

Oxigenoterapia

Administración de oxígeno en niños

Generalidades

Definición:

Suministro de oxígeno, un elemento esencial para la vida, con los métodos y en las cantidades adecuadas para asegurar el funcionamiento del corazón, el cerebro y todas las células del organismo.

Fundamento:

Oxigenar en forma adecuada la sangre arterial del niño y garantizar la eliminación del dióxido de carbono.

Mejorar la calidad del aire inspirado para disminuir la energía que invierte en su respiración el lactante o el niño.

Terminología:

Anoxia: privación del oxígeno, que cuando es muy intensa, puede producir la muerte celular en un plazo tan corto como unos 30 segundos.

Fibroplasia retrolenticular: desarrollo de una membrana fibrosa, opaca, sobre la cara posterior del cristalino, que da lugar a ceguera.

Ventilación: desplazamiento de los gases indispensables para la función respiratoria, desde la atmósfera hacia el interior del aparato respiratorio.

Valoración

Datos anatómicos y fisiológicos

Al momento de nacer el aparato respiratorio es relativamente pequeño. Después de la primera inspección los pulmones crecen rápidamente. El volumen de aire inspirado aumenta a medida que los pulmones crecen. En el momento del nacimiento el tórax tiene forma cilíndrica, luego poco a poco se ensancha hasta adquirir la forma oval, con las caras anterior y posterior aplanadas, característica del adulto. El niño depende casi exclusivamente de la respiración diafragmática/abdominal. La musculatura lisa de las vías respiratorias del recién nacido es escasa; a la edad de cuatro a cinco meses va existen suficientes músculos para reaccionar a los estímulos externos. A la edad de un año se ha completado el desarrollo de la musculatura lisa de las vías respiratorias.

Debido a la inmadurez de sus músculos y a la flexibilidad de su esqueleto, el lactante y el niño deben invertir mayor energía en los movimientos respiratorios. Por lo general, sus movimientos respiratorios son rápidos y poco profundos. El consumo normal de oxígeno por kilogramo de peso corporal de un niño, es casi el doble del de un adulto. Cuando las necesidades de oxígeno aumentan durante periodos de estrés, el niño se fatiga muy rápidamente.

Conceptos fisiopatológicos

La exposición prolongada a concentraciones elevadas de oxígeno puede dañar algunos tejidos del organismo, como la retina del niño prematuro y los pulmones de lactantes y niños normales.

El asma es una de las enfermedades crónicas más comunes en los niños menores de 17 años. Esta enfermedad se caracteriza por espasmo bronquial que se produce como reacción a diversos estímulos. También causa edema de la mucosa superficial de los bronquiolos y aumento en la producción de moco. Como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias se produce respiración sibilante y disnea. Para el tratamiento de este padecimiento se emplean broncodilatadores y relajantes de la musculatura bronquial. Entre las medidas preventivas está el evitar el contacto con sustancias que actúan como alérgenos que inician los accesos.

Valoración del paciente

- Evalúe el modelo respiratorio del niño. Determine frecuencia, facilidad para realizar los movimientos de

inspiración y espiración, presencia de cianosis y ruidos respiratorios. Los niños prematuros generalmente presentan modelos respiratorios irregulares; por tanto, se debe contar durante un minuto completo el número de respiraciones para determinar frecuencia.

- Investigue antecedentes de problemas respiratorios en el niño. Determine episodios pasados de neumonía, asma, bronquitis, crup y cualquier otro tipo de dificultades respiratorias.
- Valore las condiciones físicas del paciente, Determine signos vitales basales que se utilizarán para comparaciones futuras.
- Investigue antecedentes alérgicos del niño. Interroque a los padres acerca de alergias medicamentosas que padezca el niño. Determine la presencia de alergias que produzcan síntomas respiratorios, como fiebre del heno.

Plan

Objetivos de enfermería:

- Suministrar el tipo y el grado de ayuda respiratoria compatible con las necesidades y la tolerancia del niño.
- Evitar la toxicidad producida por el oxígeno cuando se le administra a concentraciones muy elevadas o durante periodos muy prolongados.
- Disminuir la ansiedad de los padres y del niño respecto a la necesidad de la ayuda ventilatoria.

