

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES ASOCIADOS
A LA HIPOGLICEMIA NEONATAL EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ
PRIALÉ – ESSALUD - HUANCAYO, 2020**

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA:

LIC. LINARES MANRIQUE LEYDI MEDALIT

CALLAO, 2020

PERÚ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMATICA

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.2 BASES TEÓRICAS

2.3 MARCO CONCEPTUAL

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1 VALORACIÓN

3.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

3.3 PLANIFICACIÓN

3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

IV. CONCLUSIONES

V. RECOMENDACIONES

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en los factores asociados a la hipoglucemia neonatal en el servicio de neonatología del hospital nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud - Huancayo, 2020”, lo realice motivada a disminuir los casos de hipoglicemia neonatal ya que en el transcurso de los meses del año 2018 aumentaban los ingresos por hipoglicemia neonatal en la unidad de cuidados intermedios del servicio de neonatología, motivo por el cual se decidió implementar el contacto piel a piel en los recién nacidos ya que esta actividad cuenta con muchos beneficios tales como que el recién nacido puede regular mejor su temperatura, se consiguen niveles de glicemia (glucosa en la sangre) e iones con mayor rapidez.

Este trabajo es muy importante porque la hipoglucemia neonatal produce secuelas a largo plazo que comprometen principalmente el sistema nervioso central, por lo tanto se debe identificar oportunamente los factores de riesgo asociados a esta patología.

Este trabajo se desarrolla en el servicio de neonatología del hospital nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud, el contacto piel a piel es uno de las actividades de enfermería muy importante que se viene realizando para evitar las hipoglicemias neonatales y así también generar el vínculo madre- hijo y tener una lactancia materna exitosa, se lleva a cabo en el área de sala de partos al momento de la recepción del recién nacidos, los beneficiados de este trabajo son los recién nacidos ya que no llegan a hospitalizarse por esta patología.

.El objetivo describir los cuidados de enfermería en los casos de hipoglicemia neonatal, siendo los cuidados de enfermería muy importantes para evitar las hospitalizaciones y posibles secuelas de las complicaciones de la hipoglicemia neonatal. Entre las funciones más importantes del personal de enfermería se destaca la prevención frente los riesgos asociados de la hipoglicemia neonatal, detectando oportunamente los factores de riesgo asociados a la hipoglicemia y el rol educador sobre el contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y signos de

alarma en el neonato, actividades que constituye uno de los pilares y fortalezas de la enfermería neonatal.

I.- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La red latinoamericana de pediatría y neonatología señala una frecuencia de 41.0% de niños recién nacidos de término con hipoglucemia asintomática: con < 46.8 mg/dL (< 2.6 mmol/L) y 11% con hipoglucemia moderada: < 36 mg/dL (< 2.0 mmol/L). Los factores asociados a la menor concentración de glucosa fueron: posmadurez, peso bajo al nacer, perímetro cefálico pequeño, hemoglobina > 21 g/L, hormona somatotrópica materna elevada y retraso en la alimentación.(1)

La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional. En función del criterio diagnóstico y de la política nutricional de la unidad neonatal, la incidencia varía de manera importante, siguiendo el criterio de definición de Cornblath, en recién nacidos a término la incidencia está en un rango de 5% a 7% y puede variar entre valores de 3,2 % a 14,7 % en recién nacidos pretérminos. (2)

En el Perú de acuerdo al reporte epidemiológico citado en la Guía de atención al Recién Nacido del Ministerio de salud, los casos de hipoglucemia neonatal, se produce en el 8.1% de los recién nacidos grandes para la edad gestacional y el 14.7% de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional.(3)

En el servicio de neonatología del hospital nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud – Huancayo se reporta la hospitalización por casos de hipoglicemia neonatal en el año 2018, 59 casos de un total de 2776 nacidos vivos y en el año 2019 fue de 30 casos de un total de 2610 nacidos vivos.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **TRUJILLO CANDO Carla**, 2017 – Ambato – Ecuador, tesis “Hipoglicemia en neonatos de madres diabéticas como complicación precoz al nacimiento y su repercusión en el desarrollo neonatal en el área de neonatología del hospital provincial general Latacunga en el período abril 2015 – abril 2016”, tiene como objetivo: establecer la incidencia de Hipoglicemia en Neonatos de Madres Diabéticas como complicación precoz al nacimiento y su repercusión en el desarrollo neonatal en el Área de Neonatología del Hospital Provincial General Latacunga en el periodo Abril 2015 - Abril2016. Lo cual será una herramienta de apoyo para los profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de la atención a embarazadas diabéticas y recepción neonatal; utilizando como ayuda para la prevención de dichas complicaciones. Métodos y materiales: utilizados en este trabajo están basados en un estudio hipotéticodeductivo (retrospectivo- descriptivo no experimental), los datos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de Neonatología los cuales son hijos de madres diabéticas. Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de hipoglicemia neonatal se encuentran manejo inadecuado de la diabetes gestacional a nivel primario de salud, diagnóstico tardío de la patología, hábitos alimenticios no saludables. Resultados: contribuirán a la disminución de la morbimortalidad neonatal, proceso de recuperación y atención oportuna de los pacientes mediante el seguimiento de normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública. (4)
- **ROMERO MANZANALES Marisela**, 2019 – Machala, tesis, “La hipoglicemia, complicaciones neurológicas en el recién nacido”, que tiene como objetivo: Determinar cuáles son las complicaciones neurológicas en el recién nacido con hipoglicemia neonatal. Metodología: La investigación es de tipo bibliográfico, se consultó vía electrónica de las revistas indexada, como Cochrane Library, PubMed, Clinical Medicine Insights: Pediatrics, Revista Scielo, Revista

internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública MDPI, Anales de Pediatría, además, se excluyó artículos no publicados en los últimos 5 años y se considera estudios adicionales como Tesis de posgrado Actuales y Guías Clínicas. Conclusiones: Siendo la hipoglicemia en el recién nacido una patología de incidencia considerable, es importante reconocer los parámetros de la misma para iniciar un tratamiento oportuno y prevenir el deterioro neurológico. (5)

