En La Unidad De Recién Nacidos En El Hospital Escuela Universitario De Tegucigalpa, Honduras De Junio A Diciembre 2015. **Introducción:** El bajo peso al nacer constituye a nivel mundial una de las principales causas de morbi mortalidad honduras no es la acepción específicamente en el hospital escuela universitario a diario este centro asistencial reporta al menos entre tres y cuatro niños que nacen con un

peso inferior a 2000 gramos. **Objetivo:** Identificar las variables que están presentes al momento del nacimiento de los niños nacidos con bajo peso ingresados en la sala de recién nacidos del hospital escuela universitaria en el periodo de junio a diciembre del 2015. Diseño metodológico: Para llevar a cabo la investigación se realizó un estudio observacional descriptivo, en donde la muestra estuvo compuesta por 30 expedientes clínicos que constituyen Niños con peso menor de 2,000 gramos, la técnica que se utilizó para recolección de datos fue la revisión observación directa y análisis de cada uno de los expedientes, finalmente se construyó una tabla de recolección de información. **Resultados:** Los datos muestran un dato y alarmante a la vez, un poco más del 50% de los casos analizados no fueron objeto de control prenatal y todos ellos presentaron bajo peso por debajo de la media de los demás. Del total de los casos observados, un 56.67% dieron a luz a sus bebés por cesárea, en cambio un 43.33% no hubo necesidad de cesárea. La edad mínima gestacional de 29 semanas, entre tanto la edad máxima fue de 38.20 semanas. Conclusiones: Existen variables asociadas con el bajo peso, algunas son antecedentes socio demográfico, otras corresponden a los antecedentes Gineco obstétricos que hacen evidente las condiciones del nacimiento de niño con bajo peso.

**PÉREZ MARTÍNEZ M.** 2018-Cuba. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Introducción: al bajo peso al nacer se asocian múltiples factores de riesgo. Objetivo: profundizar en el estudio de los factores que inciden en el bajo peso al nacer. Métodos: la búsqueda bibliográfica se realizó entre los años 1992 y 2017, el 75% de los artículos seleccionados fueron publicados en los últimos cinco años y los de mayor actualización fueron los de revistas digitales disponibles en bases de datos regionales como SciELO, EBSCO y MEDLINE. Desarrollo: las edades extremas de la vida, el hábito de fumar en la embarazada (por la concentración de nicotina, que afecta el crecimiento y el desarrollo del feto y disminuye su oxigenación y su nutrición), la infección vaginal (que provoca

modificaciones cervicales precoces o desencadena la actividad uterina y lleva a un parto pretérmino) y la anemia son factores importantes en la determinación de peso al nacer. Conclusiones: diversas condiciones maternas: la anemia, la infección de la vía urinaria, la preeclampsia, la rotura prematura de membranas, la poca ganancia de peso ponderal materna, el síndrome hipertensivo del embarazo, los factores psicosociales y el tabaquismo son riesgos predictores de bajo peso al nacer. (18)

### **2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

**HERNANDEZ JULCA B.** 2016-Lima. Efectividad Del Uso De Bolsas De Polietileno Para La Prevención De La Hipotermia En Los Recién Nacidos Prematuros Y De Bajo Peso Al Nacer. **Objetivo:** Determinar la efectividad del uso de las bolsas de polietileno para la prevención de la hipotermia en los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. **Materiales y Métodos:** Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, junto con el algoritmo de búsqueda bibliográfica intensiva y la estrategia PICO. Resultados: Se Obtuvieron 10 artículos como población, de los cuales el 100% (10/10) demostró que el uso de la bolsa de polietileno para prevenir la hipotermia en los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer es efectiva; así mismo señalamos que de estos el 20% corresponden a Estados Unidos al igual que a los de México, mientras que el 10% son de Uruguay, Canadá, Tailandia, Zambia, Brasil e Inglaterra respectivamente. Por lo que se concluye considerar el uso de bolsas de polietileno como una intervención adicional eficaz y segura para prevenir la hipotermia en recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. **Conclusiones:** El 100% (10/10) de los artículos científicos han demostrado que el uso de bolsas de polietileno son efectivos al interrumpir la pérdida de calor mediante los mecanismos de convección, conducción

y evaporación. De igual manera al prevenir la hipotermia no solo encontramos la saturación de oxígeno estable sino las demás funciones vitales y en consecuencia se evita la complicación más grave como el daño neurológico. (19)

**HUAMÁN CRUZADO M.** 2017- Cajamarca. Prematuridad, Bajo Peso Al Nacer Y Su Relación Con Sepsis Neonatal En Recién Nacidos Atendidos En El Servicio De Neonatología, Intermedios, Hospital Regional De Cajamarca – 2014. El presente estudio es de abordaje descriptivo, de corte transversal, retro prospectivo y correlacional. **Objetivo:** Determinar la relación entre prematuridad, bajo peso al nacer con sepsis neonatal. La muestra fue 77 neonatos con sepsis neonatal, bajo peso y prematuridad. Para la obtención de datos se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada por la autora, la cual fue validada mediante juicio de expertos, obteniendo una proporción de concordancia de 0,86, indicando que el instrumento es válido. **Conclusión:** El 57.1% de neonatos estuvo representado por aquellos cuya edad gestacional fluctúa entre las 32 a < 37 semanas, seguidamente estuvieron los que nacieron entre las 28 y < 32 semanas con un 6.5%, haciendo un total de 63.3% de recién nacidos prematuros. Con respecto al bajo peso al nacer el 59.7% de neonatos estuvo constituido por aquellos que pesan < 2500 g., con un porcentaje menor (15.6%) estuvieron los que pesan < 1500 g. Sumando un total de 75,3%. Con respecto al diagnóstico de sepsis neonatal se obtuvo que el 32.5% de recién nacidos tuvieron dicha patología. **Resultados:** Los hallazgos del presente estudio demuestran que las variables prematuridad y bajo peso al nacer estuvieron significativamente asociadas a sepsis neonatal ya que se encontró un valor de  $p < 0,05$ , por tanto quedó comprobada la hipótesis alterna. (20)

