

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de Atención de Enfermería aplicado a una niña lactante

prematura de tres meses, en un hospital de Lima, 2018

Por:

Lucy Condori Mango

Asesora:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

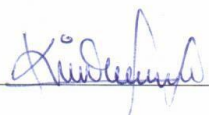
Yo, KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI, de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña lactante, prematura de tres meses en un hospital de Lima, 2018”***, constituye la memoria que presentan la licenciada: CONDORI MANGO LUCY, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Integral Infantil, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los diecisiete días del mes de setiembre de 2018.



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Proceso de atención de enfermería aplicado a una niña lactante, prematura de tres meses
en un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidado
Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Presidente



Mg. Delia Luz León Castro

Secretario



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

Dedico de forma especial, a los niños de Perú, a aquellos que están en condiciones desfavorables, sobre todo de las zonas más alejadas de nuestro país.

A mi madre Ernestina Mango Vda. de Condori y a mi familia.

Agradecimientos

A Dios por haberme dado la fortaleza para finalizar mi especialidad como enfermera especialista en Cuidado Integral Infantil.

A la Universidad Peruana Unión por haber incluido dentro de su programa la especialidad de Unidad de Post Grado de Ciencias de la Salud

A mi asesora por haberme guiado en la elaboración del presente trabajo académico

Abreviaturas

ADIT: Acompañamiento del Desarrollo Infantil Temprano

ACP: Ambos Campos Pulmonares

CD: Coeficiente de Desarrollo

CAI: Consulta de Atención Inmediata

CRED: Crecimiento y Desarrollo

EEPP: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

EC: Edad Cronológica

ECr: Edad Corregida

EM: Edad Mental

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

IRA: Infección Respiratoria Aguda

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MINSA: Ministerio de Salud

NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería

OA: Objetivo Alcanzado

OMS: Organización Mundial de la Salud

PC: Perímetro Cefálico

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

RNPMBAN: Recién Nacido Prematuro de Muy Bajo Peso al Nacer

RNPrT: Recién Nacido Pre Término

SOAPIE: Subjetivo, Objetivo, Análisis, Planificación, Intervención y Evaluación

TBC: Tuberculosis

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

Índice

Dedicatoria	iv
Agradecimientos.....	v
Abreviaturas	vi
Índice	viii
Resumen	xiv
Capítulo I.....	15
Valoración.....	15
Patrones funcionales.	16
Patrón percepción control de la salud.	16
Patrón nutricional-metabólico.....	19
Patrón de eliminación.	21
Patrón sexualidad-reproducción.	22
Patrón rol-relaciones.	22
Patrón valores-creencias.	22
Patrón autopercepción-auto concepto.	23
Patrón tolerancia a la situación y al estrés.	23
Patrón descanso-sueño.	23
Patrón perceptivo-cognitivo.....	23
Patrón actividad-ejercicio.	24

Listados de características significativas (datos anormales) por patrones funcionales.	25
.....	25
Diagnóstico enfermero.....	28
Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional (inferior a las necesidades corporales).	28
.....	28
Etiqueta diagnóstica: Lactancia materna ineficaz.....	28
Etiqueta diagnóstica: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.....	29
Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz.....	30
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo.....	30
Enunciado de diagnósticos de enfermería.....	31
Planificación.....	32
Priorización de diagnósticos.....	32
Planificación de cuidados.....	33
Ejecución.....	43
Evaluación.....	48
Capítulo II.....	50
Marco teórico.....	50
Antecedentes.....	50
Marco conceptual.....	55
Niño o lactante prematuro.....	55
La lactancia materna.....	58

Control de crecimiento y desarrollo.....	62
Instrumento de evaluación de desarrollo.	67
Estimulación temprana.	69
Modelo teórico de enfermería.....	70
Capítulo III.....	72
Materiales y métodos.....	72
Tipo y Diseño.....	72
Sujeto de estudio.....	72
Delimitación geográfica temporal.....	72
Técnica de recolección de datos.....	73
Consideraciones éticas.....	74
Capítulo IV.....	75
Resultados y discusión.....	75
Análisis y discusión.....	76
Análisis.....	76
Discusión.....	85
Capítulo V.....	89
Conclusiones y recomendaciones.....	89
Conclusiones.....	89
Recomendaciones.....	90
Bibliografía.....	92
Anexo 1.....	96

Consentimiento informado.	96
Anexo 2.....	97
Examen físico.	97
Anexo 3.....	98
EEDP.	98

Índice de tablas

Tabla 1	27
Escala de evaluación del desarrollo (EEDP)	27
Tabla 2	27
Perfil del desarrollo psicomotor.....	27
Tabla 3	33
Dx enfermería: Lactancia materna ineficaz	33
Tabla 4.....	35
Dx enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.	35
Tabla 5	37
Dx enfermería: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	37
Tabla 6.....	39
Dx enfermería: Protección ineficaz relacionado con falta de vacunación, prematuridad (ganancia de peso inadecuado).	39
Tabla 7	41
Dx enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.	41
Tabla 8.....	43
SOAPIE del Dx. Lactancia materna ineficaz	43
Tabla 9	44
SOAPIE del Dx. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades.	44
Tabla 10.....	45

SOAPIE del Dx. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	45
Tabla 11	46
SOAPIE del Dx. Protección ineficaz relacionada con falta vacunación, prematuridad, ganancia de peso inadecuado.....	46
Tabla 12	47
SOAPIE 5del Dx. Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.....	47
Tabla 13	48
Diagnóstico 1	48
Tabla 14	48
Diagnóstico 2	48
Tabla15	49
Diagnóstico 3	49
Tabla16	49
Diagnóstico 4	49
Tabla17	49
Diagnóstico 5	49
Tabla 18	75
Evaluación de los objetivos y resultados	75

Resumen

El estudio del caso tiene como objetivo priorizar los diagnósticos enfermeros, utilizados en atención primaria (atención de crecimiento y desarrollo del niño y niña). En el estudio se describe un caso clínico de un lactante de tres meses y veintiséis días (edad cronológica) con prematuridad, mediante la utilización de metodología enfermera (Proceso de Atención de Enfermería), con lenguaje NANDA, complementado con revisión de bibliografía relacionado. Para la recolección de los datos se coordinó la autorización de la jefatura de enfermería para realizar de estudio con el permiso de la madre. La información se recolectó a través de: examen físico, evaluación de CRED, y la técnica usada fue la técnica de entrevista personal, por otra parte, el instrumento usado fue la Guía de Valoración de Marjory Gordon y, se tuvo como base el modelo teórico de enfermería de Sor Callista Roy. Finalmente se cumplieron al 100% los objetivos planteados en función a cada diagnóstico encontrado. Para la resolución de los diagnósticos se hizo uso de estrategias de intervención y plan de educación, para prevención la desnutrición crónica y se concluye que, ante una intervención adecuada y oportuna, se obtiene resultados favorables para la recuperación del lactante, asimismo el mantenimiento de la salud, para evitar secuelas posteriores.

Palabras claves: Prematuro, lactancia materna, conocimiento, crecimiento y desarrollo.

Capítulo I

Valoración

Fecha de valoración 22-01-2018

Datos generales:

Nombre: S.L.V

Nombre de la madre: V.G.K.

Fecha de nacimiento: 26/9/17 Edad: 3m 26d Sexo: F

Fecha de control de CRED: 22/01/2018

Motivo de consulta: Control niño sano

Nº De Control: 03

Cuidador responsable: Madre

Informante: Madre

Grado de instrucción: Superior incompleto.

Nª Integrantes de la familia: 5

Dirección: Asoc. De Viv. El paraíso Mz: U Lte 7; Santa Clara - Ate

Teléfono: 933763147

Lic. Enf. Responsable: Lucy Condori Mango

Resumen de la situación problemática:

Niña lactante prematura, de sexo femenino, de tres meses con veintiséis días, de edad cronológica, la cual fue captada en el consultorio de inmunizaciones para tomar el caso, su nacimiento se dio a las 26 semanas de gestación, cuya atención fue en un hospital de Lima, con alta capacidad resolutiva, con tiempo de Hospitalización de 3 meses, de los cuales 2 meses curso con intubación, sus datos al nacer fueron, peso: 835gramos, talla: 32cm, perímetro cefálico: 22.5cm, acordes con la edad gestacional y su apgar: al minuto 2, a los 5 minutos 4, a los 10 minutos 7. Nació por cesárea, cursó con sepsis neonatal, sus datos al alta, peso: 2450gr., talla: 47.5cm, perímetro cefálico 32cm, salió de alta con lactancia materna exclusiva, al tomar el caso sus datos fueron peso: 2500gr, talla: 48.5cm, pc: 32.3cm, madre con mala técnica de lactancia, con, todo lactante se encuentra con grado de dependencia III, ya que depende enteramente de sus padres, en especial de madre.

Funciones vitales:

Respiración: 30 X!

Frecuencia cardiaca: 110X!

T° Axilar: 36.5 °C

Tratamiento

Sulfato ferroso: 5gr/día

Calcibón: 200mg/día

Patrones funcionales.

Patrón percepción control de la salud.

Madre:

Antecedentes de enfermedades: No

Medicamentos que consume: Ninguno

Consumo de sustancias tóxicas: No

Edad gestacional: 26 semanas

Inasistencia a controles de gestación y controles de hijo, por otras prioridades.

Edad de la madre: 27 años

Ocupación: Su casa

Grado de instrucción: Secundaria incompleta.

Desconocimiento sobre técnica correcta de LME

Padre:

Antecedentes enfermedades: Ninguno

Medicamentos que consume: Ninguno

Consumo de sustancias tóxicas: No

Edad del padre: 28 años

Ocupación: Operador de máquina.

Grado de instrucción: Secundaria completa.

Parto:

Intrahospitalario: Sí

Tipo: cesárea

Presentación: Cefálico

Niño:

Datos de RN:

Apgar: 1 minuto: 2; 5 minutos: 4; 10 minutos: 7

Peso: 835gr

Talla: 32cm

Perímetro torácico: 20cm

PC: 22.5cm

Edad gestacional: 26 semanas

Tamizaje neonatal: No

Hospitalización: Sí

Antecedentes personales de enfermedad:

Alergias: No

Factores de riesgo: Prematuro, nacimiento por cesárea, sepsis neonatal.

Hospitalización: 3 meses; entubado por 2 meses.

Tamizaje auditivo: Sí

Nº de controles: Ninguno

Vacunación: Ninguna

Tratamiento preventivo:

Sulfato ferroso: 5gr/día, Calcibon: 200mg/día

Comentario adicional: Madre a inicio interesada en seguimiento de CRED de su hijo, no se evidencia de interés por controles en hospital de mayor complejidad para chequeos dado su condición de nacimiento niño con muy prematuridad extrema. Se realiza llamada y visita domiciliaria.

Patrón nutricional-metabólico.

Datos de antropometría:

Peso de alta: 2.450gr

Talla de alta: 47.5cm

PC. De alta 32cm

Peso: 2.500gr (día de control 22/01/2018)

Ganancia de peso 50 gramos en el mes

Talla: 48.5cm (día de control 22/01/2018)

PC: 33.7cm (día de control 22/01/2018)

T° Axilar: 36.5°C

Piel:

Piel y mucosas hidratadas

Enfermedades de la piel: No

Presencia de hemangiomas: No

Color: ligeramente pálida

Integridad: intacta

Boca:

Cavidad Bucal: limpia e íntegra

Succión: Moderada (Tiempo prolongado de intubación - prematuro)

Dentadura: Ausencia

Paladar: Normal

Malformaciones: No

Presencia de frenillo: No

Abdomen:

Apetito: Disminuido

Abdomen: Blando/depresible

Ruidos hidroaéreos: Presentes/normales

Nº habitual de comidas: a demanda.

Tipo de dieta: Lactancia materna exclusiva.

Suplemento vitamínico: Sí

Otros:

Cabellos y uñas intactos.

Parasitosis intestinal: No

Comentario adicional: Madre con poco conocimiento sobre técnica de lactancia, refiere que su hijo subió de peso con fórmula en el hospital.

Datos de segundo control (47 después de control)

Peso: 3.500gr

Talla: 49.9cm

PC. : 35.5cm

Patrón de eliminación.

