



UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



## FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN  
RECIÉN NACIDO CON RETARDO DEL  
CRECIMIENTO INTRAUTERINO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Heydi Marisol, ALVARADO MAS

JURADO:

PRESIDENTA : Lic. Enf. María Esther SAAVEDRA CHINCHAYÁN  
SECRETARIA : Ms .C. Sonia TEJADA MUÑOZ  
VOCAL : Lic. Enf. Sonia C. HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ

2010



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN RECIÉN NACIDO  
CON RETARDO DEL CRECIMIENTO  
INTRAUTERINO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**Bach. Heydi Marisol, ALVARADO MAS**

**JURADO:**

**Presidente :Lic. Enf. María Esther, SAAVEDRA CHINCHAYÁN**

**Secretario(a) :Ms. C. Sonia, TEJADA MUÑOZ**

**Vocal : Lic. Enf. Sonia C, HUYHUA GUTIERREZ**

*Chachapoyas - Amazonas – Perú*

**2010**

## **DEDICATORIA**

A Dios que siempre ilumina y guía mi vida y por brindarme la sabiduría para comprender que el progreso del hombre está en alcanzar sus ideales y dentro de ellos una profesión digna y al servicio de los demás.

A mis padres que con su dedicación, amor, sacrificio y apoyo emocional me impulsan a seguir adelante.

A mi recordada y querida abuelita que desde el cielo me ilumina y me da fuerzas para lograr mis metas trazadas.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional para verme realizada como profesional.

A mis maestros por haberme inculcado conocimientos científicos y humanísticos en mi formación profesional.

Al personal de salud del servicio de Neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima, por su colaboración en la realización del presente informe.

A todos ellos mi sincero agradecimiento y eterna gratitud.

## **AUTORIDADES**

### **COMISIÓN DE GOBIERNO**

Ph. D., Dr.Hab. CASTAÑEDA CHÁVEZ, Vicente Marino.

*Rector*

Ms.C. BARRENA GURBILLÓN, Miguel Ángel.

*Vicerrector Académico(e)*

Ms.C. BARRENA GURBILLÓN, Miguel Ángel.

*Vicerrector Administrativo(e)*

### **RESPONSABLES DE FACULTADES**

Lic.Enf. SAAVEDRA CHINCHAYÁN, Maria Esther.

*Decana (e) de la Facultad de Enfermería*

Blgo. GUEVARA MUÑOZ, Zoila.

*Decana de la Facultad de ingeniería Agroindustrial*

Abog. SAJAMÍ LUNA, Barton.

*Decano de la Facultad de Turismo y Administración*

Mg.BARBARÁN MOZO, Leoncio

*Decano de la Facultad de Educación*

**PÁGINA DEL JURADO DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

El jurado del examen de suficiencia profesional, ha sido designado según Art. 91 del reglamento para el otorgamiento del grado de bachiller y del título de licenciado (R.C.G.Nº22-UNAT-A-CG) el mismo que está formado por:



---

Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

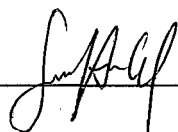
**PRESIDENTA**



---

Ms. C. Sonia, Tejada Muñoz

**SECRETARIA**



---

Lic. Enf. Sonia C. Huyhua Gutiérrez

**VOCAL**

## **PRESENTACIÓN**

El presente informe, editado con la finalidad de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, está basado en la aplicación de las etapas del proceso de atención de enfermería a un recién nacido con retardo de crecimiento uterino. El proceso de enfermería, es un método que se aplica a la práctica de la profesión, con la finalidad de resolver problemas que requieren una serie de capacidades cognitivas, técnicas que están dirigidas a la satisfacción de las necesidades de la persona, familia y comunidad.

Los neonatos necesitan cuidados de enfermería especiales, para ello es necesario desarrollar adecuadamente todas las etapas del proceso de enfermería, lo que permite identificar los problemas, preocupaciones o respuestas fisiológicas de estos; facilitando la elaboración del diagnóstico de enfermería que se adecuan a satisfacer las necesidades del neonato y familia, mediante la planificación y ejecución de estrategias de enfermería.

En el presente informe se presenta un caso clínico de un recién nacido prematuro con retardo del crecimiento intrauterino, de cinco días de hospitalización. Nacido por cesárea por presentar rotura prematura de membrana de 29 horas, en la cual se realizó actividades necesarias para contribuir a la recuperación del recién nacido, evitando así complicaciones. Además conocer los antecedentes de esta patología, el tratamiento adecuado, el manejo y evolución.

***Br. Enf. Heydi M. Alvarado Mas***

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| Dedicatoria                                  | i         |
| Agradecimiento                               | ii        |
| Autoridades universitarias                   | iii       |
| Página de jurado de examen de suficiencia    | iv        |
| Presentación                                 | v         |
| Índice                                       | vi        |
| <br>   |           |
| <b>I. Introducción</b>                       | <b>1</b>  |
| <b>II. Objetivos</b>                         | <b>2</b>  |
| <b>III. Marco teórico</b>                    |           |
| <b>3.1. Definición</b>                       | <b>3</b>  |
| <b>3.2. Incidencia</b>                       | <b>4</b>  |
| <b>3.3. Factores asociados al RCIU</b>       | <b>4</b>  |
| <b>3.4. Tipos de RCIU</b>                    | <b>7</b>  |
| <b>3.5. Fisiopatología del RCIU</b>          | <b>10</b> |
| <b>3.6. Diagnóstico</b>                      | <b>11</b> |
| <b>3.7. Complicaciones del RCIU</b>          | <b>12</b> |
| <b>3.8. Actividad terapéutica y cuidados</b> | <b>14</b> |
| <b>IV. Proceso de atención de enfermería</b> |           |
| <b>4.1. Valoración</b>                       | <b>15</b> |
| <b>4.2. Diagnóstico de Enfermería</b>        | <b>33</b> |
| <b>4.3. Planificación</b>                    | <b>34</b> |



|       |                            |    |
|-------|----------------------------|----|
| 4.4.  | Ejecución                  | 42 |
| 4.5.  | Evaluación                 | 44 |
| V.    | Discusión                  | 45 |
| VI.   | Conclusiones               | 46 |
| VII.  | Recomendaciones            | 47 |
| VIII. | Referencias bibliográficas | 48 |
| IX.   | Anexos                     | 49 |

## I. INTRODUCCIÓN

El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) constituye uno de los problemas más relevantes dentro de la perinatología actual, adquiriendo aún más relevancia en los países subdesarrollados donde se observa con mayor frecuencia.

La etapa del desarrollo intrauterino constituye uno de los períodos más vulnerables de la vida, demostrando que aquellos fetos con limitación del ritmo de crecimiento normal constituyen un subgrupo de elevado riesgo en términos de mortalidad y morbilidad tanto en vida intrauterina (hipoxia y muerte intraútero), en el parto (intolerancia a las contracciones, hipoxia y acidosis, dificultad en la adaptación a la vida extrauterina) con tasa de mortalidad perinatal 8% y riesgo de asfixia intraparto 7%, así como en la infancia (mortalidad infantil, secuelas neurológicas con defectos sensoriales, motores o cognitivos) e incluso en la vida adulta (enfermedad coronaria, diabetes del adulto, HTA). Todo lo anterior colabora a aumentar la mortalidad perinatal que constituye un problema para los programas de salud del país ya que es la forma de reflejar la eficacia del sistema de salud y de valorar el grado de respuesta a las demandas de salud.

En el Perú para la clasificación del recién nacido basada en el peso y la edad gestacional se sigue usando la curva de referencia de la Dra. Lubchenco, esto permitió de acuerdo a los porcentuales de peso clasificar al niño como: Adecuado para la edad gestacional (AEG) entre los porcentuales 10 y 90; Grande para la edad gestacional (GEG) por arriba del percentil 90; Pequeño para edad gestacional (PEG) por debajo del percentil 10.

Este trabajo se ha realizado con el fin de plasmar actividades y ejecutarlas brindando la atención necesaria al recién nacido con RCIU basada en su recuperación y prevención de mayores complicaciones.

## **II. OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- ❖ Ampliar los conocimientos sobre el manejo del recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino en el servicio de neonatología del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.

### **ESPECÍFICO:**

- ❖ Fortalecer la base teórica con respecto a la definición, etiología, factor de riesgo, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento al recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino.
- ❖ Especificar las intervenciones de enfermería en el recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino.

### III. MARCO TEÓRICO

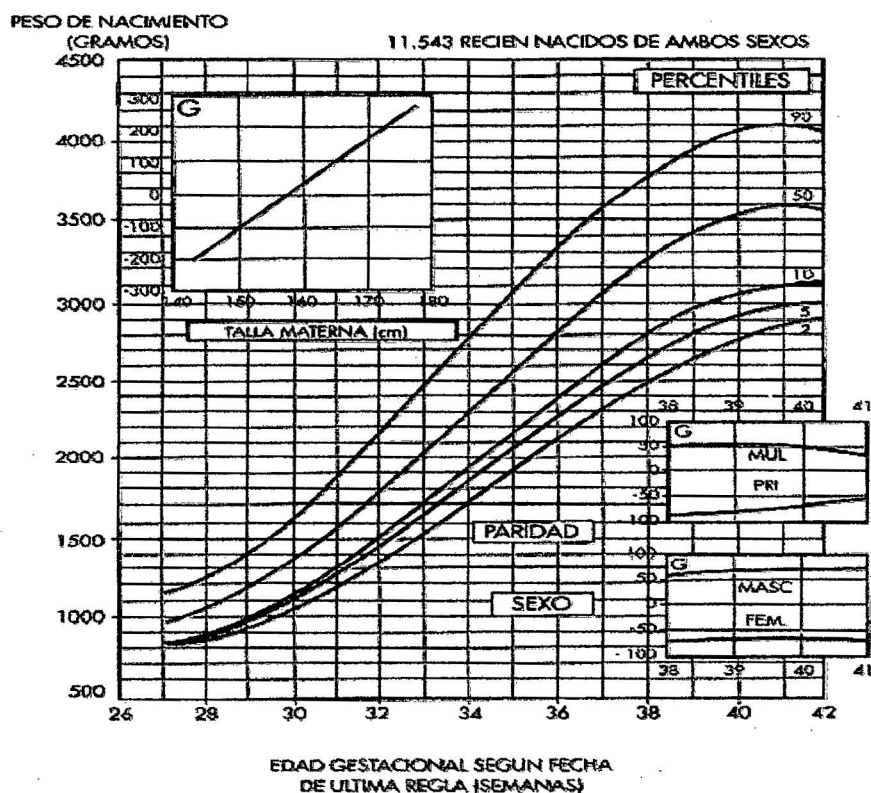
#### RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

##### 3.1. DEFINICIÓN

El recién nacido con RCIU o bajo peso para su edad gestacional (BPEG) es aquel cuyo peso en el momento de nacer es inferior al correspondiente, está por debajo del percentil 10 o dos desviaciones estándar de la media (OMS).