**VILELA JIMÉNEZ J.** 2017-LIMA Factores De Riesgo Maternos Asociados Al Recién Nacido A Término Con Bajo Peso Hospital Nacional Sergio Bernales 2017. El objetivo de este estudio fue determinar cuáles

son los factores de riesgo maternos en el recién nacido a término de bajo peso en el Hospital Sergio Bernales en el año 2017. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, el diseño fue de casos y controles. La población de estudio correspondió a una muestra de 128 madres de recién nacidos a término repartidas en dos grupos; siendo así, neonatos de bajo peso (64) y sus respectivos controles de peso normal (64). Se valoró los factores de riesgo mediante análisis estadístico bivariado, se utilizó OR con intervalos de confianza al 95%. La incidencia de bajo peso al nacer reportada fue de 6,9%. Se encontró asociación estadísticamente significativa con el bajo peso en las siguientes variables: control prenatal ausente (OR 12,10), pareja estable ausente (OR 10,31), antecedente de bajo peso (OR 9,69), hipertensión arterial (OR 6,78), período intergenésico corto (OR 6,32), multiparidad (OR 5,66), infección urinaria (OR 2,96), trabajo materno (OR 2,95), anemia (OR 2,88), talla menor de 1,5 m (OR 2,63) y vaginitis (OR 2,12). No se encontró asociación estadística con el grado de instrucción, antecedente de aborto, edad materna, estado nutricional y primiparidad. Se encontró asociación estadísticamente significativa con el bajo peso al nacer en los siguientes factores de riesgo maternos: Control prenatal ausente o inadecuado, pareja estable ausente, antecedente de bajo peso, hipertensión arterial, período intergenésico corto, multiparidad. Asimismo, pero con menor intensidad de asociación, en infección urinaria, trabajo materno, anemia, talla materna menor de 1,50 m y vaginitis. (21)

**BAEZ SULCA M.** 2018-Lima. Eficacia Del Método Mama Canguro En La Reducción De La Morbilidad Y Mortalidad Del Neonato De Bajo Peso Al Nacer. **Objetivo:** Sistematizar las evidencias sobre la eficacia del método mama canguro en la reducción de la morbilidad y mortalidad del neonato de bajo peso al nacer. **Materiales y Métodos:** En la selección definitiva se eligieron 9 artículos científicos sobre eficacia del método mama canguro en la reducción de la morbilidad y mortalidad del neonato de bajo peso al nacer, fueron hallados en las siguientes bases de datos

Lilacs, Pubmed, Medline y Cochrane Plus, se incluyó Revisión Sistemática 02, Revisión Sistemática y Meta-análisis 01, Meta-análisis 01, Ensayos Clínicos Aleatorizados 02, Casos y Controles 01 y Cohorte prospectivo 02. Resultados: Del total de 9 artículos revisados, el 100% (n= 9/9) evidencian la eficacia del método mamá canguro en la reducción de la morbilidad y mortalidad del neonato de bajo peso al nacer y que adicionalmente se evidencia en los diversos artículos incluidos beneficios para el recién nacido en términos de incremento de la lactancia materna exclusiva que fueron incluidos en el método mamá canguro, así como beneficios respecto a un crecimiento y desarrollo óptimo en comparación con recién nacidos que no recibieron método mamá canguro. **Conclusiones:** Se confirman que hay evidencia científica suficiente sobre la eficacia y seguridad del método mamá canguro en la reducción de la morbilidad y mortalidad del neonato de bajo peso al nacer. (22)

**TORRES FLORES C.** 2019-LIMA Factores Asociados Al Bajo Peso Al Nacer En Recién Nacidos A Término En El Hospital Materno – Infantil José Agurto Tello En El Periodo Enero – Diciembre 2017 **Objetivos:** Determinar los factores asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el Hospital Materno – Infantil José Agurto Tello de Chosica en el periodo Enero – Diciembre 2017. **Métodos:** Estudio Observacional, analítico, retrospectivo y cuantitativo tipo casos y controles. La variable dependiente fue el bajo peso al nacer, y las variables independientes fueron separadas en factores de riesgo tipo biológico, clínico – obstétricos y factores de riesgo socioeconómicos. Se trabajó con un tamaño muestral de 60 casos y 120 controles (ratio 2:52). La unidad de análisis fueron las historias clínicas maternas como también los registros de nacimiento del Hospital José Agurto Tello. Para la estadística inferencial se utilizó el análisis bivariado para hallar los Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideró a los valores  $p < 0,05$  un aumento de peso menor a 8 kg (OR 141,252, IC 95%, 22,683– 879,625) antecedente de RN con BPN (OR 32,592, IC 95% 1,700–624, 767) y la presencia de

infecciones obstétricas (OR34, 395, IC 95% 8,069– 146,618). **Conclusión**  
: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso al nacer en un recién nacido a término y los factores de riesgo tales como aumento de peso < 8 kg durante la gestación , antecedente de RN con BPN y la presencia de infecciones obstétricas. (23)

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### MODELO DE ADAPTACIÓN SEGÚN CALLISTA ROY.

En el presente trabajo consideró como fundamento teórico el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, La base de este modelo es la consideración del ser humano como un conjunto, influido también por su entorno y circunstancias. Roy estableció cuatro esferas que afectaban a cada persona y afirmó que los cuidados debían tener como objetivo integrar dichas esferas y atender a cada paciente de una manera global.

Sor Callista Roy inspirada en su experiencia en el cuidado de pacientes pediátricos, observó la capacidad de resistencia de los niños para responder y adaptarse a cambios significativos a nivel fisiológico y psicológico.