Intestinales:

Nº de deposiciones: 2 veces al día

Color: Verde amarillo

Consistencia: Semilíquida

Cantidad: 60cc

Diarreas: No

Vesicales:

Frecuencia: 6 veces al día

Color: Amarillento claro

Cantidad: 50cc

Edad de control de esfínteres: No

Órganos genitales: Limpios e íntegros.

Zona perianal: Integra.

Comentario adicional:

Se identifica con su sexo: no aplica.

Reconoce su sexo: no aplica

Estado de higiene: Buena

Patrón sexualidad-reproducción.

Genitales presentes de características normales.

Patrón rol-relaciones.

Fuentes de apoyo: Ambos padres

Estado civil de los padres: Casados

Problemas familiares: No se evidencia.

Presenta hermanos: Sí

Número de hermanos (2)

Tipo de familia: Funcional

Comentario adicional: Madre refiere que se dedica al cuidado de su hogar, con 5 miembros: esposo, hijos de 4 y 2 años.

Patrón valores-creencias.

Religión de los padres: Evangélicos.

Asiste con frecuencia a una iglesia de padres: No

Patrón autopercepción-auto concepto.

No se aplica.

Patrón tolerancia a la situación y al estrés.

Estado emocional del niño: Tranquilo

Estado emocional de los padres: madre preocupada por cuidado de miembros del hogar.

Patrón descanso-sueño.

Horas de sueño: 16 Horas.

Ningún problema para dormir.

Demora en conciliar el sueño: No

Se levanta varias veces en la noche: No

Toma siestas: Sí

Niño duerme solo: Sí

Patrón perceptivo-cognitivo.

Niño despierto, activo

Funcionalidad de los sentidos: Moderado

No presenta anomalías.

Dolor: No

Desarrollo psicomotriz:

Se evalúa con EEDP Normal:

Área motora: Normal.

Área lenguaje: Normal.

Área: coordinación: Normal.

Área social: Normal

Patrón actividad-ejercicio.

Actividad respiratoria:

Respiración: 30 X!

Frecuencia respiratoria: Normal

Fosas Nasales: Permeables

Congestión nasal: No

Se cansa con facilidad: No

Ruidos respiratorios: Normales en ACP

Actividad Circulatoria:

Frecuencia cardiaca: 110 X! (Normal)

Tiene movilidad de miembros: Sí.

Fuerza muscular incrementada: Sí.

Capacidad de autocuidado: Totalmente dependiente

Listados de características significativas (datos anormales) por patrones funcionales.***Patrón nutricional-metabólico.***

Ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas insuficientes.

Paciente salió de alta con un peso de 2.450gr. y una talla de 47.5cm, sin embargo su peso al día de haber tomado el caso (22/01/2018) tenía un peso de 2.500gr. y una talla de 48.5, con una ganancia de peso de solo 50 gr. Durante ese periodo.

Postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Patrón percepción control de la salud.

Antecedentes de inasistencia a controles de gestación y falta de controles de lactante

Nº de controles: Ninguno

Vacunación: Ninguna

Paciente prematuro

Paciente sin vacunación, prematuridad (ganancia de peso inadecuado)

Patrón perceptivo-cognitivo.

Edad cronológica 3m 26d=116d.

Edad corregida: 3 semanas = 21d.

Funcionalidad de los sentidos: moderado

Se evalúa con EEDP: Normal

Área motora: Normal

Área lenguaje: Normal

Área: coordinación: Normal

Área social: Normal.

Datos necesarios:

Edad cronológica (EC)

Fecha de consulta: 2018 01 22

Fecha de nacimiento 2017 09 26

Edad cronológica 00a 03m 26d

Por lo tanto se tiene 3meses y 26días

Convirtiendo a días $3 \times 30 + 26 = 116$ días (17semanas)

Edad Corregida (ECr) = Edad cronológica en semanas – (Edad gestacional semanas con la que debe nacer – Edad gestacional semanas con la que nació)

$ECr = 17 - (40-26) = 3$ semanas, como es mayor de 15 días, la evaluación fue con un mes de edad.

Edad mental (EM)

Suma de los ítems aprobados:

$EM = \text{meses} \times 30(\text{constante}) + 12(\text{puntos aprobados})$

$EM = 30 + 12$

$EM = 42$

Tabla 1
Escala de evaluación del desarrollo (EEDP)

Edad de evaluación en meses	1mes
Fecha	22/01/2018
EM/ECr.= 42/30	= 1.4
Coefficiente de desarrollo (CD)	= 96
Firma del evaluador	Lic. L. Condori

Tabla 2
Perfil del desarrollo psicomotor

Área/edad en meses	1	2	3	4
Coordinación	④	8	12 13	16 17
Social	①	6 7 8	11	20
Lenguaje	②	7 10	12 15	17 20
Motor	3 5	9	⑭	18 19

ECr
EC

Se califican en los siguientes rangos: Normal: Mayor o igual a 85, Riesgo: 84 – 70 y Retraso: Menor o igual a 69

Patrón tolerancia a la situación y al estrés

Estado emocional de los padres: madre preocupada por cuidado de miembros del hogar, padre es el sustento del hogar.

Diagnóstico enfermero

Análisis de etiquetas.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional (inferior a las necesidades corporales).

Código: 00002

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Página: 163

Definición: “Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas” (NANDA, 2017, p.163).

Factor relacionado: Ingesta diaria insuficiente de nutrientes en la niña lactante prematura.

Características definitorias: Ganancia inadecuada de peso (ganó solo 50 gramos en un mes)

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente de nutrientes en la lactante prematura evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.

Etiqueta diagnóstica: Lactancia materna ineficaz.

Código: 00104

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Página: 159

Definición: “Dificultad en el aporte directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante” (NANDA, 2017, p. 159).

Factor relacionado: Conocimiento insuficiente de la madre sobre las técnicas de lactancia materna.

Características definitorias: Postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Enunciado de enfermería: Lactancia materna ineficaz relacionada con conocimiento insuficiente de la madre sobre la técnica de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Etiqueta diagnóstica: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

Código: 00188

Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Página: 141

Definición: “Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas que el estado de salud” (NANDA, 2017, p. 141).

Factor relacionado: Conocimientos insuficientes sobre el control del niño sano.

Características definitorias: Inasistencia a controles de gestación y controles de hijo, por otras prioridades.

Enunciado de enfermería: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre control del niño sano, evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

Etiqueta diagnóstica: Protección ineficaz.

Código: 00043

Dominio: 1

Clase: 2 Gestión de la Salud

Página: 148

Definición: “Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones” (NANDA, 2017, p. 148).

Factor de riesgo: Falta de vacunación, prematuridad

Características definitorias: No hay

Enunciado de enfermería: Protección ineficaz por falta vacunación, prematuridad, ganancia de peso inadecuado.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo.

Código: 00112

Dominio: 13 Crecimiento/Desarrollo

Clase: 2 Desarrollo

Página: 452

Definición: “Vulnerable a sufrir un retraso del 25% o más de las áreas de conducta social o autor reguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que pueden comprometer la salud” (NANDA, 2017, p. 452).

Factor de riesgo: Prematuridad

Características definitorias: No hay

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

Enunciado de diagnósticos de enfermería

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente de nutrientes en la niña lactante prematura evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.

Lactancia materna ineficaz relacionada con conocimiento insuficiente de la madre sobre la técnica de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre control del niño sano, evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

Protección ineficaz relacionada con falta vacunación, prematuridad, ganancia de peso inadecuado.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

Planificación

Priorización de diagnósticos.

Lactancia materna ineficaz relacionados con conocimiento insuficiente de la madre sobre la técnica de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente de nutrientes en el prematuro evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre control del niño sano, evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

Protección ineficaz relacionada con falta vacunación, prematuridad, ganancia de peso inadecuado.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

Planificación de cuidados.

Tabla 3

Dx enfermería: Lactancia materna ineficaz relacionada con conocimiento insuficiente de la madre sobre las técnicas de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Objetivos/Resultados esperados	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante aprenderá las técnicas de lactancia materna con apoyo del profesional.</p>	<p>1. Determina el conocimiento de la alimentación de pecho.</p>	<p>1. Esta actividad es importante para identificar el conocimiento, para desarrollar estrategias educativas que contribuyan a una adecuada salud y nutrición de la niña, a través de la lactancia.</p>
<p>Objetivos específicos.</p> <p>Madre adoptará postura adecuada.</p> <p>Madre logrará el vaciamiento de la mamas.</p> <p>Madre asegurará un succión continua en su niño</p>	<p>2. Brindar consejería sobre beneficios de la lactancia materna.</p> <p>3. Educar sobre la técnica de lactancia materna: Posición cómoda, pecho bien expuesto, estomago del bebé pegado al estómago de la madre, cuello y cabeza de bebé en line con su cuerpo y mano libre para acariciar al bebé.</p>	<p>2. Consejería en lactancia materna, proceso educativo comunicacional realizado por el personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que da información y apoyo oportuno a la madre en relación a su lactancia, de acuerdo a sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de su hijo o hija.</p> <p>3. La educación de la técnica de lactancia materna, es importante para lograr garantizar una lactancia eficaz en el niño.</p>

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">4. Orientar el adecuado de vaciamiento el pecho con la alimentación.5. Orientar sobre la importancia que tiene el amamantar ambos pechos.
6. Brindar recomendaciones para el cuidado de los pezones.7. Educar sobre las complicaciones de mala técnica de lactancia8. Hacer la demostración sobre el uso adecuado de una bombilla manual de pecho. | <ul style="list-style-type: none">4. Esta actividad permite asegurar que madre reconozca si logró una buena alimentación en su niño.5. El empoderamiento respecto la importancia del vaciamiento del pecho permitirá lograr una ganancia de medidas antropométricas sea óptimo, dado que los nutrientes que favorecen ello se encuentra en la leche final.6. Esta actividad permitirá a la madre mantener sus pezones sin alteraciones en su integridad.7. Ello permitirá a la madre reconocer si aplica una mala técnica de lactancia.8. La actividad demostrativa garantiza con mayor grado el aprendizaje, dado que la madre observa y realiza la extracción de leche y así ayuda en la alimentación del lactante. |
|--|---|
-

Tabla 4

Dx enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.

Objetivos/Resultados esperados	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante logrará un estado nutricional óptimo, con la asistencia de su madre, en un periodo de un mes.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Lactante ganará peso más de 15 a 30grs por día.</p> <p>Lactante ganará talla 1 a 2cm por mes</p> <p>Lactante aumentará su perímetro cefálico 1 a 1.5cm por mes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar evaluación antropométrica 2. Brindar consejería sobre lactancia materna y alimentación en la madre del lactante. 3. Promover la LME. 4. Brindar educación de prevención de IRA, EDA. 5. Brindar taller demostrativo de extracción de leche. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esta actividad nos permite realizar un diagnóstico del estado nutricional del niño, haciendo uso de las medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. 2. Consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidador a entender los factores que influyen en la salud y nutrición durante la evaluación encontrados durante la evaluación del CRED de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos. 3. Actividad que permite a la madre conocer las bondades de lactancia materna y los beneficios para su lactante y para ella. 4. Esta actividad permite a la madre evitar enfermedades respiratoria y diarreicas, y así evitar la desnutrición, dado 5. Taller con sesiones demostrativas, son actividades educativas que hacen uso de la metodología “aprender haciendo” y están dirigidas a madre, padres o cuidadores de las niñas y niños, cuya participación es interactiva.