- **BERTTOLOTTO CEPEDA, Ana** (2017)- Bogotá, Colombia, tesis” Factores asociados a hipoglucemia neonatal transitoria en recién nacidos sanos, en el Hospital Universitario San Ignacio”, tiene como objetivo: Determinar factores de riesgo asociados a hipoglucemia neonatal transitoria en recién nacidos sanos. Materiales y métodos: Estudio de casos y controles anidados en una cohorte retrospectiva. Análisis de regresión logística. Resultados: Se evaluaron las variables de interés reportadas en la literatura en 40 casos y 40 controles. Se encontró como factor protector aislado para hipoglucemia el contacto piel a piel, que fue menor en los recién nacidos por cesárea; sin embargo, en el modelo de regresión logística, solamente el requerir fórmula láctea, por ineficaz lactancia materna, mostró ser un factor de riesgo para esta enfermedad (OR = 9). Conclusión: La ineficiente lactancia materna exclusiva es el mayor factor de riesgo para hipoglucemia neonatal transitoria en recién nacidos a término sanos, lo que ocasiona un aumento en el uso de fórmula láctea. (6)
- **TECAYEHUATL DELGADO Gabriela.** 2016 – México tesis” Factores de riesgo para hipoglucemia neonatal en mujeres obesa”, tiene como Objetivo: Determinar la magnitud e independencia de factores de riesgo para hipoglucemia neonatal temprana (< 24 h) en hijos de madres obesas. Métodos: Estudio de caso cohorte en el periodo comprendido entre 2012 y 2014. Se incluyeron mujeres con sobrepeso por índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m² y obesidad con IMC > 30 kg/m² , con embarazos únicos, a quienes se les realizó la prueba de curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) con 75 g en el primer trimestre de embarazo, con seguimiento y resolución del embarazo

en el hospital sede. Se excluyeron pacientes con comorbilidades y diabéticas pregestacionales o gestacionales. Se registraron variables maternas (clasificación de sobrepeso u obesidad por IMC, tratamiento, ganancia de peso) y fetales (asfixia, peso al nacer y semanas de gestación), asociadas a hipoglucemia. Resultados: De 762 embarazadas, se presentaron 86 casos de hipoglucemia neonatal. Los factores maternos asociados fueron el tratamiento con dieta y el uso de metformina. Las variables neonatales fueron: recién nacido grande para edad gestacional, recién nacido pretérmino y bajo peso para edad gestacional. En el análisis multivariado el factor predictor independiente más importante fue el recién nacido grande para edad gestacional (riesgo relativo [RR] = 28) (intervalo de confianza [IC] 95%: 13-62). Conclusiones: El neonato con peso grande para edad gestacional tiene mayor riesgo para Hipoglucemia neonatal. (7)

- **FERNÁNDEZ PÉREZ Zonia** et al. 2015 Cienfuegos - Cuba. “Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010-2014, realizaron una investigación que tuvo como objetivo: determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al bajo peso en el municipio San Antonio de los Baños. Los métodos aplicados fueron: se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en los recién nacidos con bajo peso al nacer del municipio de San Antonio de los Baños, provincia Artemisa, Cuba, en el período de enero a diciembre del 2013. El universo estuvo constituido por 564 recién nacidos vivos y la muestra por 29, con bajo peso al nacer. Se identificaron factores prenatales que pudieron constituir posibles causas del bajo peso. Como resultados obtuvieron: la incidencia del bajo peso al nacer. El 58,62 % de ellos nacieron antes de la semana 37 de gestación. La edad materna más representada fue de 20 a 34 años. La sepsis vaginal estuvo presente en el 51,80% de las madres con recién nacidos bajo peso. Se llegaron a las siguientes conclusiones: la prematuridad fue la causa más frecuente de recién nacidos con bajo peso al nacer, las edades extremas de la vida reproductiva no constituyeron causa del bajo peso al nacer, la sepsis vaginal y

