



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A LACTANTE MENOR DE 32 SEMANAS
Y 3 DIAS DE NACIDO DEL HOSPITAL REGIONAL
LAMBAYEQUE- CHICLAYO- 2019.**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Tineo Díaz Noris del Pilar

Asesora:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

Línea de Investigación:

CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA

**Pimentel - Perú
2019**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
LACTANTE MENOR DE 32 SEMANAS Y 3 DIAS DE NACIDO DEL
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE- CHICLAYO- 2019.**

PRESENTADO POR:

TINEO DÍAZ NORIS DEL PILAR

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado:

BACHILLER EN ENFERMERÍA:

Mg. Gladys del Rosario Perleche Fuentes

PRESIDENTA

Mg. Rosa Luz Villafranca Velásquez

SECRETARIA

Mg. Flor de María Bravo Balarezo

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme, cuidarme y por todas sus bendiciones, y por haber puesto en mi camino personas que me han motivado personal y profesionalmente en toda esta etapa.

A mi familia por creer siempre en mí; a mis padres, Néstor Tineo y Edita Díaz, que son una fuente de apoyo constante e incondicional, el pilar fundamental de comprensión, fortaleza y valor en mi vida y más aún en el arduo proceso de esta etapa de mi carrera profesional, a ellos dedico mi más grande logro; a mis hermanos en especial a Edith Margot y Néstor Ferdinam, por su motivación constante y por confiar en mí, que todo este trabajo ha sido gracias a ustedes.

A mis Maestros que fueron incondicionales, que impartieron sus conocimientos para mejorar la calidad de esta investigación, por su motivación y apoyo a no desistir esta meta.

Noris del pilar

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme y guiado durante el tiempo de mi carrera profesional, porque hiciste realidad este sueño anhelado de ser Enfermera.

A nuestros maestros que me inculcaron a lo largo de esta carrera y la enseñanza que nos dejan. De manera especial agradezco a mis Docentes por su valioso tiempo y sabias enseñanzas, por su orientaciones y constante motivación a seguir adelante y culminar con éxito esta investigación.

Agradecer de manera especial al Hospital Regional Lambayeque, por condescender la realización de dicha investigación; así mismo a las enfermeras, paciente y familiares por su tiempo y amabilidad que de alguna forma han contribuido en logro de esta investigación.

Agradezco a mis padres, por los valores inculcados y por haberme dado la oportunidad de una enseñanza en base a la excelencia.

Noris del pilar

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica diaria, comprende cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se realizó en un hospital nivel II a un lactante menor de sexo masculino, de 31 días de vida, con diagnóstico médico pre término con edad gestacional corregida de 32 semanas y 3 días. El Modelo teórico que sustenta este proceso es el Cuidado humanizado de Jean Watson, fundamentado en la taxonomía NANDA – NOC – NIC.

En la fase de valoración para la recogida de datos se utilizó: la observación, la entrevista a profundidad, el examen físico y la historia clínica.

En la etapa diagnóstica se identificaron como diagnósticos principales: (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante, (00105) Interrupción de la lactancia materna, (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz, (00039) Riesgo de aspiración, (00004) Riesgo de Infección.

En la fase de planificación los principales resultados NOC propuestos fueron: (100014) reflejo de succión, (100205) capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna, (100204) conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continua, (011807) termorregulación, (193502) identifica los factores de riesgo de aspiración, (070221) detección de infecciones actuales; las intervenciones NIC ejecutadas fueron: (6900) succión no nutritiva, (1056) alimentación enteral por sonda, (5244) asesoramiento en la lactancia, (3900) regulación de la temperatura, (3200) precaución para evitar la aspiración, (6540) control de Infecciones, las cuales se efectuaron en la fase de ejecución logrando mejorar el estado de salud del paciente.

PALABRAS CLAVE: Proceso de Atención de Enfermería, Prematuridad, Cuidado de Enfermería, Lactancia Materna, Jean Watson.

ABSTRACT

The Nursing Care Process is the application of the scientific method in daily practice, it comprises five stages: Assessment, Diagnosis, Planning, Execution and Evaluation. The following Nursing Care Process was performed in a level II hospital for a male infant under 31 days of age, with a pre-term medical diagnosis with corrected gestational age of 32 weeks and 3 days. The theoretical model that supports this process is the humanized care of Jean Watson, based on the taxonomy NANDA - NOC - NIC.

In the assessment phase for data collection, the following was used: observation, in-depth interview, physical examination and medical history.

In the diagnostic stage, the following were identified as main diagnoses: (00107) Inefficient feeding pattern of the infant, (00105) Interruption of breastfeeding, (00274) Risk of ineffective thermoregulation, (00039) Aspiration risk, (00004) Infection risk .

In the planning phase the main NOC results proposed were: (100014) sucking reflex, (100205) ability to safely collect and store breast milk, (100204) family knowledge of the benefits of continuous breastfeeding, (011807) thermoregulation, (193502) identifies the risk factors of aspiration, (070221) detection of current infections; The NIC interventions performed were: (6900) non-nutritive suction, (1056) enteral feeding by tube, (5244) advice on breastfeeding, (3900) temperature regulation, (3200) precaution to avoid aspiration, (6540) control of Infections, which were carried out during the execution phase, improving the patient's health status.

KEY WORDS: Nursing Care Process, Prematurity, Nursing Care, Breastfeeding, Jean Watson.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INDICE	vii
INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Situación Problema	9
1.2. Valoración por dominios.....	11
1.3. Formulación del diagnóstico según NANDA	14
1.4. Análisis y confrontación de la literatura	15
II. MATERIAL Y MÉTODOS	23
2.1. Recolección de datos.....	23
2.2. Planificación del cuidado (NIC)	26
III. RESULTADO Y DISCUSIÓN.....	40
IV. CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS	47

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los nacimientos prematuros son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo y la primera en nuestro país. Más de un millón de niños mueren cada año como consecuencia de un nacimiento prematuro. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa anual en el mundo de nacimientos prematuros es 1 de cada 10 bebés o 15 millones de neonatos que nacen antes de tiempo.¹

Por lo que se desarrolla esta investigación, el proceso de atención de enfermería aplicado a un lactante menor con antecedente de prematuridad S.T.J (G1) de 31 días de vida; sexo masculino, quien se encontró hospitalizado en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Lambayeque. Donde se identificó el estado de salud, los problemas y necesidades reales o potenciales, estableciendo planes dirigidos a las necesidades identificadas y se realizaron intervenciones de enfermería específicas.

Sabiendo que la enfermera como profesional de ciencias de la salud interviene en la atención integral, en forma científica, tecnológica, sistemática, y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de las personas, familia y comunidad, cuyos cuidados se dan en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte², con el objetivo de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu, es por eso que elegí a Jean Watson como teórica para mi Proceso de Atención de Enfermería. El cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional, que requiere de un valor personal y profesional, teniendo el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes.

El presente estudio está ejecutado por capítulos que se detallan:

El capítulo I conformado por la introducción, valoración, situación problemática, análisis, confrontación con la literatura y formulación del diagnóstico según NANDA.

El capítulo II se describe material y métodos, recolección de datos, aspectos éticos y la planificación.

El capítulo III se evidenciará los resultados y discusión de la investigación, y por último las conclusiones.

1.1. Situación Problema

Lactante menor con iniciales S.T.J (G1) de 31 días de vida, de 28 semanas de gestación, sexo masculino, procedente de Monsefú, hospitalizado en el servicio de Neonatología 2 en el Hospital Regional de Lambayeque, se encuentra en cuna, despierto, tranquilo, en posición decúbito lateral derecho, ventilando espontáneamente. Con diagnóstico médico Pre término con edad gestacional corregida 32 semanas y 3 días.

Se observa alerta, activo, reactivo a estímulos. Se alimenta tanto vía oral por medio de la lactancia materna, como por sonda nasogástrica con leche materna conservada, demuestra débil succión y poca coordinación con la deglución.