### MODELO DE ADAPTACIÓN

- **Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.
- **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.
- **Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una meta teoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una meta teoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías. Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en



pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utilizan los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la

circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

## **CONCEPTOS DE SALUD, CUIDADO, PERSONA Y ENTORNO**

- **SALUD:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

- **CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Callista Roy utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad, es así que:

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

▪ **PERSONA:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

• **ENTORNO:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma

de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

### **RELACIONES DE APLICACIÓN DE LA TEORÍA:**

- **ENFERMERO – PACIENTE:** Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

- **PACIENTE – ENFERMERO:** Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

**Entrada:** Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la

enfermedad).

**Procesamiento:** Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

**Salida:** Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

- **FAMILIA – ENFERMERO:** Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **BAJO PESO AL NACER (BPN)**

#### **a) DEFINICIÓN**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el bajo peso al nacer es el menor de 2,500 g y es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, sobre todo de la neonatal.

## **b) FISIOPATOLOGÍA**

La fisiopatología de BPN, aún no es muy clara, pero una hipótesis que se postula relaciona ciertas condiciones desfavorables en períodos críticos del crecimiento fetal, que desencadenaría el desarrollo de un estado de desnutrición en el feto. Una “programación adaptativa”, preservaría el desarrollo cerebral a expensas de otros órganos o tejidos, como hígado, músculo y tejido adiposo. En este periodo se produce un estado de resistencia hormonal múltiple, destacando la resistencia en los ejes somatotropos, insulina/IGF-1 en la etapa prenatal y GH/IGF-1 en la vida postnatal. En el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) simétrico, se presentan reducción de todas las medidas antropométricas (perímetro craneano, talla y peso), respondiendo a causas que irrumpen en épocas precoces de la gestación (cromosomopatías, infecciones, etc.). El RCIU asimétrico, presenta una disminución solo del peso, respondiendo a noxas de aparición tardía en la gestación (preeclampsia, eclampsia, sangrados del tercer trimestre). Estas diferentes alteraciones del crecimiento, se explican porque la velocidad de crecimiento en los distintos tejidos no es sincrónica. Los tejidos tienen su hiperplasia en diferentes momentos de la gestación, por lo cual un tejido es más sensible al daño cuando se encuentra en mayor momento de velocidad de crecimiento (período crítico). (24)

## **c) CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO**

Existen diversas clasificaciones, las cuales se detallan a continuación:

### **• CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL.**

- ACORDE PARA LA EDAD GESTACIONAL (AEG): Recién nacido con peso por encima del percentil 10 y por debajo del percentil 90 de los valores de referencia de peso para cada edad gestacional.

- PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PEG): Recién nacido con peso por debajo del percentil 10 de los valores de referencia de peso para cada edad gestacional.
- GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL (GEG): Recién nacidos en o por encima del percentil 90 de los valores de referencia de peso para cada edad gestacional (25).

-

#### • **CLASIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDO BAJO PESO SEGÚN PESO.**

Se toma en cuenta solo el peso del recién nacido (26).

- Bajo peso al nacer: de 1501 a menos de 2500 g
- Muy bajo peso al nacer: de 1001 a menos de 1500 g
- Extremadamente muy bajo peso al nacer: de 50 a menos de 1000 g
- Macrosomía fetal: mayor de 4000 g.

#### **d) CONSECUENCIAS**

En los recién nacidos los niños con bajo peso al nacer y con prematuridad existe un incremento en la morbilidad y mortalidad neonatal, y en los recién nacidos con bajo peso por restricción del crecimiento intrauterino, se presenta un retardo en el crecimiento y desarrollo del niño y aumento en la incidencia de enfermedades en la edad adulta: diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y en el caso de las mujeres es un factor de riesgo más para tener hijos con bajo peso (27).

#### **e) FACTORES DE RIESGO MATERNO**

Habitualmente los factores de riesgo revisados pueden agruparse en tres grupos:

#### **FACTORES SOCIOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Edad materna:** Los extremos de la edad materna, adolescente y añosa están asociados al recién nacido de bajo peso. En el primer caso debido a la inmadurez anatómica, fisiológica y ginecológica. A su vez, en la madre

añosa se va agregando patología pre gestacional y alteraciones vasculares que trastornan el intercambio feto placentario ocasionando RCIU y bajo peso en el neonato, con todas las complicaciones perinatales asociadas.(28)

**Instrucción materna:** La mayor escolaridad favorece el conocimiento y la necesidad de cuidados prenatales en general, asociado a nutrición adecuada, prevención y control de enfermedades que pueden alterar el potencial del crecimiento fetal. Así, las madres sin instrucción o educación primaria tienen mayor riesgo de bajo peso neonatal, frente a las madres con instrucción secundaria o superior debido al mejor cuidado prenatal. (40)

**Estado civil:** Este factor se asocia a la presencia de pareja estable, ya que la gestante soltera casi siempre es dependiente económicamente de sus padres, tiene menor grado de instrucción y con mayores desajustes psicosociales, lo cual condiciona un cuidado prenatal inadecuado lo que se asocia a un recién nacido de bajo peso. (40)

**Nivel socioeconómico:** El nivel socioeconómico bajo, determinado por ingresos familiares insuficientes, se asocia a deficiente grado de instrucción lo cual limita una nutrición adecuada de la gestante. Asimismo, esta condición cultural no favorece el cuidado prenatal adecuado resultando en efectos negativos en el neonato. (41)

**Trabajo materno:** Las condiciones laborales inadecuadas como el trabajo físico difícil, bipeda estación prolongada o carga de peso excesivo se ha relacionado con bajo peso al nacer. Se postula un efecto de alteración en el flujo sanguíneo asociado a trabajo excesivo de la gestante que afectaría la circulación uteroplacentaria teniendo repercusión en el crecimiento fetal. (29)