-
- | | |
|--|---|
| 6. Hacer seguimiento de ganancia de medidas antropométricas. | 6. Seguimiento, actividad que se realiza en cada contacto con la niña o niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignadas en la historia clínica y el carnet de atención. |
| 7. Evaluar y verificar de medidas de peso y talla. | 7. Actividad que permite realizar reajuste en las intervenciones para mejorar los resultados. |
-

Tabla 5

Dx enfermería: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el control de niño sano evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

Objetivos/Resultados esperados	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo General: Madre adoptará una conducta responsable sobre la salud de su hijo	1. Identificar con la madre las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.	1. Esta actividad permite seleccionar las mejores vías para hacer efectiva el cambio deseado.
Objetivo específico: Acudirá a los controles de lactante para evaluación. Madre mostrara interés respecto a la salud de hijo.	2. Animar a la madre a organizar tiempos para fomentar cambio de conducta. 3. Enseñar a la madre a acudir al establecimiento ante riesgo de salud en el niño. 4. Explicar a la madre la importancia de la monitorización en el intento de cambiar la conducta. 5. Brindar consejería sobre importancia de seguimiento.	2. La realización de esta actividad permite a la madre realizar sus actividades en forma ordenada y evitar situaciones de estrés. 3. Esta actividad permite a la madre actuar en forma oportuna ante una amenaza de salud en el niño y evitar así complicaciones futuras. 4. El conocimiento para esta actividad permite a la madre evaluar los efectos de sus acciones. 5. Consejería, proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre. En este caso se hace énfasis en la importancia del seguimiento, para evaluar resultado de las intervenciones y realizar correcciones.
	6. Programar visita domiciliaria, convocando a toda la familia.	6. Visita domiciliaria, actividad desarrollada por el personal de salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de capacitación, acompañamiento y

seguimiento a la familia de la niña o niño. En este caso con el objetivo de fortalecer el involucramiento de la familia en el cuidado del lactante, ello implica el cumplimiento de asistencia a sus controles.

Tabla 6

Dx enfermería: Protección ineficaz relacionado con falta de vacunación, prematuridad (ganancia de peso inadecuado).

Objetivos/Resultados esperados	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: Lactante no presentará complicaciones en su estado, como infecciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar consejería vacunas, higiene corporal, promover la LME para incremento de peso. 2. Hacer seguimiento de ganancia de medidas antropométricas. 3. Brindar educación sobre importancia de vacunación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidador a entender los factores que influyen en la salud y nutrición durante la evaluación encontrados durante la evaluación del CRED de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos. Los temas específicos a tratar cumplimiento de calendario de vacunación, higiene y lactancia materna. 2. Seguimiento, actividad que se realiza en cada contacto con la niña o niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignados en la historia clínica y el carnet de atención. Actividad realizada a través de las medidas antropométricas para valorar el estado nutricional en función a controles anteriores. 3. Resaltar la importancia del cumplimiento del calendario de vacunación en el lactante prematuro, dado que no completó su maduración, y su sistema inmune aún está en proceso.

4. Vacunar según calendario de vacunación.

4. La vacunación, es una actividad diaria, de carácter preventivo, que forma parte de la atención integral de las personas (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores), con la finalidad de garantizar su protección contra enfermedades prevenibles por vacunación.

Tabla 7

Dx enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

Objetivos/Resultados esperados	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General:</p> <p>Lactante disminuirá el riesgo de retraso en el desarrollo normal con apoyo de su familia en forma progresiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la evaluación del desarrollo psicomotor: EEDP 2. Brindar consejería importancia sobre evaluación por especialista (auditiva, oftálmica). 3. Brindar consejería sobre importancia estimulación y ADIT. 4. Brindar taller de estimulación temprana de 1 y 2 meses. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del desarrollo, actividad que se realiza con la finalidad de detección precoz de niños con trastornos del desarrollo, el cual es de suma importancia, ya que no sólo permite iniciar de forma temprana una terapia eficaz en los casos que puedan beneficiarse de ella. El EEDP, es el instrumento más cercano a lo real, además más específico. 2. Consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, en este caso la condición de prematuro le hace candidato a tener riesgo sobre alteraciones auditivas, oftálmicas, por ello la importancia de la evaluación y seguimiento respecto a los temas mencionados. 3. La consejería, permite a la madre entender en este caso que su hija lactante prematura, es un grupo de riesgo para el desarrollo, por su inmadurez y para evitarlo se hace necesario realizar la estimulación del desarrollo, al mismo tiempo realizar el acompañamiento en su desarrollo. 4. Taller de estimulación temprana, actividad grupal, programada para entrenar, informar, educar y comunicar a los padres, sobre las actividades básicas de estimulación temprana en el niño o niña menor de años, para

5. Realizar visita domiciliaria.

potenciar su desarrollo motriz, cognitivo, social y emocional. En el caso de la niña de acuerdo a la edad corregida.

5. Visita domiciliaria, actividad desarrollada por el personal de salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de capacitación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña o niño. En l caso específico para verificación de condición de vivienda, y adecuación de la estimulación con recursos con los que cuenta la madre en casa.

Ejecución

Tabla 8
SOAPIE del Dx. Lactancia materna ineficaz relacionados con conocimiento insuficiente de la madre sobre la técnica de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

Fecha /hora	Intervenciones
S	Paciente lactante, madre refiere: “mi hija veo que sí toma leche”
O	Se observa que la madre del lactante presenta una mala técnica de lactancia, un vaciamiento moderado de sus mamas y el lactante presenta una falta de succión continua.
A	Lactancia materna ineficaz relacionada con conocimiento insuficiente de la madre sobre las técnicas de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.
P	Madre aprenderá las técnicas de lactancia materna con apoyo del profesional.
I	<p>Se determina el conocimiento de la alimentación de pecho.</p> <p>Se brinda consejería sobre beneficios de la lactancia materna.</p> <p>Se enseña técnica de lactancia materna: posición cómoda, pecho bien expuesto, estómago del bebé pegado al estómago de la madre, cuello y cabeza de bebé en line con su cuerpo y mano libre para acariciar al bebé.</p> <p>Se orienta el adecuado de vaciamiento el pecho con la alimentación.</p> <p>Se orienta sobre la importancia que tiene el amamantar ambos pechos.</p> <p>Se brinda recomendaciones para el cuidado de los pezones.</p> <p>Se enseña las complicaciones de mala técnica de lactancia</p> <p>Se hace la demostración sobre el uso adecuado de una bombilla manual de pecho.</p>
E	OA

Fuente: Propio del investigador

Tabla 9
SOAPIE del Dx. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente de nutrientes en el prematuro evidenciado por medidas antropométricas inadecuada.

Fecha/ hora	Intervenciones
S	Paciente lactante en compañía de su madre.
O	Lactante presenta una ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas insuficientes: Ganancia de peso 50 gramos en el mes.
A	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas inadecuadas.
P	Lactante logrará un estado nutricional óptimo, con la asistencia de su madre, en un periodo de un mes.
I	<p>Se realiza evaluación antropométrica</p> <p>Se brinda consejería sobre lactancia materna y alimentación en la madre lactante.</p> <p>Se promueve la LME.</p> <p>Se brinda educación de prevención de IRA, EDA.</p> <p>Se brinda taller demostrativo de extracción de leche.</p> <p>Se hace seguimiento de ganancia de medidas antropométricas.</p> <p>Se evalúa y verifica de medidas de peso y talla.</p>
E	OA

Fuente: Propio del investigador

Tabla 10

SOAPIE del Dx. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre control del niño sano, evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

Fecha/ hora	Intervenciones
S	Madre refiere no haber asistido a controles en gestación y además haber perdido citas programadas.
O	Se observa en carnet de CRED ausencia de controles, es decir carnet sin registro de controles.
A	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el control de niño sano evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.
P	Madre adoptará una conducta responsable sobre la salud de su hijo.
I	<p>Se identifica con la madre las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.</p> <p>Se anima a la madre a organizar tiempos para fomentar cambio de conducta.</p> <p>Se enseña a la madre a acudir al establecimiento ante riesgo de salud en el niño.</p> <p>Se explica a la madre la importancia de la monitorización en el intento de cambiar la conducta.</p> <p>Se brinda consejería sobre importancia de seguimiento.</p> <p>Se programa visita domiciliaria, convocando a toda la familia.</p>
E	OA

Fuente: Propio del investigador

Tabla 11
SOAPIE del Dx. Protección ineficaz relacionada con falta vacunación, prematuridad, ganancia de peso inadecuado.

Fecha/ hora	Intervenciones
S	Lactante menor con su madre quien refiere “me dijeron que no podían vacunar al salir de alta, y ya no volví”
O	Se observa carnet de CRED sin fecha de vacunación, es decir en blanco.
A	Protección ineficaz relacionado con falta de vacunación, prematuridad (ganancia de peso inadecuado)
P	Lactante no presentará complicaciones en su estado, como infecciones.
I	Se brinda consejería vacunas, higiene corporal, promover la LME para incremento de peso. Se hace seguimiento de ganancia de medidas antropométricas. Se brinda educación sobre importancia de vacunación. Vacunar según calendario de vacunación.
E	OA

Fuente: Propio del investigador

Tabla 12
SOAPIE del Dx. Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

Fecha /hora	Intervenciones
S	Paciente lactante en compañía de su madre.
O	Se atiende niña lactante prematura de nacimiento a las 26 semanas de gestación, con edad corregida de 3 semanas.
A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.
P	Lactante disminuirá el riesgo de retraso en el desarrollo normal con apoyo de su familia en forma progresiva.
I	Se realiza la evaluación del desarrollo psicomotor: EEDP Se brinda consejería importancia sobre evaluación por especialista(auditiva, oftálmica) Se brinda consejería sobre importancia estimulación y ADIT. Se brinda taller de estimulación temprana de 1 y 2 meses. Se realiza visita domiciliaria.
E	OA

Fuente: Propio del investigador

Evaluación

Tabla 13
Diagnostico 1

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Madre aprenderá las técnicas de lactancia materna con apoyo de la familia y profesional.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Madre adoptará postura adecuada.</p> <p>Madre logrará el vaciamiento de la mamas.</p> <p>Madre asegurará un succión continua en su niño</p>	<p>OA</p> <p>Madre aprende técnica de lactancia materna: Madre adopta postura adecuada, logra vaciamiento de mamas y asegura succión continua en el niño.</p>

Tabla 14
Diagnostico 2

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante logrará un estado nutricional óptimo, con la asistencia de su madre, en un periodo de un mes.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Lactante ganará peso 15 a 30grs por día.</p> <p>Lactante ganará talla 1 a 2cm por mes</p> <p>Lactante aumentará su perímetro cefálico 1 a 1.5cm por mes.</p>	<p>OA</p> <p>Lactante ganó peso, 21 gramos por día</p> <p>Lactante ganó talla 1. 4cm</p> <p>Lactante ganó su perímetro cefálico 1.3cm.</p>

Tabla15
Diagnostico 3

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo General: Madre adoptará una conducta responsable sobre la salud de su hijo.</p> <p>Objetivo específico: Acudirá a los controles de lactante para evaluación. Madre mostrara interés respecto a la salud de hijo.</p>	<p>OA Madre de lactante adopta conducta responsable sobre la salud de su hijo, acude a las citas programadas para su hijo.</p>

Tabla16
Diagnóstico 4

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: Lactante no presentará complicaciones en su estado, como infecciones.</p>	<p>OA Lactante no presenta complicaciones.</p>

Tabla17
Diagnóstico 5

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general: Lactante disminuirá el riesgo de retraso en el desarrollo normal con apoyo de su familia en forma progresiva.</p>	<p>OA Lactante disminuye el riesgo de desarrollo normal.</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Para el presente trabajo no se encontró publicaciones de reporte caso de estudio en Crecimiento y Desarrollo, por ello se trabajó con tesis y artículos relacionados a los diagnósticos de enfermero encontrados.

Gómez y Torres (2016) en su trabajo titulado “Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, Centro de Salud Chequen, Chepén” tuvo como objetivo establecer si existe relación entre tipos de lactancia materna y el estado nutricional de los lactantes de tres a seis meses. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, durante los meses de enero-febrero del 2017, la muestra estuvo constituida por 171 madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron dos: el de tipo de lactancia materna y el de estado nutricional del lactante de tres a seis meses. La información obtenida fue procesada y analizada en el programa SPSS versión 19 y presentados en tablas simples y de doble entrada absolutas y porcentuales. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba estadística de independencia de criterios chi cuadrado. Los resultados obtenidos indicaron que el 56.7% de las madres de lactantes de tres a seis meses brindan una

lactancia materna exclusiva, el 25.2% una lactancia mixta y el 18.1% una lactancia artificial; lo resaltante en estado nutricional el 78.4 % de los lactantes presenta un estado nutricional normal, el 7.6% talla baja y solo el 1.2% presenta desnutrición. Finalmente concluye que si existe relación estadística significativa entre tipos de lactancia materna y estado nutricional ($p= 0.000$).

