

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECIEN NACIDOS CON  
MACROSOMÍA FETAL EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL  
HOSPITAL SELVA CENTRAL Y ENFERMEDADES TROPICALES  
“HUGO PESCE PESCKETTO” ESSALUD, LA MERCED-2020**

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

**ARMIDA LILIANA FLORES INGARUCA**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO                      PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA                              SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 70-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 14 de Marzo del 2020

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
1. Descripción de la situación problemática.....	3
2. Marco Teórico.....	5
2.1. Antecedentes del estudio.....	5
2.2. Bases Teóricas.....	10
2.3. Marco Conceptual.....	13
3. Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática.....	18
Plan de cuidados en enfermería.....	18
3.1. Valoración.....	18
3.2. Diagnóstico de enfermería.....	26
3.3. Planificación.....	29
3.4. Ejecución y evaluación.....	35
4. Conclusiones.....	39
5. Recomendaciones.....	40
6. Referencias bibliográficas.....	41
7. Anexos.....	44

## INTRODUCCIÓN

La macrosomía en el mundo, se ha incrementado notablemente hasta alcanzar frecuencia de 9,0% y 18,6% en ciertos países lo cual está asociado a diferentes factores que lo predisponen e incluso es responsable del incremento de cesáreas. (1). De acuerdo con investigaciones llevadas a cabo en diversos países y entornos, el índice de macrosomía oscila entre el 0,5 a 14,9% y del 2,8 a 7,2% en América Latina. En Perú, existen cifras que varían entre 5,5 % - 8,1%, la sospecha de una macrosomía fetal es imprecisa en muchas oportunidades ya que el desarrollo del feto humano es un proceso complejo in útero que resulta en un incremento de su tamaño y peso a lo largo del tiempo (2), por ello es importante fortalecer los conocimientos sobre los cuidados de enfermería en recién nacidos macrosómico, brindándoles los cuidados inmediatos según su clasificación de acuerdo a su edad gestacional para así prevenir las posibles complicaciones como hipoglicemia, convulsiones, hiperglicemia, somnolencia, disminución del reflejo de succión, ictericia, policitemia y en casos graves la muerte.

El servicio de Neonatología del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales Hugo Pesce Pescetto, ubicado en la ciudad de La Merced, Chanchamayo, Junín; tiene como misión brindar una atención de calidad con calidez a todos los pacientes recién nacidos sano, con diversas patologías, de parto eutócico y distócico. La labor de la enfermera está orientada a cumplir la misión de servicio, lo cual motivo al desarrollo del presente trabajo académico, el cual tiene por objetivo formular un protocolo de atención del recién nacido con macrosomía fetal para brindar una atención de calidad beneficiando a este grupo profesional al estandarizar los cuidados de enfermería en recién nacidos macrosómico

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la OMS, la incidencia de la macrosomía, oscila entre 3-9 % de los recién nacidos vivos; sin embargo, en países como Estados Unidos esta incidencia aumenta, superando el 10 % de todos los embarazos. Por otro lado, en países como Cuba se estimó una incidencia del 4,5 % y en países de América Latina, en los últimos años, se ha incrementado en un 2,5 % en función de la transición nutricional observada en las últimas décadas siendo responsable del 1 a 3,5 % de las complicaciones durante el parto (3).

Del mismo modo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4 000 - 4 500 g) en relación con la edad gestacional, considerándose el percentil P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN) que exceden de peso. Los recién nacidos (RN) con crecimiento intrauterino excesivo representan un grupo heterogéneo y por ello de vital relevancia. El peso es una variable importante para la evaluación del estado de salud del neonato. Una de las complicaciones más frecuentes que se da en fetos macrosómicos es una causa principal de morbilidad y mortalidad, dos veces mayor que la población general y complicaciones intra-parto y obstétricas, teniendo como consecuencia el aumento de la incidencia de traumatismos fetales y maternos en el momento del parto (7).

En Latinoamérica, de acuerdo con investigaciones llevadas a cabo en diferentes países y entornos, la prevalencia de macrosomía oscila entre el 0,5 a 14,9% y del 2,8 a 7,2%. Por otra parte, la incidencia de macrosomía pareciera ir en aumento, principalmente debido a un incremento de la obesidad y diabetes materna. Entre los factores de riesgo para macrosomía se han descrito una mayor edad materna, el aumento de la talla materna, la paridad elevada, la obesidad, la diabetes gestacional y pre gestacional, el embarazo prolongado y el sexo

masculino del feto (3,8). Aunque algunos factores de riesgo son no modificables, otros pueden serlo. La información sobre la prevalencia de macrosomía y los factores asociados a partir de estudios de base poblacional realizados en países de bajos y medianos ingresos es escasa. Esta información podría ayudar a clarificar si la macrosomía es una condición que se produce tanto en poblaciones ricas como pobres. Además, podría proporcionar datos que promuevan la prevención de la macrosomía. (5)

En el Perú, el recién nacido macrosómico representa un problema de salud pública ya que dificulta la reducción de la morbilidad neonatal y materna aumentando la probabilidad de morbilidad pudiendo estas causar traumas en el momento del parto como hemorragias post parto, hematomas, ruptura uterina y desgarros cervicales y/o vaginales. (3)

De este modo, el Ministerio de Salud indica que es importante conocer los factores maternos que aumentan la probabilidad de presentar macrosomía fetal, ya que en nuestro país se sabe que su incidencia ha aumentado considerablemente, en tasas que oscilan entre 10 a 13 %. En el Perú durante el periodo 2014, la incidencia de macrosomía fetal es muy variable, encontrándose por ejemplo a Lima con 16,4 % en Tacna una incidencia del 20,83%. Mientras que la prevalencia de este problema en 29 Hospitales del Ministerio de Salud, del Perú, es de 11,37 %, oscilando entre 2,76 % y 20,91%. (6)

En la región Junín, la incidencia de macrosomía fetal es muy variable, ya que ocupa el sexto lugar a nivel nacional con menos desnutrición, lo cual nos lleva a una realidad diferente, encontrando recién nacidos con alto peso para la edad gestacional reportando una prevalencia 20,83 % de macrosomía fetal ubicándola en segundo lugar a nivel nacional, asociándola clínicamente a un incremento en el parto operatorio, detención del trabajo de parto, desgarros perineales tipo III y IV, hemorragia post-parto. Así mismo los recién nacidos se encuentran en

mayor riesgo de distocia de hombro, fractura de clavícula, y asfixia perinatal, entre otros (3).