**Hábitos nocivos:** El tabaquismo, la ingesta de alcohol y el consumo de drogas ilícitas se asocian a crecimiento fetal inadecuado. El tabaquismo se postula que determina hipoxia intrauterina. (30) El consumo excesivo de alcohol, así como de drogas ilícitas produce efectos tóxicos en la



placenta ocasionando trastornos en el intercambio uteroplacentario, con consecuencia de RCIU y bajo peso al nacer. (31)

## **FACTORES OBSTÉTRICOS**

**Peso materno:** El peso materno deficiente implica bajas reservas nutricionales que no proveerán los nutrientes adecuados afectando al feto en su crecimiento. Se plantea que un peso menor 50 kilos se asocia a alto riesgo de RCIU y bajo peso al nacer. (32)

**Estado nutricional materno:** El estado nutricional materno está relacionado con el crecimiento fetal a través del factor nutricional. Si se produce déficit nutricional en la mitad de la gestación la hipertrofia placentaria ocurre como un mecanismo adaptativo para compensar la deficiencia. Pero si ocurre desnutrición al final del embarazo el efecto sobre el feto se manifiesta retrasando el crecimiento fetal y alterando rápidamente el peso al nacer. (32,33)

**Período intergenésico:** Es el tiempo que transcurre entre el término de una gestación y el inicio de la siguiente. Las gestantes multíparas tienen mayor riesgo de complicaciones como prematuridad, hipertensión, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer, si el periodo intergenésico es menor a un año o mayor de cinco años. Se dice que el periodo intergenésico es corto si es menor de 24 meses, en el cual no hay una recuperación adecuada de la madre y sus reservas nutricionales serán deficientes siendo inadecuado el aporte nutricional al feto. De otro lado, no hay tiempo adecuado para una preparación psicosocial que permita un acceso adecuado al control prenatal. (34)

**Antecedente de bajo peso:** El antecedente de haber tenido en una gestación previa un neonato de bajo peso aumenta el riesgo de tener otros neonatos de bajo peso. (32) Se dice que este riesgo incrementa de 5 a 7

veces esta probabilidad en la gestante afectada. Investigaciones previas demuestran que este sería el factor predictivo más importante para el bajo peso al nacer. (35)

**Antecedente de aborto:** El antecedente de aborto incrementa el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso si además el periodo intergenésico es menor de 7 18 meses. Si hay antecedente de mala historia obstétrica, más de un aborto, el riesgo aumenta solo si además el periodo intergenésico es menor de un año. Hay resultados contradictorios sobre el periodo intergenésico adecuado después de un aborto y no se tiene una explicación científica apropiada. (33)

**Control prenatal (CPN):** El control prenatal permite detectar los embarazos de alto riesgo que pueden terminar en un recién nacido con bajo peso. Es un factor integral porque el cuidado prenatal vigila un embarazo con nutrición adecuada, previene y trata las patologías gestacionales que afectan el crecimiento normal del feto. De hecho, las madres con un control prenatal ausente o insuficiente tienen más riesgo de tener un recién nacido con bajo peso. (37) El número de controles prenatales adecuado varía en cada institución, la OMS plantea como mínimo 5 controles prenatales con inicio precoz antes de la primera mitad del embarazo. (38)

**Paridad:** La paridad se refiere al número de partos de una mujer, entre nacidos vivos, óbitos y abortos. Se describe que las gestantes primíparas y las gran multíparas tienen alto riesgo de bajo peso al nacer.<sup>30</sup> Cada gestación y lactancia subsiguiente van disminuyendo las reservas nutritivas de la madre, así a partir de la tercera gestación el riesgo de bajo peso al nacer se incrementa. (39)

**Factores clínicos maternos:** Las patologías que afectan a la madre durante el embarazo alteran el crecimiento intrauterino; ya sean agudas o crónicas, infecciosas o no infecciosas. En muchos estudios se demuestra que constituyen un factor de riesgo para el bajo peso: la hipertensión arterial, infección urinaria, vaginitis, diabetes mellitus, anemia, cardiopatías y otras. (40)

### **3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

#### **3.1 VALORACIÓN**

**Fecha de recolección de la información: 20 -02 -2020**

Recién nacido de sexo masculino a término de 38 semanas por Capurro lloroso.

##### **3.1.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- Nombre del RN : Barra Osorio RN
- Nombre de la Madre : Flora Justina Osorio Asto
- Fecha de Nacimiento : 20/02/2020
- Hora de Nacimiento : 17:37
- Sexo : masculino
- Apgar : 8 al minuto y 9 a los 5 minutos
- Peso al nacer : 2.440 Kg
- Talla al Nacer : 48 cm
- Tipo de Parto : Eutócico
- Perímetro Cefálico : 30 cm
- Perímetro Torácico : 31 cm
- Temperatura del RN : 36 °C

##### **3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA**

Recién nacido a término de sexo masculino de 38 semanas por Capurro de bajo peso al nacer

##### **3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL**

RN con bajo peso al nacer

##### **3.1.4 ANTECEDENTES**

###### **ANTECEDENTES NATALES**

- EG : 38 semanas por Capurro
- APGAR : 8 Y 9

- Antropometría :
  - Peso : 2.440 kg
  - Talla : 48cm
  - PC : 30 cm
  - PT : 31 cm.
- Reanimación Respiratoria : no
- Grupo : RH O +

### **ANTECEDENTES MATERNOS:**

- Controles prenatales : Incompleto (8)
- Vacuna Antitetánica : 03 dosis
- Edad de la madre : 35 años
- Embarazos : 03
- Hijos Vivos : 02
- Amenazas de Abortos : ninguno
- Enfermedades durante el embarazo : ITU frecuente
- Gestación anterior : 28/05/2008
- Grupo : RH O +

### **ANTECEDENTES DE TRABAJO DE PARTO:**

- Atención : Centro de Salud Chilca
- Tipo de Parto : Eutócico
- Posición : cefálico
- Líquido Amniótico : liquido claro normal
- Ruptura de Membranas : 1 hora