la hipertensión arterial fueron factores de riesgo relevantes en las madres con niños bajo peso. (8)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- **HERRERA CHANG Josefina.** 2018 – Lima tesis “Factores maternos asociados a hipoglucemia en recién nacidos en el hospital Vitarte en el periodo enero-julio 2017”, tiene como objetivo: Determinar los factores maternos asociados a hipoglucemia en recién nacidos en el Hospital Vitarte en el periodo Enero-Julio 2017. Materiales y métodos: Es un estudio observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. Se revisaron historias clínicas, se incluyeron 254 recién nacidos, 127 de ellos con hipoglucemia (casos) y 127 sin hipoglucemia (controles). Para alcanzar el objetivo de la investigación se utilizó la prueba Chi cuadrado y se calcularon sus Odds Ratio, a un nivel de significancia del 5%. Se utilizó programa estadístico SPSS v.23. Resultados: En cuanto a las características de las madres de los neonatos, la edad promedio fue de 28.2 ± 7.4 años, el 85% (216) fueron de 35 años o menos, el 41.3% (105) tenía IMC pregestacional normal, el 93.7% (238) fueron a término, el 56.7% (144) primíparas y el 7.1% (18) tenía preeclampsia y el 6.3% (16) antecedente de diabetes mellitus. Los factores maternos asociados a hipoglucemia fueron edad > 35 años ($p=0.014$; $OR=2.467$, $IC=1.184-5.142$), edad gestacional pre término ($p=0.046$; $OR=3.533$, $IC=0.949-13.155$), antecedente de diabetes mellitus ($p=0.039$; $OR=3.209$, $IC=1.006-10.233$), multiparidad ($p=0.011$; $OR=1.910$, $IC=1.155-3.160$), índice de masa corporal pregestacional ≥ 25 Kg/m² ($p=0.015$; $OR=1.863$, $IC=1.123-3.091$) y preeclampsia ($p=0,014$; $OR=3.810$, $IC=1.218-11.914$). Conclusión: Los neonatos de madres mayores de 35 años, con edad gestacional pre término, con antecedente de diabetes mellitus, multíparas, con IMC pregestacional ≥ 25 Kg/m² y preeclámpticas son más propensos a sufrir hipoglucemia. (9)
- **RODRIGUEZ CHAFALOTE Carlos.** 2018 – Lima, tesis “Factores de riesgo de hipoglucemia en recién nacidos pretermino en el servicio de neonatología del

hospital alberto sabogal sologuren periodo 2015 - 2017”, tiene como objetivo: Determinar si la diabetes gestacional, corioamnionitis, preeclampsia, bajo peso al nacer y enterocolitis necrotizante son factores de riesgo asociados a hipoglucemia en recién nacidos pretérmino en el Servicio de Neonatología Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles en el periodo julio 2015 – junio 2017. La población de estudio estuvo constituida por 192 recién nacidos según criterios de inclusión y exclusión, establecidos y distribuidos en dos grupos: con hipoglucemia neonatal y sin hipoglucemia neonatal. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factor de riesgo fue: diabetes gestacional (OR= 4.6; IC: 2.34 – 8.72; $p < 0.05$); corioamnionitis (OR=7.7; IC: 1.86 –12.64; $p < 0.05$); preeclampsia (OR=3.2; IC: 2.08 –6.16; $p < 0.05$); bajo peso al nacer (OR=3.1; IC: 1.92 –6.04; $p < 0.05$); enterocolitis necrotizante (OR=5,3; IC: 1.76–9.46; $p < 0.05$). En el análisis multivariado se encontró significancia estadística en las variables diabetes gestacional ($p = 0.014$, IC: 1.8 – 5.4); corioamnionitis ($p = 0.039$; IC: 1.6 – 4.9); preeclampsia ($p = 0.011$; IC: 2.1 – 6.2); bajo peso al nacer ($p = 0.016$; IC: 1.9 – 5.7) y enterocolitis necrotizante ($p = 0.041$; IC: 1.6 – 4.3). Conclusiones: La diabetes gestacional, corioamnionitis, preeclampsia, bajo peso al nacer y enterocolitis necrotizante son factores de riesgo asociados a hipoglucemia en recién nacidos pretérmino en el Servicio de neonatología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo julio 2015 – junio 2017. (10)

- **GALARZA INGAROCA Henry. 2017** – Huancayo, tesis: “Hipoglicemia neonatal y factores asociados en pacientes del hospital El Carmen 2015” tiene como objetivo: Identificar los factores asociados a hipoglicemia neonatal en pacientes del Hospital El Carmen 2015. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio tipo básico, descriptivo y observacional, serie de casos en base a 72 historias clínicas de pacientes hospitalizados con hipoglicemia neonatal en el Hospital El Carmen 2015. RESULTADOS: La población de estudio tuvo una frecuencia epidemiológica de 1,4% de hipoglicemia neonatal; el género masculino fue preponderante con 52,8%; el peso neonatal entre 2500 a 4000 g (55,6%), el parto distócico (63,9%), el APGAR normal (91,7%), la edad materna entre 20 a

34 años (65,3%), primigestas (55,6%) y primíparas (61,1%) tuvieron mayor frecuencia; la edad gestacional de riesgo (pretérminos) alcanzó 22,2%; los pacientes con sintomatología clínica representan 68,1% siendo más frecuente la succión débil (67,3%), la obesidad pregestacional (71,4%) fue más frecuente como antecedente patológico; los pequeños para la edad gestacional (38,2%) y con sepsis (23,5%) representan factores neonatales más frecuentes; y, la preeclampsia (47,1%) es el factor materno más frecuente. **CONCLUSIONES:** La frecuencia epidemiológica de hipoglicemia neonatal fue 1,4%, la hipoglicemia sintomática predominó sobre la asintomática, mostrando mayor frecuencia la succión débil e hipoactividad, los factores maternos más asociados a hipoglicemia fueron la edad materna entre 20 a 34 años, las primigestas y primíparas; y, los de tipo patológico fueron la obesidad pregestacional, hipertensión arterial y preeclampsia, los factores neonatales más asociados fueron el parto distócico, los pretérminos y los recién nacidos de bajo peso; y, los de tipo patológico fueron los pequeños para la edad gestacional y sepsis. (11)

- **PINEDO RIOS Linn. 2015** – Iquitos, tesis: “Características clínicas epidemiológicas de los recién nacidos con diagnóstico de hipoglicemia neonatal en el hospital regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre 2014”, tiene como objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos con diagnóstico de Hipoglicemia Neonatal en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de Enero a Diciembre del 2014. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en 40 pacientes con diagnóstico de Hipoglicemia Neonatal en el Hospital Regional de Loreto, durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2014. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes que contaban con dicho diagnóstico, confirmado por una medición de glucosa sanguínea ≤ 40 mg/dL, procediendo a la recolección de las variables de interés de acuerdo al instrumento elaborado. **Resultados:** Se encontró que la frecuencia de Hipoglicemia Neonatal en el Hospital Regional de Loreto es de 1.4%. En el 75% de los casos de Hipoglicemia Neonatal, los valores de glicemia oscilaron entre 36 a 40 mg/dL.