Al examen físico observamos piel sonrosada, íntegra, hidratada y turgente, a la inspección cabeza simétrica, fontanelas normotensas, blandas, planas y firmes, labios hidratados sin presencia de laceraciones, mucosa oral húmeda e íntegra, con reflejo de succión débil; cuello móvil y simétrico, no se palpan masas, ni inflamación en ganglios, tórax simétrico, abdomen blando depresible a la palpación, genitales íntegros. Extremidades superiores e inferiores simétricas con movimientos coordinados a la estimulación.

Al control de signos vitales: T°: 36.5 °C FR: 52 X' FC: 150 X'
Peso 1,600 gr.

A la entrevista madre refiere “Las licenciadas me explican y me enseñan los cuidados que brindan”. “También nos dicen que debemos hacer cuando le den de alta a mi hijo”. Así mismo refiere “Mi esposo es atento conmigo y con sus hijos, me ayuda y está pendiente de ellos”. “El doctor dijo que si mi hijo mejora en su alimentación lo puedo llevar a casa”.

Al recolectar datos en la Historia Clínica se observa:

- Hemograma:

- Hemoglobina: 17 gr/dl
- Glóbulos blancos: 11.600 /mm³
- Glóbulos rojos: 2.900 /mm³
- Plaquetas: 184.000 /mm³

Diagnóstico médico:

- Recién nacido Pre término con EGC de 32 semanas y 3 días.

Actualmente está recibiendo el siguiente Tratamiento:

- LM y/o FPP 24 Kcal/onz 27 cc V.O c/3h X SOG
- Citrato de Cafeína 10mg V.O c/24h
- Biogaia 5 gotas V.O c/ 24
- Calciferol kids: 0,5 cc c/8h. V.O
- Mucovit 20 gts V.O c/24h
- Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma, balance hidroelectrolítico.
- Terapia succión.

1.2. Valoración por dominios

Dominio 1: Promoción de la Salud

Mujer de 38 años de edad, de parto gemelar.

Lactante menor con antecedente de prematuridad (G1) de 31 días de vida, con edad gestacional corregida: 32 semanas y 3 días.

Producto de cesárea de 28 semanas de gestación, peso al nacimiento 1, 200 gr.

Ocupación de la madre: su casa.

Grado de instrucción: secundaria incompleta.

Dominio 2: Nutrición

El Lactante menor con antecedentes de prematuridad, se alimenta tanto vía oral por medio de la lactancia materna, como por sonda nasogástrica con leche materna conservada y demuestra débil succión y poca coordinación con la deglución.

Al examen físico encontramos fontanelas normotensas, fontanelas normotensas, blandas, planas y firmes, labios hidratados sin presencia de laceraciones, mucosa oral húmeda e íntegra, cuello móvil y simétrico, no se palpan masas, ni inflamación en ganglios, abdomen blando depresible, piel íntegra, hidratada y turgente con pigmentación clara, no se observan facies de dolor.

Peso de nacimiento de 1200 gramos y actual 1 600 gramos, con ganancia de peso aproximada de 15 gramos/día.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Eliminación:

Ano permeable evacuante.

Deposiciones semilíquidas amarillas, tres veces al día.

Diuresis 30 ml.

Deposiciones 20cc.

Respiración:

Se encuentra con ventilación espontánea, 52 respiraciones por minuto.

Dominio 4: Actividad y Reposo

Se encuentra en cunero, con buen tono muscular, llanto vigoroso.

Actividad y Ejercicio: A la palpación, se encuentra fontanelas normotensas, cuello móvil y simétrico; no se palpan masas, ni inflamación en ganglios, extremidades superiores simétricas eutróficas, con movimientos coordinados, extremidades inferiores eutróficas, simétricas, de buen tono con movimientos coordinados a la estimulación.

A la valoración se observa nariz pequeña, con adecuada implantación, tabique sin desviación y fosas nasales permeables sin presencia de secreciones, piel sorrosada.

A la inspección, se observa tórax simétrico y expandible. A la auscultación en ambos campos pulmonares se encuentra presencia de murmullos vesiculares normales.

Con frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto de ritmo regular, y temperatura corporal de 36.5 °C.

Dominio 5: Percepción – Cognición

No presenta ninguna alteración o trastorno a nivel neurológico.

Se encuentra alerta, activo y reactivo a estímulos.

Se observan pabellones auriculares íntegros, simétricos implantación adecuada.

Dominio 6: Autopercepción

No se aplica

Dominio 7: Rol y Relaciones

El papel del lactante es de hijo y de hermano.

Fuentes de apoyo: Ambos padres son casados. Tiene dos hermanos, él es el tercero.

Cuenta con una familia de tipo Funcional. Nosotros nos ayudamos mutuamente en el quehacer de la casa y el cuidado de los niños.

Dominio 8: Sexualidad

Genitales masculinos presentes, íntegros de características normales.

Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al Stress

Se observa alerta, dinámico.

Madre manifiesta tranquilidad respecto a los cuidados que se brinda a su hijo.

Manifestando: “Las licenciadas me explican y me enseñan los cuidados que brindan”. “Tambien nos dicen que debemos hacer cuando le den de alta a mi hijo”. Así mismo refiere “Mi esposo es atento conmigo y con sus hijos, me ayuda y está pendiente de ellos”. “El doctor dijo que si mi hijo mejora en su alimentación lo puedo llevar a casa”.

Dominio 10: Principios Vitales

Los padres del lactante profesan la religión católica y están de acuerdo con el tratamiento que está recibiendo su hijo y el equipo de salud les brindan soporte emocional.

Valores y costumbres: papá procedente de Cajamarca y mamá de Monsefú, ambos valoran y respetan sus costumbres. Ellos socializan sus costumbres con sus hijos.

Dominio 11: Seguridad y Protección

A la valoración se encuentra normo térmico, sonrosado, piel caliente al tacto, su temperatura corporal es de 36,5°C. Presenta integridad cutánea y tisular.

Se encuentra con medios invasivos como sonda oro gástrica para alimentación.

Dominio 12: confort

Lactante menor se encuentra durmiendo en cunero, en posición decúbito lateral derecho, Se encuentra abrigado con dolé colcha, los cambios de posición se realizan cada dos horas.

Duerme dos horas luego se despierta para lactar y se cambia pañal.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo:

Lactante menor de 31 días de vida, con EG corregida: 32 semanas y 3 días.

Con peso al nacer de 1, 200 gr, talla 40cm, perímetro cefálico 27,5cm, perímetro torácico 24cm.

Peso actual 1,600 gr.

1.3. Formulación del diagnóstico según NANDA

Problemas Reales

- (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c Prematuridad e/p reflejo de succión débil y presencia de sonda orogástrica para alimentación.
- (00105) Interrupción de la lactancia materna r/c separación materno - infantil e/p lactante hospitalizado y falta de continuidad con la lactancia materna.

Problemas de Riesgo

- (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz r/c extremos de la vida.
- (00039) Riesgo de aspiración r/c presencia de sonda oral.
- (00004) Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos.

1.4. Análisis y confrontación de la literatura

Según la NANDA Internacional un diagnóstico enfermero es un juicio clínico concerniente con la respuesta humana de la situación de salud/ vivencia diaria, por parte de un sujeto, familia, grupo o comunidad.³

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue ejecutado en el Hospital Regional Lambayeque - Chiclayo, aplicado a un lactante menor de iniciales S. T. J, (G1) de 31 días de vida, este proceso está sustentado bajo la teórica Jean Watson, en base a su “Teoría del cuidado humanizado” en donde ella enmarca una ideología de transformación, resaltando que el ser humano es único en su interrelación con su entorno.⁴

Watson tiene en cuenta que el hombre demanda de cuidados holísticos que fomenten el humanismo, la salud y la calidad de vida. Permitiendo que el profesional de enfermería y el paciente logren socializar sus vivencias emociones, experiencias, sentimientos, por medio de una humana interrelación enfermera- paciente, que excede el contacto físico.⁵

Su propósito implica valores, inteligencia, competencia, y compromiso de preservarla vida. Conocerla a la persona, sus necesidades, sus dependencias y capacidades, que favorecen a su crecimiento⁴. Esta teoría se fundamenta entre la armonía, mente, cuerpo y alma, mediante la relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, sosteniendo que el Cuidado Humano comprende⁶; un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado.⁴