No todos los recién nacidos bajo el p10 tienen RCIU, muchos serían solo constitucionalmente pequeños. El RCIU se refiere a aquel RNPEG que exhibe otros signos de hipoxia o malnutrición crónica (se produjo una falla en alcanzar su potencial de crecimiento y tiene un mayor riesgo de morbilidad perinatal).

#### CURVA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO



### 3.2. INCIDENCIA

Al rededor del 30% de los niños con BPN en Estados Unidos presenta RCIU y nace después de la semana 37. En los países en vías de desarrollo, el 70% de los niños con BPN presentan RCIU.

La morbilidad perinatal se incrementa 3 veces en el RCIU y la mortalidad perinatal aumenta 8 veces en comparación con recién nacidos con peso adecuado.

En el Perú el RCIU tiene alta incidencia que alcanza entre el 1 y el 7% de los recién nacidos, debido a factores como la malnutrición, la hipertensión inducida por el embarazo, la pobreza, el peso bajo pregestacional y las complicaciones maternas.

Según la Oficina de Estadística e Informática de la DIRESA - Amazonas, la tasa de Mortalidad Perinatal en el departamento de Amazonas es de 34 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración. La asfixia, sepsis perinatal y RCIU son las principales causas de muerte debido a las actitudes arraigadas en la población, a la falta de atención con un enfoque intercultural y a la inaccesibilidad de la jurisdicción regional, todo lo cual limita la atención de partos por personal de salud. Otro problema que contribuye a esta situación es la escasez de personal técnico y profesional en zonas periféricas y rurales.

### 3.3. FACTORES ASOCIADOS AL RCIU

#### 3.3.1. Factores maternos:

- **Infecciones (Torch):** Numerosos microorganismos pueden cruzar la placenta y causar una infección en el feto. Si tiene lugar en un momento crítico del desarrollo fetal algunos organismos pueden alterar las células fetales lo suficiente como para originar un RCIU.
  
- **Preeclampsia o hipertensión crónica y diabetes grave:** Estas enfermedades se han asociado con un crecimiento fetal pobre. El factor

común de todas ellas es la patología vascular que reduce la perfusión útero-placentaria.

- **Estatura baja (menor de 150 cm):** Un porcentaje considerable de madres que a su vez pesaron poco en su edad gestacional, presentan partos con recién nacido también de BPEG el espacio físico esta en relación con la capacidad uterina lo que también incide en el crecimiento del feto.
- **Primiparidad – gran multiparidad:** Las gestaciones múltiples pueden acarrear importantes alteraciones placentarias ya sea por una implantación inadecuada o frecuentemente por anastomosis vasculares anormales en los gemelos como resultado de las interconexiones arteriovenosas, un gemelo sirve como dador y desarrolla RCIU mientras que el otro actúa como receptor con un crecimiento satisfactorio.
- **Malnutrición grave:** Desde hace mucho tiempo la malnutrición materna es causa de RCIU, aunque su efecto es moderado.
- **Tabaquismo:** El hábito de fumar durante el embarazo eventualmente reduce el peso del recién nacido en 280gr respecto al de los hijos de madres no fumadoras. El RCIU se debe a trastornos en la circulación útero-placentaria como resultado del efecto vasoconstrictor de la nicotina.
- **Empleo de narcóticos y otras drogas:** Las drogas que conllevan adicción pueden ocasionar RCIU por reducción del apetito materno y por estar asociadas a niveles socioeconómicos bajos. La heroína y la metadona actúan directamente sobre la replicación celular y afectan al crecimiento fetal.
- **Hijo previo:** Peso inferior a 2.5kg.
- **Edad materna:** Inferior a 16 años o superior de 35 años.

- **Ingestión de alcohol durante el embarazo:** Actúa directamente sobre la replicación celular afectando el crecimiento fetal.
- **Ingestión de cafeína:** La cafeína atraviesa la barrera placentaria y el tiempo de eliminación en el organismo es variable. Algunos autores estiman que el consumo de mas de 300mg de cafeína por día se asocia a RCIU.
- **Bajo nivel económico:** Estrés psicosocial.

### **3.3.2. Factores placentarios**

- **Insuficiencia placentaria:** El crecimiento fetal óptimo depende de una función placentaria eficiente para aporte nutritivo y el intercambio gaseoso, a su vez requiere un suplemento de energía adicional para llevar a cabo estas tareas. Cuando se desencadena una insuficiencia placentaria por disminución del peso de la superficie del número de células, presencia de tumefacciones, etc se puede manifestar un fracaso funcional de la placenta como órgano nutritivo, respiratorio o ambos.
- **Trombosis de vasos fetales.**
- **Arteria umbilical única.**

### **3.3.3. Factores fetales**

- **Gemelaridad:** En las gestaciones con un mayor número de fetos la incidencia de RCIU es mayor puesto que varios fetos deben compartir la misma placenta.

- **Cromosomopatías:** Tienen un efecto variable sobre el crecimiento fetal en función del cromosoma afectado y la cantidad de material genético descompensado.
- **Enanismos:** Hormonales o genéticos.

#### 3.3.4. Factores ambientales

- **Residencia en altitud elevada:** Vivir a gran altura se asocia con un menor peso al nacer. A una altitud de 3.000msnm el peso medio al nacer se reduce en 250gr por la menor disponibilidad fetal de oxígeno.
- **Malas condiciones ambientales:** Las malas condiciones ambientales relacionadas con un estado socioeconómico bajo se han asociado con la malnutrición en el periodo prenatal y posnatal.

### 3.4. TIPOS DE RCIU

Se distinguen tres tipos: simétrico, asimétrico y mixto

**3.4.1. RCIU simétrico (tipo I) o intrínseco:** Es un tipo de retraso del crecimiento que comienza en el primer trimestre de la gestación. El resultado es un recién nacido PEG con la circunferencia cefálica y una capacidad reducida a pesar de que el ambiente uterino suele ser normal. Este tipo de RCIU se aprecia en los fetos con cromosomopatías, en los malformados y en los hijos de madres con grandes deficiencias nutricionales.

El RCIU simétrico se caracteriza por lo siguiente:

- Desarrollo y crecimiento celulares hipoplásicos es decir el feto tiene en proporción un número menor de células, pero mantiene el tamaño dentro de los límites de la normalidad.



- El perímetro craneal, la talla y el peso quedan por debajo del percentil 10.
- El tamaño del cerebro se reduce por lo que es posible un retraso mental.
- RN pequeño y proporcionado.

**3.4.2. RCIU asimétrico (tipo II) o extrínseco:** Es una alteración del crecimiento que aparece al final del segundo trimestre de la gestación o comienzos del tercero y que da lugar a un RN con una clara asimetría entre el polo cefálico y el tronco. En los fetos asimétricos el potencial de crecimiento es normal pero a partir de la segunda mitad del embarazo aparecen factores desfavorables casi siempre producidos por un flujo útero-placentario insuficiente lo que condiciona el retraso del crecimiento. Este tipo de RCIU suele darse en los caso de preeclampsia así como en la patologías medicas y quirúrgicas que afectan gravemente al estado general de la madre.

El RCIU asimétrico se caracteriza por lo siguiente:

- El perímetro craneal y la talla están próximos o por encima del percentil 10, sin embargo el peso es inferior al que corresponde por su talla.
- La cabeza es desproporcionada en relación con el cuerpo, tronco largo y extremidades poco desarrolladas, escaso tejido adiposo, poca masa muscular y aspecto de viejo. La piel parece sobrar, es seca, áspera, se descama fácilmente. La vérnix caseosa escasa o falta por completo. El cordón umbilical es muy delgado, el abdomen esta excavado y la formación del tejido mamario se ve reducida.
- Las manos y los pies son demasiado grandes, en relación con el cuerpo, las uñas pueden ser largas. Los pliegues plantares pueden dar falsa apariencia de mayor madurez.
- Los genitales externos femeninos aparecen menos maduros por la ausencia de tejido adiposo perineal que cubra los labios mayores. En los varones el escroto puede encontrarse vacío.
- La apariencia facial sugiere la de “un viejo sabio” especialmente si se compara con la de los neonatos prematuros. El cartílago auricular es mas

pequeño. Las suturas craneales son amplias y presentan encabalgamiento. La fontanela anterior es mayor de lo esperado.

- Si no tiene ninguna patología asociada suelen mostrar buena actividad, succionar bien, buen estado de alerta y el aumento de peso, crecimiento y desarrollo suelen ser los adecuados.
- El potencial de funcionamiento intelectual normal es excelente.

**3.4.3. RCIU mixto:** Es un retraso del crecimiento que tiene peculiaridades de los dos grupos anteriores. la previsión de crecimiento es normal pero se ve alterada por infecciones como rubeola, consumo de tabaco y otras drogas.