Los signos y síntomas más frecuentes observados fueron Pobre succión (47.5% de los casos), hipoactividad (35%). En el 100% de los casos el tratamiento recibido fue de Dextrosa al 10% vía parenteral. La frecuencia de casos de Hipoglicemia Neonatal en el sexo masculino fue de 60%. El 70% de los casos de Hipoglicemia Neonatal correspondieron a recién nacidos a término. La frecuencia de casos de Hipoglicemia Neonatal con peso normal al nacer fue de 70%. En el 62.5% de los casos de Hipoglicemia Neonatal, la talla al nacer fue de 46 - 50 cm. La frecuencia de casos de Hipoglicemia Neonatal nacidos de parto cesárea fue de 70%. En el 95% de los casos de Hipoglicemia Neonatal, el APGAR al minuto fue de ≥ 7 puntos, en el 100% de los casos el APGAR a los 5 minutos fue de ≥ 7 puntos. Del número de gestaciones de las madres de los recién nacidos con diagnóstico de Hipoglicemia Neonatal, el 37.5% corresponden a PRIMIGESTAS. En el 67.5% de los casos de hipoglicemia neonatal, las madres presentaron por lo menos una patología durante la gestación, siendo las más frecuentes las ITU. Conclusiones: La incidencia de Hipoglicemia Neonatal en el Hospital Regional de Loreto es de 14.13/1000 nacidos vivos. El nivel de Glicemia más frecuente es de 36-40 mg/dL. Los signos y síntomas más frecuentes fueron: Pobre succión, Hipoactividad, el mayor número de casos, se dio en neonatal. (12)

- **CHAVEZ QUISPE Grissel. 2015** – Huancayo, tesis: “Factores asociados a la hipoglucemia neonatal en el hospital regional docente materno infantil El Carmen 2013”, tiene como OBJETIVO: Determinar los factores asociados a la hipoglucemia neonatal en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, 2013. MATERIALES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo con la totalidad de neonatos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, en el año 2013, según los criterios de inclusión y exclusión al estudio, por lo que no fue necesario realizar cálculo de tamaño muestral ni muestreo. Se asumió una relación de 1 a 1 respecto a los casos y los controles. RESULTADOS: De las variables en estudio, las que presentan asociación estadística significativa con la entidad hipoglucemia neonatal, son la edad de la madre mayor de 35 años, paridad de la madre

(multípara), gravidez de la madre (multigesta), control prenatal de la madre de 4 a 6 CPN, peso del recién nacido (bajo peso al nacer), edad gestacional del recién nacido (prematuro) y contacto piel a piel Madre/Recién nacido (sin contacto piel a piel), siendo sus O.R. respectivamente 2,009 - 1,659 - 2,077 - 1,882 - 3,016 – 2,578 y 1,934. CONCLUSIONES: Los factores maternos que influyen a la presencia de la hipoglucemia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen 2013, son la edad de la madre mayor de 35 años, paridad de la madre (multípara), gravidez de la madre (multigesta), control prenatal de la madre de 4 a 6 CPN y contacto piel a piel Madre/Recién nacido (sin contacto piel a piel), siendo sus O.R. respectivamente 2,009 - 1,659 - 2,077 - 1,882 y 1,934. Los factores neonatales que influyen a la presencia de la hipoglucemia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2013, son el peso del recién nacido (bajo peso al nacer) y edad gestacional del recién nacido (prematuro), siendo sus O.R. respectivamente 3,016 – 2,578. Las variables que presentan la mayor fuerza de asociación con el evento hipoglucemia neonatal, son el peso del recién nacido (bajo peso al nacer), edad gestacional del recién nacido (prematuro) y gravidez de la madre (multigesta), presentan un OR de 3,016 – 2,578 - 2,077 a un nivel de confianza del 95%, respectivamente. No se encontró asociaciones significativas entre grado de instrucción de la madre, estado civil de la madre y ocupación. Aun cuando en el análisis de frecuencias absolutas y relativas comparadas entre los casos y los controles hay diferencias que expresan un menor nivel de satisfacción. (13)

2.2 BASES TEÓRICAS

TEORÍA DE ENFERMERIA DE RAMONA MERCER “ADOPCION DEL ROL MATERNAL”

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un

proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado persona en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

- ✓ El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye, la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre- niño”
- ✓ El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- ✓ El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema.

Se eligió esta teoría porque es muy importante el vínculo madre-hijo desde su concepción, este modelo también destaca la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad

madre- niño, entonces el rol de ambos ayudara en el desarrollo integral y competencia social desde su nacimiento.

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM “DÉFICIT DEL 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.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita¹⁵.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera¹⁶.