Aguilar et al (2017), en el estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue, Lima, 2017”, tuvieron como objetivo determinar cuál el nivel de conocimientos y práctica de las madres sobre la lactancia materna en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue, Lima 2017. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, con una muestra de 50, madres y uso el muestreo no probabilístico por conveniencia, ello permitió establecer que cada madre presente de la muestra representa a 8 de la población. El instrumento fue elaborado por Vásquez Delgado (2009), sometido a juicio de expertos y la prueba R de Pearson en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto aplicado a 30 madres, obteniéndose $r > 0.20$, también se aplicó el estadístico KR 20 cuyo resultado fue 0.67, indicando que el instrumento es confiable. Se concluyó que con los resultados se podrá implementar programas de capacitación dirigido a las madres para lograr una lactancia materna exclusiva y a nivel práctico, y promover cambios de conductas en las madres para mejorar la adherencia a una lactancia materna exclusiva.

Flores et al (2017), cuyo título fue “Conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidos en el Centro de Salud Bellavista Nanay.

Punchana, 2016”, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidas en el C.S. Bellavista Nanay – Punchana 2016. Utilizaron el método cuantitativo, de diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La muestra la constituyeron 30 madres que llevaron por primera vez a sus neonatos al consultorio de Crecimiento y Desarrollo, el muestreo fue probabilístico por conveniencia. Los instrumentos fueron validados y aseguro su confiabilidad. Se encontró que el 50% (15), de las madres primerizas tenían conocimientos y practica adecuada sobre la lactancia materna; el 26.6 % (8) tenían conocimientos inadecuados y practicas incorrectas sobre la lactancia materna. Concluyeron en que existía relación significativa (prueba de Chi cuadrado $\chi^2 = 10$, $\chi^2_{t} = 3.8416$, $p \leq 0.05$, $gl=1$) entre conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidas en el C.S. Bellavista Nanay – Punchana 2016; confirmando la hipótesis planteada.

Talavera (2016) con su estudio en Nicaragua titulado fue “Valoración del crecimiento postnatal en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer atendidos por el servicio de neonatología y pediatría del hospital militar escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo comprendido entre julio 2012 a junio 2015”, tuvo como objetivo evaluar el crecimiento postnatal en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer atendidos en la sala de Neonatología entre julio 2012 y junio 2015, a los que se dio seguimiento. Este fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, longitudinal, formado por los bebés nacidos durante el estudio (no probabilístico por conveniencia, limitada por periodo de tiempo). La información es fue recolectada y procesada por el investigador, haciendo uso de tablas y gráficos, y para el análisis se usó frecuencia y porcentajes. Para las medidas

antropométricas se usó las tablas de Fenton recomendadas por la Academia Americana de pediatría para los bebés de bajo peso al nacer utilizadas para la medida a los 2 meses de edad y las tablas de puntuación Z recomendadas por la OMS para las demás mediciones. Los resultados se evaluaron en 2 grupos los que no alcanzaron un crecimiento compensatorio y los que alcanzaron un crecimiento compensatorio, de los cuales se sacó las siguientes conclusiones: Madres en condiciones óptimas para procrear y en términos generales sanas, con buen nivel educativo, y bebés del sexo femenino en su mayoría aunque los que no lograron alcanzar un crecimiento compensatorio fueron los niños, en general fueron pre términos tardíos sin mayores complicaciones al nacimiento y con corta estancia hospitalaria. Indicadores antropométricos más afectados en el grupo de niños que no lograron compensar su crecimiento fueron peso/longitud, longitud/edad e IMC/edad, reflejándose en niños con talla baja y/o emaciados y la mayoría de recién nacidos pre término de bajo peso al nacer logro compensar su crecimiento a los 2 años de vida (77.5%). La minoría de niños sufría alguna enfermedad crónica a los 2 años que influyera en su crecimiento, de estos los más afectados fue el grupo que no recanalizo él.

Hermoso (2015) en su trabajo “Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro” tuvo como objetivo analizar los principales artículos relacionados con la nutrición del recién nacido pre término y los efectos en su crecimiento y desarrollo. Se utilizó el método de revisión sistemática en el periodo de marzo y septiembre del año 2014. Se analizaron los documentos bibliográficos para luego ordenar y combinar la información extractada. La validez de los artículos se dio por el grado de evidencias demostrado, por las recomendaciones del artículo y por la aplicabilidad a nuestro contexto. Se analizaron 79 estudios, los temas más frecuentes

refieren a la nutrición del prematuro a corto plazo. Se demostró la relación directa entre la ingesta nutricional y el crecimiento de la longitud de los recién nacidos prematuros. Se concluye que una nutrición adecuada del recién nacido pre término tiene efectos positivos en su crecimiento y neurodesarrollo. La ingesta de cantidades mayores de proteínas y lípidos favorece a la talla de los bebés prematuros, sin embargo no al peso corporal. Todos los estudios confirmaron los beneficios de la leche materna sobre órganos como el cerebro, la retina y los vasos arteriales, pero una correlación negativa entre la adiposidad y el volumen cerebral.

Oliveira et al (2015) en su artículo “El crecimiento y desarrollo ante la prematuridad y el bajo peso al nacer”, tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre el crecimiento y desarrollo de prematuros y/o de bajo peso al nacer. La metodología orientó la utilización de la base de datos lilacs, medline y scielo. Se analizaron 64 estudios, de los cuales 10 publicados en 2005, 10 en 2006, 12 en 2007, 16 en 2008, 8 en 2009 y 8 en 2010. Estas publicaciones pertenecían a las áreas de medicina. Se encontró que los factores asociados al bajo peso en el nacimiento/prematuridad trascienden en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de los recién nacidos prematuros o de bajo peso. Se concluye que los niños prematuros y de bajo peso usualmente manifiestan déficit de desarrollo. El acompañamiento postnatal centrado en el crecimiento y desarrollo es fundamental.

Marco conceptual

Niño o lactante prematuro.

Definición.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación. En función de la edad gestacional se consideran las siguientes categorías para los prematuros: 1) inmaduro o prematuro extremo: Nacido entre las 22 a 27 semanas de gestación; 2) prematuro intermedio o muy prematuro: Nacido entre las 28 a 31 semanas de gestación; 3) prematuro moderado a tardío, nacido entre las 32 a 36 semanas de gestación (MINSA-Perú, 2016).

Causas de la prematuridad.

Se pueden dividir en dos subgrupos:

Parto prematuro espontáneo: Inicio espontáneo del trabajo de parto o después de la ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO).

Parto prematuro indicado por un proveedor de salud. Causas del parto prematuro espontáneo, es de origen multifactorial, resultado de la interacción de varios factores que activan la contractilidad uterina antes de que se completen las 37 semanas de gestación. Entre ellos la edad de la madre (<20 años o >35 años), el periodo intergenésico corto y un índice de masa corporal bajo, el embarazo múltiple, las patologías infecciosas en la madre: Infección del tracto urinario, vaginosis bacteriana, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis, colonización materna por streptococcus del grupo B, la insuficiencia de cuello uterino, el tabaquismo y consumo de alcohol en exceso, en discusión la etnicidad:

Por factores socioeconómicos y estilos de vida, la genética y las anomalías congénitas (Mendoza, 2016, p.333)

Complicaciones de la prematuridad.

Complicaciones inmediatas.

Son las complicaciones que se presentan en los primeros días de nacido los cuales son los problemas de adaptación respiratoria y termorregulación, inestabilidad hemodinámica, mayor susceptibilidad a infecciones y a la inmadurez anatómica y funcional del tubo digestivo. La carencia enzimática gástrica e intestinal, la capacidad y movimientos disminuidas del estómago, disminución de la fuerza muscular que no ayuda a la succión y disminución de la reserva metabólica condicionan la alimentación en este período (Encarnación, 2013)

Complicaciones tardías o Impacto a largo término de los sobrevivientes prematuros:

Resultado a largo término:

Deterioro visual: Pérdida de la visión o alta miopía después de la retinopatía de la prematuridad.

Deterioro auditivo: Pérdida auditiva de diferente grado.

Enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad: Alta o moderada dependencia al oxígeno en casa.

Enfermedad cardiovascular: Aumento de la presión arterial; disminución de la función pulmonar; aumento de los índices de asma; crecimiento inadecuado en la infancia, ganancia de peso acelerada en la adolescencia.

Neurodesarrollo/efectos conductuales

Trastornos de ejecución de la marcha leve: Dificultades específicas del aprendizaje, dislexia, poca probabilidad de logros académicos.

Moderado a severo retardo global del desarrollo: Deterioro cognitivo moderado a severo; deterioro motor y parálisis cerebral.

Secuelas psiquiátricas y conductuales: Desorden de hiperactividad y déficit de atención; aumento de trastorno de ansiedad y depresión.

Efectos familiares, económicos y sociales

Impacto sobre la familia; impacto sobre los servicios de salud; intergeneracional: Compromiso psicosocial, emocional y económico; costos de la atención en salud; riesgo de parto prematuro en la descendencia (Mendoza, 2016, p.332).

Cuidado en el hogar del recién nacido prematuro.

El lactante prematuro de bajo peso requiere de cuidados especiales por su condición de inmadurez; es importante que la madre y su familia compartan con el profesional de enfermería cuidados y estimulación derivada del medio, que favorezca el neurodesarrollo, con el mínimo impacto negativo en la salud del niño, previniendo los choques culturales. Las madres deben recibir capacitación en unidades de RN para el alta, en el tema de la puericultura del prematuro en el hogar, que va desde el conocimiento de la estabilización de signos vitales, la alimentación, vestido, baño, detectar riesgo de salud, entre otros (Pava, 2013).

La lactancia materna.

Definición.

La lactancia materna es el mejor alimento durante seis primeros meses de nacido, se conoce que los alimentados exclusivamente con leche materna llegan a un 40%. La OMS afirma que si las madres recibieran un apoyo adecuado iniciarán y mantendrán la lactancia materna exclusiva en las primeras horas de vida, indica a realizar el apego precoz, es decir, a demanda del lactante, por ende es necesario que la madre reciba apoyo emocional la familia y el profesional de salud. Por otra parte, la lactancia materna fortalece la relación afectiva del binomio madre-hijo (MINSA/Unicef, 2015)(Espinoza, 2017).

Ventajas

Ventajas para el niño.

Cabe destacar que mientras el niño esté alimentándose con leche materna, está obteniendo una serie de beneficios y protegiéndose contra numerosas enfermedades tales como:

Infecciones: gastrointestinales, respiratorias, etc.

Obesidad.

Cáncer y tumores malignos.

Hace más leve la retinopatía si la hubiere.

Mejora el desarrollo neurológico.

Futuras enfermedades inmunológicas como la diabetes, enfermedades celíacas, enfermedad inflamatoria intestinal o artritis reumatoide. Enfermedades alérgicas.

La respuesta inmunológica en las vacunaciones es mejor en los niños con lactancia materna exclusiva.

Ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé, muy importantes en la posición de la dentición permanente.

Evita las caries del biberón (caries muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón, como leche o zumos).

Además hay mayores tasas de re hospitalización entre los menores de 1500 gr. No amamantados que entre los amamantados, y estas tasas también dependen de la duración de la leche materna.

Para los recién nacidos pre término la leche de madre tiene además una serie de beneficios adicionales, entre las que destacan:

Gran cantidad de lípidos y aminoácidos.

Aminoácidos esenciales para el prematuro.

Fácil digestión y mayor absorción de principios inmediatos.

Poca concentración renal de solutos.

Presencia de enzimas activas de factores anti infecciosos.

Micronutrientes en cantidades fisiológicas.

Baja osmolaridad. Especificidad de especie con biodisponibilidad única. Maduración más rápida del tracto gastrointestinal.

Protección frente a infecciones nosocomiales.

Ventajas para la madre.

Los beneficios de la lactancia materna no sólo favorecen al recién nacido, sino que también aportan numerosas ventajas a la madre:

Tiene menos probabilidad de sufrir la depresión postparto. La influencia psicológica de la leche materna en la madre hace que se sienta más útil para su hijo y disminuye el estrés que supone la prematuridad, incluso en la succión percibe una sensación placentera que la ayuda al optimismo frente a su hijo aunque esté enfermo.