En el Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales la cantidad de recién nacidos con macrosomía fetal va en aumento 2016 se obtuvo (25) macrosómicos, 2017 (21), 2018 (28), 2019 (28) y en lo que va del año 5, de los cuales ningún recién nacido presentó complicación debido a los cuidados de enfermería, por lo cual, se formulara un protocolo de atención del recién nacido macrosómico.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **Antecedentes Internacionales**

ASEVEDO RODRÍGUEZ, Juan y Col. 2017, Colombia; realizaron un estudio sobre “Factores de Riesgo Asociados a Macrosomía fetal en el Hospital JB Iturraspe”, el objetivo fue determinar qué factores de riesgo están relacionados con el desarrollo de macrosomía fetal, su metodología fue la revisión de historias clínicas del 2015 al 2016, los resultados indicaron que distintos factores tales como el consumo de cigarrillos puede afectar el desarrollo óptimo del neonato. Es así que se concluye que, de los 6931 nacidos vivos, 380 fueron macrosómicos, demostrando que la paridad múltiple, el sobrepeso y tabaquismo favorecieron significativamente a la macrosomía fetal. (8)

GARCÍA ROJAS, José y Col. 2016, México; realizaron el estudio titulado “Factores de Riesgo de Macrosomía Fetal en pacientes sin Diabetes Mellitus Gestacional”, cuyo objetivo fue determinar factores de riesgo para macrosomía fetal en un grupo de gestantes sin diabetes mellitus, la metodología del estudio fue retrospectivo, descriptivo en pacientes que acudieron a la terminación del embarazo entre enero de 2012 y junio 2014, considerando pacientes con diagnóstico de macrosomía y un grupo de control sin macrosomía; los resultados indican que de los 88 pacientes (23 con diagnóstico de macrosomía y 65 sin éste). La incidencia de macrosomía fetal fue de



18.6%. Los factores de riesgo: paridad, antecedente de macrosomía, edad materna y talla materna mayor de 1.70 m. La conclusión fue que los factores son susceptibles de modificación con dieta previa a la concepción y durante el embarazo para disminuir el peso inicial, la ganancia ponderal. (4)

SALIM RIOJ, Anneth y Col. 2016, Tanzania; realizaron el estudio “Risk factors and outcomes of fetal macrosomía in a tertiary centre in Tanzania: a casecontrol study”, el objetivo fue determinar los factores de riesgo y complicaciones tanto en la madre como en el neonato con macrosomía fetal, comparado con los niños de peso normal. La metodología del estudio fue descriptiva, de diseño no experimental. Los resultados hallados indican una prevalencia de macrosomía de 2.3% (peso entre  $4.2 \pm 0.31$ kg), el peso de la madre fue más de 80kg, la edad materna entre 30 y 39 años, multiparidad, diabetes mellitus y edad gestacional  $\geq 40$  semanas, antecedente de macrosomía fetal previa se relacionaron con la macrosomía actual. Las conclusiones indican que los recién nacidos con macrosomía tuvieron más probabilidad de presentar síndrome de distrés respiratorio, asfixia al nacer, distocia de hombros, hipoglucemia, dificultad respiratoria y trauma perinatal. La mamá por su parte tuvo más riesgo de complicaciones: hemorragia posparto, desgarros en periné y trabajo de parto prolongado. Se concluye que la macrosomía fetal fue una causa importante de morbilidad en la madre y el neonato. La determinación de los riesgos será usada para estar alerta para el seguimiento de los recién nacidos macrosómicos. (9)

JIMÉNEZ ESCOBAR, Sara y Col. 2015, México; hicieron un estudio sobre “Factores de riesgo materno y fetal en recién nacidos con macrosomía”, cuyo objetivo determinar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes con macrosomía. La metodología del estudio fue observacional descriptivo y transversal, donde escogieron al azar 123 pacientes. Los resultados indicaron que las variables estudiadas como la edad materna, vía del parto y peso al nacer

predominan la obesidad de la madre y el peso aproximado fetal mayor o igual a 4 500 gramos. La conclusión hallada indica que es necesario una vez determinado algún factor de riesgo se debe actuar ya que eso podría mejorar el pronóstico y los resultados perinatales. (10)

MAI RITH, Allore y Col. 2014, Sidi Bel Abbes Argelia; realizaron un estudio titulado “Características epidemiológicas de la macrosomía fetal en la ciudad de Sidi Bel Abbes”, el objetivo fue examinar la frecuencia y los factores de riesgo que influyen en la macrosomía fetal, en la región de Sidi bel Abbes (al oeste de Argelia). La metodología fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y diseño no experimental y se realizó en 970 nacidos vivos. Los resultados encontrados indicaron que la frecuencia de neonatos con macrosomía fue de 10,19%, más común fue entre los 29 y 38 años, de estatura alta, con más de tres hijos, obesas, diabetes, y tenían ya un hijo con macrosomía, además de valorar la altura uterina  $\geq 34$  cm. Las complicaciones neonatales halladas fueron de 4,55%, predominando las infecciones neonatales (4%), y distocia de hombros (0,55%). La conclusión indica que es importante la evaluación obstétrica para obtener buenos resultados neonatales, pero aún es limitado y debería realizarse más esfuerzo. (11)

### **Antecedentes Nacionales**

MAMANI RIOJAS, Raúl, 2017, Juliaca; realizó un estudio sobre los “Factores de riesgos materno perinatal que están relacionados a la macrosomía de la ciudad de Puno durante el año 2017”. El objetivo fue determinar los factores relacionados en la Macrosomía en la población foco. La metodología fue de tipo descriptivo y diseño no experimental. Las conclusiones indicaron que la incidencia fue de 87.7% que tenían grado I de macrosomía y con II grado un 14,3%. Al análisis de las madres, la edad oscilaba entre 25 a 29 años, la talla entre 1,51 a 1,59 cm común en 53,6% de ellas y se considera en este

estudio que es la variable que mejor predice los resultados antropométricos del neonato; el peso normal en 39,3% de ellas; 42,9% eran multíparas; 85,7% de ellas no tenían antecedente alguno de macrosomía. Las conclusiones encontradas fueron que la edad materna, el peso antes de la gestación, la paridad se asoció grandemente con la macrosomía fetal. (14)

RENGIFO OSORES, Carlos, 2016, Trujillo; realizó un estudio sobre “Asociación entre sobrepeso y obesidad pre gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Regional Docente de Trujillo de enero a diciembre del 2015. El objetivo fue hallar la relación entre el sobrepeso y la obesidad pre gestacional con macrosomía fetal. La metodología fue de tipo correlacional, de diseño no experimental y corte transversal, donde se revisaron 219 historias clínicas. Los resultados indicaron que existe relación directa entre el sobrepeso y la obesidad pre gestacional con macrosomía fetal. Las conclusiones mostraron que el proceso inflamatorio que se produce en la gestación de una mujer obesa produce un estrés oxidativo que afecta al nivel intrauterino y llegar a perturbar la unidad feto placentaria demostrándose al revisar las placentas de obesas evidenciándose una gran cantidad de genes asociados a una inflamación. Asimismo, se observó que fue más frecuente la macrosomía fetal en las gestantes con sobrepeso y obesidad, 53% a diferencia del 23% en madres cuyo índice de masa pre gestacional fue normal. (15)