Se eligió esta teoría ya que hace mención que los recién nacidos poseen capacidades limitadas para atenderse asi mismo y es en este momento donde el profesional de enfermería interviene ante la demanda de autocuidado.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

FACTORES DE RIESGO DE HIPOGLICEMIA NEONATAL

- Hijo de madre diabética
- Grandes para la edad gestacional (IP mayor del percentil 90)
- Prematuros

- Pequeños para la edad gestacional (PEG)
- Asfixia perinatal

Los mecanismos fisiopatológicos por los cuales se produce hipoglicemia son diferentes según las características del recién nacido.

En los hijos de madre diabética se produce un incremento en la utilización periférica de glucosa o hiperinsulinismo. El hiperinsulinismo se produce por hiperplasia de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas fetal, en respuesta al elevado aporte de glucosa durante el embarazo.

En los pequeños para la edad gestacional existe retraso en la gluconeogénesis y escaso depósito de glucógeno.

En los prematuros hay limitaciones en las enzimas generadoras de la glucosa, menor concentración de sustratos alternativos como los depósitos de glucógeno y grasa por lo cual el proceso de cetogénesis es menor, y el sistema contrarregulador tiene una respuesta incompleta.

En los recién nacidos con asfixia perinatal hay una estimulación de la liberación de catecolaminas y un aumento del metabolismo anaerobio.

ADAPTACIÓN NEONATAL

Los niveles intrauterinos de glucosa en vena umbilical varían entre 3 y 5 mmol/L (54 a 90 mg/dl), con los menores valores a mayor edad gestacional.

Al nacer, la interrupción de la transferencia placentaria de glucosa impone la necesidad de cambios hormonales, en los receptores y en la actividad enzimática, que permiten movilizar la glucosa endógena. El aumento de epinefrina, glucagón, hormona de crecimiento y la disminución de la insulina permitirán movilizar la glucosa vía glicogenólisis, neoglucogénesis, activar la lipogénesis y la cetogénesis. De este modo un RN sano presentara una disminución fisiológica de la glicemia en las primeras 2 horas de vida, que se estabiliza por la respuesta

glicogenolítica en las siguientes horas, en la medida que el glucógeno hepático se consume, la neoglucogénesis desde alanina y posteriormente la movilización de ácidos grasos y la producción de cuerpos cetónicos, permiten mantener los niveles de glicemia. La alteración del complejo mecanismo de regulación del metabolismo de glucosa posnatal de los depósitos prenatales y de la capacidad de movilizarlos puede determinar hipoglicemia o hiperglicemia.

HIPOGLICEMIA

La hipoglucemia neonatal considerada dentro del grupo de enfermedades TDCMSN (Transitory Disorders of Carbohydrate Metabolism Specific to Newborn), se caracteriza por un nivel de glucemia sérica de 40-45 mg/dl ($>2,2 - 2,6$ mmol/L), teniendo consideración especial los factores de riesgo involucrados y el sistema empleado para medir la glucosa en sangre, y que este valor es referido para las primeras 12 horas de vida, mientras que para las siguientes 12 horas, este valor debe estar por encima de 45 para dejar de considerarse hipoglucemia.

No existe un consenso respecto al nivel/déficit de glucosa en sangre en un RN, sin embargo, está claro que las cifras inferiores a 40 mg/dL mantenidas por largo periodo si tiene repercusión en el neurodesarrollo del niño.

La regulación en la concentración de glucosa suele ser un problema frecuente en los niños recién nacidos, particularmente entre los prematuros. La hiperglucemia es menos frecuente en los prematuros, pero puede ocurrir en situaciones de estrés o cuando son sujetos a alimentación parenteral, con alto contenido de hidratos de carbono; la hipoglucemia (menor de 40 mg/dL) puede encontrarse en circunstancias de dificultad respiratoria, sepsis, asfixia e hipotermia. Ante estos problemas aumentan las demandas metabólicas y se acelera la pérdida de la energía de reserva, a menos que se anticipe a los niños su alimentación temprana o se les inicie la infusión intravenosa de glucosa .

La Academia Americana de Pediatría refiere que todo niño con una concentración sérica o plasmática de glucosa (glucemia) menor de 40 mg/dL o una

concentración de glucosa en sangre entera menor de 35 mg/dL se considera hipoglucemia y se debe evaluar y tratar en forma acorde; los pacientes con valores de glucemia entre 40 y 50 mg/dL se deben controlar de forma estrecha. Si se sospecha hipoglucemia, se podría estimar el valor en forma rápida con una tira reactiva o un glucosímetro, para después confirmarlo con una prueba de laboratorio apropiada.

ETIOLOGÍA

Disminución de depósitos de glucógeno o de producción de glucosa endógena, generalmente en neonatos con síndrome de distress respiratorio, pequeños para la edad gestacional (PEG), hijos de madre diabética o en neonatos con retardo en el crecimiento intrauterino.

- a) Aumento de la utilización de glucosa.
- b) Aumento de la utilización y disminución de la producción de la glucosa u otras causas.

FISIOPATOLOGÍA:

En la etapa fetal, hay un aporte permanente de glucosa a través de la placenta. La glicemia fetal es aproximadamente 60% de la glicemia materna. Al nacer, se produce una brusca suspensión de este aporte de glucosa en el neonato. El recién nacido a término normal, cuenta con los mecanismos para controlar la homeostasis de la glucosa, usando sus reservas de glucógeno y la gluconeogénesis a partir de aminoácidos. Entre la 1ª y 2ª hora de vida, se produce una baja fisiológica de la glicemia a niveles cercanos a 40 mg/dl. Cualquier alteración de estos mecanismos produce hipoglucemia. (3)

CUADRO CLÍNICO:

Clasificación por tiempo de duración:

- ✓ **HIPOGLICEMIAS TRANSITORIAS**

Corresponden a una mala adaptación metabólica que se presenta entre el periodo fetal y neonatal, con falta de movilización y/o aumento del consumo de glucosa.