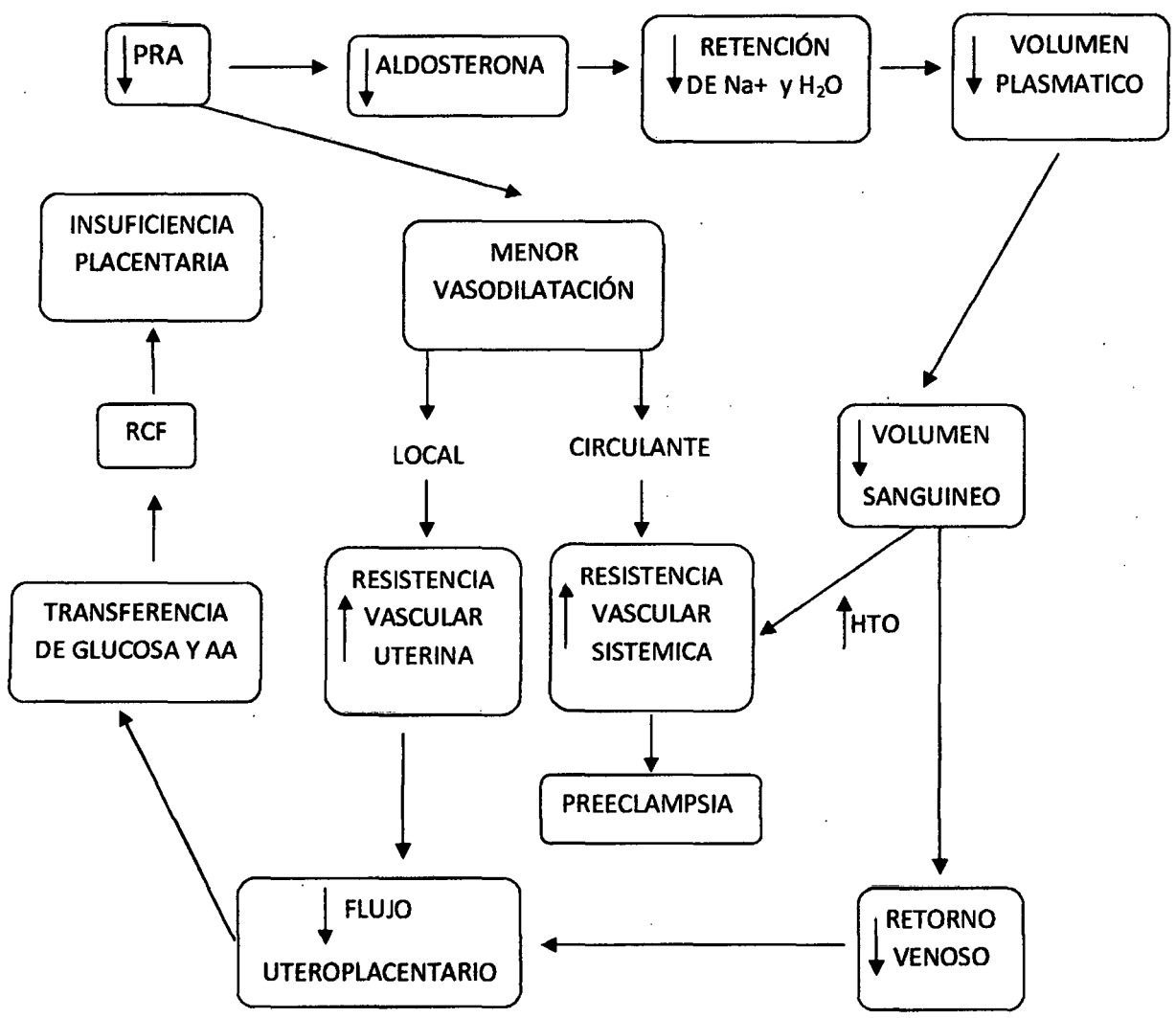
**CUADRO N° 01**

**COMPARACIÓN ENTRE RCIU TIPO I Y II**

|                                  | <b>TIPO I: SIMÉTRICO</b>                               | <b>TIPO II: ASIMÉTRICO</b>                               |
|----------------------------------|--|--|
| <b>CAUSAS</b>                    | Intrínseco (Genético)                                  | Extrínseco Insuficiencia placentaria (patología materna) |
| <b>FRECUENCIA</b>                | 20%  | 80%  |
| <b>COMIENZO</b>                  | Temprano (<28 sem.)                                    | Tercer trimestre (>28 sem.)                              |
| <b>ORGANOS AFECTADOS</b>         | Microcefalia, disminución cerebro, disminución hígado. | Peso > Longitud. Cerebro e hígado disminuido.            |
| <b>CARACTERÍSTICAS CELULARES</b> | Reducción en número (hipoplasia)<br><br>Tamaño normal  | Reducción en tamaño (hipotrofia)<br><br>Número normal    |
| <b>CRECIMIENTO PLACENTARIO</b>   | Tamaño normal  | Tamaño disminuido  |
| <b>ANOMALIAS</b>                 | Frecuentes, múltiples                                  | Infrecuentes   |

|                        |         |        |
|------------------------|---------|--------|
| FETALES                |         |        |
| DIAMETRO BIPARIETAL    | Pequeño | Normal |
| CRECIMIENTO POST NATAL | Pobre   | Bueno  |

### 3.5. FISIOPATOLOGÍA DEL RCIU



## **3.6. DIAGNÓSTICO**

### **3.6.1. Anamnesis:** Obtener información acerca de:

- Embarazo adolescente
- Madre soltera.
- Nivel socio-económico-cultural bajo.
- Consumo de alcohol, tabaco, heroína, etc.
- Enfermedades crónicas: HTA, diabetes, enfermedad renal.
- RCIU en embarazo anterior.
- Hijos previos de peso de nacimiento < 2.500g.
- Antecedente de mortalidad perinatal.
- Malformación uterina.
- Peso materno menor de 50kg.
- Talla materna inferior a 150 cm.

**3.6.2. Control prenatal:** Al igual que todas las embarazadas, las madres en alto riesgo de RCIU deben iniciar su control prenatal precozmente, es decir antes de las 12 semanas de gestación. En el control prenatal se deben evaluar el incremento de peso materno, la altura uterina y la estimación clínica del peso fetal.

El monitoreo del peso materno es exigido sobretodo en aquellas madres cuyo peso previo al embarazo fue menor a 50kg, ya que estas poseen el doble de riesgo de gestar un niño con RCIU.

La medición de la altura uterina puede orientar hacia una alteración del crecimiento fetal, las distintas curvas de alturas uterinas poseen poca variación entre ellas, por lo que puede utilizarse cualquiera.

**3.6.3. Ultrasonografía:** Nos permite diagnosticar si el crecimiento es normal o insuficiente. Los elementos más utilizados son: el diámetro biparietal, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Si la medición de estos

segmentos fetales se encuentra bajo el percentil 10 para la edad gestacional, constituye una fuerte presunción de RCIU.

### **3.7. COMPLICACIONES DEL RCIU**

A corto plazo, las complicaciones mas frecuentes del periodo perinatal son las siguientes:

**3.7.1. Asfixia perinatal:** Es una de las complicaciones mas graves, por lo común los recién nacidos con RCIU han estado expuesto a hipoxia crónica antes del nacimiento. El parto es un factor estresante para el feto normal pero lo es todavía mas para el feto con RCIU ya que la insuficiencia útero-placentaria se puede ver agravada por las contracciones uterinas durante el parto lo que disminuye aun mas la perfusión placentaria y el intercambio gaseoso, que llega a producir la muerte fetal o la asfixia neonatal. Una terapia apropiada y la reanimación son esenciales con estos niños deprimidos.

#### **3.7.2. Problemas respiratorios:**

- **Aspiración de líquido amniótico meconial:** El 5-10% de los niños presentan meconio en el líquido amniótico lo que puede comprometer la función respiratoria y la oxigenación. La reanimación en sala de partos pasa a ser esencial en estos casos.

**3.7.3. Hipotermia:** Ante el escaso depósito de tejido adiposo y grasa parda y la gran superficie corporal en relación con el peso se pierde mucho calor. Por ello se debe colocar a estos niños bajo un foco de calor nada mas nace.

**3.7.4. Hipoglucemia:** Su incidencia de los recién nacidos con RCIU y PEG es del 67%. Tiene lugar por la reducción de los depósitos hepáticos de glucógeno, la disminución de los ácidos grasos libres en las primeras horas de vida y por las alteraciones metabólicas derivadas de los cuadros de hipoxia y asfixia. Estos

niños deben tener controles frecuentes de glucemia y su alimentación debe iniciarse lo antes posible.

**3.7.5. Policitemia:** Su incidencia es del 15 al 25%, se considera que existe policitemia cuando el hematocrito es igual o superior al 65% de sangre capilar o venosa, da lugar a un aumento de la viscosidad lo que incrementa la resistencia vascular pulmonar y sistémica y disminuye la velocidad del flujo sanguíneo y de la perfusión de los tejidos por lo que puede darse una isquemia tisular hipoxia o hipoglucemia, también disminuye el flujo renal como consecuencia de la diuresis llegando a la aparición de anuria.

**3.7.6. Enterocolitis necrotizante:** Debido a la asfixia tiene lugar una isquemia intestinal por ello es necesaria una extrema vigilancia en la tolerancia de su alimentación.

A largo plazo, los efectos sobre el desarrollo están en función de las causas concretas del RCIU. Estos niños tienen un mayor riesgo de muerte súbita. Aproximadamente al 80 – 85% de los RN con RCIU se les acelera el crecimiento durante los dos primeros años de vida, lo que les permite recuperar el retraso prenatal, pero no así al 15 - 20% restante. Los recién nacidos con RCIU tipo simétrico son los que tienen una menor velocidad de crecimiento, por lo que es probable que su talla quede por debajo del potencial genético de crecimiento.