ARPASI TORRE, Erika, 2015, Tacna; realizó el estudio “Factores maternos que están relacionados a la macrosomía fetal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna”. El objetivo fue identificar qué factores están involucrados en la macrosomía fetal. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo y de diseño no experimental, de corte transversal. Los resultados indicaron que entre los factores asociados a macrosomía fetal están el estado civil, la ocupación estudiante de la madre, la multiparidad se asoció con a la macrosomía fetal, la talla alta, la ganancia de peso materno, el sexo masculino del recién

nacido. La conclusión hallada indica que los factores maternos asociado a la macrosomía fueron estado civil, ocupación, nivel educativo, edad materna, paridad, edad gestacional, control prenatal, talla materna, y sexo masculino. (3)

LEDO GALLARDO, Andrea y col., 2015, Lima; realizaron un estudio sobre la “Prevalencia y factores asociados a macrosomía en el Perú”. El objetivo fue determinar que complicaciones son más frecuentes en el parto y posparto. La metodología del estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño no experimental. Los resultados indican que la prevalencia fue de 5.3%, es más recurrente en bajas altitudes y en Lima: el neonato con sexo masculino, orden de nacimiento segundo, tercero o más, obesidad materna y el incremento de la talla materna se relacionaron a la macrosomía fetal. La conclusión indica que la prevalencia de macrosomía en el Perú es baja, más frecuente en neonatos de orden de nacimiento posterior y de madres obesas, más altas que viven a menor altitud y en la ciudad de Lima. (16)

JAURIGUE SALAS, Kevin y Col., 2015, Ica; realizaron el estudio “Factores asociados a la madre y al neonato macrosómico en el Hospital Regional de Ica” con el objetivo de determinar cuáles son los factores más asociados. La metodología fue un estudio de casos y controles constituida por 621 gestantes. Los resultados indicaron que los factores asociados a la macrosomía fueron el peso medio pre gestacional materno de  $63.52 \pm 12.01$  kg, incremento de peso en la gestación:  $13.9 \pm 4.93$  kg. y una altura uterina de  $35.19 \pm 1.95$  cm, el estado civil: conviviente en 71.33% y de ellas el 19.4% tuvieron hijos macrosómicos. Asimismo, existió relación entre el tener antes un hijo macrosómico y el actual, el parto por cesárea fue más frecuente en 61.19%, las madres programadas a cesárea, solo el 61% de ellas se confirmó el diagnóstico. La conclusión indicó que existen algunas características de la madre que pueden ser intervenidas en la atención primaria de la salud. (17)

HUAITA RICAPA, María, 2017, Villa el Salvador; hizo un estudio sobre “Factores de riesgo asociados a macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca Fernández de Villa El Salvador, enero – junio 2015”, el objetivo fue determinar cuáles son los factores asociados a la macrosomía fetal en un Hospital de Lima durante el año 2015. El estudio fue de metodología analítica, retrospectivo, cuantitativo, y se realizó en 136 casos e igual número de controles. Dentro de los resultados, el autor indica una incidencia del 13.01% de macrosomía. La conclusión indicó que algunos de los factores fueron la edad materna más de 35 años, una excesiva ganancia de peso materno, obesidad, paridad elevada, antecedente de neonato con macrosomía, atención prenatal inadecuada, la edad gestacional mayor o igual a 40 semanas y sexo fetal masculino. (13)

## **2.2. Bases Teóricas**

### **TEORIA DE ENFERMERIA DE DOROTHEA OREM**

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado, como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

### **La teoría del autocuidado**

El autocuidado es un concepto dado por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es la conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás y el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

### **La teoría del déficit de autocuidado**

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

## **La teoría de los sistemas de Enfermería**

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

- Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente, el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio, el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte del enfermero, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo, el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Esta teoría refuerza los cuidados de enfermería en el neonato macrosómico el cual sufre todas las necesidades a través del sistema totalmente compensador o sistema compensación total.

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **Definición de Macrosomía fetal**

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define a la Macrosomía fetal como peso al nacimiento igual o superior a 4000 gr. Es definido además cuando se usa el percentil 90 del peso fetal para la edad gestacional y al producto con peso neonatal mayor a 4 kg. El peso por encima de los 4000 gr no está relacionado con el tiempo de gestación, potencial hereditario, tampoco el fenotipo para caracterizarlo.

A la inspección del neonato se evidencia más almacenamiento de grasa global, visceral e incluso más en el tronco. Se sabe que en la macrosomía fetal es frecuente el hiperinsulinismo fetal debido a las elevadas concentraciones de glucosa desde la madre al feto mediante la placenta.

La macrosomía aumenta la posibilidad de dificultades en parto, con una considerable posibilidad de retención de hombros, fractura de clavícula o humero y de parálisis o paresia del plexo braquial.

#### **Tipos de Macrosomía**

Actualmente, existe además del peso al nacer y del tiempo de gestación, se plantea el índice ponderal:

$$IP = \text{Peso} / \text{Longitud} \times 100$$

Fórmula que definiría dos subtipos de neonatos macrosómicos: armónico y disarmónico.

- Macrosomía armónica o simétrica (IP < P90): esta consecuencia está mediado por la genética y por el medio uterino adecuado, que



provocan el desarrollo fetal simétricamente, el feto en medidas es grande, ninguna anomalía, pero el problema surge en el momento del parto.

- Macrosomía disarmónica o asimétrica (IP>P90): Es el crecimiento fetal acelerado y asimétrico, su particularidad es la organomegalia, es frecuente en diabéticas con incorrecto control metabólico.

### **Factores de riesgo**

#### **- Maternos:**

- o Edad: Es común la macrosomía fetal en nulíparas de 30 años, edad materna avanzada.
- o Índice de masa corporal (IMC) elevado.

El IMC es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$$

- o Ganancia de peso gestacional: es la cantidad de peso que debe incrementar la mujer gestante durante el proceso de gestación. Se sabe que si durante la gestación la ganancia de peso es exagerada o insuficiente aumentan el riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y retención del peso materno posparto.
- o Obesidad, es un factor que favorece a reducir la esperanza de vida en la adultez por un incremento de riesgo cardiovascular y de diabetes II. Es una enfermedad crónica que es el producto de las acciones genéticas y del ambiente.
- o Antecedente obstétrico de macrosomía fetal
- o La Diabetes Materna: Enfermedad metabólica caracterizadas por hiperglucemia, resultante de incrementación de la secreción de insulina, la acción de la

insulina, o ambas. Se asocia a la obesidad, siendo un factor de riesgo más común de la resistencia a la insulina, además del hecho que en el curso del embarazo la sensibilidad periférica a la insulina se disminuye de 50 a 60% con el objeto de enviar más glucosa a la unidad feto placentario. El riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional aumenta exponencialmente con el aumento del IMC, también a la macrosomía fetal. Los neonatos que se exponen a la diabetes de la madre presentan cambios en el crecimiento como la disminución del diámetro occipital, miembros superiores más largos en comparación con las piernas, esto debido a la hiperglucemia e hipoxemia y por lo tanto alteración del crecimiento.