✓ **HIPOGLUCEMIA PERSISTENTE O RECURRENTE**

Hipoglucemia que dura más de 7 días o que requiere de una Velocidad de Infusión de Glucosa (VIG) mayor de 12 mg/Kg/min por vía endovenosa para mantener glicemia normal.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

✓ **Hipoglicemia Asintomática:**

Sin síntomas (50% de casos)

✓ **Hipoglicemia Sintomática:**

Se acompaña de uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Irritabilidad
- Temblores
- Letargia
- Pobre succión
- Vómitos
- Hipotermia
- Apnea
- Convulsión

DIAGNÓSTICO

✓ **CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO**

- Con glicemia <47 mg/dl (confirma el diagnóstico) por lo menos en dos veces consecutivas.
- Por cuadro clínico
- TRÍADA DE WHIPPLE (43)

Tríada propuesta como definición básica de la hipoglucemia:

- 1) Niveles bajos de glucosa en sangre o confiable
- 2) Manifestaciones clínicas y síntomas de hipoglucemia consistentes y simultáneos a los niveles bajos de glucosa en sangre.
- 3) Resolución de signos clínicos al corregir la hipoglucemia a niveles normales

✓ **EXÁMENES AUXILIARES:**

- Glicemia sérica
- Tiras reactivas de glucosa

III.- DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADOS DE UN CASO RELEVANTE

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 Datos de filiación:

Paciente: CASAVILCA CASTRO RN

Edad: 2 horas

Sexo: Masculino

Servicio: Neonatología INT II

Fecha de nacimiento: 05/03/2020

Fecha de ingreso: 05/03/2020

Dx. de ingreso: Hipoglicemia neonatal

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

No aplica

3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

Hipoglicemia neonatal

3.1.4. ANTECEDENTES

3.1.4.1. ANTECEDENTES MATERNOS:

- Edad materna: 32 AÑOS
- Hábitos nocivos: alcohol, té, café, tabaco, coca: niega
- Embarazos anteriores: 1
- Nacidos vivos: 1
- Abortos: 0
- Diabetes: niega
- TBC: niega
- Hipertensión: niega
- Enfermedades venéreas: niega

- Serología: VDRL (negativo), VIH (negativo)
- N° de controles prenatales: 9 controles
- Complicaciones en el embarazo: niega

3.1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Antecedentes de malformaciones congénitas: niega
- Antecedentes de retardo mental: niega

3.1.4.3. ANTECEDENTES PERINATALES:

- Peso: nacimiento: 2010g
- Edad: gestacional: 36 semanas
- Sexo: masculino
- Apgar: 6-9
- Grupo y factor: O positivo
- Talla: 45 cm
- PC: 34cm
- PT: 33cm
- Tipo de parto: eutócico

3.1.5 EXAMEN FÍSICO

- Piel: tibia, rosada, elástica, llenado capilar < 2"
- Cabeza: fontanela anterior normo tensa, normocefalo
- Ojos: color marrones, cejas y pestañas implantadas.
- Oído: implantación adecuada
- Nariz: fosas nasales permeables
- Boca: paladar integro, ausencia de tumoraciones
- Cuello: cilíndrico, central, ausencia de adenopatías cervicales
- Torax y pulmones: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados, ausencia de tirajes, amplexación conservada
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, ausencia de soplos

- Abdomen: blando/depresible, ruidos hidroaéreos presentes
- Genitales: masculinos, testículos descendidos en bolsa escrotal
- Extremidades: con presencia de movimientos , simétricas, tono conservado
- Columna: ausencia de deformaciones.
- Ano: permeable
- Sistema nervioso: reactivo a estímulos, no signos de focalización, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

- **INDICACIONES MEDICAS:**

- NPO
- Dextrosa 10% 148cc – 6.2 cc/h
- Gluconato de calcio 10% - 2.1 ml EV c/8h (LyD)
- CFV- OSA
- HGT 2h post inicio de EV.

- **EXÁMENES DE LABORATORIO:**

GRUPO SANGUINEO: O positivo
 GLUCOSA CENTRAL 40 mg/dl

3.1.6 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASE

DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud

CLASE 1: Toma de conciencia de la salud, no evaluable.

CLASE 2: Gestión de la salud, no evaluable.

DOMINIO II: Nutrición

CLASE 1: Ingestión: RN con reflejo de succión debil.

CLASE 2: Digestión: no residuos gástricos

CLASE 3: Absorción: no evaluable

CLASE 4: Metabolismo: HGT: 45 a los 30' y 40 mg/dl a las 2 horas

CLASE 5: hidratación: Piel hidratada, no hay signos de pliegue

DOMINIO III: Eliminación

CLASE 1: Función urinaria: RN realiza 8 veces orina en las 24 horas

CLASE 2: Función gastrointestinal: no residuos gástricos

CLASE 3: Función tegumentaria: no lesiones de la piel

CLASE 4: Función respiratoria: ventilando espontáneamente con O2 ambiental

DOMINIO IV: Actividad y reposo

CLASE 1: Reposos/sueño: sueño normal

CLASE 2: Actividad/ejercicio: no evaluable

CLASE 3: Equilibrio/energía: no evaluable

CLASE 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar: FC:138 x' FR: 46x'

CLASE 5: Autocuidado: paciente totalmente dependiente.