La prematuridad sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad neonatal en el mundo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) son aquellos nacimientos que ocurre antes de completar las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, esta se clasifica de acuerdo a los acontecimientos y grado de prematuridad. Dicha clasificación se establece: Como prematuridad

leve a aquellos partos que se llevan a cabo entre las (34 a 36 semanas), una prematuridad moderada a aquellos que se suscitan entre las (30 hasta las 33 semanas), prematuridad extrema los que se inician entre las (veintiséis y veintinueve semanas) y prematuridad muy extrema entre (veintidós a veinticinco semanas).⁷

Dicha patología se caracteriza por la inmadurez de los diversos sistemas. Hallando problemas nutricionales, de termorregulación, respiratorias, cardiovasculares, infecciones, siendo estos los más frecuentes.⁸

Por lo tanto, concluimos que por presentar succión débil y presencia de sonda orogástrica para alimentación. Una de las necesidades alteradas es el patrón de alimentación: es la capacidad de lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión / deglución, para mantener una óptima alimentación y velar por las necesidades metabólicas y energéticas para un apropiado crecimiento y desarrollo³

Las funciones alimentarias y gastrointestinales son inmaduros en los RN pretermino, asumiendo que la deglución principia entre las once y dieciséis semanas de gestación. Entre las dieciocho y veinticuatro semanas aparece la succión. El reflejo nauseoso es evidente entre las veinticinco y veintisiete semanas, y hasta las treinta y dos semanas es evidente motricidad esofágica organizada y hay coordinación con la deglución dentro de las 33 – 34 semanas⁹. Sabemos que durante las treinta y tres a 34 semanas, este principia a estar maduro para coordinar succión, deglución y respiración⁹.

En los prematuros con peso mayor a 1 5000 gr, recomiendan iniciar la alimentación durante las primeras 24 horas, ya que estimula el aumento de las hormonas intestinales circundantes (gastrina, secretina duodenal y colecistocina yeyunal) las cuales provocan un ajuste nutricional favoreciéndole en su desarrollo y madurez. Se afirma que existe ganancia de peso cuando la ingestión nutricional es adecuada durante el día.¹⁰

El prematuro mientras no fortalezca los mecanismos de succión y deglución es candidato a alimentación por sonda oro gástrica. Ya que a las treinta y cuatro semanas empieza a estar maduro para coordinar succión, deglución y respiración. Es por ello que la alimentación en el prematuro se ve restringida, por la inmadurez del esfínter esofágico y su bajo peso. Siendo el caso del lactante menor en estudio con EG corregida de 32 semanas y 3 días, presenta reflejo de succión débil y sonda orogástrica para su alimentación.

Como sabemos los prematuros tienen dificultad en su alimentación porque su capacidad gástrica está reducida, son predisponentes al reflujo gastroesofágico, poseen una velocidad lenta del tránsito intestinal, y una función hepática inmadura, producida por falta de inducción enzimática que dificulta la digestión y absorción de los nutrientes, no hay una buena coordinación en la secuencia de succión y deglución¹¹.

Los que nacen antes de las 37 semanas, presentan una marcada inmadurez en los órganos y disminución de las reservas de nutrientes que son responsables de los procesos de la nutrición. Si no se realiza una intervención eficaz las complicaciones que se pueden presentar es RCEU (Retraso del crecimiento extrauterino), bajo peso y riesgo de tener manifestaciones de intolerancia alimentaria y eventualmente, enterocolitis necrosante en aquéllos con menor edad de gestación¹².

Sabiendo que el equilibrio nutricional depende de recibir los nutrientes que constituyen y mantienen al individuo al igual que la energía y las sustancias que el organismo no puede fabricar por sí mismo. La fórmula ideal para mantener este equilibrio es alimentar a los recién nacidos antes mencionados con leche materna¹³.

La lactancia materna es “el proceso que suministra nutrientes, inmunidad y elementos reguladores del crecimiento al recién nacido” a través del seno materno¹⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF afirman que la LM, reduce la mortalidad infantil y produce beneficios hasta la edad adulta.¹⁵

La leche materna es el alimento ideal para un recién nacido de manera exclusiva durante sus seis primeros meses de vida, y de forma complementaria, hasta los dos años, por sus múltiples beneficios nutricionales, gastrointestinales, inmunológicos, psicofísicos y neuromaturos¹⁶.

Es por ello que se recomienda fomentar el uso de leche humana de la propia madre como prioridad en la manutención de estos bebés y a cualquier otro lactante de riesgo. La leche materna es de gran complejidad biológica, posparto pretermino, esta es más es más rica en proteínas y sodio, menor cantidad en lactosa, ácidos esenciales como glicina, taurina y cistina, mejor digestibilidad y absorción de grasas y proteínas, requiere menor carga renal que la de las madres de recién nacidos de término.¹⁷

Sin embargo, La leche materna tiene cantidad insuficiente de vitamina D para cubrir los requerimientos de los prematuros menores de 1 500gr, no aporta el suficiente calcio y fósforo para satisfacer esta necesidad, siendo obligatorio suplementarla, para poder lograr una adecuada mineralización ósea.¹⁸

Actualmente el lactante hospitalizado, tiene indicado leche materna que se le rinda después de que la madre se extrae y se agrega suplemento como Biogaia y Calciferol.

Sabemos que la leche posee un alto contenido en inmunoglobulinas, protegiendo a su inmaduro sistema inmunológico. Una de ellas es IgA que protege contra infecciones a nivel digestivo, respiratorio y urinario¹⁹. Así mismo el calostro tiene gran cantidad de linfocitos, y monocitos. Es rica en lactoferrina, cuya glucoproteína ligadora de hierro, que compite por radicales de hierro, arrebatándoselos a las bacterias patógenas. Es rica en lisozima –300 veces más que otras leches, esta enzima es ausente en el intestino del niño, y tiene una gran actividad bactericida. Al mismo tiempo de proteger activamente es inmunomoduladora, es decir, transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, como también estimula el desarrollo del sistema inmune del lactante.¹⁹

La alimentación directamente del pecho de la madre es una condición protectora del eventual desarrollo de las enfermedades alérgicas, origina el desarrollo sensorial y cognitivo, protege al bebé de enfermedades crónicas e infecciosas²⁰, se adapta a cada cambio nutricional, inmunológico y madurativo a lo largo de su desarrollo y crecimiento¹⁷. El acto de mamar estimula el desarrollo facial del niño, así mismo consiguen un excelente desarrollo intelectual cognitivo, como también beneficia las relaciones de apego seguro.²¹

La interrupción de lactancia materna es la falta de continuidad de suministro de leche directamente de los pechos de la madre, uno de los factores más importantes es la separación del lactante, de su madre debido a la hospitalización.

No cubrir esta necesidad en el lactante exclusivamente con leche materna producirá sobrepeso y un retraso del crecimiento en los primeros meses.

La deficiencia de la vitamina D proporciona desmineralización ósea, y raquitismo.⁹

A su vez se identificó el (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz r/c extremos de la vida.

La termorregulación es el equilibrio entre la producción y la pérdida de la energía calórica corporal, se considera uno de los ejes centrales la atención neonatal, debido a que la hipotermia induce múltiples efectos adversos, como la alteración del tono vaso motor pulmonar, anomalías en el flujo sanguíneo cerebral, hipoglucemia, hipoxia, desequilibrio acido- base, hipotensión e hipovolemia ⁹. El hipotálamo, centro regulador en el sistema nervioso central, regula la estabilidad de la temperatura, el cual activa mecanismos neurales y endocrinos que coordinan las respuestas hormonales y sistémicas en respuestas a la información aferente de los termorreceptores centrales y periféricos.¹⁰

En el RN, el principal mecanismo que origina calor es el metabolismo de la grasa parda en virtud de la escasa respuesta musculo esquelética. En cambio, en el pretermino, es dificultosa porque intervienen diversos factores como es la inmadurez del hipotálamo, deficiente control vasomotor, insuficiencia de grasa

subcutánea y el incompleto desarrollo de la capa de la epidermis, aumentando la permeabilidad de la piel, el insuficiente y lento metabolismo de la grasa parda, cuyo mecanismo principal de producción de calor que el recién nacido dispone para el metabolismo energético.¹⁰

La grasa parda, un tejido específico conformado por células adiposas las cuales (se encuentra en las escapulas, axilas y alrededor de los riñones) teniendo como función el de generar calor como respuesta al frío. El uso de esta se lleva a cabo por el proceso que lleva por nombre, termogénesis química²².

