



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PRODUCTO MACROSÓMICO POR
DIABETES GESTACIONAL BASADA EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E.
OREM**

**GOMEZ DUMAGUALA KARLA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PINEDA SIGCHO JEFFERSON JOSUE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PRODUCTO MACROSÓMICO
POR DIABETES GESTACIONAL BASADA EN LA TEORÍA DE
DOROTHEA E. OREM**

**GOMEZ DUMAGUALA KARLA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PINEDA SIGCHO JEFFERSON JOSUE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASOS

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PRODUCTO
MACROSÓMICO POR DIABETES GESTACIONAL BASADA
EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM**

**GOMEZ DUMAGUALA KARLA ANDREA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PINEDA SIGCHO JEFFERSON JOSUE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

CAMPOVERDE PONCE MAXIMA DEL ROCIO

**MACHALA
2022**

Atención de enfermería en producto macrosómico por diabetes gestacional basada en la teoría de Dorothea E. Orem

por Jefferson Josue Pineda Sigcho

Fecha de entrega: 06-may-2023 07:28p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2086134688

Nombre del archivo: diabetes_gestacional_basada_en_la_teor_a_de_Dorothea_E._Orem.pdf (241.28K)

Total de palabras: 8223

Total de caracteres: 43549

Atención de enfermería en producto macrosómico por diabetes gestacional basada en la teoría de Dorothea E. Orem

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 201 words

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, GOMEZ DUMAGUALA KARLA ANDREA y PINEDA SIGCHO JEFFERSON JOSUE, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PRODUCTO MACROSÓMICO POR DIABETES GESTACIONAL BASADA EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

GOMEZ DUMAGUALA KARLA ANDREA

0705785574

PINEDA SIGCHO JEFFERSON JOSUE

0750202830

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestros queridos familiares, padres, hermanos y parejas que han estado presentes desde el inicio del trayecto universitario, brindándonos su apoyo incondicional en todo momento, obteniendo éxitos en toda nuestra formación académica profesional.

A nuestros compañeros universitarios, docentes y tutores académicos que por medio de sus enseñanzas nos han brindado un conocimiento compartido, que nos han llevado a obtener nuevas experiencias en nuestras vidas académicos-profesionales; motivándonos a salir siempre hacia adelante sin importar las adversidades presentes en nuestras vidas.

Atentamente,
Los Autores

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecemos a nuestro padre celestial por ser nuestro guía, brindándonos paciencia, sabiduría antes las adversidades y los obstáculos que se nos ha presentado a lo largo del tiempo en nuestra carrera Universitaria.

Agradezco a nuestras familias, parejas, quienes siempre nos han brindado todo su amor, apoyo incondicionalmente y económico por el sacrificio y por la enseñanzas y valores que me supieron inculcar durante la vida estudiantil para poder culminar con éxitos en mis estudios y cumplir mi meta.

A nuestra estimada tutora Lcda. Campoverde Ponce Máxima, quien nos compartió sus conocimientos quien nos supo guiar en la realización del presente trabajo de Titulación y por último a la Universidad Técnica de Machala quien nos abrió sus puertas permitiendo que continuemos formándonos como personas, profesionales con valores éticos, humanidad y así poder obtener nuestro título de tercer nivel.

Atentamente,
Los Autores

RESUMEN

Introducción: La macrosomía fetal es una de las causas principales de morbimortalidad materno-infantil inmediata a nivel mundial y se refleja aproximadamente entre un 6% al 10% de todos los recién nacidos, la causa principal de morbimortalidad tanto hacia la madre gestante e igualmente hacia el producto durante su gestación o después del nacimiento a corto, mediano y largo plazo.

Entre sus complicaciones materna podemos encontrar un incremento de cesáreas, hemorragia posparto y traumatismo del canal de parto, en el cual el recién nacido se encuentra principalmente la hipoglucemia originado por el desequilibrio de glucosa en el periodo de transición de vida extrauterino, esto suele ir acompañado por infecciones y por el desarrollo de traumatismos en el nacimiento como la distocia de hombro, lesión del plexo braquial, fractura de clavícula y por lo que se prefiere emplear la cesárea.

La finalidad de este trabajo es la de realizar los cuidados de enfermería dimensionados en el modelo de Dorothea E. Orem, como una teoría sistemática que nos ayuda actuar de forma organizada y evaluar el déficit de los autocuidados que necesita el paciente, siguiendo protocolos de atención prenatal y mediante información y charlas brindadas a los pacientes y ciudadanía sobre la macrosomía fetal la cual es la principal causa de morbimortalidad del producto que pueden involucrar factores constitucionales como la talla materna elevada y diabetes durante la gestación.

Objetivo: En el presente trabajo de investigación se plantea como objetivo principal el Aplicar procesos de atención de enfermería en pacientes con macrosomía fetal por diabetes gestacional mediante el modelo de Dorothea E. Orem para la promoción del autocuidado.

Metodología: El presente estudio tiene un enfoque observacional, analítico y descriptivo, que se sitúa dentro del modelo cualitativo, para los análisis de casos clínicos, enfocados en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, tomando los siguientes pacientes.- recién nacido de sexo femenino con diagnóstico pediátrico; (P08.1) Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional (40.3 semanas de gestación) + (P70.0) Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional + (P39) Otras infecciones específicas del período perinatal, estos casos son realizados en el Hospital Básico San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia de El Oro.

Conclusiones: Mediante este estudio de caso clínico se abordó de una manera sencilla sobre la patología de producto macrosómico en paciente con Diabetes Gestacional, problemas neonatales como es la macrosomía fetal que es el aumento excesivo de peso al nacer que lo determinan como un peso mayor a los 4000 gramos, para reducir estas complicaciones se requiere la responsabilidad de la madre gestante en tener buenos hábitos alimenticios, acudir los controles prenatales periódicamente para evitar cualquier problema, además el personal de salud como las enfermeras deberían también actuar en los cuidados directos, dentro de este caso se aplicó la teoría de Dorothea Orem ya que es ejecutado del autocuidado que explica como los individuos llevan a cabo a su propio cuidado y satisfacen sus propias necesidades.

Palabras claves: Macrosomía Fetal, Diabetes Mellitus Gestacional, Trastornos Metabólicos, Teoría de Dorothea E. Orem.

ABSTRACT

Introduction: Fetal macrosomia is one of the main causes of maternal and infant immediate morbimortality worldwide and is reflected approximately between 6% to 10% of all newborns, the main cause of morbimortality both towards the pregnant mother and equally towards the product during gestation or after birth in the short, medium and long term.

Among its maternal complications we can find an increase in cesarean sections, postpartum hemorrhage and birth canal trauma, in which the newborn is mainly hypoglycemia caused by glucose imbalance in the transition period of extrauterine life, this is generally accompanied by infections and the development of birth trauma such as shoulder dystocia, brachial plexus injury, clavicle fracture and so it is preferred to use caesarean section.

The purpose of this work is to perform nursing care based on Dorothea E. Orem's model, as a systematic theory of nursing care. Orem's model, as a systematic theory that helps us to act in an organized way and evaluate the deficit of self-care needed by the patient, following prenatal care protocols and through information and talks given to patients and citizens about fetal macrosomia, which is the main cause of morbidity and mortality of the product that may involve constitutional factors such as high maternal height and diabetes during gestation.

Objective: The main objective of this research project is to "To apply nursing care processes in patients with fetal macrosomia due to gestational diabetes using Dorothea E. Orem's model for the promotion of self-care. Orem's model for the promotion of self-care".

Methodology: The present study has an observational, analytical and descriptive approach, which is situated within the qualitative model, for the analysis of clinical cases, focused on Dorothea E. Orem's self-care theory, taking the following patients. (P08.1) Other newborns with overweight for gestational age (40.3 weeks of gestation) + (P70.0) Syndrome of the newborn of mother with gestational diabetes + (P39) Other specific infections of the perinatal period, these cases are performed in the Basic Hospital San Vicente de Paúl of the Pasaje canton, province of El Oro.

Conclusions: This clinical case study addressed in a simple way about the pathology of macrosomic product in patient with Gestational Diabetes, neonatal problems such as fetal macrosomia which is the excessive gain in birth weight that determine it as a weight greater than 4000 grams, to reduce these complications requires the responsibility of the expectant mother in having healthy eating habits, In this case, Dorothea Orem's theory is applied, since it is based on self-care that explains how individuals carry out their own care and satisfy their own needs.