### **ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y/O QUIRURGICOS MATERNAS:**

- Madre : multípara refiere temor y preocupación respecto a la salud de su niño.
- Presenta hábitos nocivos : no
- HTA : 100/60 mmhg
- Diabetes : no

- TBC : no
- Cirugía Pélvico Uterina : no
- Infertilidad : no
- Obesidad : no
- Examen Clínico : Normal
- Examen de Mamas : Normal
- HIV : no reactivo
- VDRL : no reactivo

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Ninguno

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Ninguno

### **TRATAMIENTO MÉDICO**

- Lactancia materna mixta 10cc/Kg/peso cada 3 horas
- Control de funciones vitales

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

▪ Hemograma:	<b>VALORES REFERENCIALES</b>
• Leucocitos 15700	10 000 - 30 000 /l
• Hb 12,5 g/dl,	11 – 17 g/dl
• Hcto 66,5%	36 – 56 %
• VCM 91,7	100 – 165 pcg
▪ Plaquetas 352.000/mm	3 150 000 – 400 000/mm <sup>3</sup>
▪ Bilirrubinas totales 12	> 12.9 mg/dl
▪ HGT 30	30 – 60 mg/dl
▪ Bioquímica urgente:	

### **3.1.5 EXAMEN FÍSICO**

#### **CABEZA:**

- **Fontanelas.-** Anterior / Bregmática.- De forma romboidal con diámetro de 1-4cm; Posterior / Lamboidea de forma triangular.

- **Pabellones auriculares.-** Simétricos e íntegro.
- **Ojos:** Cerrados, edema palpebral pupilas isocóricas y normo reactivas.
- **Nariz:** Respiración no ruidosa, coanas permeables.
- **Boca/Paladar:** Normal.

**CUELLO:** Cilíndrico, normal.

**TÓRAX:** Simétrico, cilíndrico, nódulo mamario. Pulso apical 150 x min y 50 resp. X min.

**ABDOMEN:** Cilíndrico y globuloso, y RHA presentes.

- **Cordón umbilical:** 3 vasos: 1 vena umbilical: mayor luz, 2 arterias umbilicales.

**GENITALES:** Coloración y tamaño aparentemente normal.

**MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:** Normales en forma y función.

**NEUROLOGICO:**

- **Conexión con el medio:** Apertura ocular, movimientos de ojos, cara y extremidades. Reacción al sonido, manipulación. Llanto fuerte enérgico e irritable.
- **Examen Motor:** Tono y postura: progresión cefalocaudal, reacción de enderezamiento, extensibilidad muscular. Motilidad y fuerza: flexor activo alternante.

**REFLEJOS PRIMITIVOS:**

- **Moro:** Abducción y extensión de MMSS seguida por flexión y apertura de las manos.
- **Prensión Palmar:** flexión de los dedos al contacto con la palma o planta. Refleja buen tono muscular.
- **Marcha Automática:** Movimientos de marcha con elevación alternada de una y otra extremidad.
- **Succión y Búsqueda.**

### **3.1.6 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES**

#### **1. Promoción de la salud.**

- Toma de conciencia de la salud. No Aplica
- Manejo de la salud. No Aplica

#### **2. Nutrición.**

- Ingestión. Se observa succión débil. Lactancia materna mixta con Formula maternizada 100cc/Kg C/3 horas.
- Digestión. No presencia de residuo gástrico.
- Absorción. No Evaluable
- Metabolismo. HGT 30 mg/dl
- Hidratación. Semihidratada, no hay signo de pliegue.

#### **3. Eliminación.**

- Sistema urinario. Normal.
- Sistema gastrointestinal. RH (+), Eliminación meconial después de las 24 horas.
- Sistema integumento. No presencia de lesiones.
- Sistema pulmonar. FR 50X´ ventilando al aire ambiente, no se evidencia aleteo nasal, no tiraje subcostal.

#### **4. Actividad/reposo.**

- Reposo/sueño. El RN duerme aproximadamente 2h.
- Actividad/ejercicio. No Aplica
- Equilibrio de la energía. No Aplica
- Respuestas cardiovasculares/respiratorias. No Aplica

#### **5. Percepción/cognición.**

- Atención. No Aplica
- Orientación. No Aplica
- Sensación/percepción. No Aplica
- Cognición. No Aplica
- Comunicación. No Aplica

## 6. **Autopercepción.**

- Autoconcepto. No Aplica
- Autoestima. No Aplica
- Imagen corporal. No Aplica

## 7. **Rol/relaciones.**

- Roles del cuidador. No se encuentran datos significativos.
- Relaciones familiares. No se encuentran datos significativos.
- Desempeño del rol. No se encuentran datos significativos.

## 8. **Sexualidad.**

- Identidad sexual. No Aplica
- Función sexual. No Aplica
- Reproducción. No Aplica

## 9. **Afrontamiento/tolerancia al estrés.**

- Respuesta postraumática. No Aplica
- Respuestas de afrontamiento. No Aplica
- Estrés neurocomportamental. No Aplica

## 10. **Principios vitales.**

- Valores. No Aplica
- Creencias No Aplica
- Congruencia de las acciones con los valores/creencias. No Aplica

## 11. **Seguridad/protección.**

- Infección. Afebril.
- Lesión física. No evaluable
- Violencia. No Aplica
- Peligros ambientales. No evaluable
- Procesos defensivos. No evaluable
- Termorregulación. Temperatura 36°C

## 12. **Confort.**

- Confort físico. Llanto e irritabilidad
- Confort ambiental. No aplica
- Confort social. No aplica



### **13. Crecimiento/desarrollo.**

- Conocimiento. No se encuentran datos significativos.
- Desarrollo. No se encuentran datos significativos.