- Ganancia de peso: Una excesiva ganancia de peso de hasta 20 kg está relacionado con la macrosomía, riesgo de 5,83 veces de dar un parto con neonato macrosómico. Se sabe según la OMS que el vigilar el incremento de peso durante la gestación es un paso importante de costo muy bajo y necesario para intervenir oportunamente nutricionalmente.
- Estatura de los padres: La estatura y los pesos de los padres influyen sobre el peso y longitud del recién nacido.
- Embarazo prolongado: Es aquel que dura al menos 42 semanas de amenorrea cumplidas. Este límite coincide con un aumento de la morbilidad perinatal.

- **Factores de riesgo fetales**

- Sexo masculino: Hasta la semana 32, el peso de ambos sexos es semejante, pero en el nacimiento, el varón pesa entre 150 y 200 gramos más que la mujer.
- Edad gestacional.

## **Diagnóstico**

En ocasiones podría ser equívoco, y es necesario considerar:

- Métodos clínicos: En la estimación clínica realizada por el profesional de salud, en ocasiones suele ser dificultosa por la obesidad de la madre.
- Ultrasonográficos: Método diagnóstico no invasor, la ecografía es un instrumento más utilizado para valorar el peso del feto en el útero, pero no es exacto y puede ser fiable al fin del embarazo ya que el periodo desde la última ecografía hasta el parto es variable y sólo se usan tablas de estimación de ganancia de peso fetal.

Existe la ecografía 5D que realiza la antropometría fetal pero además nos permite evaluar la distribución de grasa fetal, para valorar la probabilidad de morbilidad obstétrica en el parto y determinar la vía de parto más segura para la madre y el feto.

## **Complicaciones asociadas a la Macrosomía**

El nacimiento de un neonato macrosómico lleva en la teoría a una mayor probabilidad de morbimortalidad materno-fetal:

- Morbilidad materna: Más posibilidad de terminación del embarazo por cesárea e incremento de desgarros en el canal vaginal. De ser parto vaginal podría además presentarse disfunción uterina, incompatibilidad céfalo pélvica.

Durante el parto: atonía uterina, hemorragias y complicaciones luego de la cirugía o de la anestesia.

- Morbilidad fetal: muerte fetal, miocardiopatía, malformaciones congénitas.
- Morbilidad neonatal: Los daños en los fetos macrosómicos son repetidas. El trauma en el plexo braquial y lesiones del esqueleto, puede darse de 1.5 casos por cada 1000 n.v., pudiendo ser daño

invariable en el 5%. El caso de distocia de hombro en el parto llega entre 0.58% y 0.7%. La fractura de clavícula es 5 veces más reiterada en un parto vaginal que en cesárea, por la enorme tracción exógena y fuerte empuje endógeno. Las variaciones metabólicas En los recién nacidos cuya madre es diabética y en las no diabéticas pueden darse. Es menor en las no diabéticas debido a que ante niveles bajos de glucemia con lactancia adecuada la respuesta es correcta.

La hipocalcemia es poco habitual en los macrosómicos hijos de madre no diabética por el aporte apropiado de calcio en la dieta. Son de riesgo también la poliglobulia y la ictericia, pero en menor grado en los neonatos macrosómicos armónicos. En relación a la mortalidad neonatal puede darse de 2 en mil de madres no diabéticas y del 8 en mil en diabéticas, incluso para los neonatos de peso de más de 5.000 gr. En cuanto a los resultados a largo plazo, asocian la macrosomía en feto con madre diabética, obesa o normal, con una considerable posibilidad de hacer diabetes mellitus tipo 2, obesidad y síndrome metabólico durante la etapa de la niñez o adultez, e incluso en las demás generaciones.

Las gestantes con antecedente de haber tenido hijos con macrosomía deben realizarse una vigilancia minuciosa de incremento de peso en la gestación ya que el nacimiento de un feto macrosómico es imprevisible y de sospecharse debe tenerse todo listo con los profesionales para asumir dificultades de la madre o del feto.

### **3. Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en Relación a la Situación Problemática**

#### **Plan de Cuidados de Enfermería:**

#### **Capítulo I**

#### **3.1. Valoración**

##### **3.1.1. Datos de Filiación**

- Paciente: V.V RN
- Sexo: Masculino
- Edad: RN Inmediato
- Fecha de Nacimiento:12/02/2020
- Hora de ingreso: 17:20 horas
- Fecha de ingreso: 12/02/2020
- Servicio: Neonatología
- Nro. de cama: Incubadora 1

##### **3.1.2. Motivo de Ingreso: Macrosomía Fetal**

##### **3.1.3. Enfermedad Actual**

Recién Nacido de parto distócico, con macrosomía fetal, nace hipotónico, letárgico, a la aspiración de secreciones se observa liquido meconial verde fluido en poca cantidad, se le realiza estimulación táctil el cual responde con llanto vigoroso, se le realiza lavado gástrico por indicación médica, apgar 1 min. 7, 5 min. 9,10 min. 9, depresión leve de recuperación rápida, se le brinda los cuidados inmediatos, es evaluado por el médico pediatra, pasa a cuidados intermedios en incubadora por 4 horas, para monitorización hemodinámica y cuidados de enfermería respectivos.

##### **3.1.4. Antecedentes**

- Antecedentes Perinatales:
  - Cesareada anterior hace 12 años por sufrimiento fetal y pelvis estrecha.
  - Madre refiere que tuvo contracciones uterinas durante 4 horas.
  - Parto distócico.

- Presencia de líquido meconial verde fluido.
  
- Antecedentes Familiares: Ninguno
  
- Antecedentes Personales:
  - Cirugía por cesárea hace 12 años.
  - Infección urinaria en el primer trimestre de gestación.
  
- Antecedentes Socioeconómicos y culturales:
  - Paciente según ficha socioeconómica son de clase media.
  - Progenitores pertenecen a la religión católica.
  - Raza mestiza.
  - Madre termino estudios superiores, padre comerciante.

### **3.1.5. Examen Físico**

Recién Nacido a término, con Dx: Macrosomía fetal, se encuentra en cuidados Intermedios, en incubadora.

Medidas Antropométricas:

Peso: 4459 kg

Talla: 54 cm

P.C: 36.5 cm

P.T: 38.5 cm

Al examen céfalo caudal:

**Piel:** color rosada, normotérmica, con presencia de descamación y vermix.

**Cabeza:** cabeza redondeada, simétrica, con fontanela bregmática palpable, de forma romboide, fontanela lamboidea con forma triangular; cabello bien implantado, perímetro cefálico 36.5 cm

**Cara:** cara redondeada proporcional a su cuerpo y con presencia de milias.

**Ojos:** de color marrón oscuro, cejas, pestañas bien implantadas, parpados ligeramente edematizados, con bordes regulares y buena oclusión palpebral, pupilas foto reactivas.