Key words: Fetal Macrosomia, Gestational Diabetes Mellitus, Metabolic Disorders, Dorothea E. Orem's Theory.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I	13
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio	13
1.1.1 Generalidades	13
1.2 Hechos de interés	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
CAPÍTULO II	15
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	15
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia	15
2.2 Bases teóricas de la investigación	15
2.2.1 Diabetes gestacional	15
2.2.2 Macrosomía fetal	16
2.2.3 Factores de riesgo	18
2.2.4 Diagnóstico de macrosomía	18
2.2.5 Complicaciones	19
2.2.6 Relación entre macrosomía fetal y diabetes gestacional	23
CAPÍTULO III	25
3. PROCESO METODOLÓGICO	25
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada	25
3.1.1 Área de estudio	25
3.1.2 Tipo de investigación	25
3.1.3 Método de estudio	25
3.1.4 Unidad de análisis	25
3.1.5 Técnicas de Investigación	26
3.1.6 Categorías	26
3.2 Proceso de recolección de datos	27
3.2.1 Aspectos legales	27
3.2.2 Principios éticos	27

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos.....	28
3.3.1 Historia clínica	28
3.3.2 Diagnostico CIE-10 de la gestante	29
3.3.3 Hospitalización y evolución de la gestante.....	29
3.3.4 Diagnóstico CIE-10 al ingreso del neonato.	30
3.3.5 Medidas antropométricas al nacer.....	30
3.3.6 Hospitalización y evolución del neonato.....	30
 CAPÍTULO IV.....	 32
4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
4.1 Descripción teórica de resultados.	32
4.1.1 Descripción del Caso Clínico.	32
4.1.2 Proceso de Atención de Enfermería.....	33
4.1.3 Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem	33
4.2 Argumentación teórica de resultados.....	34
4.3 Conclusiones.....	35
4.4 Recomendaciones	36
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 37
ANEXOS	41
Proceso de Atención de Enfermería.....	41
Hipoglucemia	41
Sobrepeso	42
Riesgo de Infección.....	43
Exámenes de Laboratorio de la Madre (25 Semanas de Gestación).....	44
Exámenes de Laboratorio del Recién Nacido	47
Consentimiento Informado.....	49

INTRODUCCIÓN

La macrosomía fetal es una de las causas principales de morbimortalidad materno-infantil inmediata a nivel mundial, es originada principalmente por desórdenes metabólicos durante el embarazo como la diabetes gestacional que produce la liberación de factores de crecimiento generados por los cuadros de hiperglucemias durante la gestación, su terminología deriva del griego makrós “grande” y soma “cuerpo”, y se interpreta como “cuerpo de gran tamaño”, es decir un recién nacido con un peso mayor a 4000 gramos o mayor a 90 percentil acorde a su edad gestacional (1,2,3).

La prevalencia a nivel mundial de la macrosomía fetal se refleja aproximadamente entre un 6% al 10% de todos los recién nacidos con una tendencia que va en aumento, llegando en países desarrollados hasta un 20% de los nacimientos, en los países de América Latina se refleja valores que van desde los 4.5% hasta los 5.4% y en el Ecuador va del 0.77% al 5.2% según los diferentes estudios realizados, la macrosomía por madres no diabéticas en un país en desarrollo se determina en un 8.4%. (4,5,6,7,8,9).

La organización mundial de la salud (OMS), indica que es la causa principal de morbimortalidad tanto hacia la madre gestante e igualmente hacia el producto durante su gestación o después del nacimiento a corto, mediano y largo plazo, entre sus complicaciones maternas podemos encontrar un incremento de cesáreas, hemorragia posparto y traumatismo del canal de parto (10,11). Esto puede deberse a factores de riesgo como es la Diabetes Mellitus en la gestación, la Obesidad, la Multiparidad, Productos anteriores macrosómicos, Productos Postérminos y otros trastornos fetales que se determinan como etiología de la enfermedad propias de la macrosomía fetal (12).

En el recién nacido se encuentra principalmente la hipoglucemia originada por el desequilibrio de glucosa en el periodo de transición de vida extrauterino, esto suele ir acompañado por infecciones y por el desarrollo de traumatismos en el nacimiento como la distocia de hombro, lesión del plexo braquial, fractura de clavícula y por lo que se prefiere emplear la cesárea como método principal para este tipo de nacimiento, evitando así en mayor medida el distress respiratorio que puede ser originado por aspiración de meconio o asfixia perinatal (13,14).

A mediano y largo plazo se puede padecer diabetes mellitus tipo 2 con mayor riesgo, en las madres es siete veces mayor el desarrollarlo, también problemas metabólicos como la obesidad y el sobrepeso, problemas propios de padecer organomegalia y otras enfermedades asociadas como la encefalopatía e hipertensión (15) (16).

La finalidad de elaborar este trabajo de investigación es de realizar los cuidados de enfermería dimensionados en el modelo de Dorothea E. Orem, como una teoría sistemática que nos ayuda actuar de forma organizada y evaluar el déficit de los autocuidados que necesita el paciente, siguiendo protocolos de atención prenatal y mediante información y charlas brindadas a los pacientes y ciudadanía sobre la macrosomía fetal la cual es la principal causa de morbimortalidad del producto que pueden involucrar factores constitucionales como la talla materna elevada y diabetes durante la gestación.

CAPÍTULO I

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

1.1.1 Generalidades

La macrosomía fetal es el aumento excesivo de peso al nacer, que según varios autores lo determinan como un peso mayor a los 4000 gramos, es causado principalmente por trastornos metabólicos durante el proceso de gestación, una de estos se identifica como la Diabetes Gestacional que a causa de la hiperglucemia produce la liberación de factores de crecimientos por lo que se caracteriza como principales signos y síntomas la obesidad, la organomegalia que pueden causar traumas durante el nacimiento por lo que aumenta la incidencia de las cesáreas, los cuadros de hipoglucemias que pueden desarrollar en la vida extrauterina y otras complicaciones a futuro (17,18).

1.2 Hechos de interés.

La macrosomía conlleva principalmente a la morbilidad y mortalidad materno-fetal, en países subdesarrollado esta patología tiene una prevalencia de aproximadamente un 5%, es así como en el Ecuador su incidencia va del 0.77% al 5% según los estudios, así mismo en América Latina sus valores van del 4.5% al 5.4%, mientras que a nivel mundial se reflejan entre un 6% al 10%, llegando aumentar sus cifras en países desarrollados hasta un 20% (4,5,6,7,8,9).

Para diagnosticar la macrosomía fetal se puede encontrar diferentes métodos, para calcular con mayor exactitud el peso fetal encontramos la ecografía, recordando que, a mayores controles prenatales se puede determinar un mejor diagnóstico, el control del peso materno dentro de los controles prenatales da un peso fetal estimado que siendo este mayor a los 90 percentil podemos determinar un peso exagerado del producto, esto se acompaña con las Maniobras de Leopold que mediante su medición que va desde la altura del fondo uterino hasta la sínfisis del pubis ayudan a determinar cómo diagnóstico la macrosomía fetal. Además, que si la madre tiene antecedentes de productos anteriores con peso >4000g, es multipara y padece de Diabetes gestacional estos factores determinan un mayor riesgo del aumento del peso del producto (2,19,20).

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivo General

Aplicar procesos de atención de enfermería en pacientes con macrosomía fetal por diabetes gestacional mediante el modelo de Dorothea E. Orem para la promoción del autocuidado.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las complicaciones, causas y factores de riesgo de la macrosomía fetal por la diabetes gestacional mediante fuentes bibliográficas en bases de datos de alto impacto.
2. Determinar los factores que contribuyan al déficit de autocuidado según los requerimientos del modelo de Dorothea E. Orem, para la elaboración de los procesos de atención de enfermería.
3. Elaborar las intervenciones de enfermería, mediante el manejo integral del recién nacido macrosómico y de la madre con la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.

Macrosomía fetal, afecta en gran medida a los neonatos, embarazos con determinación de diabetes gestacional, la misma que puede ser pre gestacional o directamente que se produzca dentro del embarazo, el desequilibrio metabólico, el aumento de la glucemia, la presencia continua de hiperinsulinismo, crea una mayor producción de los factores de crecimientos, por lo que obliga al feto a un mayor desarrollo de su cuerpo, además que sus órganos también se ven afectados, aumentando de tamaño, originando problemas propios de organomegalias (6,10,21).

En general esta patología es causa principal de morbimortalidad materno infantil, que incluyen diferentes complicaciones durante la gestación, proceso del parto y propias de los productos de madres diabéticas como presentar desequilibrios de glucosa sanguínea, otras muy comunes son la asfixia neonatal, aspiración de líquido meconial que aumenta el riesgo de sepsis en los neonatos, distocias por traumas durante el parto o procedimientos obstétricos como las cesáreas (22).

Además, que a larga plazo pueden originar enfermedades adyacentes, como el desarrollo de Diabetes Mellitus, sobrepeso u obesidad, hipertensión, es a causa de este riesgo que se debe tener en cuenta el crecimiento y desarrollo de estos infantes, como es el emplear graficas de crecimientos como la brindada por la OMS (organización mundial de la salud) (13,15,22).

2.2 Bases teóricas de la investigación.

2.2.1 *Diabetes gestacional*

Desde el año 1979 OMS define "intolerancia a los hidratos de carbono que da lugar a una hiperglucemia variable que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo y alcanza valores que, aunque superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar la diabetes". Cuando hay un cambio en la absorción de carbono retiene la humedad y, como resultado, una falta de adaptación a la resistencia a la insulina inducida por los efectos de bloqueo de otras hormonas como la placenta descompuesta y la hormona materna sobre la insulina, lo que resulta en la afección antes mencionada (13,15,23).

La diabetes mellitus gestacional (DMG) constituye uno de los problemas más habituales durante el embarazo, y se asocia a complicaciones materno-fetales que ponen en riesgo la salud materna y fetal, constituyendo un peligro para la salud pública. En comparación con otros países, los de Centro y Sudamérica tienen una mayor prevalencia de diabetes (17,3%), siendo Ecuador el país con el 8% de la población diabética; esto representa un problema durante el embarazo, causando muerte fetal, macrosomía, distocia y predisponiendo a los recién nacidos a la Diabetes Tipo 1 (10,24).

2.2.1.1 Síntomas

Gran parte de las mujeres embarazadas no presentan síntomas, y el diagnóstico se establece durante un estudio prenatal rutinario. Estos síntomas pueden estar presentes en las embarazadas que los presentan: Visión borrosa, fatiga, infecciones urinarias recurrentes, cistitis, polidipsia, poliuria, náuseas y vómitos (15,17,22).