Este mecanismo se diferencia después de las 26 semanas de edad gestacional en los bebés prematuros la epidermis es inmadura. El estrato corneo (capa más externa de la piel, constituida por células muertas convertidas en queratina que se descaman continuamente) es el responsable de controlar las pérdidas de agua. Comprometiendo el control de la temperatura ya que acrecientan las pérdidas de calor y agua y dificultando su conservación.²²

La epidermis de los prematuros extremos es inmadura. El estrato corneo (capa más externa de la piel, formada por células muertas convertidas en queratina que se descaman continuamente) es el encargado de controlar las pérdidas de agua, se encuentra poco desarrollado lo que provoca un aumento de las pérdidas transdérmicas de agua. Estas características de la piel de los bebés pre término comprometen el control de la temperatura ya que aumentan las pérdidas de calor y agua y dificultan su conservación.²²

La postura en extensión, también beneficia las pérdidas de calor, por la mayor extensión de superficie corporal expuesta al frío en relación con una mayor conductancia térmica por contar con menor pániculo adiposo. Todo esto condicionan una conducta poiquiloterma (carece de mecanismos internos reguladores de la temperatura del cuerpo) con mayor predisposición a la hipotermia que a la hipertermia.¹⁰

A ello se suma la pérdida de calor por cuatro mecanismos diferentes: la convección es la pérdida o ganancia de calor corporal hacia una corriente de aire

o agua que envuelve al recién nacido; conducción: Transmisión de energía térmica entre dos cuerpos que están en contacto directo; radiación: Transmisión de calor entre dos cuerpos que están a distancia a través de ondas electromagnéticas, se producen cuando el calor se trasfiere de la superficie corporal caliente a objetos y superficies más frías que no están en contacto directo con el cuerpo; evaporación: Las pérdidas por este mecanismo dependen de la temperatura ambiente, fuentes de calor radiante y humedad ambiente, es la pérdida de calor que se observa cuando el agua se convierte en vapor.²³

Al no mantener una temperatura corporal normal se puede presentar: Hipertermia, hipotermia. También al presentarse vasoconstricción periférica y la termogénesis química el lactante puede presentar: Hipoglucemia, alteraciones de la ventilación y oxigenación, hipotensión e hipovolemia, hemorragia intraventricular, y daño del tejido cerebral.²⁴

A si mismo se denota el Riesgo de aspiración r/c presencia de sonda oral.

Donde el lactante en estudio es susceptible a que se adhieran en la tráquea secreciones gastrointestinales y orofaríngeas, que pueden comprometer la salud³. Se puede presentar un riesgo de aspiración y lesiones o complicaciones por la alimentación por sonda.

Por ello que es importante tener en cuenta la técnica correcta y todas las medidas de bioseguridad protocolizadas de cada institución para la adecuada colocación de la sonda oro gástrica y evitar bronca aspiración, así mismo verificar que este estómago, como también una correcta fijación para evitar lesiones o salida de esta.²⁵

Por último, el paciente puede presentar infecciones por que presenta sonda de alimentación.

El incremento en la susceptibilidad a infecciones, se debe a la inmadurez de la función inmune celular y humoral que guarda relación con EG incompleta. Siendo el sistema inmune la primordial barrera que poseen hacia la protección de las infecciones²⁶. Durante la vida intrauterina, el desarrollo y maduración del sistema inmune se inicia alrededor de la sexta semana de gestación, los tejidos

linfoides, responsables de la producción de linfocitos T, se afectan tanto cuando el peso bajo es secundario al nacimiento pretermino.¹⁰

A pesar de que el feto tiene la facultad de sintetizar inmunoglobulinas desde las primeras semanas de la gestación, este muestra un sistema inmunológico completo e inmaduro al nacimiento, su sistema inmune posee diversas anormalidades, como una ineficaz producción de anticuerpos / inmunoglobulina, complemento, granulocitos (neutrófilos), junto con grados bajos de fagocitosis, esto contribuye a las manifestaciones de un proceso infeccioso.²⁶

El sistema inmune del prematuro, es incompetente porque tiene deficientes respuestas a varios estímulos antigénicos. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, incompleta fagocitosis.²⁷

Para acelerar el proceso de maduración del sistema inmunológico es importante la exposición prenatal y postnatal a productos que consiguen activar la inmunidad innata, y gracias a la IgA que aporta la LM se obtendrá cierta protección a las infecciones entéricas.²⁶

Así mismo mediante una atención oportuna y de calidad evitamos el adquirir enfermedades infecciosas, por lo que el equipo de salud administrativo de cuidado del prematuro, demanda de emplear medidas preventivas de bioseguridad, un entorno limpio, lavado de manos ya que son instrumentos que pueden servir como vehículo para transportar gérmenes, asegurar condiciones óptimas de asepsia al momento de realizar un procedimiento como la preparación de medicamentos, fórmulas y alimentación parenteral, así mismo regirse en los protocolos actualizados de cada institución para reducir infecciones.²⁸

Siendo el caso del lactante menor pueden aparecer complicaciones como Fiebre, diarreas, malestar general, irritabilidad, meningitis bacteriana, sepsis neonatal.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Recolección de datos

La investigación posee un enfoque cualitativo, tipo descriptivo observacional, siendo unidad de análisis, un lactante menor de 31 días de nacido, hospitalizado en el servicio de Neonatología 2 del Hospital Regional Lambayeque; elegido de forma aleatoria, asociado a la complejidad de la situación de salud que presenta el recién nacido prematuro.

Para la recolección de datos se tuvo como base el formato de valoración por dominios de salud, elaborado y adecuado al paciente en estudio, estuvo constituido por trece dominios que instaura NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA International).

Donde se aplicaron las técnicas como la observación, examen físico, entrevista y revisión de la historia Clínica. Usando desde el primer contacto con la persona la observación. Por medio de esta se obtuvo de información objetiva tanto del paciente (los movimientos corporales, la expresión facial, el estado emocional y el cuidado que recibe el lactante) como del entorno (la seguridad del ambiente).

El examen físico se realizó cefalocaudal aplicando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección: se realiza de manera visual, metódica y completa. Que permite estipular estados y respuestas normales o anormales. Donde se determinaron características físicas y conductas tales como color de piel, el tono muscular, y lugar.

En segundo método se utilizó el sentido del tacto. Por medio del cual se determinó las características que son: signos vitales, pulsaciones, estabilidad y movimiento del lactante). Así mismo se palpó los órganos en abdomen.

En la percusión implicó el dar golpes con los dedos sobre la superficie física tanto en músculos y huesos.

Así mismo se empleó la entrevista, por medio del cual se obtuvo de información subjetiva. La cual permitió un mayor sustento a situación estudiada. Donde la persona entrevistada manifestó “No me preocupa por que a cada momento que vengo las licenciadas me explican y me enseñan los cuidados que brindan”. “También nos dicen que debemos hacer cuando le den de alta a mi hijo”. Así mismo refiere “Mi esposo es atento conmigo y con sus hijos, me ayuda y está pendiente de ellos”. “El doctor dijo que si mi hijo mejora la coordinación en su alimentación lo puedo llevar a casa”.

Por otro lado, se exploró la historia clínica del paciente, un documento legal, que permitió verificar la situación actual, es decir el estado de salud del paciente en estudio, se corroboró los datos de sus antecedentes personales y familiares, de ante mano permitió investigar el proceso de evolución, tratamiento y restablecimiento.