Entre un 20 – 25% de los niños sufren trastornos del aprendizaje, el coeficiente intelectual a los 5 años de edad de los niños con RCIU es una media de 3.3 puntos más bajo que los niños a término adecuados a la edad gestacional. Varios estudios epidemiológicos demuestran que los niños que han sufrido un RCIU en especial los que nacieron con una placenta relativamente grande podrían tener un mayor riesgo de desarrollar hipertensión en la edad adulta y enfermedades cardiovasculares.

### **3.8. ACTIVIDAD TERAPÉUTICA Y CUIDADOS**

Una vigilancia cuidadosa durante el crecimiento fetal, mediante la ecografía y los controles prenatales en la búsqueda del mejor momento para el parto aumenta la posibilidad de un recién nacido sano.

Los cuidados inmediatos que deben recibir los recién nacidos con RCIU son:

- ✓ Limpiar las vías aéreas, aspirar si es necesario, administrar aerosoles para licuar las secreciones y efectuar fisioterapia respiratoria que facilite su drenaje.
- ✓ Favorecer el intercambio gaseoso eficaz administrando oxígeno.
- ✓ Valorar el historial prenatal en busca de una posible infección.
- ✓ Prevención de la distensión gástrica: aspirar el aire antes de la alimentación oral o por SOG.
- ✓ Reconocer la tolerancia y anotar si se encuentran restos gástricos ante la posibilidad de una enterocolitis necrotizante.
- ✓ Interrumpir la alimentación oral si existe dificultad respiratoria.
- ✓ Evaluación de de hipo e hiperglucemia al nacer hasta su estabilización.
- ✓ Determinar el hematocrito central al nacer para evaluar la hiperviscosidad de la sangre.
- ✓ Prevención de la hipotermia y del estrés por frío colocando al recién nacido en un entorno térmico adecuado.

## **IV. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **4.1. VALORACIÓN**

#### **4.1.1. Datos de identificación**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Nombre</b>               | : E.CH.R  |
| <b>Edad</b>                 | : 6 días.   |
| <b>Sexo</b>                 | : Masculino.  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b>  | : 27/11/10  |
| <b>Peso</b>                 | : 1890 gr.  |
| <b>Talla</b>                | : 46 cm.  |
| <b>Perímetro Cefálico</b>   | : 31 cm.  |
| <b>Perímetro torácico</b>   | : 28 cm.  |
| <b>Fecha de Ingreso</b>     | : 28/11/10  |
| <b>Servicio</b>             | : Neonatología  |
| <b>Incubadora</b>           | : 303 G   |
| <b>Nombre de la Madre</b>   | : C.R.M   |
| <b>Edad</b>                 | : 24 años.  |
| <b>Grado de Instrucción</b> | : Secundaria incompleta (4º año).   |
| <b>Procedencia</b>          | : Bagua Grande  |
| <b>Diagnóstico médico</b>   | : Recién nacido pretermino, bajo peso, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, D/C enfermedad de la membrana hialina. |

#### **4.1.2. VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

##### **4.1.2.1. Patrón de percepción y control de la salud**

Recién nacido de 33 semanas de gestación, nacido por cesárea, referido desde la ciudad de Bagua, se encuentra recibiendo



antibioticoterapia, con vía parenteral perfundiendo dextrosa al 7% + electrolitos, presenta movimientos activos, en evolución favorable.

#### **4.1.2.2. Patrón nutricional y metabólico**

- Medidas antropométricas :  
Peso: 1890 gr.  
Talla: 46 cm.  
Perímetro Cefálico: 31 cm.  
Perímetro Torácico: 28 cm.
- Recién nacido con débil reflejo de succión y deglución, en NPO + SOG por presentar residuo gástrico de contenido hemático en dos oportunidades.
- Abdomen no distendido, blando depresible.

#### **4.1.2.3. Patrón de actividad y ejercicio**

Al valorar al recién nacido mediante el test de silverman se evidenció dificultad respiratoria leve, presenta leve tiraje intercostal y leve retracción xifoidea, se encuentra con O<sub>2</sub> a flujo libre a ½ litro por minuto, se muestra alerta, activo, responde a estímulos externos.

#### **4.1.2.4. Patrón de autopercepción y autoconcepto: (Madre)**

La madre desea que su niño mejore lo más pronto posible para ir de regreso a casa ya que son de Bagua Grande y no cuenta con la economía suficiente para seguir en el hospital.