2.2.2 Macrosomía fetal

Neonatos con un peso equivalente o superior a 4000 gramos en los países latinoamericanos, con una prevalencia global aproximada del 9% (4). Un recién nacido macrosómico tiene más probabilidades de sufrir asfixia perinatal, lesión del plexo braquial, absorción del meconio, hombro distocia y fractura de clavícula, entre otras complicaciones. Varios estudios han identificado la obesidad, la diabetes pregestacional y gestacional como los principales factores de riesgo para macrosomía fetal (10,24). Esta última está vinculada al desarrollo de enfermedades a largo plazo como la encefalopatía, la obesidad, la hipertensión, la obesidad y la diabetes de tipo II (23).

Es importante señalar la distinción entre los recién nacidos con un mayor riesgo prenatal y requieren cuidados particulares y los que probablemente estén sanos y, por lo tanto, se enfrentan a riesgos comparables a los de otros recién nacidos. Por el momento, peso del bebé al nacer (PN) y la edad fetal (EG), se plantea el índice ponderal (IP) como indicador que especifica dos subtipos macrosómicos: armónico y desarmónico (2,6,8).

La dependencia de la diabetes materna y la macrosomía en útero ha sido bien estudiada, más del 80% de los recién nacidos proceden de madres sin diabetes, y no está claro la función de otros mediadores hormonales. Esto hace necesario un seguimiento cuidadoso del entorno uterino, con especial atención a embarazadas con glucosa o aumento ponderal grave, con el objetivo de la detección precoz y la reducción del riesgo (15,24,25).

En la patogénesis macrosómica, la hiperglucemia materna activa las células fetales del páncreas, aumentando su generación y provocando hiperinsulinismo. Y un alza de insulina favorece la secreción de ésta, dando lugar a un feto macrosómico (26,25). La diabetes está vinculada a la presencia de niños con sobrepeso. La prevalencia de casos está aumentando, y es probable que siga aumentando en consonancia con los niveles de obesidad materna. La anomalía fetal macrosómica se está convirtiendo en una manifestación más común de los problemas de la obstetricia moderna (7,8,24).

Un neonato macrosómico supone un reto para disminuir la mortalidad neonatal debido al riesgo asociado a su nacimiento. Para ayudar a garantizar que un recién nacido macrosómico nazca en buen estado de salud y, en consecuencia, reducir los peligros perinatales son fundamentales determinados acontecimientos prenatales, como la estimación del peso durante el embarazo y una buena atención obstétrica durante el parto (14,19,24).

El macrosoma neonatal tiene una alarmante tendencia a convertirse en la transcendental causa de morbimortalidad infantil, así como a tener consecuencias a largo plazo en la edad adulta de enfermedades direccionadas con obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares, que actualmente son responsables de miles de muertes en todo el mundo (15,18,27).

2.2.2.1 Macrosomía constitucional (simétrica)

Es una combinación de factores hereditarios y un entorno uterino sano, que favorecen el crecimiento fetal. El feto es grande en ciertos aspectos, pero no hay anomalías, y el único riesgo potencial es evitar la depresión posparto.

2.2.2.2 Macrosomía metabólica (asimétrica)

Vinculado a un crecimiento fetal rápido e irregular. Este tipo se caracteriza principalmente por organomegalias, que deben considerarse una entidad patológica. Es frecuente ver mujeres diabéticas sin seguimiento de salud.

Cuando se combina con cualquier predisposición genética, el riesgo de desarrollar síndrome metabólico es mayor en los fetos macrosómicos durante el embarazo y en los neonatos de madres corpulentas. Se ha demostrado que los hijos de madres diabéticas que no padecen síndrome metabólico están predispuestos a sufrir problemas cardiovasculares entre los 5 y los 11 años.

Con edades entre 36 a 40 años, algunas multíparas dan vida a hijos macrosómicos con una frecuencia significativamente mayor que las primíparas, aunque esto tiene poca significación estadística. Los factores de riesgo latentes son valores predictivos para predecir la macrosomía fetal. Detectarlos precozmente ayuda a evitar complicaciones que a la larga podrían perjudicar a la madre y al producto (12).

2.2.3 Factores de riesgo

La macrosomía es más habitual en hijos de madres gestantes mayores de 30 años. La probabilidad de macrosomía se duplica con una edad gestacional de 42 semanas, un aumento de peso de 12,1 kg y la edad gestacional (14,19).

La obesidad de la madre es un importante factor de vulnerabilidad para las mujeres embarazadas. El sobrepeso y la obesidad durante el periodo pregestacional elevan el riesgo de un aumento excesivo de peso durante su embarazo, y esto está relacionado con complicaciones que se producen en el binomio materno-fetal, como la hemorragia obstétrica, la macrosomía y la hipoglucemia en el recién nacido con un IMC superior a 25 tienen un mayor riesgo de tener hijos macrosómicos (28,27).

El embarazo prolongado, también conocido como postérmino, es aquel que ha durado hasta la semana 42 de embarazo o más. La frecuencia notificada se sitúa en torno al 7%. Es un cuadro clínico que provoca importantes complicaciones maternas y fetales, lo que lo convierte en un embarazo de alto riesgo. Los riesgos para el feto aumentan y pueden llegar a provocar la muerte perinatal, aspiración de meconio y el sufrimiento fetal. En el caso de mantener antecedentes de otra macrosomía fetal, existe un alto peligro de desarrollar otro neonato macrosómico (28).

2.2.4 Diagnóstico de macrosomía

La macrosomía fetal es compleja revelar y establecer a lo largo del embarazo. Algunos signos y síntomas de alerta son:

2.2.4.1 La altura de una cavidad uterina grande.

A lo largo de las visitas prenatales, el médico puede estimar la altura de la cavidad uterina y la distancia que se extiende desde el pico del útero hasta el hueso púbico. Un aumento de la altura de la pared uterina mayor de lo esperado podría indicar una macrosomía fetal (29).

2.2.4.2 Exceso de líquido amniótico (polihidramnios).

Un aumento de líquido dentro de la placenta puede ser indicador del tamaño del bebé, debido a que la cantidad de líquido amniótico irradia la suma de orina producida por el bebé (15,17,20).

2.2.4.3 Ecografía.

La ecografía puede realizarla un médico u otro profesional sanitario al final del tercer trimestre para medir la cabeza, el vientre y el fémur del bebé. A continuación, el profesional sanitario ajustará esas medidas en una fórmula para determinar el peso de su bebé. El crecimiento fetal se controla a través de mediciones de la circunferencia cefálica, y abdominal y la longitud femoral en la ecografía de las 32-34 semanas (29). Utilizando la técnica Doppler en los vasos fetales, podemos determinar con gran precisión la salud del feto al final del embarazo (29,30).

Ecografía en el rango de 32-36 semanas, Es la última ecografía rutinaria en el embarazo y se utiliza principalmente para calcular el peso fetal (estimación biométrica y ecológica del peso fetal). Las mediciones biométricas fetales más frecuentes son el diámetro biparietal (DBP), el diámetro cefálico (CC), la circunferencia del vientre (CA) y la longitud femoral (LF). Se pueden utilizar varias medidas biométricas para calcular el peso estimado del feto (PFE) aplicando diferentes fórmulas (29,30).

2.2.4.4 Análisis prenatales.

Si el médico detecta que el bebé presenta macrosomía fetal, pueden realizarse exámenes prenatales, que incluyen pruebas en reposo y perfiles biofísicos fetales, con el fin de mantener la salud del bebé. Un examen en reposo mide la frecuencia cardiaca del bebé cuando realiza sus propias actividades. Un perfil biofísico fetal integra un examen en reposo con un ecograma para controlar el movimiento fetal, el tono de los músculos, la frecuencia respiratoria y el contenido de líquido fetal. Si la enfermedad de la madre parece ser la causa del rápido crecimiento del bebé, puede plantearse un control prenatal a partir de la semana 32 de embarazo (15,20,25).

2.2.5 Complicaciones

Las principales complicaciones acorde a la edad gestacional se da durante el embarazo, para la madre como para el feto, así mismo después del nacimiento en el neonato, a continuación, se describen los siguientes:

2.2.5.1 Complicaciones Fetales

La distocia de hombros (DH) se concreta como un fallo en la salida del tronco fetal que hace necesarios nuevos procedimientos obstétricos para la extracción del hombro fetal tras el parto vaginal después de que haya fallado una tracción moderada de la cabeza hacia abajo en 1 minuto. Distocia de hombros se produce cuando la progresión del parto se detiene tras la salida de la cabeza fetal. A veces se completa la rotación externa, en mayor o menor grado, pero jamás se produce el descenso con hombros, aunque se utilicen las maniobras de asistencia habituales (30).

Lesión del plexo braquial del parto (LPBN), un tipo de hipertensión arterial que se produce como consecuencia de un trazado del plexo braquial durante el nacimiento. En la mayoría de los casos, la sínfisis púbica de la madre impide la partición en el miembro superior (distocia del hombro) (10,11,14).

Las lesiones del plexo braquial perturban al sistema nervioso, que controla el hombro, el brazo, el antebrazo, la mano y los dedos, pueden producirse en recién nacidos si ocurre lo siguiente: el niño nace en posición podálica, la madre tiene un parto prolongado, el bebé pesa 2,5 kilos o más y sus extremidades son demasiado largas para pasar por el canal del parto (13,14,30).

El SAM (síndrome de aspiración de meconio) alude a la dificultad para respirar que puede tener un recién nacido si ha tragado meconio en los depósitos de líquido amniótico, es un trastorno médico caracterizado por la insuficiencia respiratoria que afecta a los recién nacidos por líquido amniótico meconial y puede manifestarse como una enfermedad grave con alto riesgo de muerte (23).