Para esta investigación se emplearon los siguientes principios éticos planteados en el reporte de Belmont.²⁹

Como primer principio planteado tenemos:

El de respeto a las personas. Este está se constituye por los requerimientos morales siendo estos: reconocimiento de la autonomía de las personas; estas tienen la facultad a decidir si son participes en una investigación e incluso en qué punto detenerse. Velar de las personas cuya autonomía se halla disminuida por alguna enfermedad, limitando rigurosamente su libertad o no ha madurado lo suficiente como en caso de los menores de edad.²⁹

Lo que significa que este principio se aplicó al lactante menor con el consentimiento de sus padres quien de manera libre y voluntaria autorizaron su participación en esta investigación, firmando el consentimiento informado, se explicó de forma clara y sencilla los aspectos que estaban en duda y en todo momento se brindó un trato amable y respetuoso. Así mismo la autora se

comprometerá a resguardar la confidencialidad de los diferentes datos de los pacientes.

El principio de beneficencia. Involucra dos reglamentos tales como: No producir ningún perjuicio y maximizar los posibles beneficios y reducir daños²⁹. En esta investigación se empleó este principio desde el simple hecho de no revelar el nombre de la persona en estudio, es decir respetando y considerando en forma absoluta al recién nacido prematuro como una unidad integral y única, evitando causar algún daño. Brindando un cuidado humanizado y eficaz que permitió a la persona en estudio restablecer su salud.

El tercer principio aplicado, es la justicia; corresponde equidad en la distribución del beneficio y el compromiso investigativo²⁹, es decir que el uso en el lactante menor tienen iguales derechos que todos los seres humanos, para alcanzar lo necesario y garantizar su pleno desarrollo, lo que implica la obligación y el deber de recibir una excelente atención por los profesionales de salud.

2.2. Planificación del cuidado (NIC)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c Prematuridad e/p reflejo de succión débil y presencia de sonda orogástrica para alimentación.			
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Lactante menor mejorará su patrón de alimentación a través de terapia de succión, durante su estancia hospitalaria mediante los cuidados de enfermería.	<p>[1000] Establecimiento de la lactancia materna: lactante</p> <p>Definición: Unión y succión del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p> <p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inadecuado 2. ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 	<p>[6900] Succión no nutritiva.</p> <p>Definición: Proporcionar ocasiones de amamantamiento al lactante.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masajear suavemente la mejilla del lactante. • Gesticular la lengua del pequeño rítmicamente con el chupete para estimular el reflejo de succión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas dos actividades favorecen y perfeccionan la función motriz oral, que facilita el proceso deglutorio óptimo y funcional en el recién nacido coordinando la función respiratoria con la actividad deglutoria.³⁰

	<p>5. Completamente adecuado</p> <p>Indicadores:</p> <p>(100014) Reflejo de succión (2 - 5)</p> <p>(100010) Aumento de peso adecuado para su edad (2 - 4)</p>	<p>[1056] Alimentación enteral por sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar LM por sonda orogástrica, a gravedad en (venite a treinta min, de forma continua por medio de jeringa. • Antes de cada alimento intermitente hay que aspirar los contenidos del estómago y anotar la cantidad, el color y consistencia. • Controlar peso y talla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza esta medida por el pobre reflejo de succión y deglución, así mismo se compensa y ahorra al máximo energías para el incremento de peso, la alimentación debe ser lenta para evitar la distensión gástrica súbita que puede producir vómitos y aspiración.²³ • Las peculiaridades del residuo gástrico señalan si existe buena absorción de leche, o si hay disminución de la motilidad gastrointestinal.²³ • Permite saber cuántos gramos ganó y aumentar la cantidad de leche materna que requiere. Un déficit nutricional prolongado puede llevar a eventos adversos en el crecimiento del cerebro.³¹
--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENERMERÍA: (00105) Interrupción de la lactancia materna r/c separación materno - infantil e/p lactante hospitalizado y falta de continuidad con la lactancia materna.

--	--	--	--

OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>Lactante tendrá a disposición leche materna exclusiva en cantidad y condiciones adecuadas a su necesidad durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>[1002] Mantenimiento de la lactancia materna</p> <p>Definición: Continuación de la lactancia materna desde el establecimiento hasta el destete para la alimentación de un lactante.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Digestión y Nutrición (K)</p> <p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inadecuado 2. ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado 	<p>[5244] Asesoramiento en la lactancia.</p> <p>Definición: Apoyar, instituir en el almacenamiento de la lactancia materna placentera.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficia la relación afectiva entre el menor y su madre, poca ocurrencia de depresión postparto, desarrollo de una personalidad segura e independiente, permite tranquiliza y dar alivio al bebé.³² Fisiológicamente, refuerza el desarrollo del recién nacido por medio de proteínas y anticuerpos e inmunizan al bebé. Preserva la salud y el bienestar de la madre, ayuda a distanciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de

	<p>(100205) Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna. (2 - 5)</p> <p>(100204) Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna. (2 - 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a la madre sobre el vínculo materno que genera la leche materna. • Proporcionar leche materna exclusiva y restringir el uso de formulas lácteas. • Al finalizar la toma, colocar al bebé en posición erecta. 	<p>mama y ovario.²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este cuidado permite que el bebé comprenda que es amado y protegido. Satisface amor, sustento, protección y confianza.³² • Se tuvo presente esta intervención porque la leche contiene inmunoglobulinas, enzimas y leucocitos que protegen frente a patógenos, reduce las alergias eliminando la exposición a antígenos. Evitar las formulas porque predisponen enfermedades digestivas y respiratorias.³³ • Esta posición permite que expulsar el aire ingerido.³³
--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none">• Educar a la madre, facilitar la transferencia de la leche (técnica de relajación, masaje mamario, y entorno tranquilo), como también el modo correcto de la extracción de leche (recolección, almacenamiento, preparación y calentamiento).	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar las formas para que la lactancia materna sea efectiva y evitar la ansiedad y factores que la interrumpan, los masajes aumentan la presión mamaria, mantener la cadena de frío es esencial y previene la desnaturalización de la leche, como también ordeñarse con medidas de asepsia y minuciosas precauciones para que esta no se contamine.³³
--	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENERMERÍA: (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz r/c extremos de la vida.			
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Lactante con iniciales S.T.J mantendrá equilibrio de la temperatura corporal entre los valores normales durante hospitalización.	<p>[0117] Adaptación del prematuro</p> <p>Definición: Unión extrauterina de la función fisiológica y conductual del recientemente nacido entre las semanas veinticuatro y treintaisiete de edad gestacional.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Crecimiento y desarrollo (B)</p> <p>Escala de medición</p> <p>1. ligeramente adecuado</p>	<p>[3900] Regulación de la temperatura</p> <p>Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro de los valores normales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la temperatura del neonato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos pacientes son específicamente susceptibles a la hipotermia. La termorregulación es una prioridad porque constituye uno de los pilares esenciales para el soporte de sus funciones sistémicas y mitigar los riesgos³⁴

	<p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p> <p>Indicadores:</p> <p>(011807) Termorregulación</p> <p>(2 - 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secar bien al bebé después del baño. • Envolver al bebé con mantas calientes o vestirlo, y mantener un ambiente cálido. • Observar el color de la piel. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta acción previene la pérdida por evaporación.¹⁰ • Impide perder calor por convección.³⁴ • Es indispensable mantener monitorizado al paciente con el propósito de vigilar la termolabilidad.³⁵ • Esto previene, que el paciente no presente piel fría y caliente al tacto, cianosis central, respiraciones irregulares y/o apnea,
--	--	---	---

			<p>taquipnea, intolerancia alimentaria, aumento del residuo gástrico, bradicardia, mala perfusión periférica, letargia / irritabilidad, hipotonía, llanto débil, succión débil, hipoglucemia, taquicardia, hipotensión, hipotonía, postura en extensión, temperatura de piel mayor que central. Registrar estos signos permite observar la evolución en relación a los cuidados.³⁵</p>
--	--	--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00039) Riesgo de aspiración r/c presencia de sonda oral.			
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Lactante menor S.T.J con antecedentes de prematuridad no presentará riesgo de aspiración durante su estancia	<p>[1935] Control de riesgo: aspiración</p> <p>Definición: Acciones para prevenir el paso de partículas sólidas y líquidas al pulmones.</p> <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Control de riesgo (T)</p> <p>Escala de medición</p>	<p>[3200] Precauciones para evitar la aspiración.</p> <p>Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la correcta colocación de la sonda, según el protocolo del 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite corroborar la adecuada colocación de la sonda al estómago, y