**Oído:** pabellón auricular bien implantado, simétricos y en relación con el ángulo externo del ojo, conducto auditivo externo íntegro.

**Fosas nasales:** permeables, ausencia de aleteo nasal, no se evidencia lesiones, con presencia de milias.

**Cavidad Oral y Orofaringe:** a la inspección labios simétricos, íntegros, 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 normotérmica, íntegra.

**Tórax:** simétrico, de forma cilíndrico, movimientos respiratorios rítmicos, profundos adecuada expansión torácica, no existe retracción intercostal. A la auscultación buen pasaje aéreo en ambos campos pulmonares. Frecuencia respiratoria de 48 respiraciones por minuto, perímetro torácico 38.5 cm.

**Aparato cardiovascular:** a la monitorización frecuencia cardiaca de 150 latidos por minuto, pulsaciones rítmicas; a la auscultación no evidencia latidos cardiacos anormales.

**Abdomen:** blando, depresible, simétrica, muñón umbilical centrado y simétrico, ruidos hidroaéreos presentes.

**Muñón umbilical:** cordón umbilical grueso, se observa 2 venas ,1 arteria, no secreción, no sangrado.

**Extremidades:** con buen tono muscular, reactividad moderada, manos bien desarrolladas sobresalen las uñas de los dedos, pies bien formados, pliegues en axilas y muslos marcados.

**Genitales masculinos:** estructuras integrales.

**Esquelético:** reactividad moderada, con presencia de movimientos reflejos a estímulos externos.

**Permeabilidad rectal:** presente, no se evidencia fistulas.

**Exámenes Auxiliares de Laboratorio:**

Hematocrito: 50%

Hemoglobina: 16.5 g/dl

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: +

Glucosa: 68 mg/dl

**3.1.6. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases**

**Dominio 1: Promoción de la Salud y gestión de la Salud.**

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: no evaluable

Clase 2: Gestión de la salud: no evaluable

**Dominio 2: Nutrición.**

Clase 1: Ingestión: se inicia lactancia artificial con fórmula láctea en Cantidad de 20 cc presenta débil reflejo de succión.

Clase 2: Digestión: no evaluable

Clase 3: Absorción: no evaluable



Clase 4: Metabolismo: HGT: 68 mg/dl

Clase 5: Hidratación: piel hidratada.

**Dominio 3: Eliminación.**

Clase 1: Función urinaria: no alterado

Clase 2: Función gastrointestinal digestión: no alterado

Clase 3: Función tegumentaria: no alterado

Clase 4: Función respiratoria: no alterado.

**Dominio 4: Actividad y reposo.**

Clase 1: Reposo/sueño: somnolencia por intervalos

Clase 2: Actividad/ejercicio: paciente neonato, totalmente dependiente.

Clase 3: Equilibrio/energía: no evaluable

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar: no alterado

Clase 5: Autocuidado: neonato dependiente.

**Dominio 5: Percepción - cognición.**

Clase 1: Atención: presente, no alterado

Clase 2: Orientación: presente, no alterado

Clase 3: Sensación - percepción: presente, no alterado

Clase 4: Cognición: presente, no alterado

Clase 5: Comunicación: presente, no alterado

**Dominio 6: Autopercepción.**

Clase 1: Autoconcepto: no evaluable

Clase 2: Autoestima: no evaluable

Clase 3: Imagen corporal: no evaluable

**Dominio 7: Rol Relaciones.**

Clase 1: Rol del cuidador: no evaluable.

Clase 2: Relaciones familiares: progenitores preocupados por salud de su bebé.

Clase 3: Desempeño del rol: no evaluable

**Dominio 8: Sexualidad.**

Clase 1: Identidad sexual: no evaluable

Clase 2: Función sexual: no evaluable

Clase 3: Reproducción: no evaluable

**Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés.**

Clase 1: Respuesta post traumática: no evaluable

Clase 2: Respuesta de afrontamiento al estrés: no evaluable

Clase 3: Estrés neurocompartimental: recién nacido presenta llanto e irritabilidad, neonato en incubadora

**Dominio 10: Principios vitales.**

Clase 1: Valores: no evaluable

Clase 2: Creencias: no evaluable

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores y creencias: no evaluable.

**Dominio 11: Seguridad y Protección.**

Clase 1: Infección: aspiración de secreciones y lavado gástrico.

Clase 2: Lesión física: presencia de pliegues marcados en axilas y muslos propias a la macrosomía

Clase 3: Violencia: no evaluable

Clase 4: Peligros Ambientales: no alterado.

Clase 5: Procesos defensivos: no evaluable.

Clase 6: Termorregulación: no alterado

**Dominio 12: Confort.**

Clase 1: Confort físico: neonato presenta llanto e incomodidad ante procedimientos

Clase 2: Confort Ambiental: no alterado

**Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo.**

Clase 1: Crecimiento: no evaluable

Clase 2: Desarrollo: no evaluable

### 3.1.7. ESQUEMA DE VALORACIÓN

#### FLUJOGRAMA I



V  
A  
L  
O  
R  
A  
C  
I  
Ó  
N

D  
I  
A  
G  
N  
Ó  
S  
T  
I  
C  
O

## Capítulo II

### 3.2. Diagnóstico de Enfermería

#### 3.2.1. Lista de Hallazgos Significativos

- Parto distócico por macrosomía fetal, hipotónico y letárgico al nacimiento
- HGT:68 mg/dl
- No contacto piel a piel con madre por apgar 1 min.7
- Progenitores preocupados por salud de su bebé.
- Aspiración de secreciones y lavado gástrico por presencia de líquido meconial verde fluido.
- Neonato con llanto desesperante en incubadora
- Débil reflejo de succión.
- Llanto e irritabilidad ante procedimientos.

#### 3.2.2. Diagnóstico de Enfermería según datos significativos

- Riesgo del nivel de glucosa inestable r/c aumento de peso excesivo del recién nacido
- Interrupción de la lactancia materna r/c hospitalización del recién nacido e/p neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos
- Temor r/c entorno desconocido e/p neonato con llanto desesperante en incubadora.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión e/p succión débil.
- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p llanto e irritabilidad ante procedimientos.

#### Priorización de Diagnósticos

- Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión e/p succión débil.