La aspiración de meconio durante el parto puede dar lugar a una neumonitis inflamatoria y a una obstrucción bronquial mecánica, que puede desembocar en un síndrome de dificultad respiratoria. Taquipnea, estertores, roncus, así como cianosis o desaturación, son los principales síntomas (23,27).

2.2.5.2 Complicaciones Neonatales

Al interrumpir la contribución de glucosa por la placenta, la hipoglicemia es una de las alteraciones metabólicas más habituales en los recién nacidos, causada por un desequilibrio entre la ingesta y la utilización de glucosa (18,21).

La hipoglucemia puede ser complicada de definir en los bebés, pero suele caracterizarse por una glucosa en suero superior a 40 mg/dL (2,2 mmol/L) en los recién nacidos sintomáticos, a 45 mg/dL (2,5 mmol/L) en los lactantes asintomáticos en el transcurso de 24 y 48 horas de vida, o a 30 mg/dL (1,7 mmol/L) en los recién nacidos prematuros durante las primeras 48 horas (18). El nacimiento prematuro, la diabetes materna y la asfixia perinatal son factores de riesgo. Las causas más comunes son las reservas bajas de glucógeno, los retrasos alimentarios y la hiperinsulinemia (18,25).

La policitemia neonatal puede describirse como un aumento anormal de glóbulos rojos traducido por un hematocrito central que se sitúa entre el 55% y el 65% durante los primeros días de vida. En algunos casos, el aumento del hematocrito se correlaciona con un aumento de la consistencia de la sangre, lo que modifica el flujo sanguíneo en varios órganos. Debido a un aumento de la producción de eritropoyetina como resultado de la hiperoxia causada por un aumento de la demanda de oxígeno asociado a la glucosa y a un nivel elevado de azúcar. Esta alteración puede deberse a un parto tardío, a la diabetes materna, a transfusiones de sangre (cuando la sangre pasa de un feto a otro) o a un déficit de oxígeno en la sangre del feto (27).

La hiperbilirrubinemia es la amarillez de la piel y también de los ojos causada por un aumento de las concentraciones de bilirrubina en la circulación sanguínea. La bilirrubina es una sustancia química amarilla que se forma cuando la hemoglobina (un componente de los glóbulos rojos que transporta oxígeno) se descompone como parte del proceso tradicional de regeneración de los glóbulos rojos. La bilirrubina avanza por las venas hasta el hígado, donde se metaboliza y se excreta como parte de la bilis (líquido digestivo producido por el hígado) (18).

La asfixia perinatal al ataque que sufre un feto o un recién nacido en torno al momento del nacimiento debido a la falta de oxígeno y/o a una perfusión tisular inadecuada. Esta afección provoca una acidosis metabólica significativa, hiperoxia e hipercapnia. La repercusión primaria de un episodio grave de asfixia prenatal es el síndrome de encefalopata hipoxica isquémica. Mientras que la consecuencia más grave es un compromiso neurológico, que puede manifestarse como convulsiones, leucomalacia y parálisis cerebral, entre otros síntomas. Es más marcado en hijos de madres diabéticas, por el incremento de la utilización de oxígeno intrauterino por la hiperglicemia y la hiperinsulinemia (27).

Una duración prolongada en Unidades de cuidado intensivo (UCI) es un factor predictivo de una mala calidad de vida del recién nacido. Se estima que los nacidos recientemente (RN) presentan un mayor número de enfermedades crónicas, una peor función cognitiva, cambios en el neurodesarrollo y una mayor tasa de mortalidad. En el futuro, esta afección se manifestará como trastornos mentales, dificultades de aprendizaje, parálisis cerebral y cambios en la visión y la audición.

Según la OMS, la muerte neonatal se produce hasta los 28 día de vida. La tasa de mortandad neonatal indica el nivel de desarrollo que tienen la atención prenatal y la atención al recién nacido en un área geográfica o servicio específico, además de la influencia de los programas e intervenciones en este ámbito (8,9,28).

2.2.5.3 Complicaciones maternas

Teóricamente, el nacimiento de producto macrosómico exhibe a la persona a un alto índice de morbimortalidad debido a una contusión intraparto y a la asfixia. Esta dificultad sugiere que muchos de estos embarazos terminan en cesárea. La prevalencia de traumatismos obstétricos está relacionada con la calidad de la gestión del embarazo y de la atención al parto. Este aspecto resulta ser más significativo que la vía de parto a la hora de prevenir el estrés obstétrico (7,11,14).

En estas situaciones, la decisión adelantada de la vía de parto es crucial, por el riesgo de complicaciones durante el parto está vinculado al trabajo de parto, como demuestran los informes internacionales que muestran el uso de fórceps está vinculado con más complicaciones neonatales que el parto vaginal o por cesárea. Estos descubrimientos aconsejan un enfoque anticipado y conservador del parto de un feto macroscópicamente grande, así como el uso selectivo de fórceps en estas circunstancias (11,31).

Consiste en la utilización de elementos externos para sacar al bebé del canal del parto. Cada uno de estos elementos tiene una forma y una función únicas. El más antiguo es el fórceps, aunque los instrumentos actuales incluyen espátulas y una ventosa. El fórceps es una herramienta quirúrgica de metal con que se coloca alrededor de la cabeza del feto y pueden provocar contusiones en el bebé (11,31).

La cesárea puede ser obligatoria cuando el parto vaginal supone un riesgo para la madre o el bebé, por ejemplo, debido a un parto prolongado, sufrimiento fetal o porque el bebé se encuentra en una posición anómala, cuando es médicamente necesaria, es un método eficaz para prevenir la mortalidad materna y perinatal (31).

Las laceraciones o desgarros perineales, también conocidos como desgarros vaginales durante el parto, se producen cuando la cabeza del bebé que sale por la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o tiene un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de daño es bastante frecuente (24).

La hemorragia posparto constituye una de las complicaciones más comúnmente reconocidas en el mundo y una de las principales causas de mortalidad materna. Se reconoce una pérdida hemática superior a 500 mililitros tras el parto por vía vaginal o superior a 1.000 mililitros tras una cesárea (1,10,24,27).

La hemorragia postparto grave es la forma más severa y ocurre durante las primeras 24 horas después del parto. Las principales causas de la HPP son la atonía uterina o los traumatismos/laceraciones, la retención del producto del embarazo y los cambios en la coagulación, siendo la atonía uterina la más frecuente (24).

La rotura uterina es un desgarro uterino espontáneo que puede hacer que el feto quede colgando en el abdomen. Una rotura uterina es bastante rara. Es una urgencia que requiere atención inmediata. El útero puede romperse antes o durante el parto (1,10,24).

2.2.6 Relación entre macrosomía fetal y diabetes gestacional

Existen varias hipótesis que explican la dependencia entre la macrosomía fetal y las gestantes diabéticas, que demuestran que la cantidad excesiva de tejido adiposo fetal es consecuencia directa de la hiperglucemia materna y de una alta conversión de carbohidratos en grasa, a pesar de que se especulaba que el páncreas no estaba afectado (15,21).

Las investigaciones actuales indican que la hipoglucemia fetal puede exacerbar el proceso de expansión insular, lo que analiza el aumento de tamaño del páncreas durante el embarazo, que tiene una masa de islotes pancreáticos y representa el 10% de la masa pancreática total.

El exceso de insulina afecta al crecimiento fetal a través de dos mecanismos: primero, aumenta la utilización de glucosa en la célula, así como su almacenamiento intracelular en forma de glucógeno en el hígado y el músculo esquelético; segundo, favorece la incorporación de aminoácidos a las proteínas, así como su síntesis, y también disminuye el catabolismo proteico y la lipólisis; y tercero, disminuye el crecimiento fetal (18).

El proceso de quedarse embarazada hace que la mujer experimente diversos cambios a nivel general. Su cuerpo cambia para permitir un embarazo ectópico y ayudar a la supervivencia del feto. Además, su sensibilidad periférica a la insulina se altera durante el embarazo de forma dinámica. Aumenta durante el proceso de implantación embrionaria y luego disminuye para volver a los niveles normales. Se está comprobando que la diabetes materna es el principal factor de riesgo del macrosoma, ya que los fetos con macrosomía tienen más probabilidades de sufrir defectos congénitos como trombosis vascular, muerte intrauterina, cardiopatías hipertróficas y diabetes (10,21,24).

Durante el embarazo, los procesos biológicos preparan el cuerpo de la madre para recibir el desarrollo del producto en el útero, así como los cambios físicos en el cuerpo para sostener el desarrollo del producto y las consecuencias que produce en el cuerpo de la madre. La pérdida de peso es uno de los muchos cambios que se pueden hacer para tener suficiente control sobre este valor, que puede causar complicaciones para ambas partes durante y después del embarazo (24,25,29,31).

Un IMC elevado durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones, como preeclampsia, diabetes gestacional, menores tasas de parto espontáneo y mayores tasas de inducción, partos instrumentales, cesáreas, morbilidad posparto y enfermedades fetales (31).

CAPÍTULO III

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1 Área de estudio

Este estudio de caso se realizó en el Hospital Básico de Pasaje “San Vicente de Paúl”, el cual corresponde al segundo nivel de atención y de tercer nivel de complejidad del cantón Pasaje, provincia de El Oro.