<p>hospitalaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado <p>Indicadores</p> <p>(193502) Identifica los factores de riesgo de aspiración</p> <p>(3 - 5)</p>	<p>centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar a la sonda esparadrapo. • Verificar que la sonda se encuentre en posición adecuada antes de usarla para la alimentación. • Colocar al lactante en posición semifowler para proporcionarle su alimentación. • Colocar al lactante en decúbito ventral, con la cabeza hacia el lado derecho; o decúbito lateral luego de la alimentación. 	<p>prevenir lesión de mucosa gástrica, el ingreso a la tráquea.³⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • El valor de la fijación beneficia la duración de esta, y el cuidado de la piel en los RN para prevenir lesiones.³⁷ • Permite evitar complicaciones y aspiraciones.³⁷ • La posición semifowler disminuye el riesgo de aspiración.²³ • Para evitar que con el reflejo de expulsión (normal) al terminar de comer, regurgite leche y pueda presentar bronco aspiración. Esta posición propicia seguridad.³⁷
----------------------	--	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: (00004) Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos.			
OBJETIVO	CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Lactante menor se mantendrá libre de infecciones durante su estancia hospitalaria post cuidados de enfermería.	<p>[0702] Estado Inmune</p> <p>Definición: Resistencia natural y obtenida apropiadamente centrada contra antígenos internos y externos.</p> <p>Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (H)</p>	<p>[6540] Control De Infecciones</p> <p>Definición: Disminuir el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener presente las precauciones universales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son medidas, que reducen el riesgo de transmisión enfermedades infectocontagiosas de

	<p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido <p>Indicadores: (070221) Detección de infecciones actuales. (3- 5)</p> <p>(180706) Procedimientos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados. • Controlar temperatura. • Usar guantes estériles para los diferentes procedimientos en el lactante. 	<p>paciente a Equipo de Salud.³⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • El lavado de manos evita la presencia de microorganismos patógenos y ayuda a prevenir la transmisión de enfermedades, infectocontagiosas.³⁹ • Permiten identificar si existe alguna alteración y sobre todo el aumento de la temperatura nos ayuda a identificar enfermedades infecciosas y procesos inflamatorios, también es un mecanismo de defensa de estos estados.³⁸ • Los procedimientos especialmente invasivos requieren de una técnica totalmente séptica para llevarse a cabo más aun en recién nacidos prematuros que tienen comprometido su estado inmunológico.³⁹
--	--	---	--

	control de la infección (3- 5)	<ul style="list-style-type: none">• Cambio de dispositivos invasivos según protocolo de la institución.	<ul style="list-style-type: none">• La sonda orogástrica se cambia cada tres días, reduce el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias.³⁹
--	--	---	--

III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, brindar cuidados de enfermería a un lactante menor con antecedentes de prematuridad, de modo directo en esta etapa de vida, que es uno de los grupos más vulnerables, dependientes y con una enorme complejidad para su cuidado. Es importante mencionar, que los cuidados ofrecidos fueron indispensables para identificar y satisfacer necesidades básicas en el sujeto de estudio, también se brindo orientación y consejería al ente cuidador.

Como establece Watson: Conocer quién es el otro, cuáles son fortalezas y debilidades; lográndose a través de la comunicación terapéutica.⁴

Así mismo el factor de Desarrollo de una relación de ayuda- confianza, invita a interactuar asertivamente con los padres, escucharlos, establecer un buen contacto con ellos y generar confianza a través de los cuidados y del conocimiento que se muestra desde el primer momento. Informar asertivamente y establecer una comunicación terapéutica, clara, coherente y sincera, favorece el fortalecimiento del vínculo del binomio padres – hijos, resolviendo dudas y temores; que luego se convertirán en fortalezas en bien de la recuperación del lactante. Al brindar u ofrecer el cuidado, se acogió de una manera cálida al lactante, sin cambiar nuestro modo de ser, haciendo a un lado los problemas familiares y personales que pudieron afectar la atención de calidad e integral.

Al identificar necesidades alteradas en el paciente, se obtuvieron 5 diagnósticos de enfermería.

En relación al primer diagnóstico, cuyo objetivo fue: Lactante menor mejorará su patrón de alimentación a través de terapia de succión, durante su estancia hospitalaria por medio de los cuidados de enfermería.

Según Villamizar et al ⁴¹, en el 2010, menciona que pretermino tiene necesidades específicas que conciernen con su inmadurez del neurodesarrollo como también fisiológica. Donde la alimentación oral es a menudo la última competencia que debe

adquirir el RN pretermino para lograr el alta y es clave para estipular la duración de su hospitalización. Tolerando cualquier volumen leche en un tiempo determinado.⁴¹ El Neonato en estudio es un prematuro con EGC de 32 semanas y 3 días, con bajo peso al nacer, con reflejo de succión débil y presencia de sonda orogástrica para alimentación. Las intervenciones y cuidados de enfermería prioritarias fueron: pesar al neonato diariamente ya que una pérdida de peso reciente y significativa evidencia una escasa ingesta nutricional afectando las reservas musculares de glucógeno. Además, se tomaron las medidas antropométricas semanalmente o diariamente para poder evidenciar el crecimiento progresivo del neonato (Ulíbarri, Loboy Perez, 2015).

Asimismo, es importante evaluar la función digestiva: presencia/ausencia de ruidos intestinales, cambios en el perímetro abdominal. Un sistema digestivo funcional es fundamental para el aprovechamiento correcto de la alimentación enteral. Otra de las intervenciones fue estimular el borde de la boca con pequeños toques.

Hernández A⁴², menciona que la posición y aprehensión del pezón, favorecen en el amamantamiento durante los primeros meses de edad.

Las intervenciones estuvieron orientadas a otorgar la ayuda necesaria para resguardar el proceso de alimentación, logrando un 90% del NOC programado.

Lo cual se evidencia en la administración de dieta adecuada para satisfacer sus necesidades nutricionales, la ganancia de peso (100gr), y por medio de terapia de succión diaria al lactante, se mejoró el reflejo de succión logrando una adecuada alimentación sin necesitar uso de sonda orogástrica.

En cuanto al segundo diagnóstico, cuyo objetivo es: Lactante tendrá a disposición leche materna exclusiva en cantidad y condiciones adecuadas a su necesidad durante su estancia hospitalaria.

Stuebe, A⁴⁴, afirma que la interrupción de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía.

Según Borré Y, et al⁴⁵, en el 2014, mencionan que la lactancia es esencial para los seres humanos, durante los primeros meses. Beneficia a la madre en la estimulación para una óptima producción de leche, y la excelente oferta inmunológica, nutricional

y psicoafectiva para el bebé”. Los RN mencionados, experimentan un mayor aumento de talla y peso entre de los tres primeros meses de vida; y son menos propensos en presentar infecciones respiratorias, diarreas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes como también otitis invasivas.

Así mismo Tizón E⁴⁶, en el 2015 señala que los bebés alimentados con leche artificial presentan problemas en el crecimiento del timo a diferencia de los amamantados con leche materna, influyendo en el repertorio celular y la función inmunitaria del mismo.

Por otro lado, esta ofrece un momento de contacto íntimo entre madre e hijo. Ya que en este proceso se liberan dos hormonas la prolactina responsable de la producción de leche y oxitócica su función es eyectarla,⁴⁷ mejorando así el vínculo afectivo. ⁴⁸

Juy M et al⁴⁹, en el 2017, detallan que existen diversos factores que son implicados en la interrupción de la lactancia materna exclusiva, como la primiparidad, cesáreas, trabajo materno, así como la prematuridad, el peso o la enfermedad del bebé. Esto ha provocado que las madres dejen de alimentar exclusivamente con leche materna a los neonatos, horas después del parto.

A ello se aplicaron los cuidados de enfermería de manera eficaz empleando intervenciones tales como incentivar a la madre a que brinde leche materna al recién nacido, instruir a la madre sobre los beneficios para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, proporcionando todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita para su crecimiento.

Por su parte Luchinni C; y Marquez, F⁵⁰ en el año 2015, señalan que educar sobre técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de leche materna; permite empoderar a la madre de conocimiento sobre estos temas para que lo realice adecuadamente en su hogar.