- Interrupción de la lactancia materna r/c hospitalización del recién nacido e/p neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología.
- Temor r/c entorno desconocido e/p neonato con llanto desesperante en incubadora.
- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p llanto e irritabilidad ante procedimientos.
- Riesgo del nivel de glucosa inestable r/c aumento de peso excesivo del recién nacido
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

### 3.2.3. Esquema de Diagnóstico de Enfermería

Problema	Factor relacionado	Evidencia	Diagnósticos
Patrón de alimentación ineficaz del lactante.	Incapacidad para iniciar una succión.	Débil reflejo de succión al administrar fórmula.	Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión e/p succión débil.
Interrupción de la lactancia materna.	Hospitalización del recién nacido.	Neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología. Progenitores preocupados por la salud del bebé.	Interrupción de la lactancia materna r/c hospitalización del recién nacido e/p neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología.
Temor.	Entorno desconocido	Neonato con llanto desesperante en incubadora.	Temor r/c entorno desconocido e/p neonato con llanto desesperante en incubadora.
Dolor agudo	Agentes lesivos físicos	Llanto e irritabilidad ante procedimientos.	Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p llanto e irritabilidad ante procedimientos.
Riesgo del nivel de glucosa inestable.	Aumento de peso excesivo del recién nacido.	No tiene evidencia por ser diagnóstico de riesgo.	Riesgo del nivel de glucosa inestable r/c aumento de peso excesivo del recién nacido.
Riesgo de infección.	Procedimientos invasivos.	No tiene evidencia por ser diagnóstico de riesgo.	Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

## Capítulo III

### 3.3. Planificación

#### 3.3.1. Esquema de Planificación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión e/p succión débil.</p> <p><b>DOMINIO:2</b> <b>CLASE:1</b></p>	<p>(0913) Estado neurológico: Función sensitiva</p> <p>(1004) Estado Nutricional: Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas</p>	<p>(6900) Succión no nutritiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar el desarrollo del reflejo de succión del lactante</li> <li>-Utilizar un chupete blando y grande que el bebé pueda tolerar sobre su lengua.</li> <li>-Colocar el pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebé para favorecer el reflejo de succión.</li> <li>-Mover la lengua del bebé rítmicamente con el chupete, para fomentar la succión.</li> </ul> <p>(1160) Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorizar los signos del recién nacido que indican que está listo para alimentarse.</li> <li>-Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.</li> <li>-Evaluar la succión y deglución.</li> <li>-Monitorizar el mecanismo de ingesta del recién nacido, controlar la toma de líquido.</li> <li>-Monitorizar los signos de estar repleto del recién nacido.</li> <li>-Interrumpir la toma cuando aparezcan signos de incomodidad o de plenitud del lactante</li> </ul>	<p>La primera toma de formula láctea fue de 20cc con débil reflejo de succión, después de la actividad y cuidado, a la 3 hora se le administra la siguiente toma tolerando 35 cc con buen reflejo de succión y deglución.</p> <p>El neonato desarrolla adecuadamente el reflejo de succión e inicia la lactancia materna.</p>



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Interrupción de la lactancia materna r/c hospitalización del recién nacido e/p neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología.</p> <p><b>DOMINIO:2</b> <b>CLASE:4</b></p>	<p>[1002] Mantenimiento de la lactancia materna</p> <p>Definición: Continuación de la lactancia materna desde el establecimiento hasta el destete para la alimentación de un lactante.</p>	<p>(5460) Contacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar información a los progenitores sobre su situación actual del recién nacido.</li> <li>-Evaluar el contexto del entorno antes de entregar al recién nacido a su madre</li> <li>- Colocar al lactante sobre el cuerpo de la madre.</li> </ul> <p>[5244] Asesoramiento en la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar a la reanudación de la lactancia al bebé</li> <li>-Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia después del parto distócico y alta del bebe de cuidados intermedios.</li> <li>- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.</li> <li>- Instruir a la madre sobre los signos del lactante que deben estar presentes antes de la lactancia.</li> <li>- Evaluar el reflejo de succión y la capacidad del lactante para mamar.</li> <li>-comentar la frecuencia de los patrones normales de la lactancia</li> </ul>	<p>Se beneficia la relación afectiva entre el neonato y su madre, desarrollo de una personalidad segura e independiente, permitiendo tranquilizar y dar alivio al bebé y los padres.</p> <p>Neonato recibe LME, con buen reflejo de hociqueo y succión, el cual ayudara a reforzar el desarrollo por medio de proteínas y anticuerpos que inmunizan al bebé.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Temor r/c entorno desconocido e/p neonato en incubadora</p> <p><b>DOMINIO:9</b> <b>CLASE:3</b></p>	<p>(1210) Nivel de miedo:</p> <p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable</p>	<p>(6480) Manejo Ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un ambiente seguro para el paciente.</li> <li>- Proporcionar un entorno limpio y cómodo.</li> <li>- Disminuir los estímulos ambientales.</li> <li>- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> <li>- Ajustar una temperatura adaptada a las necesidades del paciente</li> </ul>	<p>Neonato se mantiene aparentemente tranquilo en la incubadora</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p llanto e irritabilidad ante procedimientos.</p> <p><b>DOMINIO:12</b> <b>CLASE:1</b></p>	<p>(2010) Estado de comodidad física</p> <p>Definición: Tranquilidad física relacionada con sensaciones corporales y mecanismos homeostáticos.</p>	<p>(1415) Manejo del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad.</li> <li>- Determinar el efecto del dolor ante el procedimiento sobre la calidad de vida (sueño).</li> <li>- Estar atento a los signos de ansiedad o miedo.</li> </ul> <p>(6965) Apoyo al procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la necesidad de usar procedimientos dolorosos.</li> <li>- Utilizar una barrera cutánea.</li> <li>- Usar cantidades mínimas de esparadrapo y adhesivos.</li> <li>- Reducir la luz y el ruido siempre que sea posible durante los procedimientos.</li> <li>- Facilitar la lactancia o alimentar durante los procedimientos dolorosos.</li> </ul>	<p>Según la escala de PIPP la puntuación es igual a 5, el cual indica la presencia mínima de dolor ante los procedimientos.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Riesgo del nivel de glucosa inestable r/c aumento de peso excesivo del recién nacido</p> <p><b>DOMINIO:2</b> <b>CLASE:4</b></p>	<p>(2300) Nivel de glucemia: Definición: Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y orina dentro del rango normal.</p>	<p>(2130) Manejo de la hipoglucemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el paciente con riesgo de hipoglucemia.</li> <li>- Monitorizar sg vitales.</li> <li>- Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia.</li> <li>- Vigilar la glucemia a la hora, a las dos horas, y a la cuarta hora de vida.</li> </ul> <p>(6824) Cuidados del lactante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recién nacido</li> <li>- monitorizar el peso del recién nacido diario.</li> <li>- Instruir a los progenitores para que detecten los sg y síntomas de la hipoglucemia al alta de cuidados intermedios.</li> </ul>	<p>El neonato mantuvo su Nivel de glucosa en límites normales.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos e/p aspiración de secreciones al nacimiento</p> <p><b>DOMINIO:11</b> <b>CLASE:1</b></p>	<p>(0702) Estado inmune: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.</p> <p>(1902) Control de Riesgo: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar, o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p>	<p>(6540) Control de infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener técnicas de aislamiento.</li> <li>- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.</li> <li>- Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>- Usar guantes estériles, según corresponda.</li> <li>- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante el procedimiento.</li> <li>- Garantizar una manipulación aséptica</li> </ul>	<p>Ausencia de infecciones agregadas en el neonato.</p>

## Capítulo IV

### 3.4. Ejecución y Evaluación

#### 3.4.1. Registro de Enfermería: SOAPIE

S: No referible.