3.1.2 Tipo de investigación

Este estudio de caso tiene un enfoque observacional, analítico y descriptivo, que se sitúa dentro del modelo cualitativo, para los análisis de casos clínicos, mediante la revisión de algunos artículos científicos direccionadas a la historia clínica que nos permiten aplicar los cuidados de enfermería enfocados en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

3.1.3 Método de estudio

Se aplica tres métodos de estudios de campo en las cuales están diferenciados por:

- **Método Analítico**, se da mediante las revisiones bibliográfica, información que nos permite comprender al objeto de estudio.
- **Método Descriptivo**, los artículos científicos recopilados nos permite detallar características presentes en este trabajo.
- **Método observacional**, Mediante la valoración y la anamnesis de la paciente dentro del ámbito hospitalario nos permite observar rasgos importantes para su atención.

3.1.4 Unidad de análisis

En este estudio de caso se trata de paciente de recién nacido de sexo femenino con diagnóstico pediátrico; (P08.1) Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional (40.3 semanas de gestación) + (P70.0) Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional + (P39) Otras infecciones específicas del período perinatal.

3.1.5 Técnicas de Investigación

La obtención de los datos expuestos en este trabajo se da gracias a la revisión de la historia clínica bajo la autorización firmada de la paciente, se realizó la debida entrevista y observación acompañada de búsquedas bibliográficas de la patología que presenta la recién nacida y su relación con el padecimiento de la madre en el periodo de gestación y a través de diferentes estudios previos de tipo "artículos científicos" de bases de datos de alto impacto, así lograr los resultados deseados.

Además, se realizó una técnica de entrevista donde se le hizo varias formulaciones de preguntas a la madre de forma de sencilla generando un ambiente de confianza como de referencia para obtener información necesaria.

3.1.6 Instrumentos de investigación

En este presente estudios de caso se utilizaron diferentes instrumentos como:

- Consentimiento informado
- Historia clínica de la paciente.
- Entrevista semiestructurada al paciente y familiar.
- Fuentes bibliográficas, de bases teóricas como: Elsevier, Scielo, Scopus, Science Direct, Ebsco y demás instrumentos que nos ofrece la UTMACH.
- Taxonomía de los libros NANDA, NIC Y NOC.

3.1.6 Categorías

Para el desarrollo de este estudio de caso encontramos los siguientes apartados:

- Datos Personales - Datos de Residencia
- Datos del Lugar de Atención
- Antecedentes Obstétricos
- Antecedentes Familiares
- Signos Vitales
- Examen Físico
- Motivo de Ingreso
- Diagnóstico
- Exámenes de laboratorio
- Planes de Cuidados de enfermería

3.2 Proceso de recolección de datos

La recolección de los datos se presentó de la siguiente forma:

- Consentimiento informado, firmado por la madre de la recién nacida.
- Solicitud a la Directora del Hospital Básico de Pasaje “San Vicente de Paul” para la obtención y revisión de la información que nos brinda la historia clínica
- Documentación de datos y revisión sistemática.
- La elaboración de planes de cuidados para la atención de enfermería acorde a las necesidades del paciente basado en la Teoría del Autocuidado de Dorothe E. Orem, este proceso se realizó mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

3.2.1 Aspectos legales

La documentación del Consentimiento informado es analizado, comprendida y firmada por la representante legal de la paciente, donde se indica el propósito de la investigación y el rol que interpreta como parte del presente trabajo.

3.2.2 Principios éticos

Principio de no maleficencia

Este trabajo no busca perjudicar de ninguna forma a la usuaria o a sus familiares, la madre como tutora legal tiene la última potestad de continuar con este estudio de caso, caso contrario pueden retirarse de la investigación.

Principio de beneficencia

Se le brinda una atención personalizada materno-infantil, con la oportunidad de atender las necesidades requeridas en el proceso de su infancia, educación de temas de interés como la Lactancia Materna, la Vacunación, entre otras.

Principio de autonomía

Las decisiones importantes son tomadas con criterio y consciencia, la tutora legal tiene la potestad de continuar o retirarse del caso.

Principio de justicia

Mediante este apartado nos vemos en la obligación ética y moral de manejar una atención brindada de calidad, optima y como corresponde. La usuaria merece un trato justo y adecuado a sus necesidades.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos

3.3.1 Historia clínica

Se realiza la revisión de la Historia Clínica de la madre y del producto, los cuales nos brinda la obtención de los siguientes datos:

3.3.1.1 Datos personales

- **Apellidos:** Asanza Chavez
- **Nombres:** Sandra Del Roció
- **Cedula de ciudadanía:** 0704195965
- **Fecha de nacimiento:** 24 de Julio de 1982
- **Edad:** 39 años de edad
- **Sexo:** Femenino

3.3.1.2 Datos de residencia

- **País:** Ecuador
- **Provincia:** El Oro
- **Cantón:** Pasaje
- **Parroquia:** Tres Cerritos
- **Ciudadela:** Chofer N° 1
- **Dirección de domicilio:** Av. Carlos Falquez y Mellington Ochoa
- **Referencia:** A dos cuadras del Distrito de Educación

3.3.1.3 Datos del lugar de atención

- **Primer nivel de atención:** Centro de Salud “Nuevos Horizontes”
- **Segundo nivel de atención:** Hospital Básico “San Vicente de Paul”
- **Historia clínica de la madre:** 69040
- **Ingreso y egreso:** Del 15 hasta el 18 de Marzo del 2022
- **Historia clínica del neonato:** 140247
- **Ingreso y egreso:** Del 16 hasta el 21 de Marzo del 2022

3.3.1.4 Antecedentes familiares

- **Padre:** Hipertensión Arterial
- **Madre:** Diabetes Mellitus tipo 2
- **Hermano:** Diabetes Mellitus tipo 2

3.3.1.5 Antecedentes obstétricos

- **Gestas Previas:** 3
- **Abortos:** 0
- **Partos:** 0
- **Cesáreas:** 3
- **Controles Prenatales:** 6

3.3.2 Diagnostico CIE-10 de la gestante

- (Z32.1) Embarazo confirmado de 40.3 semanas de gestación
- (O24.3) Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo.

3.3.3 Hospitalización y evolución de la gestante

3.3.3.1 Signos vitales

- **Presión Arterial:** 125/75 mmHg
- **Frecuencia Cardíaca:** 92 lpm
- **Frecuencia Respiratoria:** 22 rpm
- **Saturación de Oxígeno:** 99 %
- **Temperatura:** 37 °C
- **SCORE MAMA:** 0

3.3.3.2 Resultados de exámenes de laboratorio

- **Glucemia en Ayuna:** >179.5 mg/dL
- **Hemoglobina:** 12.9 g/dL
- **Hematocritos:** 40.4 %
- **Proteínas:** 6.24 g/dL

3.3.3.3 Examen físico

- **Cabeza:** Normo cefálica sin alteraciones presentes.
- **Cuello:** Móvil y simétrico en relación al tórax.
- **Mamas:** Con producción de leche materno y pezón formado.
- **Abdomen:** Globuloso ocupado por feto único vivo, con AFU: 42 cm, FCF: 145 lpm.
- **Genitales:** Sin alteración presente y sin perdidas transvaginales.
- **Extremidades:** Móviles y simétricas con fuerza y tono muscular conservado.

3.3.4 Diagnóstico CIE-10 al ingreso del neonato.

- (P08.1) Otros recién nacidos con sobrepeso para la edad gestacional (40.3 semanas de gestación)
- (P70.0) Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional
- (P00.1) Feto y recién nacido afectados por enfermedades renales y de las vías urinarias de la madre
- (P39) Otras infecciones específicas del período perinatal
- (P22.8) Otras dificultades respiratorias del recién nacido.

3.3.5 Medidas antropométricas al nacer

- **Semanas de Gestación:** 40.3 SG
- **Percentil al Nacer:** > 90
- **Peso al Nacer:** 4310 g
- **Talla al Nacer:** 48 cm
- **Perímetro Cefálico:** 32 cm
- **Perímetro Abdominal:** 40 cm
- **Perímetro Torácico:** 40 cm

3.3.6 Hospitalización y evolución del neonato

3.3.6.1 Indicaciones durante el nacimiento

- Apego materno inmediato.
- Pinzamiento y corte del cordón umbilical.
- Medidas antropométricas.
- Aspiración de secreciones.
- Valoración de APGAR
- Valoración de Silverman
- Identificación del Recién Nacido
- Administración de profilaxis de Credé oftálmico.
- Administración de profilaxis de Vitamina K 1mg intramuscular.
- Administración de oxígeno HALO cefálico / HOOD por 2 horas
- No manipulación por 2 horas.
- Vacunación BCG y HB pediátrica.
- Lactancia materna a libre demanda.
- Cuidados del cordón umbilical.

3.3.6.2 Indicaciones de Ingreso

- Control de signos vitales cada 3 horas.
- Mantener temperatura entre 36 °C y 36.5 °C.
- Control de glucemia dos veces al día (06H00 y 18H00).
- Control de ingesta y eliminación.
- Rayos X de cadera y AP y lateral de pie derecho.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Dextrosa al 10% en agua 1000cc pasar IV a 11ml/h.
- Ampicilina 215 mg IV cada 12 horas.
- Gentamicina 21.5mg IV QD.

3.3.6.3 Indicaciones a la Alta Médica

- Lactancia materna a libre demanda.
- Indicaciones de señales de peligro.
- Baño diario, baños de sol.
- Tamizaje metabólico neonatal.
- Tamizaje auditivo neonatal.
- Cuidados del cordón umbilical.
- Control por consulta externa.
- Comunicar novedades.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 Descripción teórica de resultados.