Ayuda a la involución del útero a su posición anterior al parto.

Evita hemorragias e infecciones en el puerperio.

Menor pérdida de hierro (por la amenorrea que se produce en la lactancia). Tiene menor riesgo de hipertensión.

Disminuye el riesgo de tener en un futuro cáncer de mama y de ovarios.

Disminuye el riesgo de osteoporosis en el periodo post menopausia.

Ventajas socioeconómicas.

Menor impacto medioambiental: la lactancia materna colabora con la ecología, ya que no hay nada que envasar, disminuyendo en número de industrias y de desechos industriales (botes, latas, artículos para biberones, etc.).

Menor gasto sanitario.

Menor coste económico: También es un modo de ahorro pues los precios de las fórmulas son muy elevados, así como los biberones (Martin, 2012).

Técnicas de la lactancia materna.

Una lactancia materna exitosa se debe considerar dos aspectos importantes: la técnica de succión y la técnica del amamantamiento, en la primera; la boca del bebe debe cubrir la mayor parte de la areola , mantener labios evertidos (boca de pez), las mejillas redondeadas, oírse el sonido de deglución y presentar un ritmo pausado; en la segunda: la madre y el bebé deben estar en una posición cómoda, el estómago del bebé pegado al estómago de la madre, el cuello y la cabeza del bebé en línea oblicua con su cuerpo, y manos libres para acariciar y sostener el pecho.

Lactancia materna en bebes prematuros.

Durante los primeros días después del parto la madre va a producir la primera leche, que es el calostro. Se considera la leche con mayor contenido de nutrientes y calorías y la madre pre término lo producirá más tiempo que una madre con gestacion completa. Entre los beneficios que aporta el calostro podemos encontrar: gran cantidad de anticuerpos, reduce el crecimiento de bacterias nocivas y tiene componentes que atacan directamente a algunos gérmenes. Además, contiene muchos leucocitos, previene la ictericia y actúa como purgante ayudando en la eliminación del meconio. Las primeras gotas de calostro contienen la mayor concentración de anticuerpos. Es importante ofrecer al prematuro la posibilidad de tomar el calostro, aunque la cantidad sea mínima o esté con “terapia intravenosa”. En este último caso, se puede depositar un poco en sus mejillas para que su sistema linfático lo absorba, y si es posible, depositar una pequeña cantidad en la boca (Espinoza, 2017).

Control de crecimiento y desarrollo.

Definición.

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos a, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (MINSA-Perú, 2017).

Antropometría

Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros.

Crecimiento

Definición.

El crecimiento o aumento de tamaño ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: la hiperplasia o aumento de número de células que ocurre a través de la multiplicación celular; y la hipertrofia o aumento del tamaño de las células. Ambos mecanismos contribuyen al crecimiento humano, aunque operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida (Talavera, 2016).

Se distinguen cuatro periodos:

Crecimiento prenatal.

El período de crecimiento más rápido es el que se produce a nivel intrauterino, con un crecimiento lineal de 2,5 cm por semana hasta el cuarto mes de gestación, se enlentece hacia el nacimiento siendo los parámetros antropométricos promedio en los neonatos de 50 cm de longitud y 3.000 g de peso. Asimismo, el crecimiento fetal depende del espacio disponible para crecer, (tamaño uterino y materno), de la nutrición y de la función placentaria (aporte de oxígeno y nutrientes), prácticamente no depende del genotipo siempre que no haya anomalías genéticas.

A pesar de ser un intervalo cronológicamente muy corto, el período prenatal es posiblemente el que tiene mayor trascendencia debido a la importancia biológica de lo que en él ocurre, la transformación de una célula pluripotente e indiferenciada, el cigoto, en un organismo tan complejo como el recién nacido humano.

Crecimiento de adaptación posnatal.

El período de adaptación posnatal comprende los tres primeros años de vida extrauterina. Se trata de un tiempo de crecimiento muy rápido, durante el período fetal la velocidad de crecimiento es muy rápida y continúa siéndolo durante los tres primeros años de vida; si bien, la caída posnatal de la velocidad de crecimiento es clara y progresiva respecto a la vida intrauterina: 25 cm el primer año, 10-12 cm el segundo año y 8 cm el tercer año.

El estándar de crecimiento fetal se prolonga después del nacimiento y dura los primeros meses de vida, el principal factor sigue siendo la nutrición el cual es

determinante del crecimiento, en oposición a ella se evidencia la influencia del genotipo familiar que producen aceleraciones o deceleraciones en el ritmo de crecimiento de los niños en función de su potencial de crecimiento y/o de su ritmo de maduración (rápido, normal o lento). Estos rasgos determinados genéticamente, llevan a establecer su crecimiento particular (fenómeno de canalización), regularmente, entre el segundo y tercer año de vida.

Crecimiento infantil estable o segunda infancia

Comprende el período preescolar y escolar y se extiende desde los 3 años hasta el comienzo del estirón puberal. Es un período de crecimiento lento y uniforme.

Crecimiento durante la pubertad

El componente puberal se suma al prepuberal a una edad variable, que es definida por el genotipo, el cual está implicado en el ritmo de maduración individual, hasta que se inicia la pubertad. Se evidencia al visualizar la elevación en la curva de crecimiento, el llamado “estirón puberal”.

Crecimiento del prematuro

Después del parto prematuro, casi todos de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (RNPMBPN) siguen un patrón de crecimiento posnatal bastante homogéneas y con un comportamiento trifásico: pérdida inicial de peso, recuperación del peso de nacimiento y posterior recanalización. Asimismo, se espera que días después del nacimiento se pérdida de peso, sea cual sea su edad gestacional, la pérdida de peso se debe fundamentalmente a la pérdida de agua, como consecuencia del exceso de agua corporal que poseen los prematuros durante los primeros días de vida. La adecuada

nutrición es fundamental para el desarrollo metabólico a largo plazo y la salud cognitiva. Asimismo existen referencias que evidencia que el prematuro es muy vulnerable a la desnutrición, y que la escasa ingestión de nutrientes óptimos pueden afectar permanentemente el logro cognitivo posterior. Además, casi todos los niños con peso < 1.500 g experimentan una importante desnutrición posnatal, esto sobrelleva un descenso en el rango de percentiles en que se encontraban en el momento del nacimiento. A los tres primeros años de vida, logran un crecimiento superior al normal, que consiente una recuperación de los parámetros de crecimiento hasta situarse, aunque no en todos los casos, en percentiles normales. Por otro lado, el tiempo para recuperar el retraso del crecimiento suele ser de un año para el perímetro cefálico (PC) y hasta los tres años para la talla; existen investigaciones que mencionan recuperaciones más tardías y el perímetro cefálico, es el parámetro mejor conservado. Por lo tanto, los niños con perímetro cefálico, dentro de percentiles normales a los 8 meses de vida tienen mejor pronóstico neurológico

Crecimiento recuperador o catch-up.

El crecimiento recuperador o catch up growth, es el fenómeno de recuperación de la trayectoria originaria de crecimiento hasta alcanzar su percentil de crecimiento. Lo que ocurre es un proceso compensatorio fisiológico posnatal que pretende alcanzar el peso y la talla genéticamente determinados en un individuo concreto, que ha sufrido una restricción del crecimiento intrauterino. Se alcanza el catch up de crecimiento cuando la velocidad de crecimiento (cm/año) es superior a la media para la edad cronológica y sexo. También se puede definir como el momento en que el peso o la talla alcanzan valores de normalidad según las curvas poblacionales a una determinada edad. El crecimiento recuperador suele ser un evento posnatal precoz, en más del 75-85% ocurre durante los

primeros 6 meses de vida y casi todos los que logran el catch up lo hacen antes de los 2-4 años (Albana, 2017, p. 84)

Seguimiento del crecimiento en prematuros.

Esta actividad es muy importante, dado los requerimientos del recién nacido prematuro, son los lípidos como una fuente importante de energía (concentrada), además de su ya mencionado papel como fuente de ácidos grasos esenciales. En los primeros meses se recomienda que representen un 40-55% del aporte calórico por vía enteral (4,4-6 gramos/100 kcal). Los hidratos de carbono, son la otra fuente de energía, además de ser el principal sustrato metabólico del cerebro. El límite máximo recomendado se deriva de las necesidades mínimas de proteínas y grasas (12 g/kg/día) y el mínimo tiene en cuenta las necesidades cerebrales y la necesidad de evitar el catabolismo proteico (10,5 gramos/kg/día). En cierto modo los requerimientos proteicos del prematuro post-alta deben individualizarse, adaptándolos a su situación de partida particular. El objetivo es alcanzar un crecimiento postnatal similar al intrauterino (15-20 g/kg/día). La existencia de crecimiento recuperador y su intensidad dependerá del ritmo de crecimiento previo intrauterino (Neonatología, 2015).

Desarrollo.

“Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como lo biológico, psicológico, cognitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales” (MINSA-Perú, 2017).

Instrumento de evaluación de desarrollo.

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).

Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.(MINSA-Perú, 2017)

Edad corregida.

Dado que la fecha de nacimiento en los prematuros extremos es muy anterior al momento previsto de parto, que es cuando el feto alcanza la madurez necesaria para sobrevivir sin problemas en el medio extrauterino, a la hora de valorar tanto la somatometría como el nivel de desarrollo de estos pacientes, no se utiliza la edad cronológica, sino que se les aplica el concepto de edad corregida: la que tendría el niño si hubiera nacido a la 40ª semana de gestación (se restan pues las semanas de prematuridad). La práctica habitual es utilizar la edad corregida hasta los 24 meses, momento a partir del cual se estima que las variaciones de escasos meses ya no son significativas, aunque también se propone alargar el tiempo de aplicación de la edad corregida: hasta los 30 meses en prematuros con EG entre 27 y 32 semanas, e incluso hasta los 36 meses en aquellos con EG menor de 27 semanas.

Variaciones de la normalidad.

El ambiente en el que los prematuros crecen durante sus primeras semanas de vida es radicalmente diferente al intrauterino. Por ello, los patrones de desarrollo acaban siendo distintos, sin ser necesariamente patológicos. El desarrollo psicomotor está lento durante los dos primeros años, sobre todo en su vertiente motora, hecho que puede inducir a

errores diagnósticos tanto por exceso (diagnosticando una secuela neurológica cuando no existe), como por defecto (retrasando el inicio de medidas rehabilitadoras). Es importante conocer la hipertonía transitoria del prematuro y el retraso motor simple.

Hipertonía transitoria del prematuro.

Se caracteriza por un aumento del tono muscular en la exploración neurológica entre los 3 y los 18 meses de edad, que no modifica la adquisición motora ni se asocia con secuelas neurológicas. Parece relacionarse con la falta de flexión fisiológica intraútero al final de la gestación y con la acción precoz de la fuerza de gravedad en músculos inmaduros.

Retraso motor simple.

Consiste en un enlentecimiento en la adquisición de las habilidades normales con una exploración neurológica normal o con mínima hipotonía. Es característico de niños con problemas médicos que requieren hospitalizaciones frecuentes en los que, al recuperarse de las patologías, desaparece en poco tiempo el retraso motor. Se considera retraso motor cuando no se ha adquirido la sedestación estable ni la marcha autónoma a los 9 y 16 meses de edad corregida respectivamente (Bloch, 2010, p. 33 y 34).

Seguimiento desarrollo psicomotor en prematuros.

“El desarrollo del RNPrT es resultado de una interacción dinámica entre su potencial genético y la influencia de factores ambientales del medio en que se encuentra. Es decir, depende de características individuales y de la experiencia en un contexto de maduración neurológica, salud y estabilidad fisiológica. Los problemas del RNPrT se relacionan con la inmadurez de todos sus órganos y sistemas, que serán mayores en tanto menor sea su

peso y edad gestacional. Dicha inmadurez, aumenta su susceptibilidad, por lo que se encuentran en constante riesgo. Pero no podemos olvidar las condiciones que han conducido a la prematuridad, y las repercusiones de estas en el crecimiento fetal. Son todas estas problemáticas las que necesitan de cuidados específicos e individuales que brinden el soporte necesario para mantenerlo con vida y potenciar al máximo su desarrollo (Alcover, 2010).