Flores M, et al⁵¹, en el 2018, indican que también es importante educar sobre técnicas de esterilización de los insumos durante la extracción ya que si la madre posee el conocimiento podrá proporcionarnos leche confiable libre de microorganismos patógenos que pueden afectar al bebé.

A si mismo Gorrita R⁵², et al, en el 2016, señala que supervisar el estado en el cual llega la leche materna al servicio; se podrá evidenciar si esta llega en buen estado para poder brindarla al neonato. Por último, Borré Y, et al, en el 2014, alude que brindar educación a la madre sobre el vínculo materno que genera la leche materna, animará a la misma para que pueda extraerse leche y mejorar la condición de su bebé.

Este diagnóstico fue alcanzado; ya que el lactante presenta lactancia materna eficaz, mejorando el agarre del pecho, madre adquiere la capacidad para recolectar y almacenar de forma segura la leche, conoce de los beneficios de la lactancia materna a libre demanda. Esto significa que las intervenciones realizadas fueron efectivas en un 100% logrando cumplir con los objetivos planteados.

Los resultados de esta clase coinciden con una investigación en Lambayeque-Chiclayo por Jiménez E y Sosa A⁵³. en el 2012, en el que el personal de enfermería cumple un rol primordial en la educación de la lactancia materna a madres de recién nacidos prematuros durante y tras el alta hospitalaria, informándoles la técnica, extracción y conservación de la leche como también resaltando sobre la importancia y beneficios que ofrece la leche materna para el prematuro.

Respecto a lo manifestado es indiscutible que el profesional de enfermería como educador sanitario es principal ente rector en la iniciación y establecimiento exitoso de la lactancia materna, corroborando que la madre pueda asimilar aspectos cognitivos en relación a la lactancia materna, enfatizando los beneficios nutricionales, emocionales y educando la técnica adecuada, de manera que pueda llevarlo a la práctica en el cuidado maternal.

En cuanto al tercer diagnóstico (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz r/c extremos de la vida, tuvo como objetivo: Lactante menor con antecedentes de prematuridad mantendrá equilibrio de la temperatura corporal dentro de los valores normales durante su estancia hospitalaria post cuidados de enfermería, obteniéndose un 100 % de la meta programada. Las actividades realizadas fueron: Conservar la temperatura corporal del recién nacido, evitar la exposición a temperaturas frías y muy calientes.

Estrada L⁵⁴, en el año 2016, afirma que la termorregulación en los neonatos es una función fisiológica muy ligada a su dependencia de vida, siendo esta la habilidad para conservar un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura se encuentre dentro de los rangos normales.

Para conseguir una permanencia térmica óptima, la temperatura del infante debe ser mantenida dentro de su zona térmica neutral, llamada también zona de confort, donde el metabolismo y el consumo de oxígeno son mínimos y la regulación de la temperatura se genera por mecanismos físicos no evaporativos. Sabiendo que la zona térmica neutral es el ambiente ideal para el crecimiento y la supervivencia del prematuro y el recién nacido enfermo.⁵⁵

Según Ventura P⁵⁶, en el 2008, recalca que preexisten diversos factores que intervienen en el ambiente térmico de los RN; entre ellos resalta el entorno próximo, la temperatura ambiental y la de superficies radiantes próximas, la presencia de corrientes de aire y la humedad ambiental.

Las intervenciones de enfermería fueron eficientes y de calidad por lo que el lactante menor en estudio no presentó ningún signo de hipotermia e hipotermia. La temperatura se mantuvo estable, dentro de los valores normales, debido al control minucioso de las funciones vitales y de los mecanismos de pérdida de calor. Logrando en un 100% del NOC programado.

Respecto al cuarto diagnóstico (00039) Riesgo de aspiración r/c presencia de sonda oral. Se hace hincapié sobre la colocación y los cuidados relacionados con la sonda, siendo netamente competencia de enfermería, es importante conocer el procedimiento correcto, la prevención oportuna y evitar los factores de riesgo. Las intervenciones se lograron en su totalidad, ayudaron a mitigar el riesgo, manteniendo al lactante libre de sufrir aspiraciones.

Finalmente, el quinto diagnóstico, (00004) Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos, donde el objetivo a lograr: lactante se mantendrá libre de infecciones durante su hospitalización, post cuidados de enfermería.

Este se logró mediante la consejería sobre actividades preventivas:

Según Rey L et al⁵⁸, afirman que la manejo del protocolo de bioseguridad en servicios de neonatología son métodos habituales para impedir la transmisión de infecciones. El mantener limpias las manos, uso de mandil, y el correcto calzado de guantes son procesos esenciales para la atención de los neonatos, siendo más susceptibles a contraer infecciones durante su etapa de internación.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁹, exhorta que, al momento de brindar la atención a los pacientes, una de las medidas prioritarias como profesionales de la salud que debemos poner en práctica es el lavado de manos, un procedimiento que demanda de un costo mínimo y es el más eficaz para evitar las infecciones. Por medio de los materiales como el jabón común o antimicrobiano se eliminará la flora bacteriana y transitoria mediante fricción y arrastre mecánico.

IV. CONCLUSIONES

Una necesidad básica como alimentación es esencial para todo ser humano. Un desempeño eficiente en el reflejo succión deglución garantiza que la alimentación es óptima, segura y eficiente debido al hecho de no poseer un medio de ayuda. Lo que permite que el lactante permanezca menos tiempo en el hospital y pueda regresar a casa. Las intervenciones del equipo de salud durante la hospitalización, logran un 90% de la meta programada.

La lactancia materna exclusiva es la alimentación optina para lactante, fomentando el crecimiento y el desarrollo sano, tanto sensorial y cognitivo, ademas ofrece protección inmediata, así como estimulación del sistema inmunológico que previene al bebé de enfermedades crónicas e infecciosas. Reduciendo la tasa de mortalidad que se suscitan en la niñez, por enfermedades diarreicas y la neumonia. Las intervenciones del equipo de salud durante hospitalización, logran un 100% de restablecimiento de la salud en el lactante en estudio.

La termorregulación es fundamental y de vital importancia en atención de los niños, mantener el equilibrio de esta permite disminuir en gran medida la morbimortalidad neonatal. Una zona térmica neutral es el ambiente ideal para el crecimiento y la supervivencia del prematuro y el recién nacido enfermo. Esta se logró brindando un cuidado continuo, oportuno y seguro en un 100%.

La correcta colocación y fijación de la sonda orogástrica permite evitar complicaciones como lacerar la boca y sus tejidos, disminuyendo efectos secundarios como el riesgo de aspiración. Las intervenciones pertinentes y el cuidado humanizado de enfermería en un 100% garantizan el confort y bienestar general.

Finalmente se concluye que, para evitar infecciones en esta etapa de vida, es transcendental hacer uso de las medidas de Bioseguridad, y como primordial mecanismo para contrarrestar las infecciones el correcto lavado de manos. Las

intervenciones se brindaron en un 100%, estas fueron minuciosas que garantizaron la seguridad general del lactante en estudio, por lo que posteriormente fue dado de alta.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preterm birth. [online]. World Health Organization; 2018. [Cited 2019 Junio 29]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
2. Colegio de Enfermeras (Os) Del Peru. Reglamentación de Ley del Trabajo del Enfermero Peruano LEY N° 27669. Lima- Perú; 2002. [Online].; [cited 2019 Junio 20]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1209_LEG265.pdf
3. Herdman, T.H; Katmisuru S, (2018). (11aEd.). NANDA Internacional Nursing Diagnoses: Definition and Clasificación, 2018-2020. España: Elsevier.
4. Guerrero R, et al. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Servicio de Medicina. Hospital Daniel Alcides Carrión. [Online]. Lima- Perú; 2015. [cited 2019 Junio 26]. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
5. Vázquez C, Eseverri A. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. Rev Enferm Intensiva. [Online] 2010. [cited 2019 Junio 27]; 21 (4): 161-164. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeriaintensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familias-las-13187324>
6. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Rev Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(4):246-250.
7. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro. [Online]. Perú; 2006 [cited 2019 Junio 30]. Available from:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM1041-2006%20RN%20sano%20y%20enfermo.pdf>.

8. Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC;. [Online]. Mexico: CENETEC; 2013 [cited 2019 Junio 28. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-645-13/ER.pdf>.
9. Bustos G. Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario. [cited 2019 Junio 30. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_1.pdf
10. Sanchez C. Atención del neonato prematuro en la UCIN: centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo México: El Manual Moderno; 2014.
11. SCIELO. Arandia R, Ayala M. Recién nacido "Prematuro Tardío" frente a los riesgos que deben tenerse en cuenta. Rev Gac Med Bol. [Online] Cochabamba 2010. [cited 2019 Julio 7]; 33 (2). Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662010000200015
12. Gasque GJJ y col. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro. Rev Mexicana de Pediatría. [Online] 2012. [cited 2019 Julio 9]; 79 (3): 151-157. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp123h.pdf>
13. Gil N. Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y enfermedad de membrana hialina, sepsis probable, riesgo neurológico y apnea en una clínica privada. [Online]. Lima; 2018. [cited 2019 Julio 16. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1868/Nira_Tesis_Pregrado_2da%20especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Aguilar Cordero MJ. Lactancia materna. Madrid etc.: Elsevier, 2004, p.664.
15. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño; 2016. [cited 2019 Julio 20. Available from:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

16. Mayans F. Lactancia Materna en Prematuros. [Online]. Madrid; 2017. [cited 2019 Julio 22. Available from:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680675/mayans_fernandez_estefaniatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Cañamero I. Lactancia materna para profesionales sanitarios. Barcelona: ICB Editores; 2017.
18. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. [Online]. Tercera ed. Santiago – Chile; 2010. [cited 2019 Julio 11. Available from:
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2010_Manual-de-Lactancia-Materna.pdf
19. Shellhorn C, Valdés V. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca, Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. MINSAL, UNICEF. Chile; 1995 [cited 2019 Julio 15. Available from:
<https://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna [Online].; 2019 [cited 2019 Julio 17. Available from:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
21. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. [Online]. Segunda ed. Santiago – Chile; 2010. [cited 2019 Julio 15. Available from:
https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
22. Miguel P, Ibáñez P. Fisiología perinatal. [Online]. Santiago –Chile; 2008. Editorial Mediterráneo Ltda. [cited 2019 Julio 18. Available from:
http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1524/FISIOLOGIA_perinatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Ladewig P, London M, Moberly S, Olds S. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta ed. Madrid: McGraw; 2006.

24. Mena P. et al. Ministerio de Salud. Guia Nacional de Neonatología. [Online]. Chile; 2005. [cited 2019 Julio 24. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2005_Guia-Nacional-de-neonatologia.pdf

25. Cuidados del recién nacido prematuro sano hospitalizado. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC;. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 20. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-362-18/ER.pdf>

26. Salazar L, Ávila D. Inmunología perinatal. Rev [Online]. Villa Clara- Cuba; 2014. [cited 2019 Julio 9]; vol 42 | n° 4. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4591.pdf>

27. Rellan S, Garcia C, Aragón M. Recién Nacido Prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. 2008.

28. SCIELO. Arévalo H. et al. Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud. Rev. perú. med. exp. salud publica. [Online]. San Martín- Perú; 2003. [cited 2019 Julio 16]; 20 (2). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000200005

29. Echemendía B. La regulación ética de las investigaciones biomédicas y los comités de ética de la investigación. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2014 Abril; 52(1).

30. Alvarez C, Barcia J, Pavez N, Zuñiga C. Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva Y no nutritiva en lactantes prematuros extremos de 3 Y 6 meses de edad corregida. Chile: Universidad de Chile; 2015. [cited 2019 Agosto 3]. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138230/%C3%81lvarez%20Barcia%20Pavez%20Z%C3%BA%C3%B1iga.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Ann M. Asistencia de Enfermería materno - neonatal España: Pearson Educación, S.A.; 2010.

32. Hogg T. El secreto de tener bebés tranquilos y felices. RBA Libros. Barcelona- España; 2001.
33. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la A EP. Barcelona- España; 2004.
34. Quiroga A, et al. Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN), Guía de práctica clínica de Termorregulación en el Recién Nacido. [Online]. 2010 [cited 2019 Agosto 20. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf
35. Zamorano C, Cordero G, Flores J. Control térmico en el recién nacido pretérmino. Perinatología y Reproducción Humana. 2012; 26(1).
36. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. [Online]. Perú; 2007 [cited 2019 Agosto 17. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
37. Valverde I, Mendoza N, Peralta I. Enfermería pediátrica, México, D.F. Editorial El Manual Moderno; 2013.
38. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería Kozier & Erb. Novena ed. Volumen I; Madrid; 2013.
39. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. Doce ed. Madrid: McGraw-Hill; 2013.
40. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana, Revista Científica Salud Uninorte. 2009; 25 (1): 172-178.
41. Villamizar B. et al. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Salud UIS. 2010; 42 (3), 262-270. Retrieved from http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=219&id_seccion=3598&id_ejemplar=8056&id_articulo=81550.
42. Hernández A. O neonato. Sao Paulo- Brasil: Editorial Pulso; 2003.

43. Cañamero I. Lactancia materna para profesionales sanitarios. Barcelona: ICB Editores; 2017.
44. Stuebe A. Obstetrics & Gynecology. Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. 2014; 123(1), 643-652. Recovered from:https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2014_StuebeCES_Translation.pdf.
45. Borré Y, Cortina C, y Gonzales, G. Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente?. Rev Cuid. [Online] 2014. [cited 2019 Agosto 29]; 5(2), 723-730. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533181003>
46. Tizón E. Lactancia materna y sus determinantes. [Doctoral thesis]. Universidad da Coruña. España; 2015 [cited 2019 Agosto 22. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15939/TizonBouza_Eva_TD_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y
47. Reeder S, Leonide M. Enfermería Materno Infantil. 3era edición. México: Interamericana Mcgraw Hill; 1995.
48. Cruz M. Tratado de Pediatría. España: Editorial Océano; 2007.
49. Juy, M, et al. Factores Maternos que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en un hospital público. Revista Peruana de Investigación en Salud. 2017; 1(1): 34-39.
50. Luchinni C, Marquez F. Lactancia Materna: un círculo de vida. Santiago: Ediciones Universidad católica de Chile; 2015.
51. Flores M, et al. La lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. Importancia de su conocimiento para los médicos en formación. Opuntia Brava, 2018; 10(1), 69-78. Retrieved from: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/56>

52. Gorrita R, Brito D, Ruiz E. Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana Pediatr*, 2016; 88(2). Retrieved from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200003&lng=es&tlng=es
53. Jiménez E, Sosa A. Educación de las enfermeras para la adopción del rol materno en madres primerizas con hijos prematuros. [Tesis para licenciatura], Chiclayo –Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [cited 2019 septiembre 10]. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/460>
54. Estrada L. Cuidados de Enfermería en termorregulación, nutrición y prevención de infecciones en recién nacido del hospital regional Santiago de Jinotepe Carazo. Nicaragua; 2016 [cited 2019 septiembre 12]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1894/1/37704.pdf>
55. Sola A. Cuidados Neonatales: Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Primera ed. Buenos Aires: Edimed- Ediciones Médicas; 2011.
56. Ventura P. Termorregulación. Neonatología. Tercera Edición. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2008; pp 97-109.
57. Combol A. Bioseguridad. Curso teórico-práctico: Diagnóstico de enteroparasitosis humanas. [Online] 2017; [cited 2019 Septiembre 5]; Available from: <http://www.higiene.edu.uy/parasito/cursep/biosegl.pdf>.
58. Rey L, et al. Normas de Bioseguridad en el Servicio de Neonatología del Hospital del Niño “Ovidio Aliaga Uría”. *Rev Cuadernos del Hospital de Clínicas*. [Online] 2004. [cited 2019 Septiembre 2]; 49(1), 37–43. Available from: <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/facmed/chc2004490104.pdf>
59. Organización Mundial de Salud (OMS). Higiene de las manos: ¿por qué, como, cuándo? [Online]. 2012 [cited 2019 Septiembre 5]; 1–7. Available from: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-lasManos_Brochure_June-2012.pdf