4.1.1 Descripción del Caso Clínico.

4.1.1.1 Ingreso de la Paciente.

Paciente de 39 años de edad de sexo femenino, se encuentra cursando su tercera gesta, con una edad gestacional de 40.3 SG, por FUM, con 6 controles prenatales, con diagnóstico CIE-10 de Diabetes Mellitus en el Embarazo (O24), es ingresada en el Hospital Básico San Vicente de Paul (HSPV), en el área de ginecología desde la consulta externa, para procedimiento obstétrico (cesárea) programado por medico ginecólogo, Dr. Jorge Ayala.

Paciente se realiza controles prenatales en centro de salud “nuevos horizontes”, y se refiere al HSPV, a las 25 semanas de gestación por presentar niveles altos de glucosa en sangre, donde mediante exámenes de laboratorio se obtiene una glucemia en ayunas de 179.5, por lo cual se corrige con 2 UI de insulina cristalina.

Paciente ingresa a centro obstétrico consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, acompañada de personal de enfermería desde el área de ginecología bajo normas de seguridad. Durante la intervención quirúrgica se observó que la paciente presentó un cuadro de hipertensión arterial de 200/90 mmHg, por lo que se le administró una ampolla de Enalapril intravenosa.

4.1.1.2 Atención de la Cesárea.

Bajo normas de sepsia y antisepsia se inicia la cesárea, obtenido producto único vivo de sexo femenino a las 14H10 con un APGAR de 6/9, con presencia de líquido amniótico meconial, producto macrosómico de 4310 gramos. Se clampea cordón umbilical, se aspiran secreciones nasofaríngeas y orofaríngeas con sonda de succión número 8, obteniendo liquido con tinte meconial en moderada cantidad.

Recién nacido es valorado por pediatra el cual decide su ingreso al área de neonatología para iniciar el tratamiento con antibiótico para disminuir riesgo de sepsis y riesgo de hipoglicemias, ingresa con diagnóstico médico.

4.1.2 Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método científico el cual permite a la enfermería establecer planes de cuidados estandarizados hacia el individuo, familia y/o comunidad con la finalidad de compensar requerimientos en los usuarios, lo que se interpretan como necesidades básicas del paciente, estas mismas pueden ser físicas, psicológicas, interpersonales y/o sociales. Este proceso cuenta con 5 etapas.

- **Valoración:** Es el primer paso para conocer la situación del recién nacido con esta, el punto es recopilar todos los datos necesarios para determinar su estado de salud.
- **Diagnóstico:** Después de examinar al paciente, el siguiente paso es determinar el problema, los diagnósticos de enfermería deben apegarse al NANDA.
- **Planificación:** En esta fase, se desarrolla planes de cuidados, es decir, describir qué resultados debe lograr el paciente en relación a su diagnóstico.
- **Ejecución:** Son las acciones a ejecutar ya planteadas que permiten un mejoramiento del estado de salud del paciente.
- **Evaluación:** RN con buen reflejo de succión y deglución, valor normal de glucemia.

4.1.3 Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem establece de manera general la Teoría del Autocuidado, es así como esta cuenta con 3 teorías interrelacionadas entre sí, las mismas que se presentan y se describen a continuación.

Teoría del Autocuidado. describe como un individuo realiza sus propios cuidados, complaciendo por si mismos las necesidades que pueden verse afectadas, en los neonatos, esta acción recae en los padres del recién nacido.

Teoría del Déficit del Autocuidado. Aquí podemos encontrar una deficiencia por parte del individuo en cumplir las necesidades propias, como se establece anticipadamente los cuidados del neonato recae en los padres, es así como podemos indicar que estos mismos no son capaces de satisfacer las necesidades de sus infantes.

Teoría de Sistemas de Enfermería. A la falta del autocuidado del usuario ya se involucra al personal de enfermería para sustituir los déficits de los cuidados que satisfacen al individuo, aquí encontramos la aplicación de los métodos científicos de enfermería, como es la elaboración del PAE, en este estudio de caso este proceso se aplica a través de la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

4.2 Argumentación teórica de resultados

En la actualidad, la macrosomía fetal es una de las complicaciones principales de desórdenes metabólicos en el embarazo, al ser nuestro objeto de estudio producto de una madre con diabetes gestacional no controlada es más que evidente que la causa principal de su elevada masa corporal se debe precisamente a esta patología, así como lo indica Cabrera Figueredo, et al. en el año del 2022 en su artículo “Macrosomía fetal y factores de riesgo asociados” (28,32).

Estas determinan complicaciones propias tanto para la madre como para el producto, problemas que van desde el proceso de parto como un aumento en la tendencia a la cesárea entre mayor es el peso del feto, reduciendo riesgos como asfixia perinatal, aspiración de meconio, fractura de clavícula, lesión del plexo braquial y distocia de hombro como lo determina Gutarra Vilchez, et al. en su artículo publicado del 2018 (28).

Otros problemas en la vida extra útero del recién nacido, con presencia de desequilibrio de los niveles de glucosa en sangre con una tendencia a la hipoglucemias, cuadro clínico propio del síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional como lo describe Antón Grández en su estudio “actualización en el abordaje sanitario de la diabetes gestacional” presentado en el año 2022 (33,34).

Se logró ejecutar los objetivos planteados en este estudio de caso de atención de enfermería en pacientes con macrosomía fetal por parte de madre gestante, con el fin de prevenir las complicaciones, factores de riesgos y el autocuidado del recién nacido mediante las intervenciones de enfermería y el modelo de la Teoría Dorothea E. Orem.

Al alcanzar a cumplir esta realización de investigación, se pudo observar las estadísticas de multitudes complicaciones que puede provocar al producto y a la madre, llegando con el objetivo de indagar de varias revisiones bibliográficas de manera correcta para llegar a un objetivo específico y así poderlo aplicar en el campo de estudio.

4.3 Conclusiones

En este estudio de caso clínico se abordó de una manera sencilla sobre la patología de producto macrosómico en paciente con Diabetes Gestacional, por lo cual ocurre una complicación muy frecuente en el embarazo, durante el proceso de gestación se basa en el aumento de metabolismo de los hidratos de carbono que se identifica por primera vez en el embarazo, evitar que se aumente los niveles de glucemia y de esta forma así prevenir las complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal, problemas neonatales como es la macrosomía fetal que es el aumento excesivo de peso al nacer que lo determinan como un peso mayor a los 4000 gramos. Esto se considera un riesgo para mujeres diabéticas porque aumenta el daño al nacer por lo cual se les realizan una intervención de cesárea que ayudan a evitar complicaciones al nacer.

Para lograr a reducir estas complicaciones se requiere la responsabilidad de la madre gestante en tener buenos hábitos alimenticios, acudir los controles prenatales periódicamente para evitar cualquier problema, además el personal de salud como las enfermeras deberían también actuar en los cuidados directos de la paciente sea en la educación y promoción de salud a la gestante dando así a identificar las complicaciones y así evitarlas.

Dentro de este caso se aplicó la teoría de Dorothea Orem ya que es ejecutado del autocuidado que explica como los individuos llevan a cabo a su propio cuidado y satisfacen sus propias necesidades que pueden verse afectadas, con el objetivo de mejorar o mantener el estado de salud de la paciente a través de las posibilidades que le puede brindar la confianza al enfermero de salud.

4.4 Recomendaciones

Dentro de estas recomendaciones podemos lograr evitar las complicaciones entre si mencionaremos los siguiente:

- Para logara mejorar la experiencia académica de la carrera de enfermería deben recibir herramientas para el cuidado directo de los pacientes tanto en el ámbito Hospitalario como en el centro de salud.
- Evaluar el conocimiento del personal de salud como enfermeros y enfermeras a través de guías, compañías, estudios de casos que constituyen pilares fundamentales de apoyo para el paciente en formación ya que expresa los hallazgos desde una perspectiva de atención directa, para conmoveer la promoción y prevención de salud.
- Para la formación de pre profesional busquen la información de relevancia para tomar decisiones cuando y en qué momento, por lo tanto, que el personal de enfermería debe usar un lenguaje simple y fluido al momento de hablar con el paciente y brindarle asesoría y confianza las veces que sean requeridas.
- La educación y promoción de salud hacia las mujeres gestante sobre las complicaciones maternos fetales para así lograr prevenir dificultades en la alimentación y hábitos diarios.
- Acudir a los controles prenatales en los centros de salud para evitar la macrosomía fetal relacionada a la diabetes en el embarazo.
- Controlar y aumentar el peso adecuado con las semanas de embarazo llevando una dieta de bajo índice glucémico, tomando en cuenta el crecimiento y desarrollo del producto.
- Realizar algún deporte o actividad físicas adecuado para su proceso de gestación.
- Evitar un parto de alto riesgo hay que tomar en cuenta la monitorización fetal adecuada para confirmar un control de bienestar fetal intraparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laverde Preciado LM, Peláez Domínguez MC, Ferreira Morales JL, Cano Calle K, Campo Campo MN, Cuesta Castro DP. Perfil clínico de pacientes con diabetes gestacional e incidencia de complicaciones neonatales en un centro de referencia materno-fetal colombiano. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*. 2020; 85(3): p. 210-220.
2. Melo Bastidas LJ, Guerrero Portilla MP, Gómez Mercado CA, Quirós Gómez OI. Factores maternos asociados al peso del recién nacido en una IPS de Medellín, Colombia, 2018. *Perspectivas en Nutrición Humana*. 2021; 23(1): p. 39-52.
3. Torre JL, Barrios I, Bataglia R. Factores de riesgo materno asociados con macrosomía fetal en el Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*. 2021; 54(2): p. 71-78.
4. Huacachi Trejo K, Correa López LE. Características maternas asociadas al diagnóstico de macrosomía fetal en un Hospital III-1 de la capital de Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020; 20(1): p. 76-81.
5. Ruiz Canchucay A, Cano Cardenas L. Factores maternos asociados a macrosomía fetal según la encuesta nacional de demografía y salud familiar de 2020. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2022; 22(3): p. 489-496.
6. Agudelo Espital V, Parra Sosa BE, Restrepo Mesa SL. Factores asociados a la macrosomía fetal. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53(100): p. 1-10.
7. Toapanta Pinta P, Merizalde Guerra A, Alarcón Andrade P, Vasco Toapanta C, Vasco Morales S. Factores perinatales asociados a macrosomía fetal, en un hospital de Quito-Ecuador. *South Florida Journal of Development*. 2021; 2(4): p. 4945-4955.
8. Peña Salas MS, Escribano Cobalea M, López González E. Macrosomía fetal: factores de riesgo y resultados perinatales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2021; 48(3).