Importancia del seguimiento en el prematuro.

La detección precoz de niños con trastornos del desarrollo es de suma importancia, ya que no sólo permite iniciar de forma temprana una terapia eficaz en los casos que puedan beneficiarse de ella, sino también mejorar el pronóstico de los casos no tratables, aparte de permitir a las familias obtener recursos y ayudas. En efecto, aparte de trastornos del desarrollo, los prematuros pueden presentar una serie de complicaciones médico - quirúrgicas que también implican la necesidad de una monitorización de cerca. El riesgo elevado de secuelas en la población de prematuros extremos justifica pues plenamente el seguimiento, tanto desde un punto de vista médico como socioeconómico. Por otro lado, un programa de seguimiento sistematizado con una exhaustiva recogida de datos también revierte positivamente en el centro, ya que permite un control de calidad de la atención obstétrica y perinatólogica y un mejor conocimiento del desarrollo y de las patologías de los prematuros.

Estimulación temprana.

Definido como “la estimulación regulada y continua, llevada a cabo en todas las aéreas sensoriales, sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, y determina su carácter sistemático y secuencial” (Cornejo, 2011).

La concepción de estimulación temprana surge en 1959 en el documento de Declaración de los Derechos del Niño, enfocado como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas. La estimulación temprana es un conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales de niños y niñas, a prevenir el rezago y déficit del desarrollo psicomotor, a rehabilitar las alteraciones motoras, los déficit sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos de lenguaje con el objetivo de lograr la inserción de estos niños y niñas en su medio. Por otra parte, la estimulación temprana ayuda a fortalecer el cuerpo y a desarrollar las emociones y la inteligencia de tu hijo o hija. Integra estas actividades a su juego diario. Abrázale, felicítale, sonríele, háblale y dile lo mucho que lo quieres, así, contribuirás a su desarrollo pleno y al cuidado de su salud. Las áreas del desarrollo estimular son:

Motor grueso: Son los grandes movimientos del cuerpo, piernas y brazos.

Motor fino: Son los movimientos finos y precisos de las manos y dedos.

Lenguaje: Es la capacidad de comunicarse y hablar.

Socio-afectivo: Es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones (Unicef, 2011).

Modelo teórico de enfermería

Para el presente trabajo académico se desarrolló según la Teoría de Adaptación de Sor Callista Roy en una niña lactante prematura y su madre, para el abordaje del cuidado de enfermería. Este modelo es aplicable en el primer nivel de atención por los profesionales

de enfermería pues permite identificar las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas del binomio, una niña lactante prematura extrema de tres meses de edad cronológica y su madre, los hijos mayores con edad gestacional completa, ambas situaciones pasan por diferentes procesos de adaptación, desde el nacimiento, el alta y su vida en adelante. Entonces el modelo contribuye a la planificación de las intervenciones requeridas para manejar los estímulos y conseguir su adaptación.

Supuestos:

Adaptación: "...proceso que tiene como resultado del pensar y sentir de las personas a través de la integración con todo su entorno.

Enfermería: Ella define a la profesión como la ciencia y la habilidad de mejorar la adaptabilidad y optimizar la transformación del entorno.

Persona, como todo sistema adaptable, el ser humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto.

Salud, es un reflejo de la adaptación, de la interrelación del ser humano con su entorno.

Entorno, es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y Diseño

El método de este estudio es descriptivo, aplicativo, mediante la utilización de metodología enfermera: proceso de atención de enfermería, con lenguaje NANDA, complementado con revisión de bibliografía relacionado.

Sujeto de estudio

Niña lactante prematura de 3 meses y 26 días de edad cronológica.

Delimitación geográfica temporal

La aplicación del trabajo académico se realizó en un hospital de Lima, ubicado en el distrito de Ate. Consta de 3 pisos, el cual brinda atención en los tres niveles de atención en los diferentes servicios, el hospital ofrece atención en área hospitalaria: Emergencia, Cuidados Intensivos, Sala de Operaciones-Recuperación, Anestesiología, Hospitalización: Cirugía, Ortopedia y Traumatología, Urología, Ginecología, Pediatría, Medicina, Laboratorio, Familiar Acompañante y en área de Consulta Externa: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátrica, Medicina Complementaria, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina General, Medicina Interna,

Neumología, Neurología, Reumatología, Cirugía General, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología, Anestesia analgesia, Ginecología, CAI Medicina, CAI Medicina Interna, Pediatría, Odontología, Psicología, Enfermería(CRED,TBC,ESNI,VIH, etc), Obstetricia, Nutrición, Tecnología Medico(laboratorio, Rx, fisioterapia) y Servicio Social.

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Crecimiento y Desarrollo (Enfermería), el cual se encuentra en el tercer piso, comparte con el servicio de Inmunizaciones(equipos de cadena de frio), tiene las siguientes dimensiones: largo 5m con 62cm, ancho es de 4m con 80cm y una altura de 2m con 40cm, donde se realiza la atención a niños menores de dieciocho años, asegurados al seguro social de salud, el servicio cuenta con 3, licenciadas en Enfermería a tiempo completo, para una población de 32212, la atención se efectiviza con programación de turno mañana y tarde de lunes a sábado, con un promedio de atención de 18 pacientes por enfermera en cada turno, por otro lado la atención de CRED y consejería se realiza en 20 minutos.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la técnica de entrevista personal y el instrumento fue la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, además del examen físico: observación, inspección, auscultación, palpación y percusión; antropometría y Test de EEDP.

Para la recolección de los datos se utilizó los siguientes materiales; estetoscopio, termómetro, infantómetro, balanza pediátrica, cinta métrica, linterna y para evaluación del desarrollo, la batería del EEDP.

Consideraciones éticas

Para este estudio se consideró el principio de autonomía, la cual implica la aceptación de la madre con el estudio a través de firma del consentimiento informado (anexo 1).

Asimismo, la justicia, el respeto, amabilidad, responsabilidad y confidencialidad.

Capítulo IV

Resultados y discusión

Tabla 18
Evaluación de los objetivos y resultados

Diagnósticos/Metas	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
TOTAL	5	100				

Interpretación.

En el cuadro, podemos observar los objetivos planteados se cumplieron en un 100% en beneficio del lactante.

Análisis y discusión

Análisis.

Lactancia materna ineficaz relacionada con conocimiento insuficiente de la madre sobre las técnicas de lactancia materna evidenciado por postura inadecuada para dar de lactar, vaciado insuficiente de las mamas, falta de continuidad en la succión.

La lactancia materna, está relacionado como un acto instintivo, fisiológico, ligado biológica y vitalmente a la madre ya que es ella la que alimenta a su bebe mediante la leche producida por sus mamas durante los primeros meses de vida (Pinilla, 2011). Por lo tanto, el alimento ideal para todo recién nacido prematuro o a término es la leche que su madre produce. Asimismo, suministrar la nutrición con leche materna exclusiva al bebé pre término beneficia su crecimiento y desarrollo neurológicos, lo que se puede evaluar a los 18 meses de vida. Igualmente es importante efectuar un enfoque individualizado de la nutrición tras el alta de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer, de modo que su crecimiento postnatal sea el adecuado (Cordero, 2015).

Por otro lado, es importante describir que los conocimientos son un conjunto de información almacenada a través de la experiencia o el aprendizaje, el conocimiento teórico o práctico de un tema u objeto de la realidad. Por consiguiente es importante el conocimiento sobre la técnica de amamantamiento de la futura mamá, ello implica enseñanza de la técnica de amamantamiento que tiene su base en la ergonomía buscando mantener una posición cómoda, anatomía y funcional durante la alimentación al pecho materno. El mismo que tiene 2 conceptos básicos: posición y agarre los cuales se complementan con una succión adecuada (Flores, 2017).

Al respecto, Gaviria et al., (2017) menciona, para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola. La madre debe estar cómoda, con la espalda recta, apoyada en una silla e idealmente un cojín sobre su falda, la cabeza del bebe debe apoyarse sobre el ángulo del codo. La mama debe ser sostenida por los dedos en forma de “C”, la madre hace presión por detrás de la areola utilizando el dedo índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón los labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así, su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (porque este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.

Asimismo, Aguilar (2017) en el estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue, Lima, 2017”, concluye que los resultados del estudio son importantes y es necesario implementar programas de capacitación dirigido a las madres para lograr una lactancia materna exclusiva y a nivel práctico, fomentar cambios de conductas de las madres hacia la lactancia disminuyendo así el índice de abandono de la lactancia materna exclusiva.

De igual manera, Flores (2017) en su estudio “Conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidos en el Centro de Salud Bellavista Nanay. Punchana, 2016” llegó a la conclusión que existe relación entre conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidas en el C.S. Bellavista Nanay-Punchana 2016.

De las evidencias anteriores, podemos inferir que el conocimiento de la madre sobre las técnicas de lactancia materna, es de suma importancia ya que con ello se garantiza una alimentación óptima, principalmente por la condición del lactante prematuro, cual no ha logrado su madurez en el vientre materno y ello lo hace más vulnerable ante diferentes enfermedades, por ende afectar su crecimiento y desarrollo.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades relacionadas con ingesta diaria insuficiente evidenciado por medidas antropométricas insuficientes.

Al respecto, el objetivo de la salud pública y la nutrición del lactante que fue prematuro reside en el fomento de la salud y el bienestar. Al comienzo de la vida existe un enorme potencial para intervenciones nutricionales que mejoran los resultados sanitarios. Asimismo, las variaciones nutricionales a inicios de la vida pueden repercutir en el crecimiento y el neurodesarrollo, así como consecuencias sobre la salud a largo plazo. Por otra parte, los estudios iniciales indicaron que un crecimiento deficiente entre el nacimiento y el alta hospitalaria se asocia con un neurodesarrollo deficiente, y que un mejor crecimiento se relaciona con un mejor desarrollo de los niños prematuros. Asimismo, en la mayoría de los estudios, los prematuros que recuperan entre los 6 y 9 meses de edad corregida tienen un mejor resultado del neurodesarrollo. Más allá de su tipo de alimentación deben ser vigilados de forma estrecha para ver la recuperación al percentil original de su peso al nacer hacia los 6-9 meses de edad corregida (Neonatología, 2015).

Por otra parte, del alta hospitalaria, en el RNPT, que tenga un crecimiento óptimo y no presente alteraciones bioquímicas que sugieran desnutrición, se debe mantener la lactancia materna exclusiva, prolongando su uso en la búsqueda de un mejor desarrollo

cognitivo. En estos casos, es importante recordar que siempre se debe suplementar al lactante con hierro y multivitaminas (Velandia, 2015).

Asimismo, en un estudio “Relación del peso al nacer con la desnutrición crónica en niños de tres a seis años de las instituciones educativas iniciales números 162 y 171 de Huaycán, 2012” después de realizar el seguimiento a los niños, concluye que sí existe relación entre el peso al nacer con la desnutrición crónica (Becerril, 2013).

Por otra parte, se menciona que las prácticas nutricionales actuales resultan en déficits energéticos y proteicos considerables particularmente en los niños más pequeños; por lo cual es esencial cambiar las prácticas habituales para limitar los déficits y mejorar el crecimiento posnatal. Recomienda evaluar el crecimiento en forma semanal con especial atención a su déficit o exceso, siendo el objetivo el logro de la mejor ganancia posible que permita crecimiento compensatorio sin efectos adversos (Velandia, 2015).

De acuerdo al reporte el efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro, se concluye que al tener una nutrición adecuada del recién nacido pre término tiene efectos positivo en su crecimiento y neurodesarrollo. Por otro lado, el tamaño de los niños prematuros mejoran en función a las proteínas y las grasas que se les provee, más no el peso corporal. Otros estudios demuestran repercusiones positivas sobre el cerebro, la visión y vasos arteriales, pero se presenta un efecto desfavorable en la adiposidad y el volumen cerebral (Cordero, 2015).