#### 4.1.3. EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO

| Parámetro   | Normal   | Lo que presenta                    | Análisis   |
|---|--|------------------------------------|--|
| <b>a. Signos Vitales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardiaca.</li> <li>• Frecuencia respiratoria.</li> <li>• Temperatura.</li> </ul>             | 120 - 140 x'<br>40 - 60 x'<br>36.5 - 36.8 ° C.                     | 128 x'<br>61 x'<br>36.8 ° C.       | La frecuencia respiratoria se encuentra alterada debido a la inmadurez del paquete neuromuscular, presentando leve dificultad respiratoria.  |
| <b>b. Medidas Antropométricas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> <li>• Perímetro Cefálico.</li> <li>• Perímetro Torácico.</li> </ul> | 2500 - 4000 gr.<br>48 - 55 cm.<br>33 - 35 cm.<br>1-2cm < que la PC | 1890gr.<br>46cm.<br>31cm.<br>28cm. | Las alteraciones de estos parámetros son a causa de la prematuridad del recién nacido y la disminución del peso en relación al peso de nacimiento es debido a que el neonato no tolera totalmente la leche materna y sus reflejos de succión y deglución estas débiles.              |
| <b>c. Estado de la Piel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Color</li> </ul>   | Al nacer roja y al tercer día rosada.                              | Ligeramente pálida                 | La palidez puede indicar una ictericia porque el neonato se encuentra cursando un cuadro de sepsis, ocasionando hemólisis y haya mayor producción de bilirrubina el cual a la vez no puede ser excretado, invadiendo el torrente sanguíneo logrando dar un color amarillo a la piel. |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Textura.</li> <li>• Integridad</li> <li>• Lanugo</li> <li>• Temperatura</li> </ul>  | <p>Lisa, suave, firme muy delgada.</p> <p>Sin traumatismo o lesión.</p> <p>Vello fino en hombros parte superior de la espalda y frente.</p> <p>Piel tibia</p>   | <p>Suave, lisa, muy delgada.</p> <p>No presenta lesiones.</p> <p>Presencia de lanugo en hombros, frente y espalda</p> <p>Piel tibia</p>   | <p>Adecuado.</p> <p>Adecuado.</p> <p>El lanugo es excesivo en la prematurez.</p> <p>Normal</p>                           |
| <p><b>d. La Cabeza.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma.</li> <li>• Integridad.</li> <li>• Fontanela anterior</li> <li>• Fontanela posterior</li> </ul> | <p>Cambia la forma en el canal del parto o canal vaginal, en caso de cesárea se mantiene intacta (redonda).</p> <p>No presenta laceraciones.</p> <p>En forma de rombo. Esta entre los huesos frontal y parietales, se cierra a los 18 meses de edad.</p> <p>En forma triangular esta entre los huesos occipitales y parietales, se cierra a los 2</p> | <p>Redonda</p> <p>No presenta ninguna lesión.</p> <p>Palpable en forma de rombo, blanda.</p> <p>Palpable en forma triangular, blanda.</p> | <p>Neonato nació por cesárea.</p> <p>Normal</p> <p>Las fontanelas presentan un desarrollo adecuado, sin alteraciones</p> |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suturas</li> <br/> <li>• Distribución del cabello.</li> <br/> <li>• Proporción con respecto al cuerpo</li> </ul>                                 | <p>mese de edad.</p> <p>Por lo general son blandas, cabalgadas los primeros días.</p> <p>Es dependiente de la genética de los padres, por lo general es suave y dócil.</p> <p>La cabeza es una cuarta parte del tamaño del cuerpo.</p> | <p>A la palpación suturas cabalgadas.</p> <p>Cabello suave y dócil.</p> <p>Proporcional al cuerpo.</p>  | <p>Normal.</p> <p>Adecuado, de acuerdo al estado genético de los padres.</p> <p>Normal.</p>   |
| <p><b>e. Ojos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición.</li> <br/> <li>• Color.</li> <br/> <li>• Forma.</li> <br/> <li>• Simetría.</li> <br/> <li>• Párpados</li> </ul> | <p>Situados en planos paralelos.</p> <p>Azul o azul grisáceos el color se establece al tercer mes de edad.</p> <p>Redondos.</p> <p>Generalmente simétricos.</p> <p>Sin lesiones, parpadea con luz</p>                                  | <p>Correcta posición de los ojos.</p> <p>De color azul grisáceo.</p> <p>Redondos</p> <p>Simétricos</p> <p>Íntegro, parpadea sin dificultad.</p> | <p>Normal</p> <p>Normal</p> <p>Normal, depende de la genética de los progenitores.</p> <p>Ojos simétricos el uno con el otro.</p> <p>Normal</p> |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjuntivas.</li> <li>• Escleras.</li> </ul>   | <p>intensa.</p> <p>Puede variar entre rosa claro y rojo.</p> <p>Integras, sin presencia de laceraciones, pápulas u otro traumatismo.</p>                                    | <p>Rosa claro.</p> <p>Integras sin lesión.</p>   | <p>Sin alteración.</p> <p>Normal.</p>  |
| <p><b>f. Pabellón Auricular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma</li> <li>• Implantación</li> <li>• Integridad.</li> <li>• Permeabilidad.</li> </ul> | <p>Incurvada y pequeña.</p> <p>La línea de implantación normal va del canto externo del ojo hasta el borde superior de la oreja.</p> <p>Sin lesiones.</p> <p>Permeable.</p> | <p>Pabellón auricular pequeño incurvado.</p> <p>Implantación normal.</p> <p>Sin lesiones.</p> <p>Permeables.</p> | <p>Normal para su edad gestacional.</p> <p>Sin alteraciones.</p> <p>Sin alteraciones o anomalías, pabellón auricular normal.</p> <p>Normal</p> |
| <p><b>g. Nariz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma.</li> <li>• Integridad.</li> </ul>   | <p>Piramidal, dependiendo de la genética de los padres.</p> <p>Integro, ausencia de lesiones.</p>   | <p>Poco prominente, no presenta deformaciones.</p> <p>No presenta lesiones.</p>                                  | <p>Normales de acuerdo a la herencia de sus padres, poco prominente.</p> <p>Sin alteración.</p>  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción.</li> </ul>     | No secreciones.                                 | No secreciones.                                    | Sin alteración.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permeabilidad.</li> </ul> | Las narinas están permeables.                   | Sin obstrucción, permeables.                       | Sin alteración.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleteo nasal.</li> </ul>  | Ausente.  | No aleteo nasal.                                   | Sin alteración.   |
| <b>h. Boca:</b>  |   |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simetría.</li> </ul>      | Simétrico entre el maxilar superior e inferior. | Simétrico con línea vertical del cráneo.           | Normal  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño.</li> </ul>        | Pequeño.  | Pequeño  | Normal  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Color</li> </ul>          | Sonrosado.                                      | Sonrosado  | Normal  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad.</li> </ul>    | Sin laceraciones.                               | Sin laceraciones                                   | Normal  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paladar.</li> </ul>       | Sin lesiones y deformaciones                    | Se observa presencia de quiste en paladar inferior | La aparición del quiste puede ser debido a alteraciones sistémicas que pueden asociarse a otros síndromes y enfermedades. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lengua.</li> </ul>        | Rosada, sin lesiones, movible.                  | Rosada, íntegra y movible húmeda.                  | Normal.   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p><b>i. Cuello:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma.</li> <li>• Simetría.</li> <li>• Movimiento.</li> <li>• Clavículas.</li> </ul> | <p>El cuello es corto y presenta pliegues.</p> <p>Simétrico</p> <p>Por lo general presencia de reflejos: tónico, enderezamiento.</p> <p>Rectas e integra.</p> | <p>Corto y pequeño con presencia de pliegues.</p> <p>Simétrico.</p> <p>Movimientos de acuerdo a su edad.</p> <p>Rectas y sin lesiones.</p> | <p>Cuello sin alteraciones de acuerdo a la edad gestacional.</p> <p>Normal.</p> <p>Normal.</p> <p>Normal.</p>  |
| <p><b>j. Tórax:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma</li> <li>• Simetría</li> <li>• Tirajes</li> </ul>                               | <p>Por lo general el torax es circular o en forma de barril.</p> <p>Simétrico</p> <p>Ausencia de tirajes marcados, tiraje leve en recién nacido.</p>          | <p>Forma circular</p> <p>Simétrico.</p> <p>Presencia de tiraje intercostal, retracción xifoidea leve.</p>                                  | <p>Normal</p> <p>Normal</p> <p>El tiraje subcostal se produce en cualquier grupo muscular del tórax pueden ser intercostales, sub xifoideos, supraclaviculares que indican una ventilación inadecuada obligando el uso de musculatura accesoria. Son comunes a las enfermedades que reducen la ventilación alveolar.</p> |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad</li> </ul>  | Sin lesiones  | Sin lesiones  | Normal   |
| <b>k. Corazón:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruidos agregados. sobre</li> <li>• Rítmicos.</li> </ul>               | No ruidos agregados.<br>Rítmicos.   | No ruidos agregados.<br>Rítmicos.   | Normal<br>Normal                                   |
| <b>l. Abdomen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma.</li> <li>• Integridad.</li> <li>• Cordón umbilical.</li> </ul> | Cilíndrico.<br>Sin lesión.<br>Ombligo en proceso de cicatrización, no hay presencia de sangrado.  | Cilíndrico, sin distensión, blando depresible.<br>Sin lesiones.<br>Ombligo en proceso de cicatrización no sangrado, no secreciones. | Sin alteraciones.<br>Normal.<br>Sin alteraciones.  |
| <b>m. Genitales masculinos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escroto</li> <li>• Testículos</li> </ul>                 | Suele ser muy grande, presentan arrugas y que lo cubre por completo<br>Descenso hacia el escroto. | Sin alteraciones<br>Descendidos   | Genitales adecuados a la edad.<br>Sin alteraciones |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>n. Ano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piel</li> <li>• Integridad</li> </ul>                              | <p>Permeable</p> <p>Sin lesiones.</p>  | <p>Permeable</p> <p>Sin lesiones</p>   | <p>Normal.</p> <p>Normal</p>                           |
| <p><b>o. Músculo Esquelético:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremidades</li> <li>• Numero de dedos</li> </ul> | <p>Los brazos y las piernas deberán ser relativamente simétricos tanto en anatomía como en funciones.</p> <p>Debe tener todos los dedos de manos y pies.</p> | <p>Existe simetría, de los brazos y las piernas, Tono muscular en ambos lados, no presentan luxaciones ni laceraciones.</p> <p>Dedos de manos y pies completos</p> | <p>Normal</p> <p>Sin alteraciones.</p>                 |
| <p><b>p. Reflejos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moro.</li> </ul>  | <p>Provocado por un movimiento brusco, un movimiento súbito o ruido fuerte la reacción del recién nacido es la extensión y abduccion de las</p>              | <p>Reacciona con susto, un sobresalto ante un ruido o al manipularlo.</p>  | <p>Neonato con adecuado desarrollo neuro muscular.</p> |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Succión.</li> </ul> | <p>extremidades con abertura de los dedos en forma de abanico, seguida de flexión de los brazos.</p> <p>Se provoca colocando el pezón o el dedo enguantado en la boca del lactante, también se estimula la succión tocando los labios.</p> | <p>Reflejo presente pero muy débil.</p> | <p>Reflejo de succión alterado lo que interfiere negativamente en el estado nutricional del neonato.</p> |
|---|--|---|--|

#### **4.1.4. ANTECEDENTES PRENATALES**

|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Embarazo Controlado</b>           | : 2 veces                            |
| <b>Complicaciones en el embarazo</b> | : ITU en el III trimestre, RPM 29hrs |
| <b>Duración del embarazo</b>         | : 33 semanas                         |
| <b>Tipo de Parto</b>                 | : cesárea de emergencia              |
| <b>Atendido por</b>                  | : personal médico                    |
| <b>Peso al Nacer</b>                 | : 2190 gr.                           |
| <b>Talla</b>                         | : 46 cm.                             |

#### **4.1.5. INICIO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Tiempo de enfermedad</b> | : Desde el nacimiento  |
| <b>Síntoma principal</b>    | : RN con peso de 2190gr y una talla de 46cm, producto de cesárea, presentando RPM de 29 horas, nacida con cianosis distal y quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, Silverman (5 puntos), con T°=35.6°C, fontanelas normo tensas, con débil reflejo de succión y deglución. |

#### 4.1.6. EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

| FECHA      | EXAMENES          | VALORES NORMALES     | ENCONTRADO | ANÁLISIS  |
|------------|-------------------|----------------------|------------|---|
| 28/11/10   | - Leucocitos      | 9,000-<br>30,000pmm3 | 21,200pmm3 | Normal.   |
|            | - Hematocrito     | 44-72%               | 60%        | Normal.   |
|            | - Hemoglobina     | 14.5-22.5            | 20.2grs%   | Normal.   |
|            | - Neutrófilos:    | grs%                 | 83%        | Un aumento indica infección bacteria aguda.                               |
|            | Segmentados       | 40 - 60 %            | 83%        | Aumento indica una infección bacteriana.                                  |
|            | - Linfocitos      | 25 - 33%             | 17%        | Su disminución puede indicar infecciones virales.                         |
|            | - Eosinófilos     | 1 - 3%               | 00%        | Valores bajos indican una infección bacteriana.                           |
|            | - Monocitos       | 3 -7%                | 00%        | La disminución puede indicar un signo de gravedad en infecciones severas. |
| - Glicemia | 70 - 110<br>mg/dl | 88mg/dl              | Normal.    |   |

| FECHA       | EXAMENES       | VALORES NORMALES | ENCONTRADO | ANÁLISIS  |
|-------------|----------------|------------------|------------|---|
| 03/12/10    | - Leucocitos   | 9,000-30,000pmm3 | 6.750pmm3  | Una disminución de los leucocitos indica una infección local o general por bacterias.                                       |
|             | - Hematocrito  | 44-72%           | 58%        | Normal  |
|             | - Hemoglobina  | 14.5-22.5 grs%   | 19.7grs%   | Normal  |
|             | - Neutrófilos: | 40 - 60 %        | 36%        | La disminución puede ser a causa de infecciones severas, enfermedades inmunes, aplasias o invasión por células neoplásicas. |
|             | Segmentados    | 54 - 65%         | 36%        |   |
|             | - Linfocitos   | 25 - 33%         | 58%        | El aumento puede indicar infecciones virales respiratorias.   |
|             | - Eosinófilos  | 1 - 3%           | 4%         | Puede indicar enfermedades alérgicas.   |
| - Monocitos | 3 -7%          | 5%               | Normal.    |   |

#### 4.1.7. TRATAMIENTO E INDICACIONES

##### 4.1.7.1. Tratamiento farmacológico:

| MEDICAMENTOS | DOSIS   | VÍA | FRECUENCIA   |
|--------------|---------|-----|--------------|
| Ceftriaxona  | 110 mg. | E.V | C/ 12 horas  |
| Ampicilina   | 110 mg. | E.V | C/ 12 horas. |

##### 4.1.7.2. Tratamiento de sostén:

| ACTIVIDADES                    | CANTIDAD | VIA         | FRECUENCIA |
|--------------------------------|----------|-------------|------------|
| Dextrosa 7%                    | 100 ml   | E.V         | 7ug x min. |
| CLNa 20%                       | 1.2ml    | E.V         |            |
| CLK 20%                        | 0.6ml    | E.V         |            |
| NPO + SOG a gravedad           | -----    | -----       | -----      |
| O2 suplementario si SATO2 <88% | ½ litro. | Inhalatoria | Permanente |
| Control de peso                | -----    | -----       | C/24 hrs   |
| CFV + OSA                      | -----    | -----       | C/2 hrs    |
| BHE                            | -----    | -----       | C/6 hrs    |

#### 4.1.8. ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS

##### ➤ CEFTRIAXONA

**Mecanismo de Acción:** Es un bactericida que inhibe la división y el crecimiento celular, produciendo lisis y elongación de las bacterias sensibles.