## **3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **LISTADO DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS**

- Temperatura 36°C
- Succión débil del recién nacido
- Lactancia mixta
- HGT 30 mg/dl
- Eliminación meconial después de las 24 horas.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- Lactancia materna ineficaz
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de termorregulación ineficaz
- Riesgo de nivel de glucemia inestable

### **PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS**

1. Lactancia materna ineficaz relacionada al reflejo de succión débil del lactante y bajo peso.
2. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea factor relacionado a Hipotermia y nutrición inadecuada.
3. Riesgo de termorregulación ineficaz factor relacionado con la poca habilidad del neonato o con fluctuaciones de temperatura ambiente.
4. Riesgo de nivel de glucemia inestable factor relacionado estrés excesivo y bajo peso.

### 3.2.1 ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
Lactancia materna ineficaz	Reflejo de succión débil del lactante	“Cuando la mama menciona que su bebe no puede agarrar la teta”	Lactancia materna ineficaz R/C reflejo de succión débil del lactante.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Hipotermia y nutrición inadecuada	Lactancia mixta, Temperatura de 36°C y succión débil.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Hipotermia y nutrición inadecuada E/P lactancia mixta y temperatura 36°C.
Riesgo de termorregulación ineficaz	Fluctuaciones de temperatura ambiente	Temperatura 36°C Apertura de la puerta del área de alojamiento conjunto muy constante.	Riesgo de termorregulación ineficaz R/C fluctuaciones de temperatura ambiente E/P Temperatura 36°C
Riesgo de nivel de glucemia inestable	Estrés excesivo y bajo peso.	Peso de 2440 gr.	Riesgo de nivel de glucemia inestable F/R estrés excesivo E/P bajo peso.

### 3.3 PLANIFICACIÓN

#### 3.3.1 ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Lactancia materna ineficaz R/C reflejo de succión débil del lactante y bajo peso.	Adaptación del recién nacido. Indicadores: •(011811) Peso •(011813) Reflejo de succión.	(6900) Succión no nutritiva Actividades: • Seleccionar un chupete o sustituto de chupete, con las normas establecidas para evitar que obstruyan las vías aéreas. • Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga sobre su base. • Colocar al pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebe para favorecer el reflejo de succión si fuera necesario. • Mover la lengua del bebe rítmicamente con el chupete, para fomentar la succión. • Acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión. • Poner música suave y sin alterar el desarrollo neurológico del prematuro.	RN mantiene sus reflejos de succión y deglución durante su hospitalización. Indicadores: Deglución Movimiento muscular facial. Reflejo nauseoso

		<p>((1160) Monitorización nutricional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al paciente</li> <li>• Vigilar la tendencia de pérdidas y ganancias de peso.</li> <li>• Identificar los cambios recientes del peso corporal.</li> <li>• Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional.</li> </ul>	<p>El recién nacido mantendrá el peso adecuado.</p>
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Hipotermia y nutrición inadecuada E/P lactancia mixta y temperatura 36<sup>a</sup>C.</p>	<p>Integridad tisular:</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (110113) Integridad de la piel</li> <li>• (110105) Pigmentación anormal</li> </ul>	<p>(3590) Vigilancia de la piel.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa y vigila color, calor, textura, edemas, etc.</li> <li>• Vigilar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>• Se documenta cambios en la piel y las mucosas.</li> <li>• Se Instaura medidas para evitar deterioro de la integridad de la piel.</li> <li>• Se instruye al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida</li> </ul>	<p>No hubo cambios en la integridad de la piel como eritemas lesiones cutáneas puesto que se cumplió con los cuidados de Enfermería como corresponde tales como: cambios de posición, comodidad, confort, baño diario, etc.</p>

		de la integridad de la piel.	
Riesgo de termorregulación ineficaz R/C fluctuaciones de temperatura ambiente E/P Temperatura 36°C	(0801) Termorregulación: recién nacidos Indicadores: • (080116) Inestabilidad de la temperatura • (080117) Hipotermia • (080119) Respiraciones irregulares	(3900) Regulación de la temperatura. Actividades: • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas si procede. • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • Controlar la presión sanguínea, el pulso y la frecuencia cardiaca si procede. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Observar y registrar signos de hipertermia o hipotermia. • Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. • Mantener la temperatura corporal del recién nacido. • Colocar al recién nacido en incubadora o	El neonato mantiene temperatura entre 36.5 y 37° en área axilar. Acrocianosis escasa o ausente. Tiempo de llenado capilar menor de tres segundos. No se observan signos de estrés por frío.

		<p>cuna térmica si es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos que tiene el exceso de frío, si procede.</li> <li>• Ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.</li> </ul>	
<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable F/R estrés excesivo E/P bajo peso.</p>	<p>(0118) Adaptación del recién nacido. Indicadores: (011821) Glucemia.</p>	<p>((1160) Monitorización nutricional Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de glucosa según sea protocolo.</li> <li>• Pesar al paciente diariamente y registrarlo correctamente.</li> <li>• Vigilar las pérdidas y ganancias de peso. Identificar cambios recientes en la piel y estado nutricional del lactante prematuro.</li> <li>• Evaluar la turgencia de la piel y movilidad cutánea.</li> <li>• Observar la presencia de arcadas y posible</li> </ul>	<p>Lactante presenta glucosa de 90mg/dL. Indicadores: Identifica los factores de riesgo</p>

		<p>vómitos. Identificar anomalías de la defecación, como diarrea, sangre con moco y defecación irregular.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la presencia de tejido conjuntival: pálido, enrojecido y seco.</li> <li>• Evaluar la deglución (función motora de los músculos faciales, orales y linguales y reflejo nauseoso).</li> </ul>	
--	--	--	--

### 3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

#### 3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

##### (S)

No evaluable.