De acuerdo a la bibliografía y estudios, se puede decir que es importante garantizar la alimentación del lactante prematuro, principalmente en los primeros dos años de vida, dado que no tiene la misma velocidad de crecimiento que un niño a término, por lo mismo se tiene que hacer todos los esfuerzos para lograr asegurar la ganancia de peso

adecuado, en otras palabras la realización del seguimiento estricto, usando como herramienta de verificación, las medidas antropométricas, previa educación sobre técnicas de lactancia materna y otros cuidados, lo que se evidenciará con una lactancia materna exitosa, para tener un equilibrio nutricional, por ende evitar enfermedades o problemas, como es el caso del lactante en estudio con riesgo de desequilibrio nutricional.

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el control de niño sano evidenciado por antecedentes de inasistencia controles de gestación y falta de controles de lactante.

A este respecto, el bebé prematuro y neonato de bajo peso requiere de cuidados especiales por su condición de inmadurez; es importante que la madre y su familia compartan con el profesional de enfermería cuidados y estimulación derivada del medio, que favorezca el neurodesarrollo, con el mínimo impacto negativo en la salud del niño, previniendo los choques culturales (Pava, 2013).

Asimismo, la conducta de riesgo se define como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante cualquier etapa de la vida, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura (Orbegoso, 2013).

Por otra parte, el reporte dice: cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza, concluyo que sus hallazgos indican que la separación de la diada durante la hospitalización impone limitaciones, que impiden que la mujer asuma con tranquilidad y alegría el nuevo rol. Es importante empoderar al personal de enfermería de las unidades neonatales para implementar estrategias de contacto temprano y continuo madre-hijo, que apoyen a las mujeres en el proceso de convertirse en madres (Ocampo, 2014).

De acuerdo, a la norma técnica de atención del niño y niña, el control de crecimiento y desarrollo, es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos a, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (MINSA-Perú, 2017).

Por consiguiente, en el caso de estudio se valoró la falta de compromiso de la madre, con los controles del lactante, por cuanto se trabajó con la madre para asumir la responsabilidad de la crianza, haciendo hincapié en lo que ello implica, entre ello llevar al lactante a sus controles de seguimiento, más aun en la condición de nacimiento que tiene, lo cual facilita un diagnóstico e intervención oportuna, todo ello con el soporte del personal de salud, y en especial el profesional enfermero, y así evitar secuelas futuras en la lactante.

Protección ineficaz relacionada con falta de vacunación, prematuridad (ganancia de peso inadecuado).

Se considera nacimiento de prematuro o pre término a todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente de su peso al nacer:

Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación. Los bebés prematuros presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones

neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, infección, parálisis cerebral, problemas pulmonares y gastrointestinales y pérdida de visión y audición. Los bebés prematuros extremos tienen mayor riesgo de experimentar problemas de salud y del desarrollo todavía es muy superior al de los bebés nacidos a término (OMS, 2017). Así mismo, el prematuro tardío puede desarrollar morbilidad más allá del periodo infantil (Riojas, 2015).

Por otro lado, el desarrollo de cuidados avanzados neonatales ha permitido que prematuros, cada vez más pequeños, sobrevivan. Estos pacientes tienen mayor susceptibilidad a infecciones por inmunosupresión “ funcional” explicable por la inmadurez del sistema inmune, falta de anticuerpos maternos transplacentarios, escaso o nula alimentación enteral(esencial en la maduración inmunológica), ausencia del efecto protector de la leche materna, inmadurez anatómica y funcional de la vía aérea y pulmón. Así como por patologías del prematuro (Calderón, 2011).

Ahora bien, el Estado Peruano protege a las personas, a través de la norma técnica de Salud-ESNI - 2016, en cuyo contenido define a la vacuna, como una suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivos o sus fracciones, sub unidades o partículas proteicas de los mismos, que al ser administradas, inducen en el receptor una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva (MINSAL-ESNI, 2016).

Asimismo, el uso sistemático de vacunas es una medida de gran impacto en salud pública, previene tres millones de muertes en el mundo. Sin embargo a pesar de la disponibilidad de múltiples vacunas eficaces y seguras, su uso es aún muy limitado en grupos especiales como los niños prematuros (Calderón, 2011).

En ese sentido, se recomienda seguir de forma estricta las pautas generales de prevención de la infección mediante la lactancia materna, la vacunación, las adecuadas medidas de higiene de manos. Por otro lado, recomienda evitar retrasos en la vacunación para conseguir precozmente niveles de anticuerpos protectores suficientes y mantenidos en los primeros meses de vida, que son los de mayor riesgo (posicionamiento I) (Pallás, 2018).

En consecuencia, podemos decir, que el lactante prematuro del caso, tienen gran riesgo de enfermarse, debido a su inmadurez en todo aspecto y en especial a su sistema inmunitario, lo cual lo predispone a contraer cualquier enfermedad inmuno-prevenible, ante esto se debe perder el temor de la madre y personal de salud, verificando un estado estable en el lactante, independiente de la edad corregida, de ahí la intervención precoz de la enfermera de asegurar con mayor prontitud la vacunación del lactante para generar una respuesta inmune, asegurando también la ganancia de peso y evitar los riesgos, por ende favorecer un futuro favorable para el niño.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con prematuridad.

De acuerdo con la norma técnica de atención del niño y niña, el desarrollo es un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (MINSA-Perú, 2017).

Asimismo, los resultados de los estudios seleccionados evidencian que los bebés prematuros de muy bajo peso al nacer que reciben una mayor ingesta de proteínas durante períodos prolongados logran que su crecimiento se aproxime al de un feto normal, en cuanto a crecimiento y, a largo plazo, se mejoran los resultados del neurodesarrollo. Los recién nacidos prematuros sufren riesgo de desmineralización. Lo que se debe, principalmente, a un suministro insuficiente de calcio (Ca) y fósforo (P) en la etapa de desarrollo, durante la cual requieren una demanda de minerales mayor y una exigencia muy alta (Cordero, 2015).

Con referencia a la desnutrición crónica infantil, se menciona que es un problema social muy importante porque a corto plazo incrementa en el niño su riesgo a morir y enfermar de ceguera (por falta de vitamina A). Además, produce deterioro neurológico, reduce la función inmune (deficiencia de hierro), retrasa el crecimiento y desarrollo, aumenta la susceptibilidad a las infecciones (deficiencia de zinc). También es importante porque el niño que ha sufrido desnutrición tendrá luego problemas de desempeño escolar y el rendimiento cognitivo: reduce el número de grados completados de la educación básica, aumentan las tasas de deserción escolar, incrementa el tiempo de promoción al siguiente grado y retarda la adquisición de conocimientos (Castillo, 2015).

Por otra parte, en el reporte sobre: el crecimiento y desarrollo ante la prematuridad y el bajo peso al nacer, concluye que los niños nacidos prematuramente y de bajo peso generalmente presentan déficit de desarrollo. Entonces un acompañamiento postnatal centrado en el crecimiento y desarrollo es fundamental (Oliveira, 2015).

En torno a las secuelas, la mayoría de autores halla una correlación entre el menor peso de nacimiento y la mayor presencia de secuelas neurológicas. Asimismo, se

menciona las secuelas: motoras, sensoriales (auditivos, visuales), y cognitivos (cognitivo global) (Alcover, 2010).

Como se afirma arriba en los estudios, existen riesgos de desarrollo en el prematuro extremo, tal es caso de estudio, en la cual se realizó las intervenciones necesarias, como: la educación sobre alimentación del lactante, educación sobre estimulación, cuidados, etc. con el enfoque de la prevención y/o detección de problemas de salud o discapacidades. Asimismo, cabe mencionar que el trabajo es multidisciplinario dado la necesidad del caso, para la detección de riesgos y facilitar una intervención temprana, y así evitar discapacidad en el niño.

Discusión

Para la realización del presente trabajo se usó intervenciones como la valoración del conocimiento de la madre, dado que ello permitió direccionar las estrategias a usar para la intervención, respecto a esto Bacon menciona en su refrán “conocimiento es poder”, en este caso el objetivo era valorar cuanto sabe la madre sobre el cuidado de su lactante, para luego realizar las actividades, por ende podemos decir que el conocimiento es un elemento necesario para alcanzar el éxito. Luego de esa actividad se realizó la actividad educativa, respecto a esto, se realizó dos tipos de actividad educativa; una la expositiva y la otra demostrativa ambas son importante, ya que se articulan la primera lo teórico y la segunda la práctica de lo teórico, de ello surge el “aprender haciendo” con participación interactiva, asimismo en un artículo de salud, se menciona a la educación para la salud entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para disminuir problemas de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo

nacional en salud. Su importancia es la base para lograr efectos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva (Valadez, 2004).

Respecto a la actividad de consejería, se realizó en los diferentes temas para recuperación y conservación de la salud: LM, IRA, EDA, etc. Esta actividad se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones (Castro, 2009). Otra actividad realizada fue el seguimiento de CRED, el cual se realiza en cada contacto con la niña y niño, los datos y hallazgos, como producto de valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser registrados en la historia clínica y el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, con la finalidad de facilitar el seguimiento (MINSA-Perú, 2017).

También se trabajó el cumplimiento del calendario de vacunación, al respecto en un reporte sobre adherencia a inmunizaciones, indica que el uso sistemático de vacunas es una actividad que repercute en la salud pública. Se sabe que la efectivización obligatoria de vacunación en niños sanos a través de la ESNI, previene tres millones de muertes anualmente en el mundo (Calderón, 2011)

Por otra parte, se realizó la actividad de la estimulación el cual es un proceso natural que se practica en forma diaria con el bebé, por intermedio de éste el niño potenciará sus capacidades e irá ejerciendo mayor control sobre el mundo que le rodea al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo (Gonzales, 2007)

Finalmente, se hizo hincapié en la importancia del seguimiento de evaluación de órganos con posible afectación, tales como potenciales evocados, el cual es una técnica diagnóstica que sirve para explorar las vías nerviosas que llevan la información desde los órganos de los sentidos hasta el cerebro, además la retinopatía del prematuro, enfermedad que afecta la vascularización de la retina inmadura postnatal en los ojos de los niños prematuros. La sobrevivencia de los prematuros y el avance tecnológico van de la mano. Por consiguiente, la retinopatía del prematuro no es la causa única de ceguera infantil en la cual el deterioro grave de la visión e incluso la ceguera se pueden prevenir mediante la detección oportuna y su tratamiento (Ruiz, 2011).

A continuación se describe como se logró los objetivos:

Respecto al primer diagnóstico, cuyo objetivo era que la madre aprendiera las técnicas de lactancia materna con apoyo de la familia y profesional, se logró gracias a la actividad educativa como base siendo esta descriptiva y demostrativa, puesto que problema era la falta de conocimiento, como resultado se logró el empoderamiento de la importancia del tema de lactancia materna para su lactante.

Por otro lado, el segundo diagnóstico, donde el objetivo deseado era que el lactante logrará un estado nutricional óptimo, con la asistencia de su madre, en un periodo de un mes, esto fue logrado mediante las actividades: educativas (lactancia materna, enfermedades de infecciones respiratorias, diarreicas), consejería, taller demostrativa (extracción de leche), valoración de medidas antropométricas y seguimiento del caso para hacer ajuste a las intervenciones, en el hospital de atención y continuándose en hospital donde nació.

Por otra parte, en el tercer diagnóstico, en el cual se tuvo como objetivo que la madre adoptara una conducta responsable sobre la salud de su hijo, esta se logró en la búsqueda de estrategias para el cambio de conducta, enseñanza de organización de tiempos, reconocimiento de situaciones de riesgo, seguimiento de cambio de conducta a través de llamadas telefónicas, cabe mencionar que hubo una actividad programada que no se efectivizó, sin embargo esto no fue impedimento para lograr el objetivo.

En relación al cuarto diagnóstico, donde el objetivo a lograr era que el lactante evitara infecciones, ello se logró mediante la consejería sobre actividades preventivas: importancia de vacunación oportuna, higiene corporal, lactancia materna, seguimiento de evaluación nutricional mediante las medidas antropométricas.

Por último, en cuanto al quinto diagnóstico, cuyo objetivo era lograr que el lactante disminuyera el riesgo de retraso en el desarrollo normal con apoyo de su familia en forma progresiva, también fue logrado a través de la evaluación de desarrollo psicomotor, consejería la evaluación de especialistas (auditiva, oftálmica), importancia de la estimulación y el acompañamiento del desarrollo integral temprano, al igual que en el tercer diagnóstico no se realizó la visita domiciliaria, pero se logró el objetivo deseado.