**Indicaciones:** Infecciones causadas por bacterias sensibles a este medicamento. Generalmente se utiliza para tratar infecciones severas (no leves). Infecciones de la sangre o de tejidos (sepsis), meningitis, infecciones de la zona del abdomen (peritonitis que es una infección de la membrana que rodea el abdomen, infecciones del estómago, intestino, de la zona del hígado). Infecciones de los huesos y las articulaciones. Infecciones en la piel, tejidos blandos y de heridas. Infecciones en pacientes inmunodependientes (con bajas defensas en sangre). Infecciones en el riñón y vías urinarias. Infecciones respiratorias (en la garganta, nariz y oídos y neumonía). Infecciones en los genitales (incluyendo gonorrea).

**Dosis y vía de Administración:**

- ✓ 20 - 80 mg / Kg / día c/ 12 – 24 horas IM. EV.
- ✓ Meningitis: 100 mg / Kg / día c/ 12 horas.

##### ➤ AMPICILINA

**Mecanismo de Acción:** Inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana, la acción depende de la habilidad de la ampicilina para alcanzar y ligarse a la proteínas ligadoras de penicilinas (PBPs) localizadas en las membranas interiores de la pared celular bacteriana. La ampicilina se liga e inactiva a estas proteínas ocasionando el debilitamiento de la pared celular bacteriana y lisis.

**Indicaciones:** Tratamiento de bronquitis, profilaxis de endocarditis bacteriana, meningitis bacteriana, OMA, faringitis bacteriana, neumonía bacteriana, septicemia bacteriana.

**Dosis y vía de Administración:**

R.N <7 días: 100mg/kg/día c/12hrs

R.N >7 días: 100 - 200 mg/kg/día c/8hrs

➤ **DEXTROSA AL 5 % ó 10%**

**Propiedades farmacológicas:** Disminuye el catabolismo proteico produciendo un ahorro de proteínas de manera que el balance nitrogenado se mantiene en menos cantidad. Su paso a través de las membranas celulares depende del gradiente de concentración y de la difusión facilitada por un transportador. La glucosa experimenta una biotransformación por oxidación (glucólisis) o, se almacena en forma de Glucogeno, principalmente en el hígado y músculo estriado.

**Indicaciones:** Corrección de déficit de volumen extracelular sin déficit electrolítico significativo (fiebre, hipertiroidismo, hipercalcemia). Solución hipertónica en la hipoglucemia, diluyente de medicamentos para administración Parenteral.

**Reacciones Adversas:** Hiperglucemia, glucosuria, trastornos metabólicos, edema por administración prolongada.

➤ **CLNA 20 %**

**Propiedades farmacológicas:** Mantiene la presión osmótica y las concentraciones de líquidos extracelular, el líquido ácido básico y el balance hídrico; contribuyen a la conducción nerviosa y la función neuromuscular, además juega un papel importante en la secreción glandular.



**Indicaciones:** Deshidratación Hipotónica con hiponatremia renal, alcalosis hipocloremia, para solubilizar y aplicar medicamentos por venoclisis.

**Reacciones Adversas:** Si se administra encima de los requerimientos presenta edema, hiperosmolaridad extracelular y acidosis hiperclorémica.

**Presentación:**

Cloruro de sodio: Ampolla de 20 ml = 68 mEq y de 1 ml = 3.4 mEq.

➤ **CLK 20 %**

**Propiedades farmacológicas:** Cumple una función importante en génesis y corrección de los trastornos del metabolismo ácido básico.

**Indicaciones:** Hipocalemia, con o sin alcalosis metabólica, trastornos de arritmias por intoxicación por digitalicos.

**Reacciones Adversas:** Náuseas, vómitos, diarreas, malestar abdominal, dosis altas hipercalcemia y debilidad de las extremidades, confusión mental, hipotensión, arritmias cardíacas, bloqueo o paro cardíaco, alteraciones electrocardiográficas.

**Presentación:**

Kalium: Ampolla de 10 ml = 27 mEq y de 1 ml = 2.7 mEq.

## **4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 4.2.1.** Alteración del intercambio gaseoso r/c inmadurez del paquete neuromuscular, desequilibrio ventilación perfusión m/p frecuencia respiratoria mayor de 60, leve tiraje subcostal y retracción xifoidea.
  
- 4.2.2.** Alteración del patrón nutricional - metabólico: en déficit r/c ingesta inferior a las necesidades corporales, antecedentes maternos de embarazo gemelar, inmadurez del sistema neuromuscular digestivo m/p peso= 1890, débil reflejo de succión y deglución, piel y mucosas ligeramente pálidas.
  
- 4.2.3.** Madre con alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad r/c proceso de enfermedad del recién nacido m/p expresión verbal “soy de Bagua y no tengo familia acá, ya estoy 6 días en el hospital y ya no tengo dinero”.
  
- 4.2.4.** Riesgo a alteración de la temperatura corporal: hipotermia r/c inmadurez del centro termorregulador, escasa grasa parda, aumento de la superficie corporal y disminución de la masa muscular.
  
- 4.2.5.** Riesgo a infecciones sobreagregadas r/c procedimientos invasivos.

### 4.3. PLANIFICACIÓN

**4.3.1. Diagnóstico de Enfermería:** Alteración del intercambio gaseoso r/c inmadurez del paquete neuromuscular, desequilibrio ventilación perfusión m/p frecuencia respiratoria mayor de 60, leve tiraje subcostal y retracción xifoidea.

**Objetivo:** Restablecer el patrón respiratorio

**Criterio de resultado:** Recién nacido presentará frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales, no se evidenciara presencia de tiraje intercostal y retracción xifoidea.

| ACCIONES DE ENFERMERÍA  | FUNDAMENTO CIENTÍFICO  |
|---|--|
| a. Control estricto de la frecuencia respiratoria, así mismo valorar las características respiratorias como tiraje subcostal. | a. La frecuencia respiratoria es una variable fisiológica que indica el proceso de intercambio molecular de O <sub>2</sub> y CO <sub>2</sub> en el sistema pulmonar. El tiraje subcostal se produce en cualquier grupo muscular del tórax pueden ser intercostales, sub xifoideos, supraclaviculares que indican una ventilación inadecuada obligando el uso de musculatura accesoria. Son comunes a las enfermedades que reducen la ventilación alveolar. |
| b. Valorar el estado respiratorio mediante el test del Silverman.   | b. El test de Silverman, ayuda a valorar el grado de distrés respiratorio de acuerdo a sus parámetros.   |
| c. Valorar la permeabilidad de las vías aéreas.   | c. El aumento de secreciones impide el paso de aire a los pulmones produciendo una dificultad para la respiración.   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>d.</b> Supervisar la administración de oxígeno a flujo libre.</p>  | <p><b>d.</b> Permite y asegura al personal de enfermería que el recién nacido reciba los aportes de oxígeno necesario. La oxigenoterapia es importante para aliviar la hipoxia, aumentando los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad, y así producir los efectos terapéuticos deseados.</p> |
| <p><b>e.</b> Monitorizar la saturación de oxígeno del recién nacido.</p> | <p><b>e.</b> Permite determinar la concentración de oxígeno en sangre.</p>  |
| <p><b>f.</b> Colocar al recién nacido en posición de Rossier.</p>        | <p><b>f.</b> Esta posición permite una mayor expansión de la caja torácica y una mejor ventilación pulmonar.</p>  |

**4.3.2. Diagnóstico de Enfermería:** Alteración del patrón nutricional - metabólico: en déficit r/c ingesta inferior a las necesidades corporales, antecedentes maternos de embarazo gemelar, inmadurez del sistema neuromuscular digestivo m/p peso= 1890, débil reflejo de succión y deglución, piel y mucosas ligeramente pálidas.

**Objetivo:** Mejorar progresivamente el estado nutricional del recién nacido.

**Criterio de resultado:** Recién nacido incrementará su peso de 20 – 30gr/día, se evidenciará piel y mucosas sonrosadas.

| ACCIONES DE ENFERMERÍA   | FUNDAMENTO CIENTÍFICO   |
|--|---|
| <p>a. Valorar el estado nutricional del neonato a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas antropométricas</li> <li>- Color de la piel</li> </ul> | <p>a. El estado nutricional es un indicador fundamental para determinar el crecimiento del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las medidas antropométricas determina e identifica trastornos nutricionales en relación al peso y talla del neonato.</li> <li>- El color de la piel esta dada por la concentración de la hemoglobina que tiene la propiedad de establecer una combinación reversible con el oxígeno y constituye su velocidad de transporte en el interior organismo, dando una coloración sonrosada a la piel.</li> </ul> |
| <p>b. Administrar solución parenteral:</p>   | <p>b. La nutrición parenteral brinda al organismo nutrientes por vía extradigestiva, generalmente intravenosa, con el fin de mantener un estado adecuado de nutrición en situaciones en las que la alimentación habitual está gravemente</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dextrosa al 7%</li> <br/> <li>- CLK 20%</li> <br/> <li>- CLNa 20%</li> <br/> <li>c. Colocar sonda orogástrica a gravedad.</li> <br/> <li>d. Valoración de los reflejos de succión y deglución</li> </ul> | <p>comprometida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye el catabolismo proteico produciendo un ahorro de proteínas de manera que el balance nitrogenado se mantiene en menos cantidad. Su paso a través de las membranas celulares depende del gradiente de concentración y de la difusión facilitada por un transportador. La glucosa experimenta una biotransformación por oxidación (glucólisis) o, se almacena en forma de Glucogeno, principalmente en el hígado y músculo estriado.</li> <br/> <li>- Cumple una función importante en la génesis y corrección de los trastornos del metabolismo ácido básico.</li> <br/> <li>- Mantiene la presión osmótica y las concentraciones de líquidos extracelular, el líquido ácido básico y el balance hídrico; contribuyen a la conducción nerviosa y la función neuromuscular, además juega un papel importante en la secreción glandular.</li> </ul> <p>c. Permite que el contenido gástrico se elimine al exterior por efecto de la gravedad.</p> <p>d. Se valoran los reflejos de succión y deglución con la finalidad de mantener la alimentación</p> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>e. Controlar el peso diario del recién nacido.</p> <p>f. Educar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.</p> | <p>directa de la madre. La colocación del dedo en la boca del recién nacido estimulará el funcionamiento neuromuscular, especialmente el centro de la alimentación.</p> <p>e. El control de peso nos evidencia la adecuada o inadecuada ingesta de nutrientes que se esta brindando al bebé.</p> <p>f. La leche materna es el único alimento natural que satisface las necesidades nutricionales del niño, constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros meses de vida. Es rica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado.</p> |
|---|---|