9. Shafqat T, Zeb L, Yasmin S. Fetal Macrosomia Among Non-diabetic Women: Our Experience in a Developing Country. *The Cureus Journal of Medical Science*. 2022; 14(7): p. 1-7.
10. Violante Ortíz R, Fernández Ordóñez NL, Requena Rivera CA, Mojarro Bazán SS, Alemán Cabrera T. Desenlaces materno-fetales en mujeres con diabetes gestacional en un programa de control intensivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2023; 61(1): p. 61-67.
11. Corbett GA, Hunter S, Javaid A, McNamee E, O'Connell M, Lindow SW, et al. Non-diabetic fetal macrosomia: outcomes of elective delivery versus expectant management. *Irish Journal of Medical Science*. 2022;; p. 1-9.
12. Bazalar Salas D, Loo Valverde M. Factores maternos asociados a macrosomía fetal en un hospital público de Lima - Perú, enero a octubre 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2019; 19(2): p. 62-65.
13. Olivares J, Olivares M, Grilli L, Verdasco C, Miglianelli C. Historia metabólica de pacientes con antecedentes de diabetes gestacional. Seguimiento durante seis años (2013-2019). *Revista de la sociedad argentina de diabetes*. 2021; 51(1): p. 13-20.
14. González Plaza E, Bellart J, Martínez Verdú MÁ, Arranz Á, Luján Barroso L, Seguranyes G. Prevalencia de sobrepeso y obesidad preconcepcional en mujeres gestantes, y relación con los resultados maternos y perinatales. *Enfermería Clínica*. 2022; 32(1): p. S23-S30.
15. Kautzky Willer A, Harreiter J, Winhofer Stöckl Y, Bancher Todesca D, Berger A, Repa A, et al. Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2019). *Wiener klinische Wochenschrift. The Central European Journal of Medicine*. 2019; 131(1): p. S91-S102.
16. Pagotto V, Posadas Martínez ML, Salzberg S, Pochettino PA. Diabetes mellitus gestacional en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina: incidencia, tratamiento y frecuencia de tamizaje para reclasificación posparto. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*. 2022; 79(3): p. 248-253.

17. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *The BMJ*. 2022; 2022(377): p. 1-13.
18. Ynguil Amaya W, Caciano Leiva B, Vega Díaz H, Bravo Avilés J. Factores de riesgo asociados a la hipoglucemia en recién nacidos. *Acta Médica Peruana*. 2022; 39(1): p. 65-72.
19. Santos Antonio G, Alvis Chirinos K, Aguilar Esenarro L, Bautista Olórtegui W, Velarde Delgado P, Aramburu A. Ganancia de peso gestacional como predictor de macrosomía y bajo peso al nacer: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020; 37(3): p. 403-411.
20. Nahavandi S, Seah Jm, Shub A, Houlihan C, Ekinici El. Biomarkers for Macrosomia Prediction in Pregnancies Affected by Diabetes. *Frontiers in Endocrinology*. 2018; 9(407): p. 1-25.
21. Mitánchez D. Recién nacido de madre diabética. *EMC - Pediatría*. 2018; 53(3): p. 1-13.
22. Giannakou K, Evangelou E, Yiallourous P, Christophi CA, Middleton N, Papatheodorou E, et al. Risk factors for gestational diabetes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. *PLOS ONE*. 2019; 14(4): p. 1-19.
23. Lajili O, Htira Y, Temessek A, Hedfi I, Amara SB, mami fb. Incidence of maternal and fetal outcomes in women with gestational diabetes. *La tunisie Medicale*. 2022; 100(3): p. 241-246.
24. Vargas Sanabria AP, Niño Tovar MA, Acosta Rodriguez AL, Acosta Rodriguez AL, Pérez LA. Relación entre obesidad gestacional y desenlaces perinatales adversos: Estudio multicéntrico. *Andes Pediatría - Revista Chilena de Pediatría*. 2021; 92(4): p. 548-555.
25. López del Val T, Alcázar Lázaro V, García Lacalle C, Torres Moreno B, Castillo Carbajal G, Alameda Fernandez B. Glucemia basal en el primer trimestre como acercamiento inicial al diagnóstico de la diabetes en el embarazo. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2019; 66(1): p. 11-18.

26. Akinmola OO, Okusanya BO, Olorunfemi G, Okpara HC, Azinge EC. Fetal macrosomia, fetal insulin, and insulin-like growth factor- 1 among neonates in Lagos, Nigeria: A case-control study. PLOS ONE. 2022; 17(8): p. 1-12.
27. Balestena Sánchez JM, Suárez Blanco CM, Balestena Justiniani A. Resultados maternos perinatales vinculados a la macrosomía fetal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2022; 26(4): p. 1-12.
28. Gutarra Vilchez R, Conche Prado C, Mimbela Otiniano J, Yavar Geldres I. Macrosomía fetal en un hospital del Ministerio de Salud del Perú, de 2010 a 2014. Ginecología y obstetricia de México. 2018; 86(8): p. 530-538.
29. Jauregui Sueldo JC, Muñoz de la Torre RJ, Toral Santillán EJ, Bendezú Rivero T. Altura uterina versus ecografía obstétrica para detectar macrosomía fetal. Hospital San Juan de Kimbiri, Perú. MediSur. 2022; 20(2): p. 285-291.
30. Menticoglou S. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies. International Journal of Women's Health. 2018; 2018(10): p. 723-732.
31. Phaloprakarn C, Tangjitgamol S. Risk score for predicting primary cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus. BMC Pregnancy and Childbirth. Octubre; 20(607): p. 1-18.
32. Cabrera Figueredo I, Rodríguez Fernández JM, Porrata Mauri JL, González Basulto MJ. Macrosomía fetal y factores de riesgo asociados en la provincia Camagüey. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2022; 26(e8750): p. 1-12.
33. Antón Grández MP. Actualización en el abordaje sanitario de la diabetes gestacional. Revista NPunto. 2020; 3(28): p. 4-24.
34. Cruz Hernández J, Pérez Fundora A, Yanes Quesada M, Hernández García P. Factores de riesgo de diabetes gestacional en mujeres embarazadas de una maternidad de La Habana. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2020; 36(2): p. 1-12.

ANEXOS

Proceso de Atención de Enfermería

Hipoglucemia

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES (NANDA)	
Dominio (2)	Nutrición
Clase (4)	Metabolismo
Diagnostico (00179)	Riesgo de Nivel de glucemia inestable
Factores de Riesgo	Aumento de Peso Excesivo, Gestión Inadecuada de la Diabetes Gestacional
Diagnostico NANDA: (00179) Riesgo de Nivel de glucemia inestable relacionado con el aumento de peso excesivo y la gestión inadecuada de la Diabetes Gestacional.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
Dominio (II)	Salud Fisiológica
Clase (AA)	Respuesta Terapéutica
Resultados (2300)	Nivel de Glucemia
Indicadores (230001)	Concentración Sanguínea de Glucosa
Puntuación DIANA	Mantener a 2; Aumentar a 5

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio 2	fisiológico: complejo
Clases G	Control de Electrolitos y Acido-Básico
Intervenciones (2130)	Manejo de la Hipoglicemias
Actividades de Enfermería	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia. 2. Identificar los signos y síntomas de la hipoglucemia. 3. Administrar glucosa I.V. si está indicado. 4. Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia 5. Enseñar a la familia los signos y síntomas como factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. 	