En conclusión, respecto al primer nivel de atención, la educación es un pilar fundamental de las diferentes actividades, dado que mediante ello se logra la adherencia en la puericultura en la infancia, es este caso específico en una lactante prematura.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El PAE es la herramienta del trabajo científico del profesional enfermero en el día a día, el cual a la actualidad aún no se logra el registro integro como evidencia de su labor, siendo este necesario para el reconocimiento por las otras profesiones y autoridades, el presente trabajo motiva a ello, lográndose los siguientes resultados:

De los cinco diagnósticos, se logró alcanzar el 100% de los objetivos planteados: se logró una lactancia materna eficaz, un estado nutricional adecuado, la madre adopta conducta responsable con la salud de su hija, la lactante no presenta infecciones, la lactante presenta desarrollo normal en función a edad.

El presente caso fue una oportunidad de aprendizaje sobre la puericultura, dado su particularidad de prematuridad, además de resaltar el fortalecimiento de la comunicación con las madres y familia sobre la importancia de la atención en seguimiento del control, la cual permite detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, en los lactantes de su condición.

La ganancia de peso en este grupo de lactantes, es básico, dado las necesidades de nutrientes, para prevenir la desnutrición crónica y secuelas a nivel neurológico, los cuales serán irreversibles, generando discapacidad en lactante.

La atención CRED del lactante prematuro, por el profesional enfermero(a) es fundamental en todos los niveles de atención. Asimismo la vacunación del lactante prematuro no debe generar temor en el profesional enfermero, considerando condiciones de salud.

En la actualidad el lactante se encuentra con un crecimiento aceptable, desarrollo acorde con edad corregida, libre de infecciones, por otro lado, la madre logró adaptarse a su vida cotidiana asumiendo un cuidado satisfactorio de su hija.

Recomendaciones

Todas las universidades en las cuales se oferten la profesión de enfermería deben considerar en la formación de profesionales enfermeros el empoderamiento en la atención del CRED.

Los directores de los hospitales, deben tener mayor compromiso en la atención en el área de CRED, dada la relevancia del caso, pues se está forjando el futuro del país. Asimismo el compromiso del profesional de las enfermeras del hospital.

A todas las instituciones del MINSA, EsSalud, etc. deben garantizar atención de estos lactantes como prioridad, independiente al tipo de aseguramiento, asimismo debe protocolizarse la realización visitas domiciliarias, para garantizar una crianza óptima.

A todos los profesionales, recalcar que el empoderamiento del conocimiento por los usuarios, es un pilar fundamental en el cuidado de su salud.

Las madres deberán tener un mayor compromiso con la crianza de sus hijos, con el apoyo de sus familias.

La Universidad Peruana Unión, debe continuar brindando la especialidad en cuidado integral Infantil, para la formación de especialistas esa área de trabajo.

Los profesionales enfermeros debemos hacer efectivo la práctica del PAE, en el quehacer diario dado que es el instrumento que plasma nuestra labor con fundamento científico.

Bibliografía

- Alcóver, E. (2010). *Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos mediante la Escala de Desarrollo Infantil de Kent (EDIK) cumplimentada por los padres y situación neuroevolutiva a los 2 y 5 años . Seguimiento del desarrollo psicomotor de prematuros extremos* (tesis doctoral). Universitat de Barcelona. España.
- Aguliar, M. J. (2015). Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 716–729.
<https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8266>
- Becerril, L. (2013). *Relación del peso al nacer con la desnutrición crónica en niños de tres a seis años de las instituciones educativas iniciales números 162 y 171 de Huaycán, 2012* (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Peru
- Calderón, G., Moore, R., Pittaluga E., y Potin, M. (2011). Adherencia a las inmunizaciones en niños nacidos con menos de 1500gr. de peso o antes de 32 semanas de gestacion, en dos centros chilenos. *Revista Chilena de Infectología*, 28(2), 166-173.
- Castillo, C. (2015). *Disfunción familiar como factor de riesgo de desnutrición crónica en menores de cinco años. microrred de salud el porvenir. 2014* (tesis de título). Universidad Antenor Orrego. Perú.
- Castro, E., Padilla, P., y Solís, L. (2009). Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Revista Medica del Hospital General de México*, 72(4), 228-230.
- Cornejo, M. (2011). Efectos de la estimulación temprana mediante el protocolo piloto madre-

canguro en el peso del recién nacido prematuro y el estrés de su madre (tesis de licenciatura). Universidad de Chile. Chile.

Encarnación, C. (2013). *Evolución del recién nacido prematuro de bajo peso y muy bajo peso según tipo y vía de alimentación* (tesis doctoral). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Espinoza, G., Flores, K., y Quispe, F. (2017). *Nivel de conocimientos sobre la extracción, conservación y transporte de leche materna en madres con recién nacidos prematuros hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Clínica Good Hope 2017* (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú.

Flores, N., López, F., Pipa, L., Reátegui, A., y Zamora, H. (2017). *Conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres primíparas con neonatos atendidos en el Centro de Salud Bellavista* (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú

Gaviria, L. M., Soscue, D., Campo-Polanco, L. F., Cardona-Arias, J., Galván-Díaz, A. L. (2017). Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca, Colombia, 2015. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(3), 390–399. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a09>

González, C. (2007). Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro, *Liberabit*, 13, 19-27.

MINSA-ESNI. (2016). RM_651-2016_MINSA.pdf.

MINSA-Perú. (2016). Boletín estadístico de nacimientos Perú - 2015.

MINSA-Perú. (2017). RM_N_537-2017-MINSA. CRED.pdf.

- Neonatología, S. española de. (2015). Recomendaciones nutricionales tras el alta hospitalaria en recién nacidos de muy bajo peso.
- Ocampo, M., y Castillo, E. (2014). Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza. *Texto Contexto Enfermería*, 23(4), 828-835.
- De Godoy, Ch., Oliveira, T., Aguiar, F., y Munhoz, M. (2015). El crecimiento y desarrollo ante la prematuridad y el bajo peso al nacer. *Revista Avances en Enfermería*, 33(3), 401-411.
- Orbegoso, B. (2013). Conductas de riesgo convencionales. Seguridad Ciudadana. Cedro. http://www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_2.pdf
- García, P y colb. (2018). Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de edad gestación. Sociedad Española de Neotanología.
- Pava. C. (2013). *Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Colombia
- Pinilla, E., Orozco, L., Camargo, F., Alfonso, E., Peña, E., Villabona, L., y Azevedo, Y. (2011). Lactancia materna ineficaz : prevalencia y factores asociados. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(3), 271-279.
- Riojas. (2015). Morbilidad en recién nacidos a término v pre términos tardíos en el Hospital regional Lambayeque durante enero-diciembre 2014.
- Curbelo, L., Durán, R., Mercedes, D., Broche, Aimeé., y Alfonso, A. (2011). Retinopatía del prematuro. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(1)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000100009

- San Martín, A. (2012). Educación sanitaria para promover la lactancia materna en niños menores de 1500 gr. *Reduca*. 4(3), 1–40.
- Talavera, N. (2016). *Valoración del crecimiento postnatal en recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer atendidos por el servicio de neonatología y pediatría del hospital militar escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el periodo comprendido entre julio 2012 a junio 2015* (tesis de título). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua..
- Unicef. (2011). Ejercicios de Estimulación Temprana, (80).
- Valadez, I., Villaseñor, M., y Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
- Velandia, L. (2015). Nutrición del prematuro, 22–32.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado.

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a S.L.U.", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a . Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Luz Concha Rojas bajo la asesoría de la Dra. Angela Paredes Aguirre. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.


Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre, madre o tutor: Katherine C. Lauriano Guerra

DNI: 46542626 Fecha: 22 ENE 2018


Firma del padre, madre o tutor

Anexo 2

Examen físico.

FICHA BASICA DEL EXAMEN FISICO NIÑO/NIÑA

NOMBRE DE LA EVALUADORA: Mery Luz Medrano Rios
 Fecha del examen: 22.01.18

I. EVALUACION DEL CRECIMIENTO:

1. DATOS DE FILIACION:
 Nombre y Apellidos del Niño (a): S. I. V.
 Fecha de Nacimiento: 26.09.17 Edad Cronológica: 3 m. 26 d.
 Nro. de Hijo: 3

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL NIÑO:
 a. Eruptivas propias de la infancia: Varicela (), Sarampión (), Rubéola (), Tos Ferina ()
 Otros: UCCN - 3 meses
 b. Accidentes Sufridos: No (X) Si () Cuales: _____
 c. Enfermedades Graves: No () Si () Cual: _____

3. SOMATOMETRIA Y EXAMEN FISICO:
 Peso: 2500 Talla: 49 P. Cefálico: 32.5 Ganancia de Peso: 50grs
 ESTADO NUTRICIONAL: 3. n. s. de w. a. d. o.
 Piel y Anexos: Características de integridad de la piel: Normal (), Lesiones () Palidez: Si (X), No ()
 Presencia de parásitos: Sama: Si (), No (X)

Cabeza:
 a. Cabello: Implantación: Buena (X), Mala () Estado de Higiene: Buena (), Regular (), Mala ()
 Presencia de Parásitos: Si (), No ()
 b. Ojos: Visión: Central (), Estrabismo (), Reflejo Pupilar: Normal (X)
 c. Nariz: Permeabilidad: Buena (X), Regular (), Mala () Presencia de rinitis o alergias: Si (), No ()
 Presencia de secreciones: Si (), No ()
 d. Boca: Labios: Condiciones de integridad: Buena (), Regular (), Mala ()
 Lengua: Condiciones de Higiene: Buena (X), Regular (), Mala ()
 Dientes: Arriba: _____ Abajo: _____
 Condiciones de salud: Caries: Si (), No () Infiltraciones de encías (), Sarro ()
 e. Cuello: En buenas condiciones (X), Signos inflamatorios ()
 f. Oídos: En buenas condiciones de Higiene Si (X), No (). Presencia de cerumen excesivo ()

Miembros Superiores:
 a. Existe simetría entre ambos miembros: Si (X), No ()
 b. Los movimientos y fuerza de los MS son adecuados para su edad: Si (), No (X)
 c. Articulaciones: Condiciones de funcionamiento: Buena (), Regular (X), Mala ()
 d. Manos: Higiene: Buena (X), Malas () Uñas: Normales (), Grandes (), Muy pequeñas ()

Torax y Abdomen:
 a. Respiración: Normal (X), con ruidos (), Tamaño del tórax: Grande (), Normal (), Pequeño ()
 b. Abdomen: Grande (), Normal (X) → 9 m. s.
 c. Cicatriz Umbilical: Normal (X), Signo de Hernia ()
 d. Genitales en los varones: Pene: Condiciones del prepucio: Adherentes (X), Libre ()
 Testículos: Descendidos (X), No descendidos () Condiciones de higiene: Buena (), Regular (), Mala ()
 e. Genitales en las mujeres: Externos: Higiene: Buena (X), Regular (), Mala ()

Espalda y Glúteos:
 a. Columna: Normal (X), con desviaciones ()
 b. Condiciones de higiene: Buena (X), Regular (), Mala ()
 c. Deposición: Normal (X), estreñimiento () En la región anal: Presencia de lesiones (), Oxiuros ()

Miembros Inferiores:
 a. Simetría de las piernas: Normal (X), Anormal ()
 b. Caderas Izquierda: _____ Derecha: _____ Movimientos simétricos: (X) M. Ortolani: N. Bartow: _____
 c. Pies: Condiciones de higiene: Buena (X), Regular (), Mala (), Huella plantar: _____
 Pie: Plano () Normal (X), Cavo (), Uñas: Limpias (), Cortas (), Largas (), Normales ()
 d. Aparato locomotor: Normal (), Anormal (), Torsión Tibial ()

Neurológico:
 a. Tono muscular: Normal (), hipotonía (X), hipertonía (X)
 b. Reflejos neurológicos arcaicos presentes: 5

ELABORADO POR: Lic. Esp. Mery Luz Medrano Rios
 domiluz2005@hotmail.com