**4.3.3. Diagnóstico de Enfermería:** Madre con alteración del patrón autopercepción y autoconcepto: ansiedad r/c proceso de enfermedad del recién nacido m/p expresión verbal “soy de Bagua y no tengo familia acá, ya estoy 6 días en el hospital y ya no tengo dinero”.

**Objetivo:** Disminuir la ansiedad.

**Criterio de resultado:** La madre se muestra mas tranquila.

| ACCIONES DE ENFERMERÍA   | FUNDAMENTO CIENTÍFICO  |
|--|--|
| <p>a. Valorar el grado de ansiedad que presenta la madre.</p>  | <p>a. Permite determinar el grado de ansiedad que presenta la madre y actuar oportunamente, se clasifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve: el paciente esta alerta, consciente de la situación, las capacidades de afrontamiento están intactas.</li> <li>- Moderada: existen signos físicos como taquicardia, temblores musculares, dificultad para concentrarse.</li> <li>- Grave: presenta signos de hiperventilación.</li> </ul> |
| <p>b. Valorar el grado de comprensión que tienen los padres sobre la atención de enfermería y la enfermedad que presenta el recién nacido.</p> | <p>b. El grado de comprensión prioriza la acciones respecto a su nivel cultural.</p>   |
| <p>c. Brindar educación sanitaria a la madre sobre la enfermedad del recién nacido.</p>  | <p>c. La educación sanitaria es el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se promueven prácticas saludables para proteger la salud previniendo enfermedades.</p>   |



**4.3.4. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo a alteración de la temperatura corporal:**  
 hipotermia r/c inmadurez del centro termorregulador, escasa grasa parda,  
 aumento de la superficie corporal y disminución de la masa muscular.

**Objetivo:** Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales.

| ACCIONES DE ENFERMERÍA  | FUNDAMENTO CIENTÍFICO  |
|---|--|
| a. Controlar la temperatura corporal.                                     | a. La temperatura es una variable fisiológica que ayuda a determinar el equilibrio entre el calor producido y el calor perdido por el cuerpo ya que las endotoxinas en el centro termorregulador, disminuyen el ajuste del agente de la temperatura en el hipotálamo.                  |
| b. Conservar al recién nacido en una incubadora de 32- 34° C.             | b. Es un aparato que proporciona un ambiente térmico neutro mantiene una temperatura interna normal, con un consumo de O <sub>2</sub> y gasto calórico mínimo retrasando y previniendo así los efectos del estrés por frío.  |
| c. Verificar la temperatura en la unidad de calentamiento.                | c. El exceso de calefacción o la disminución brusca de T° produce aumento del consumo de O <sub>2</sub> y calorías. En el recién nacido para mantener una temperatura corporal entre 36.5 a 36.8 °C; la unidad de servocontrol estará programada con una T° que fluctúa de 32 a 34 °C. |
| d. Evitar su exposición del recién nacido a corrientes de aire.           | d. Las corrientes de aire favorecen a la pérdida de calor por convección.  |
| e. Enseñar los cuidados del recién nacido a la madre: abrigarle muy bien. | e. El recién nacido es vulnerable a las fluctuaciones de temperatura.  |

**4.3.5. Diagnóstico de Enfermería: Riesgo a infecciones sobreagregadas r/c procedimientos invasivos.**

**Objetivo: Evitar la infección**

| <b>ACCIONES DE ENFERMERÍA</b>  | <b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>   |
|--|--|
| <p><b>a.</b> Lavado de manos estricto antes y después de estar en contacto con el neonato.</p>               | <p><b>a.</b> El lavado de manos “antes” evita llevarle microorganismos de alguna otra persona o articulo. El lavado “después” reduce al mínimo la diseminación de microorganismos a otras personas.</p>  |
| <p><b>b.</b> Control de signos vitales con énfasis en la temperatura corporal.</p>                           | <p><b>b.</b> El control de signos vitales es un conjunto de parámetros fisiológicos que nos permita evaluar el funcionamiento normal del organismo; la temperatura evalúa entre muchas cosa la acción de pirógenos y endógenos en el torrente sanguíneo alterando el centro termorregulador.</p> |
| <p><b>c.</b> Asegurarse de que todo el equipo que esta en contacto con el neonato este limpio y estéril.</p> | <p><b>c.</b> Los instrumentos limpios y estériles, se encuentra libres de microorganismos patógenos que causan infecciones y que podrían empeorar el estado de salud del niño.</p>   |
| <p><b>d.</b> Utilizar métodos de barrera.</p>  | <p><b>d.</b> Evita la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes.</p>  |
| <p><b>e.</b> Administrar antibióticos prescritos.</p>  | <p><b>e.</b> Los antibióticos erradican al agente causal, inhibiendo la síntesis proteica bacteriana.</p>  |

#### 4.4. EJECUCIÓN

| FECHA                                  | HORA   | ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA  | EJECUTADO |    |
|--|--------|--|-----------|----|
|  |        |  | SI        | NO |
| 03/12/10                               | 5:20pm | Identificación del paciente, valorar su estado de salud.                           | x         |    |
|  |        | Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el recién nacido.         | x         |    |
|  |        | Controlar signos vitales: FR, FC y T°  | x         |    |
|  |        | Valorar estado nutricional a través de: Medidas antropométricas y Color de la piel | x         |    |
|  |        | Valorar el estado respiratorio mediante el test del Silverman.                     | x         |    |
|  |        | Valorar la permeabilidad de las vías aéreas.                                       | x         |    |
|  |        | Colocar sonda orogástrica a gravedad.  | x         |    |
|  |        | Valoración de los reflejos de succión y deglución                                  | x         |    |
|  |        | Monitorizar la saturación de oxígeno del recién nacido.                            | x         |    |
|  |        | Supervisar la administración de oxígeno prescrito                                  | x         |    |
|  |        | Colocar al recién nacido en posición de Rossier.                                   | x         |    |
|  |        | Verificar la temperatura en la unidad de calentamiento.                            | x         |    |
|  |        | Administrar solución parenteral: Dextrosa al 7% + CLNa + CLK a 7ug x min.          | x         |    |
|  |        | Administrar antibióticos prescritos  |           | x  |
| Controlar el peso diario del lactante. |        | x  |           |    |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  | Asegurarse de que todo el equipo que esta en contacto con el neonato este limpio y estéril.                                  | x |  |
|  |  | Utilizar métodos de barrera.   | x |  |
|  |  | Valorar el grado de ansiedad que presenta la madre.  | x |  |
|  |  | Brindar consejería a la madre sobre los cuidados del recién nacido y sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva. | x |  |

#### 4.5. EVALUACIÓN

| <b>ETAPAS DEL PROCESO</b> | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|---------------------------|--|
| <b>VALORACIÓN</b>         | La valoración se realizó con la identificación del paciente, el examen físico integral al paciente, se realizó la valoración de los patrones funcionales de salud y mediante la obtención de datos de la historia clínica del recién nacido. |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>        | Los diagnósticos se plantearon después de un minucioso análisis, presentándose los más importantes de acuerdo a su priorización.   |
| <b>PLANIFICACIÓN</b>      | Se realizó de acuerdo a los diagnósticos presentados priorizando acciones del personal de enfermería en las áreas física, biológica y psicológica tanto del recién nacido como de la madre.  |
| <b>EJECUCIÓN</b>          | Se pudo realizar de acuerdo al plan señalado las necesidades de asistencia prioritaria tomando en cuenta que cada intervención debería ser la más adecuada.  |
| <b>EVALUACIÓN</b>         | Asimismo de todas las actividades programadas, se realizaron aproximadamente en un 90% lo cual fue provechoso para el estado de salud del recién nacido.   |

## V. DISCUSIÓN

A pesar de los adelantos de la neonatología cada vez nos vemos enfrentados a la atención de un mayor número de recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), este problema surge debido a lesiones fetales que interfieren sobre el crecimiento normal, existiendo un peso de nacimiento por debajo del percentil 10 para la edad gestacional, pudiendo ser los mismos pretérminos, a términos o postérminos.

Teniendo en cuenta las altas tasas de incidencia de retardo del crecimiento intrauterino a nivel de los países en vías de desarrollo que según el Consejo Latinoamericano de Perinatología (CLAP), para América Latina es del 36%, es necesario abordar desde el punto de vista analítico la magnitud de este problema.

En una población como la nuestra, aún sigue siendo un problema el manejo del recién nacido de bajo peso, por su alta morbi - mortalidad perinatal, de hecho sabemos que el retardo del crecimiento intrauterino es uno de los factores que aumenta el riesgo de asfixia y sepsis al nacer, así como también el riesgo individual que multiplica las complicaciones del mismo.