O: Recién Nacido macrosómico de parto distócico, no se le realiza contacto precoz con la madre por presentarse hipotónico, letárgico, a la aspiración de secreciones se observa líquido meconial verde fluido en poca cantidad, se le realiza estimulación táctil, el cual responde con llanto vigoroso; se le realiza lavado gástrico, apgar 1 min. 7, 5 min. 9,10 min. 9, depresión leve de recuperación rápida, se le brinda los cuidados inmediatos, se le realiza sonometría Peso:4459 kg Talla 54 cm PC 36.5 PT 38.5 cm, test de Capurro 40 semanas, es evaluado por médico Pediatra, quién deja indicaciones, pasa a cuidados intermedios a incubadora por 4 horas, para monitorización hemodinámica y cuidados de enfermería respectivos, se le controla glucosa, HGT:68 mg /dl, neonato con llanto e irritabilidad ante los exámenes de laboratorio respectivo, se le administra fórmula láctea 30 cc tolerando 20 cc con débil reflejo de succión y deglución.

Indicaciones médicas:

Fórmula láctea 35 a 40 cc c/ 3 horas

Incubadora por 4 horas

Monitorización hemodinámica

HGT stat, 2 horas, 4ta hora, y después cada turno.

Vigilar sg de alarma

Vigilar sg de hipoglucemia.

Reevaluación Médica a la cuarta hora.

**A:**

- Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad para iniciar una succión e/p succión débil.

- Interrupción de la lactancia materna r/c hospitalización del recién nacido e/p neonato en cuidados intermedios en incubadora monitorizado por su patología.
- Temor r/c entorno desconocido e/p neonato con llanto desesperante en incubadora.
- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos e/p llanto e irritabilidad ante procedimientos.
- Riesgo del nivel de glucosa inestable r/c aumento de peso excesivo del recién nacido
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos

**P:**

- Mantener un estado nutricional adecuado del recién nacido
- Favorecer al apego madre e hijo
- Brindar un ambiente de confianza
- Disminuir el impacto del dolor en el recién nacido.
- Mantener los niveles de glucosa en valores normales.
- Mantener libre de infecciones en su estancia hospitalaria.

**I:**

- Se continua con monitorización hemodinámica
- Se vigila sg de hipoglicemia.
- Se le realiza ejercicios para mejorar la succión, respondiendo adecuadamente.
- Se le brinda confort.
- Se continua a las 2 horas HGT:72 mg/ dl
- Se le administra HVB 0.5 cc IM
- Rn con llanto irritable, se le brinda un ambiente seguro y se disminuye los estímulos ambientales.
- Se brinda formula láctea el cual tolera 35 cc con buen reflejo de succión y deglución.
- A la 4ta hora se controla HGT:74 mg/dl

Es reevaluado por el Pediatra, quién le da alta de cuidados intermedios y pasa alojamiento conjunto previa evaluación al entorno antes de entregar al recién nacido a su madre, se le instruye a la madre sobre los signos del lactante que deben estar presentes antes de la lactancia, y se le coloca en el pecho de madre teniendo una respuesta adecuada por parte del recién nacido.

**E:** Neonato queda en alojamiento conjunto, activo, recibiendo lactancia materna exclusiva, con buen reflejo de succión y tolerancia, siente el apego materno, en observación constante.

### **3.4.2. Evaluación:**

#### **Valoración:**

Para la recolección de datos se utilizó la observación directa, la entrevista a la madre y el examen físico del recién nacido. Se contó con la información de la historia clínica.

#### **Diagnóstico:**

Se realiza la valoración según dominios y clases según modelo, obteniendo la lista de datos significativos, se analiza e interpreta y se elabora los diagnósticos con los problemas reales y/o potenciales, teniendo como base, las necesidades alteradas.

#### **Planificación:**

Las acciones de enfermería realizadas estuvieron dirigidas a alcanzar los objetivos propuestos, se elaboró intervenciones, actividades y cuidados, diseñadas para reforzar las respuestas del neonato de acuerdo a las necesidades alteradas.

#### **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 brindar los cuidados de enfermería y ampliar más los conocimientos sobre el manejo del neonato macrosómico.

## CONCLUSIONES

- a) En los recién nacidos macrosómico se deben medir sus niveles plasmáticos de glucosa en las dos primeras horas de vida, y posteriormente establecer controles periódicos de glucemia para prevenir complicaciones.
- b) La estimulación de succión es una técnica adecuada y efectiva, el cual favorece a la disminución del trastorno neurológico transitorio en el neonato.
- c) La interrupción en el vínculo afectivo madre-hijo, genera un impacto negativo en las madres, quienes manifiestan sentimientos como: miedo, tristeza y angustia durante la hospitalización del neonato
- d) Los recién nacidos macrosómico requieren una serie de cuidados y de procedimientos básicos, así como una valoración cuidadosa de su estado general y la puesta en marcha de medidas de bioseguridad que garanticen y disminuyan los riesgos de infección.
- e) Las primeras reacciones de miedo de un bebé, son expresiones de sentimiento difuso, de peligro que experimenta ante la pérdida del apoyo físico-maternal, ante cambios bruscos en el entorno, ante ruidos fuertes o inesperados, estos sentimientos se expresan con sobresalto, temblor, irritabilidad y/o llanto.

## RECOMENDACIONES

- a. El Servicio de Neonatología del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales, disponga la elaboración y el manejo de protocolos en neonatos con factores de riesgo y patológicos.
- b. A la Dirección del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales, se sugiere realizar capacitaciones a todos los integrantes del equipo de salud del servicio de Neonatología, sobre los mecanismos que se suceden en torno a las diferentes enfermedades del paciente del área neonatal, durante las primeras horas y su estancia hospitalaria, para que puedan comprender de forma razonada las medidas terapéuticas, equipos y elementos necesarios que deben ser aplicadas en las condiciones óptimas de calidad que requiere la atención al recién nacido.
- c. A todo el equipo de salud del Servicio de Neonatología, aplicar la bioseguridad en la manipulación y procedimientos que se realicen en el neonato hospitalizado, el cual debe ser una prioridad del profesional de enfermería con el fin de prevenir infecciones posteriores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paz M, Tapia I, Gárate G, Montesdeoca G, Gaybor M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Revista Médica HJCA. 2014 Junio; I(46-50).
2. Susanibar C. Factores asociados a la morbimortalidad en recién nacidos macrosómicos atendidos en el Hospital Vitarte en el periodo enero a diciembre de 2014. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
3. Arpasi E. Factores maternos asociados a la macrosomía fetal en las gestantes que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, enero a junio del 2011. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
4. World Health Organization. WHO Document Production Services. [Online].; 2014 [cited 2020 Marzo 03. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1).
5. Alves da Cunha AJ, Sobrino Toro M. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [Online].; 2013 [cited 2020 Marzo 7. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2765/2699>.
6. Vento Aguirre E. Macrosomía fetal y complicaciones maternas y neonatales en usuarias de parto vaginal. Callao: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; 2014.
7. Asevedo J, Martínez I. Factores de riesgo asociados a macrosomía fetal en el Hospital JB Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Revista de la facultad de ciencias médicas UNL. 2017 Marzo; 23(1-3).