##### (O)

En el Centro de Salud Chilca en el servicio de hospitalización (alojamiento conjunto) en la cama N° 07 se encuentra el recién nacido de sexo masculino con bajo peso al nacer , producto de un parto vaginal de 38 semanas de gestación, con Apgar de 8-9, activo, cabeza normo cefálica, con buen tono muscular, fosas nasales permeables, y mucosas orales semi hidratadas con reflejo de succión débil y deglución, tórax simétrico, abdomen suave depresible, presencia de muñón limpio y seco en proceso de cicatrización, con deposición meconial pasado las 24 horas, extremidades superiores e inferiores simétricas. Al control de funciones vitales T° 36°C, FR 50X”, FC 150 X”.

## **(A)**

- Lactancia materna ineficaz relacionada al reflejo de succión débil del lactante
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea factor relacionado a Hipotermia y nutrición inadecuada.
- Riesgo de termorregulación ineficaz factor relacionado con la poca habilidad del neonato o con fluctuaciones de temperatura ambiente.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable factor relacionado estrés excesivo y bajo peso.

## **(P)**

- El recién nacido mantendrá un adecuado peso y mejorara el reflejo de succión.
- No se observara cambios en la integridad de la piel como eritemas lesiones cutáneas.
- El neonato conservara una temperatura normal entre 36.5 y 37° en área axilar y no presentara acrocianosis.
- Lactante presenta valores normales de glucosa.

## **(I)**

- Colocar al pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebe para favorecer el reflejo de succión si fuera necesario; mover la lengua del bebe rítmicamente con el chupete, para fomentar la succión y acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión.
- Vigilancia de la piel: Observa y vigila color, calor, textura, edemas, etc., vigilar el color y la temperatura de la piel, observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel y se documenta cambios en la piel y las mucosas.
- Regulación de la temperatura: Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas si procede, vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice, instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.



- Monitorización nutricional: Control de glucosa según sea protocolo, pesar al paciente diariamente y registrarlo correctamente, vigilar las pérdidas y ganancias de peso, identificar cambios recientes en la piel y estado nutricional del lactante prematuro y evaluar la turgencia de la piel y movilidad cutánea

**(E)**

- RN mantiene sus reflejos de succión y deglución durante su hospitalización.
- No hubo cambios en la integridad de la piel como eritemas lesiones cutáneas.
- El neonato mantiene temperatura entre 36.5 y 37° en área axilar.
- Lactante presenta glucosa de 90mg/dL.

## 4. CONCLUSIONES

- a) Aplicando el proceso de atención de enfermería se mejoró el reflejo de succión del recién nacido logrando también que la madre aprenda a tener una buena técnica de amamantamiento.
- b) El neonato mantiene su integridad de la piel, membranas y mucosas, gracias a los cuidados de enfermería como cambios de posición, comodidad y como también la madre aprendió sobre los cuidados que se brinda al menor.
- c) El neonato mantiene una temperatura adecuada y así evitar complicaciones como signos de deshidratación como también mantiene funciones vitales de valores normales.
- d) El recién nacido mantiene valores normales de glucosa para evitar complicaciones.

## 5. RECOMENDACIONES

- a) Los recién nacidos con bajo peso al nacer que sean capaces de succionar han de ser amamantados lo más antes posible después del nacimiento, siempre en cuando su estado clínico sea estable, y deben continuar alimentándolos exclusivamente de esa forma hasta los seis meses de edad.
- b) Cuidar la integridad de la piel en su totalidad es evitar las complicaciones más severas que se pueden presentar como sepsis.
- c) Los establecimientos de salud que atienden a los recién nacidos deben tener una infraestructura adecuada contar con profesionales especialistas y así ayudar a la atención de calidad que brinda la enfermera evitando que se presenten cambios de temperaturas brusco.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Delgado-Zavaleta R. Conocimiento materno sobre cuidados mediatos y signos de alarma del recién nacido en el Hospital “Mama Ashu”. Chaca [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Chacas-Perú: Universidad Nacional San Antunez de Mayolo; 2010.
- 2) Peraza G, Pérez SC, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr.2001; 17(5):490-496.
- 3) Cabello A. [Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia (CCD) y NIDCAP] 2015. Febrero [citada: 2018 Julio 06]: [aproximadamente 12 pp.]. Disponible en: <http://nightingaleandco.es/cuidados-centrados-en-el-desarrollo-y-la-familia-ccd-ynidcap/>.
- 4) Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: [https://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](https://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson). Consultado: el 24 de agosto de 2007.
- 5) WHO | Assessment for nutrition-related disorders in women during pregnancy [Internet]. WHO. [citado 6 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/elena/titles/assessment-methods-pregnancy/en/>
- 6) Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E, MacLean JD, Soto JC, Rahme E, et al. A doubleblind randomized controlled trial of antenatal mebendazole to reduce low birthweight in a hookworm-endemic area of Peru. Trop Med Int Health TM IH. octubre de 2006;11(10):1485-95.
- 7) OMS | Reducción de la mortalidad de recién nacidos [Internet]. WHO. 2017 [citado 28 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- 8) WHO | Every Newborn: an action plan to end preventable deaths [Internet].
- 9) WHO. [citado 11 de julio de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/every-newbornactionplan/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/every-newbornactionplan/en/)