Sobrepeso

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES (NANDA)	
Dominio (2)	Nutrición
Clase (1)	Ingestión
Diagnostico (00233)	Sobrepeso
Características Definitorias	Recién Nacido: Peso > 4000 gramos, en relación con las semanas de gestación > 90 percentil.
Factores Relacionados	Diabetes Gestacional
Diagnostico NANDA: (00233) sobrepeso relacionado con la Diabetes Gestacional y manifestado por recién nacido con peso > 4000 gramos o >90 percentil con relación a las semanas de gestación.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
Dominio (II)	Salud Fisiológica
Clase (K)	Digestión y Nutrición
Resultados (1020)	Estado Nutricional del Lactante
Indicadores (102015)	Relación Peso y Talla
(102008)	Glucemia
(102022)	Administración Intravenosa de Líquidos
Puntuación DIANA	Mantener a 3; Aumentar a 5

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio (1)	Fisiológico: Básico
Clases (D)	Apoyo Nutricional
Intervenciones (1160)	Monitorización Nutricional
Actividades de Enfermería	
<ol style="list-style-type: none">1. Pesar al paciente pediátrico.2. Monitorizar el crecimiento y desarrollo.3. Obtener medidas antropométricas de la composición corporal4. Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia del peso, es decir en pacientes pediátricos marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada.5. Iniciar el tratamiento o derivar al paciente según corresponda	

Riesgo de Infección

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES (NANDA)	
Dominio (11)	Seguridad / Protección
Clase (1)	Infección
Diagnostico (00004)	Riesgo de Infección
Factores de Riesgo	Enfermedad (Diabetes Gestacional), Procedimiento Invasivo y Obesidad
Diagnostico NANDA: (00004) Riesgo de Infección relacionado con Enfermedad (Diabetes Gestacional), Obesidad y Procedimientos invasivos.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
Dominio (I)	Salud Funcional
Clase (B)	Desarrollo y Crecimiento
Resultados (0112)	Estado Fetal: Durante el parto (cesárea)
Indicadores (011204)	Color del Líquido Amniótico
(011205)	Cantidad del Líquido Amniótico
Puntuación DIANA	Mantener a 3; Aumentar a 5

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio (4)	Seguridad
Clases (V)	Control de Riesgo
Intervenciones (6550)	Protección contra las infecciones
Actividades de Enfermería	
<ol style="list-style-type: none">1. Observar los signos y síntomas de infección.2. Observar la vulnerabilidad del paciente hacia las infecciones.3. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.4. Utilizar los antibióticos con sensatez.5. Instruir al familiar acerca de los signos y síntomas de infección.	



Laboratorio Clínico

Fecha de ingreso: martes, 30 de noviembre de 2021 (09:09)
 Paciente: ASANZA CHAVEZ SANDRA DEL ROCIO
 Orden: 117056 Sexo: FEMENINO Edad: 41 AÑOS Cédula: 0704195965
 Médico: DRA. NILDA DELGADO Ref.: CONSULTA EXTERNA
 Res. T.M.: Fecha Imp.: 15/04/2023 00:40

HEMATOLOGIA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
RDW-SD	45.80	fL	35.0 - 56.0
RDW-CV	14.20	%	11.0 - 16.0
Plaquetas	409.00	10 ⁹ /ul	150.00 - 400.00
VPM	9.80	fl.	6.5 - 12.0
Granulocitos	0.40	%	
Granulocitos	0.04	10 ³ /uL	

Validado por: Bioq. Diana Gonzalez
 30/11/2021 (09:37)

BIOQUIMICA SANGUINEA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
Glucosa en Ayunas METODO: Enzimática colorimétrico	179.5	mg/dl	70 - 105
Urea METODO: UV Cinético	18.0	mg/dl	15 - 45
Creatinina METODO: Cinético	0.49	mg/dl	0.50 - 0.90

Validado por: Dra. Gloria Pardo
 30/11/2021 (10:46)

EXAMENES DE URINA

RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
-----------	----------	------------------------

ELEMENTAL Y MICROSCOPICO DE URINA (EMO)

FISICO

Color AMARILLA
 Aspecto TRANSPARENTE

Dra. Nilda Delgado
 BIQUIMICA FARMACUTICA
 No. REG. INEWT
 07-07-0418-12

(*) Resultados verificados

La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

(**) LOS VALORES DE REFERENCIA DE ESTE INFORME ESTAN DE ACUERDO A EDAD Y SEXO DEL PACIENTE.



Laboratorio Clínico

Fecha de ingreso: martes, 30 de noviembre de 2021 (09:09)
 Paciente: ASANZA CHAVEZ SANDRA DEL ROCIO
 Orden: 117056 Sexo: FEMENINO Edad: 41 AÑOS Cédula: 0704195965
 Médico: DRA. NILDA DELGADO Ref.: CONSULTA EXTERNA
 Res. T.M.: Fecha Imp.: 15/04/2023 00:40

EXAMENES DE ORINA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
Células epiteliales	(++)		
Bacterias	(++)		
Hematies Orina	1-3	x campo	
Leucocitos	18-20	x campo	
Filamento Mucoso	(+)		
Cristales	NEGATIVO		
Esporas de Hongos	NEGATIVO		
Cilindros	NEGATIVO		
Otros Orina	-		

Validado por: TEC.MED. JAMIL AREVALO
 30/11/2021 (10:11)

Dra. Nilda Delgado
 BIOMÉDICA FARMACÉUTICA
 No. REG. INHWI
 07-07-0418-12

(*) Resultados verificados

La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

(**) LOS VALORES DE REFERENCIA DE ESTE INFORME ESTAN DE ACUERDO A EDAD Y SEXO DEL PACIENTE.

Exámenes de Laboratorio del Recién Nacido

MINISTERIO DE SALUD

Hospital San Vicente de Paul - El Oro



Laboratorio Clínico

Fecha de ingreso: miércoles, 16 de marzo de 2022 (17:06)

Paciente: ASANZA CHAVEZ RN

Cédula:

Orden: 126655

Sexo: FEMENINO Edad: 1 AÑOS

Ref.: HOSPITALIZACION

Médico: MERY MOROCHO

Uni.: NEONATOLOGIA

Res. T.M.:

TIPIACION

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
Grupo Sanguíneo	' ' O ' '		
Factor RH	POSITIVO		

Validado por: Lcdo. Carlos Veintimilla
16/03/2022 (18:12)

SEROLOGIA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
V.D.R.L.	SIFILIS PRUEBA RAPIDA	NEGATIVO	

METODO : Aglutinación de partículas

Validado por: Lcdo. Carlos Veintimilla
16/03/2022 (19:30)

HEMATOLOGIA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA			
Leucocitos	36.22	10 ⁹ /ul	4.00 - 10.00
Segmentados	31.90	%	50.0 - 70.0
Linfocitos	56.80	%	20.0 - 40.0
Eosinófilos	0.90	%	1 - 4
Monocitos	7.30	%	2.0 - 4.0
Basófilos	2.10	%	0.10 - 3.70
Segmentados	11.55	10 ⁹ /ul	2.0 - 7.0
Linfocitos	20.57	10 ⁹ /ul	0.8 - 4.0
Eosinófilos	0.33	10 ⁹ /ul	0.02 - 0.5
Monocitos	2.64	10 ⁹ /ul	0.0 - 0.70

Dra. María Concepción Cordero
BIQUIMICA FARMACUTICA
No. REG. INHMT
07-07-0418-12

(†) Resultados verificados

La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.

(**) LOS VALORES DE REFERENCIA DE ESTE INFORME ESTAN DE ACUERDO A EDAD Y SEXO DEL PACIENTE.

Pasaje - El Oro - Ecuador



Laboratorio Clínico

Fecha de ingreso: miércoles, 16 de marzo de 2022 (17:06)
 Paciente: ASANZA CHAVEZ RN
 Orden: 126655 Sexo: FEMENINO Edad: 1 AÑOS
 Médico: MERY MOROCHO
 Res. T.M.:
 Cédula:
 Ref.: HOSPITALIZACION
 Uni.: NEONATOLOGIA

HEMATOLOGIA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
Basófilos	0.76	10 ³ /ul	Menor a 0.10
Total de Morfología	100.00	%	
Hematíes	4.45	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00
Hemoglobina	13.90	g/dl	14.00 - 19.00
Hematócrito	44.00	%	42.00 - 60.00
VCM.	98.90	fl.	98.00 - 118.00
HCM	31.20	pg.	27.00 - 32.00
CHCM	31.60	g/dL	30.00 - 36.00
RDW-SD	81.20	fL	35.0 - 56.0
RDW-CV	23.40	%	11.0 - 16.0
Plaquetas	282.00	10 ³ /ul	150.00 - 400.00
VPM	12.40	fl.	6.5 - 12.0
Granulocitos	1.00	%	
Granulocitos	0.35	10 ³ /uL	

Validado por: Lcdo. Carlos Veintimilla
 16/03/2022 (17:56)

BIOQUIMICA SANGUINEA

	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA **
Glucosa en Ayunas METODO : Enzimática colorimétrico	21.9	mg/dl	40 - 60
TGO/ASAT Metodo: Enzimatico	87.3	U/L	Menor a 40.0
TGP/ALAT Metodo: Enzimatico	16.6	U/L	Menor a 40.0
Urea METODO : UV Cinético	18.7	mg/dl	15 - 45
Creatinina METODO : Cinético	0.83	mg/dl	0.50 - 0.90

Dra. Carolina Veintimilla
 BIOQUIMICA FARMACUTICA
 No. REG. INHW
 07-07-0478-12

(*) Resultados verificados La interpretación de los resultados es exclusivo del médico.
 (**) LOS VALORES DE REFERENCIA DE ESTE INFORME ESTAN DE ACUERDO A EDAD Y SEXO DEL PACIENTE.

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Calidad, Pertinencia y Calidez
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La finalidad que tiene la presente ficha de consentimiento informado es de proveer a la participante del trabajo de información clara, concisa y concreta de su rol como sujeto activo en la investigación.

La presente investigación es conducida por Gómez Dumaguala Karla Andrea
y Pineda Sigcho Jefferson Josue, estudiantes de la carrera de enfermería.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista y visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Mediante la firma de este documento; Yo AZANZA CHAVEZ SANDRA DEL ROCIO con cédula de ciudadanía 070419596-5 acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de 8^{vo} Semestre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que realicen su trabajo de titulación con mi caso clínico.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Además de lo anterior autorizó que se tome la información de mi historia clínica y fotos, para ser incluida como evidencias, lo cual puede ser compartida y/o difundida con fines académicos.

Firma del Participante

070419596-5