Se ha convertido en un reto optimizar la atención integral del neonato con retardo del crecimiento intrauterino con el fin de aumentar no solo la tasa de sobrevivencia sino la calidad de vida por lo que se hace énfasis en las estrategias terapéuticas disponibles para las principales complicaciones y la importancia del manejo multidisciplinario.

La atención de Enfermería juega un papel muy decisivo en el aumento de la supervivencia en estos pacientes con un menor número de secuelas y de complicaciones. El recién nacido debe lograr un aumento de peso de 30 gramos diarios hasta alcanzar las mensuraciones correspondientes con su edad para esto se han trazado acciones de enfermería con el propósito de alcanzar este objetivo.

## **VI. CONCLUSIONES**

- El cuidado de enfermería brindado al recién nacido con retardo del crecimiento intrauterino permitió aplicar los conocimientos teóricos prácticos recibidos en la formación pre-profesional contribuyendo a reducir los indicadores de morbi-mortalidad perinatal en nuestra región.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **➤ A MINSA**

- Incrementar el acceso al control prenatal orientado a la identificación e intervención de riesgos incluyendo el aspecto nutricional y desarrollo de guías nutricionales.
- Basar los programas educativos en metodologías participativas que permitan el intercambio entre los integrantes de los equipos de salud, gestantes y sus familias facilitando la provisión de conocimientos e información clara y real sobre sus expectativas frente al nacimiento.

### **➤ Al personal de salud del Hospital Regional Virgen de Fátima**

- Que el personal de enfermería cumpla con los cuidados que requieren estos tipos de recién nacidos que mantengan una observación estricta para detectar signos y síntomas que puedan indicar la posible aparición de complicaciones así como cumplir estrictamente las indicaciones.

### **➤ A la Facultad de Enfermería**

- Brindar prioridad a este tema ya que es de mucha importancia para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad perinatal que es una de las prioridades del sector salud.
- Los programas educativos que se brinden sobre el retardo del crecimiento intrauterino deben responder a las necesidades específicas de los grupos poblacionales a quien se dirige.

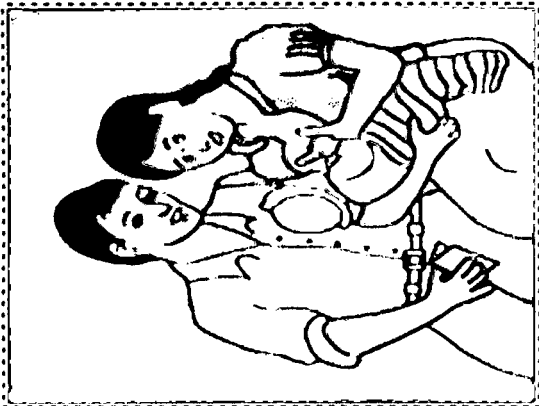


## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

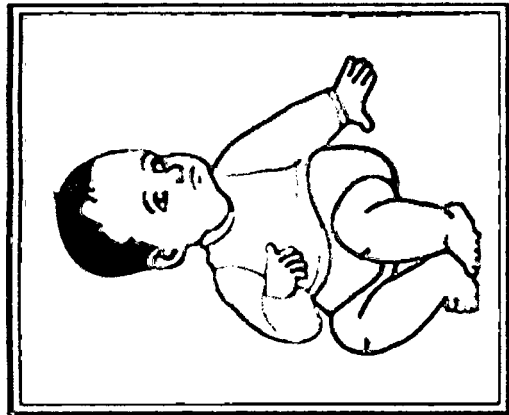
- a. Aguilar, María José (1998) “Tratado de Enfermería Infantil”. Edit. Oceano/Mosby. Barcelona – España.
- b. Carpenito, Lynda Juall (1999) “Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería”. Edit. MC. Graw-Hill. España
- c. Du Gas. (2000) “Tratado de Enfermería Práctica”. 4ª Edic. Edit. Mc Graw- Hill Interamericana. México.
- d. Gomella T. (2006) “Neonatología” 6ta Edic. Edit. Medica Panamericana S.A. Buenos Aires, Argentina.
- e. Manual Merk. (1994) “EDA” 9ª Edic. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Barcelona España.
- f. Meneghello R. (2002) “Pediatria” 5ta Edic. Edit. Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- g. MINSA (2007) “Guías técnica: guías de practica clínica para la atención del recién nacido”. Lima-Perú.
- h. Nanda. (2004). “Diagnóstico Enfermero: Definiciones y Clasificaciones” Edit. El Sevier. Madrid- España.
- i. Nelsson (2005) “Tratado De Pediatria”. 17ª Edic. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. México.
- j. Vademecum Médico del Perú. (2005). “La Revista Médica”. Lima- Perú.
- k. Whaley & Wong (1992) “Enfermería Pediátrica”. 4ª Edic.. Edit. El Ateneo. Santiago de Chile.

ANEXOS

CUIDAR AL  
NINO.

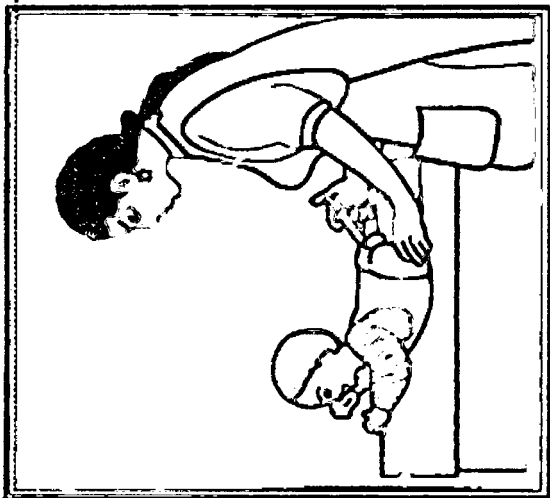


ES EL FUTURO  
DE TU FAMILIA  
Y DEL PAÍS

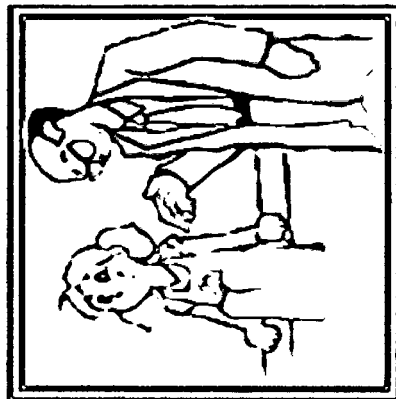


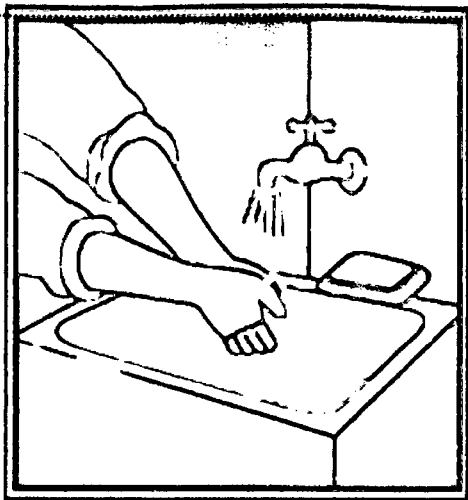
Y CON CARINO,  
COMPRESION,  
AFECTO, SE  
DESARROLLARÁ  
FÍSICA Y  
PSICOLÓGICAMENTE  
SANO.

BAOB. ENF. BIODI. ALZARAO MAS



PONLE VACUNAS NECESARIAS PARA  
EVITAR ENFERMEDADES DE  
ACUERDO A SU EDAD





LAVESE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN, DESPUES DE IR AL BAÑO Y ANTES DE COCINAR Y DE AMAMANTAR AL NIÑO.



**DAR LECHE MATERNA ES UN DERECHO DE TU BEBE**



**TU LECHE ES ÚNICA  
VENTAJAS DE LA LACTANCIA  
MATERNA**

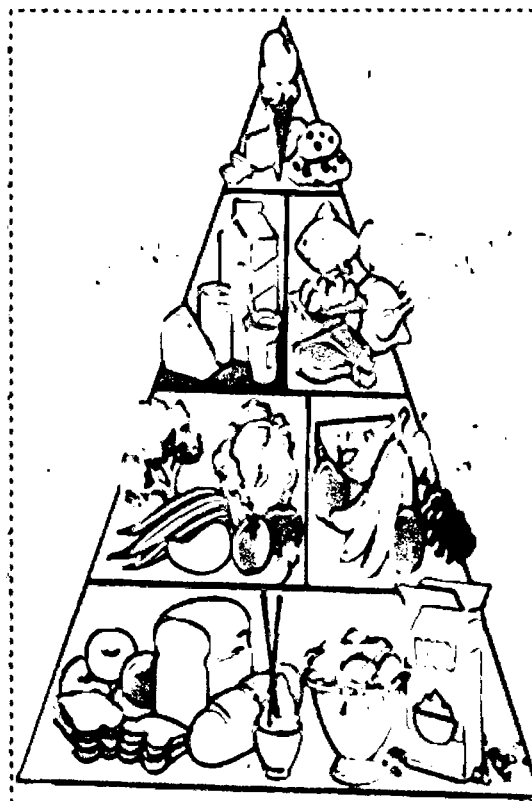
**PARA LA MADRE**

- Ejerce un efecto protector contra la aparición de cáncer de mama.
- La leche es fresca se obtiene rápidamente y a temperatura apropiada.
- Favorece la relación afectiva madre-hijo.

**PARA SU BEBÉ**

- Proporciona calorías necesarias para su crecimiento y desarrollo.
- Proporciona protección contra enfermedades infecciosas.
- Contiene la calidad y proporción ideal de proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

**¿QUE DEBES COMER CUANDO LAS DE LACTAR?**



**NECESITAS OBTENER MAS ENERGÍA DE LO QUE DECIBAS Y TOMAR MAS LIQUIDO**