DOMINIO V: Percepción – cognición

CLASE 1 Atención: no evaluable

CLASE 2: Orientación: No evaluable

CLASE 3: Sensación - percepción: no evaluable

CLASE 4: Cognición: no evaluable

CLASE 5: Comunicación: no evaluable

DOMINIO VI: Autopercepción

CLASE 1: Autoconcepto: No evaluable

CLASE 2: Autoestima: No evaluable

CLASE 3: Imagen corporal: No evaluable

DOMINIO VII: Rol relaciones

CLASE 1: Rol del cuidador: madre con pezones umbilicados y escaso calostro, no se realiza contacto piel a piel por depresión moderada de recuperación rápida (apgar 7-9), madre preocupada por la salud del RN.

CLASE 2: Relaciones familiares: recibe visita de padres

CLASE 3: Desempeño de rol: no evaluable

DOMINIO VIII: Sexualidad

CLASE 1: Identidad sexual: sexo masculino

CLASE 2: Función sexual: órganos genitales externos presentes, testículos descendidos.

CLASE 3: Reproducción: no evaluable

DOMINIO IX: Afrontamiento y tolerancia del estrés

CLASE 1: Respuesta post traumática: No evaluable

CLASE 2: Respuesta de afrontamiento al estrés: No evaluable

CLASE 3: Estrés neurocompartimental: no evaluable

DOMINIO X: Principios vitales

CLASE 1: Valores: No evaluable

CLASE 2: Creencias: No evaluable

CLASE 3: Congruencias de las acciones con los valores y creencias: no evaluable

DOMINIO XI: Seguridad y protección

CLASE 1: Infección: Afebril

CLASE 2: lesión física: Lesión por venopunción

CLASE 3: Violencia: no evaluable

CLASE 4: Peligros ambientales: ninguno

CLASE 5: Procesos defensivos: no evaluable

CLASE 6: Termorregulación: regula temperatura 36.8 °C - 37.2 °C

DOMINIO XII: Confort

CLASE 1 : Confort físico: cuidados de enfermería

CLASE 2: Confort ambiental: no evaluable

CLASE 3: Confort social: no evaluable

DOMINIO XII: Crecimiento y desarrollo

CLASE 1: Crecimiento: adecuado

CLASE 2: Desarrollo: reflejos presentes

3.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

HGT: 30 min = 45 mg/dl y 2 h = 40 mg/dl

Reflejo de succión débil

Madre con pezones umbilicados y escaso calostro

Madre preocupada por la salud del RN.

3.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- 1.- Riesgo de glucemia inestable
- 2.- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- 3.- Lactancia materna ineficaz
- 4.- Riesgo de deterioro de la vinculación

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Hipoglicemia	Prematuridad	Hgt 40 mg/dl	Riesgo glicemia inestable
Alimentación ineficaz	Prematuridad	Débil succión	Patrón de alimentación ineficaz del lactante
Lactancia materna ineficaz	Incapacidad del lactante de acoplarse correctamente al pecho	Pezones umbilicados	Lactancia materna ineficaz
Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y lactante	Separación de los padres del neonato		Se mejorara el riesgo de deterioro de la vinculación.

3.3 PLANIFICACIÓN

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
00179 Riesgo de glicemia inestable R/C prematuridad	NIVEL DE GLICEMIA 2300 INDICADOR: 230001 Concentración de glucosa	MANEJO DE HIPOGLICEMIA 2130 ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la glicemia si está indicado. - Monitorizar la presencia de signos y síntomas de la hipoglicemia (temblores, irritabilidad, taquicardia, somnolencia). - Mantener una vía I.V. si está indicado. - Administrar dextrosa si está indicado. 	Neonato presentó niveles de glucemia entre los valores normales.
00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad evidenciado con reflejo de succión débil	ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE 1020 INDICADORES: 102006 Hidratación 102022 Administración intravenosa de líquidos 102008 Glucemia	MONITORIZACION NUTRICIONAL 1160 ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. - Peso diario al paciente. - Evaluar la turgencia y movilidad cutánea. - Evaluar la succión. TERAPIA DE DEGLUCIÓN 1860	Paciente mejoró su reflejo de succión y tiene una alimentación eficaz.

<p>00104</p> <p>Lactancia materno ineficaz r/C incapacidad del lactante para acoplarse correctamente al pecho evidenciado por pezones umbilicados de la madre</p>	<p>ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA:</p> <p>LACTANTE 1000</p> <p>INDICADOR:</p> <p>100006</p> <p>Amamanta durante un mínimo de 5 a 10 minutos el pecho</p> <p>CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA 1800</p> <p>INDICADOR:</p> <p>180005</p> <p>Técnica adecuada para amamantar al bebe</p>	<p>ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA MATERNA</p> <p>5244</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna. - Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios. - Describir las formas para facilitar la transferencia de leche(ej: técnicas de relajación, masaje mamario, entorno tranquilo). - Evaluar la capacidad del lactante para mamar. - Explicar a la madre los cuidados del pezón. 	<p>Recién nacido logro acoplarse correctamente al pecho de la madre</p>
<p>000058</p> <p>Riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y lactante r/c separación de los padres al neonato</p>	<p>LAZO AFECTIVOS PADRE- HIJO</p> <p>1500</p> <p>INDICADOR:</p> <p>150005</p> <p>Mantener al lactante cerca de ellos</p> <p>150006</p> <p>Tocan, acarician al lactante</p>	<p>FACILITAR LAS VISITAS</p> <p>7170</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una política de visitas flexibles. - Comentar las normas sobre la permanencia por la noche de la madre. - Comentar las normas de visita a los padres. 	<p>Se disminuyó el riesgo del deterioro de la vinculación entre padres y lnenonato.</p>