- 10) UNICEF. Un balance sobre la nutrición. Public de UNICEF (Internet). 2006. (Citado el 25 de setiembre del 2016); Mayo (n°4): 9-14. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso para la infancia - No. 4.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso_para_la_infancia_-_No._4.pdf)
- 11) Allpas H, Raraz J, Raraz O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta Méd Per. 2014; 31 (2): 79-83.
- 12) Jiménez-Castro M. Nivel de conocimientos de las madres que acuden con sus hijos al control de niños sanos, sobre el cuidado integral del recién nacido en el Ambulatorio Urbano Tipo III [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería neonatal.] La Crucieña Veracruz – México: Univeridad Nacional Mayor de San Marcos ;2003.
- 13) Silva L, Sotrata da Silva F, Turiani M, et al. Desarrollo de un protector ocular para Fototerapia en Recién Nacidos. Rev Latino-americana de Enfermeira [Revista en línea] 2008 janeiro-fevereiro; 16(1) [acceso 12 de Octubre 2014] Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_07.pdf)
- 14) MINSA, NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 13-039117-003- MINSA/ 2013. Atención integral de Salud Neonatal.2013.
- 15) Rivas Cruz M. y C. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015. NICARAGUA -2015 (Internet) Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1418/1/4751.pdf>
- 16) Zulueta Torres Z. Cuidados de avanzada en el recién nacido bajo peso en el servicio de neonatología, Guantánamo marzo 2014 – 2015. 2015-Cuba. Disponible en: [file:///C:/Users/henry/Downloads/622-1981-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/henry/Downloads/622-1981-1-PB%20(1).pdf)
- 17) Pacheco Guevara D. Y C. Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de La Clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador, 2015. (Internet) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23070/1/TESSISS.pdf>

- 18) Pérez Martínez M. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Introducción: al bajo peso al nacer se asocian múltiples factores de riesgo. 2018-Cuba. (Internet) Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/885/1185>
- 19) Hernández Julca B. Efectividad Del Uso De Bolsas De Polietileno Para La Prevención De La Hipotermia En Los Recién Nacidos Prematuros Y De Bajo Peso Al Nacer. 2016-Lima. (Internet) Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/472/T061\\_1003243\\_2\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/472/T061_1003243_2_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 20) Huamán Cruzado M. Prematuridad, Bajo Peso Al Nacer Y Su Relación Con Sepsis Neonatal En Recién Nacidos Atendidos En El Servicio De Neonatología, Intermedios, Hospital Regional De Cajamarca – 2014. 2017-Cajamarca. Disponible en: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1447/T016\\_45041875\\_S.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1447/T016_45041875_S.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 21) Vilela Jiménez J. Factores De Riesgo Maternos Asociados Al Recién Nacido A Término Con Bajo Peso Hospital Nacional Sergio Bernales 2017. (LIMA-2017) (Internet) Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3637/vilela\\_jj.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3637/vilela_jj.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 22) Baez Sulca M. 2018-Lima. Eficacia Del Método Mama Canguro En La Reducción De La Morbilidad Y Mortalidad Del Neonato De Bajo Peso Al Nacer. (Internet) Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1536/TITULO%20-%20%20Prada%20Modrag%C3%B3n%20de%20Cruz%2C%20Veronica%20Maruja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 23) Torres Flores C. Factores Asociados Al Bajo Peso Al Nacer En Recién Nacidos A Término En El Hospital Materno – Infantil José Agurto Tello En El Periodo Enero – Diciembre 2017. (LIMA-2019) (Internet) Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1883/CTORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 24) Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Alemán A, Sosa C, Mainero L, Rubino M. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de Autoinstrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología; [revista en la Internet]. 2011 [citado 2012 Octubre 09] (Publicación CLAP/SMR N° 1586).9.
- 25) Battaglia F, Lubchenco L. Practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *J. Pediatría*. 1967; 71:159.
- 26) Cifuentes R, Ventura T. Recién nacido, concepto, riesgo y clasificación. Manual de Pediatría, Universidad Católica de Chile. 2008. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNConcep.htm>
- 27) World Health Organization, Organización Panamericana de la Salud. Población Nacimientos- Bajo Peso al Nacer (América Latina y el caribe) 2005.
- 28) Escartin M, Vega G, Torres O, Manjarrez C, Escartín C. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79(3):131-136.
- 29) Launer LJ, Villar J, Kestler E, de Onis M. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy; A prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* (Internet).1990 (Citado el 30 de Octubre del 2016); 97(1): 62-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2306429>
- 30) Caraballosa M. Bajo Peso al nacer y tabaquismo. *Rev Cubana Salud Pública*. 1999; 25(1):64-9.
- 31) Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatr Urug*. 2007; 78(2): 122-132.
- 32) Erice A, Ulboa V. Obstetricia y afecciones más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina general integral V2*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 799-801
- 33) Althabe F, Carroli G, Ledo R, Blizán J, Althabe O. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5(6): 373-85.
- 34) Gómez M, Barros F, Echavarría L, Hormaza M. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006; 57 (4): 125-132.
- 35) Rivera S, Vargas C, Quintanilla Y. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Hospital FélixTorrealva Gutiérrez, EsSalud, Ica. Agosto 2001- Febrero 2002. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2003; 11(1):1-5.

- 36) Morgan F, Muñoz J, Valdez R, Quevedo E, Báez J. Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(1):46-52
- 37) Shimabuku R, Oliveros M, Sandoval V. Factores asociados al nacimiento de infantes de bajo peso en el Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto de Salud del Niño. Lima, Agosto (Internet) 1998. (Citado el 30 de Octubre de 2016) Disponible en : [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=6482434&pid=S0717-7526200800020000700027&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6482434&pid=S0717-7526200800020000700027&lng=es)
- 38) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Tecnologías Perinatales*. Publicación Científica CLAP N° 1255. Montevideo Uruguay. Marzo 1992.
- 39) Grados F, Cabrera E, Díaz J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered.* 2003; 14 (3): 128- 133.
- 40) Ticona M, Huanco D, Ticona M. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80(2): 51-60.
- 41) García L. Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. *Rev Cub Sal Pub* (Internet). 2012 (Citado el 25 de Setiembre del 2016); 38(2): 238-245. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200006)



## ANEXOS



**FIGURA Nº 1**

**LEYENDA: ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO**



**FIGURA Nº 2**

**LEYENDA: RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER**



**FIGURA Nº 3**  
**LEYENDA: ATENCIÓN DE ANTROPOMETRÍA**



**FIGURA Nº 4**  
**LEYENDA: CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**