8. García J, Rodríguez A, Delgado A. Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes Mellitus gestacional. *Revista de obstetricia de México*. México.; 2016.
9. Salim A, Premji K. Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Mayo; 16(1-8).
10. Jiménez S, Pentón R, Cairo V, Cabrera R, Chávez L, Álvarez M. Factores de riesgo maternos y fetales en recién nacidos con macrosomía. *Revista de*. 2015 Mayo; 19(142-150).
11. Mai A, Demmoucche A. Características epidemiológicas de la macrosomía fetal en la ciudad de Sidi Bel Abbas. *Revista Médica*. 2014 Marzo; 7(32-39).
12. Huaita M. Factores de riesgo asociados a macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca Fernández de villa el salvador, enero-junio 2015. Tesis de doctorado. Lima: Universidad San Martín de Porras; 2017.
13. Mamani R. Factores de riesgo materno perinatal asociados a macrosomía fetal en recién nacidos en los Hospitales de Essalud Puno 2017. Tesis de doctorado. Puno: Universidad nacional del Altiplano; 2017.
14. Rengifo C. Asociación entre sobrepeso y obesidad pregestacional con macrosomía fetal en el hospital regional docente de Trujillo. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2016.
15. Ledo A, Sobrino M, Gutiérrez M, Alarcón J. Prevalencia y factores asociados a macrosomía en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015 Enero; 34(36-42).
16. Jaurigue K, Uría N, Vargas Y, Miranda U. Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica. *Rev med panacea*. 2015 Enero; 4(17-21).

17. Zapata M, Rovirosa A, Pueyrredón P. Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Dieta. Buenos Aires;; 2016.
18. Toirac L, Pascual L, Martínez J. Macrosomía fetal en madres no diabéticas. Caracterización mínima. Rev. Medisan. 2013 Octubre; 17(53-63).
19. Gaudet L, Ferraro Z, Wen S, Walker M. Maternal Obesity and Occurrence of Fetal Macrosomia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Barcelona: Biomed Res Int; 2014.

# ANEXOS

### IMÁGEN 01

**Monitorización hemodinámica y los cuidados de enfermería en recién nacido macrosómico en el Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales, La Merced:**



### IMAGEN 02

**Características fisiológicas del Recién Nacido Macrosómico:**





**IMAGEN 03**

**Manifestaciones propias expresadas del recién nacido macrosómico ante la separación materna:**



**IMAGEN 04**

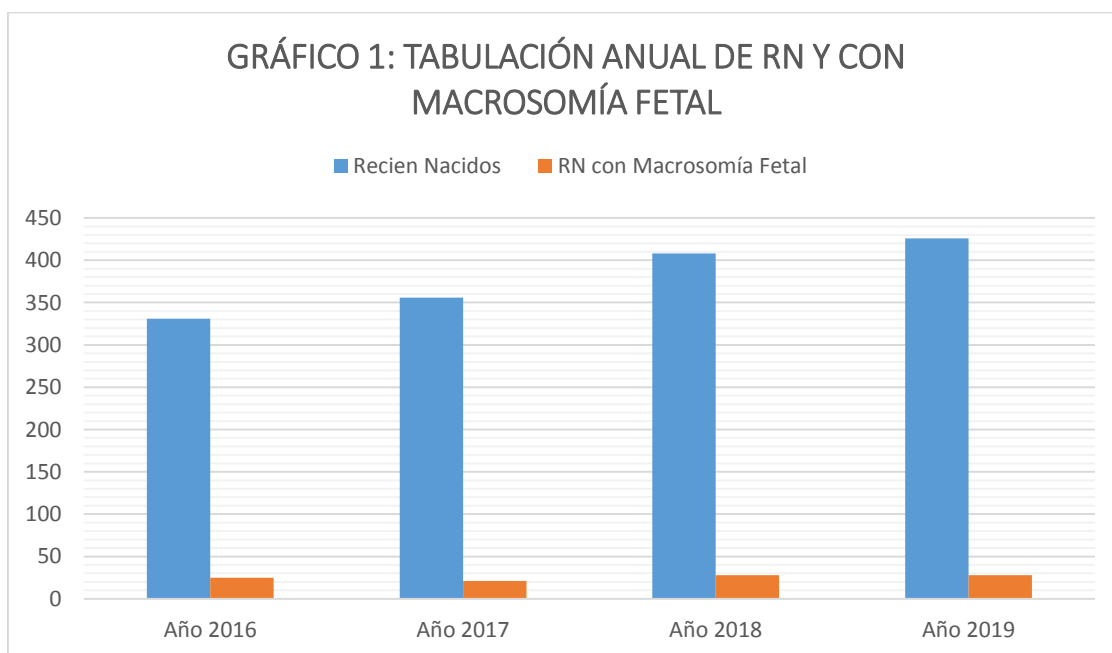
**Neonato macrosómico con características armónicas o simétricas:**



**TABLA 1**

**DISTRIBUCIÓN ANUAL DE RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL SELVA CENTRAL Y ENFERMEDADES TROPICALES HUGO PESCE PESCKETTO ESSALUD, LA MERCED, CON MACROSOMÍA FETAL**

	Recién nacidos	Recién nacidos con macrosomía fetal
Año 2016	331	25
Año 2017	356	21
Año 2018	408	28
Año 2019	416	28



FUENTE: Registro de ingresos de pacientes del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales, la Merced – Chanchamayo.

**TABLA 2**  
**VALORACIÓN DEL DOLOR NEONATAL SEGÚN LA ESCALA DE PIPP**

<b>TABLA III. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL NEONATO UTILIZANDO LA ESCALA PIPP</b>					
<i>Proceso</i>	<i>Parámetros</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Gráfica	Edad gestacional	≥ 36 sem	32 a < 36 sem	28 a 32	≤ 28 sem
Obsevar al niño 15"	Comportamiento	Activo/desperto ojos abiertos mov. faciales	Quieto/desperto ojos abiertos no mov. faciales	Activo/dormido ojos cerrados mov. faciales	Quieto/dormido ojos cerrados no mov. faciales
Observar al niño 30"	FC max	0-4 lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	≥ 25 lat/min
	Sat O <sub>2</sub> min	0-2,4%	2,5-4,9%	5-7,4%	≥ 7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna 0-9% tiempo	Mínimo 10-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo
	Ojos apretados	Ninguna 0-9% tiempo	Mínimo 10-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo
	Surco nasolabial	No	Mínimo 0-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo

FUENTE: Dolor en neonatos 2005, modificada en 2016. Revista de la sociedad española del dolor