3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA, SOAPIE:

<p>S DATOS SUBJETIVOS</p>	<p>Enfermera de turno al reporte informa que neonato pretérmino ventilando espontáneamente en incubadora regulando temperatura activo reactivo</p>
<p>O DATOS OBJETIVOS</p>	<p>Neonato pretérmino que se encuentra en incubadora cerrada regulando temperatura ventilando espontáneamente saturando 92% activo reactivo al estímulo piel tibia y rosada, abdomen blando depresible, con presencia de vía periférica pasando dextrosa 10% - 6.2 cc/h.</p>
<p>A ANALISIS DIAGNOSTICO</p>	<p>RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE R/ PREMATURIDAD</p>
<p>P OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS</p>	<p>Recién nacido mantendrá los niveles de glucosa dentro de los valores normales</p>
<p>I NIC INTERVENCIÓN</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lavado de manos, medidas de bioseguridad ❖ Control de funciones vitales ❖ Examen físico ❖ Observar signos de alarma de la hipoglicemia ❖ Toma de hemoglucotest según indicación medica ❖ Muestra de sangre capilar ❖ Administración de medicación intravenosa por infusión según indicación medica
<p>E NOC EVALUACIÓN RESULTADO ESPERADOS</p>	<p>Paciente hemodinamicamente estable Niveles de glucosa entre los valores normales</p>

IV.- CONCLUSIONES

- a)** Los cuidados de enfermería oportunos el neonato mantuvo una glucemia de 50gr/dl. Evitando así daños y complicaciones posteriores.
- b)** El estímulo a la succión, fue efectiva, ahora el neonato recibe lactancia materna directa con buen reflejo de succión y deglución.
- c)** Las sesiones educativas brindadas a la madre sobre técnica de la lactancia materna por el personal de enfermería el neonato recibe lactancia materna directa sin dificultad.
- d)** El horario flexible de visitas se mejoró el vínculo padres – hijo.

V.- RECOMENDACIONES

- a)** Las enfermeras del servicio de neonatología deben disponer de guías de detección y manejo temprano y adecuado seguimiento de neonatos con factores de riesgo de hipoglucemia.
- b)** Solicitar la intervención de los profesionales de terapia física y rehabilitación para mejorar la succión de los recién nacidos pretérmino.
- c)** Realizar sesiones educativas sobre lactancia materna en las madres desde la psicoprofilaxis y así mejorar el conocimiento en ellas sobre la importancia de la lactancia materna.
- d)** Establecer un horario flexible en el servicio de neonatología para mejorar el vínculo entre padre e hijos.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joshuan Barboza-Mecael 27 Feb 2016 – Hipoglucemia -red latinoamericana de pediatría y neonatología
2. J. R. Fernández Lorenzo, M. Couce Pico, J. M. Fraga Bermúdez, hipoglucemia neonatal, 2008, España, Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Neonatología
3. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica. Lima: 2007. Pg 91.
4. **TRUJILLO CANDO Carla**, 2017 – Ambato – Ecuador, tesis “Hipoglicemia en neonatos de madres diabéticas como complicación precoz al nacimiento y su repercusión en el desarrollo neonatal en el área de neonatología del hospital provincial general Latacunga en el período abril 2015 – abril 2016.”
5. **ROMERO MANZANALES Marisela**, 2019 – Machala, tesis “La hipoglicemia, complicaciones neurológicas en el recién nacido.”
6. **BERTOLOTTO CEPEDA, Ana** (2017)- Bogotá, Colombia, tesis” Factores asociados a hipoglucemia neonatal transitoria en recién nacidos sanos, en el Hospital Universitario San Ignacio”
7. **TECAYEHUATL DELGADO Gabriela**. 2016 – México tesis” Factores de riesgo para hipoglucemia neonatal en mujeres obesa”
8. **FERNÁNDEZ PÉREZ Zonia** et al. 2015 Cienfuegos - Cuba. “Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010-2014.
9. **HERRERA CHANG Josefina**. 2018 – LIMA tesis “Factores maternos asociados a hipoglucemia en recién nacidos en el hospital Vitarte en el periodo enero-julio 2017.”
10. **RODRIGUEZ CHAFALOTE Carlos**. 2018 – Lima, tesis “Factores de riesgo de hipoglucemia en recién nacidos pretermino en el servicio de neonatología del hospital alberto sabogal sologuren periodo 2015 – 2017.”
11. **GALARZA INGAROCA Henry**. 2017 – Huancayo, tesis: “Hipoglicemia neonatal y factores asociados en pacientes del hospital El Carmen 2015.”

- 12. PINEDO RIOS Linn.** 2015 – IQUITOS tesis Características clínicas epidemiológicas de los recién nacidos con diagnóstico de hipoglicemia neonatal en el hospital regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre 2014.
- 13. CHAVEZ QUISPE Grissel.** 2015 – Huancayo, tesis: “Factores asociados a la hipoglucemia neonatal en el hospital regional docente materno infantil El Carmen 2013”

ANEXOS

FIGURA N°01



Leyenda: Neonato de 36ss en el servicio de cuidados intermedios de neonatología con Dx: Hipoglicemia neonatal.

FIGURA N° 02



Leyenda: Lic Leydi Linares Manrique brindando cuidados de enfermería en neonato con hipoglicemia.