Equipo:

- Fuente de oxígeno (O₂) con regulador.
- Cánula, catéter, mascarilla, capuchón o tienda de oxígeno o dispositivo ventilatorio
- Analizador de oxígeno
- Agua destilada
- Hielo

Realización e intervenciones

Aspectos de los procedimientos:

Actividades	Fundamento
• Fije el flujo de oxígeno a la velocidad prescrita y vigílelo cuidadosamente. Las determinaciones de la concentración de oxígeno realizadas en la sangre capilar, guardan relación con la concentración de oxígeno en la sangre del niño (arterial en este caso). Estas mediciones indican si el consumo de oxígeno es el adecuado para restablecer la salud. El oxígeno puede ser administrado por medio de una cánula o de un catéter nasal (50% O₂) de mascarillas (100% O₂), incubadoras (40–100% de O₂) y capuchones (100% O₂). Las tiendas de oxígeno suministran 40% de O₂. Los dispositivos ventilatorios proveen la concentración establecida previamente en los controles del aparato. Llene con agua destilada el frasco humidificador Verifique que exista agua dentro del frasco en todo momento. Nunca se debe administrar oxígeno no humidificado.	La inspiración de oxígeno a concentraciones de 30 a 100% generalmente es suficiente para compensar la mayor parte de las deficiencias. La administración del gas a niños debe ser vigilada estrechamente para evitar daños a los sistemas inmaduros y los delicados tejidos del niño. La concentración de oxígeno menor del 40% se considera como segura. Independientemente de la concentración a la que se administre, debe vigilarse dicha concentración en la sangre. El oxígeno se humidifica antes de administrarlo para evitar el resecaimiento excesivo del conducto respiratorio. A los lactantes por lo general, se les suministra el oxígeno por medio de incubadoras o de capuchones oxigenadores. Los niños mayores toleran las cánulas bastante bien. En general los niños no toleran bien las mascarillas y los catéteres. Los dispositivos de ventilación requieren de la instalación de una sonda endotraqueal o de una cánula de

• Investigue la concentración del oxígeno a intervalos frecuentes (c/8h) utilizando un analizador de oxígeno. Coloque el dispositivo sensible del analizador en la atmósfera rica en oxígeno (como el interior de la incubadora, o del capuchón y de la concentración de oxígeno se puede leer en la carátula del analizador. • La tienda o pabellón de oxígeno, como la croupette, es el sistema más común para administrar el gas a niños pequeños. Permita que el niño ayude en la instalación de la tienda. Tocar el plástico y participar en ello, puede disminuir su resistencia a permanecer dentro de ella, Introduzca las orillas de la tienda bajo el colchón de manera que el escape de oxígeno sea mínimo. Planee los cuidados de enfermería de modo que el pabellón no se abra más que lo absolutamente indispensable. Vigile la temperatura dentro de la tienda, junto con el oxígeno, a veces se ordena terapéutica con vapor. El recipiente situado en la parte superior de la tienda debe ser mantenido constantemente lleno de hielo para asegurar el enfriamiento del vapor. Cambie la ropa de cama y las del niño las veces que sea necesario para evitar enfriamientos. Examine todos los juguetes con los que el niño juega dentro de la tienda para verificar que no producen chispas. • El capuchón oxigenador es un domo de plástico transparente que se adapta sobre la cabeza del niño y que tiene una abertura en la región del cuello. Acueste al niño sobre el vientre o sobre la espalda con la cabeza totalmente cubierta por el capuchón. La abertura del cuello debe ser lo bastante grande para no impedir los movimientos respiratorios del niño o rozar contra el cuello o los hombros. No permita que el oxígeno fluya directamente sobre la cara del niño. • Las incubadoras o cunas de ambiente controlado se utilizan para conservar la temperatura corporal del niño y para satisfacer sus necesidades de oxígeno. Acueste al niño dentro de la incubadora en una posición que facilite la respiración. Coloque tubos para venoclisis a través de los orificios de acceso. Atiende al niño a través de las ventanas para los brazos siempre que sea posible. • Los dispositivos mecánicos para la ventilación se emplean sólo Cuando se cuenta con personal diestro y experimentado para su manejo y vigilancia. En pediatría se usa con frecuencia la ventilación intermitente forzada. El niño respira espontáneamente, pero el dispositivo asegura que la frecuencia no disminuya a menos de una cifra preestablecida, Si la frecuencia desciende a menos	traqueostomía. El analizador mide la concentración de oxígeno cuando el dispositivo de oxígeno cuando el dispositivo sensible del aparato entra en contacto con ese gas. La concentración en la atmósfera donde se realiza la medición aparece registrada en la carátula del aparato analizador. A los niños que empiezan a andar les disgusta mucho tener en contacto objetos contra la cara. La tienda es una alternativa. Sin embargo, es difícil conservar la concentración de oxígeno, a menos que la tienda se mantenga lo más herméticamente cerrada que sea posible. El oxígeno es más pesado que el aire por lo que su concentración es mayor en la parte inferior de la tienda. Los bordes deben estar bien asegurados para evitar que la concentración de oxígeno disminuya. El vapor se condensa en las paredes de la tienda y empapa la ropa de cama y la del enfermo que están adentro. El oxígeno facilita mucho todo proceso de combustión. Los capuchones oxigenadores proporcionan concentraciones elevadas de oxígeno. Se utilizan sobre todo en lactantes que permanecen relativamente inmóviles. La utilización de las ventanas para atender al niño ayuda a conservar la concentración de oxígeno dentro de la incubadora. También reduce el gasto de energía del lactante quien ya se encuentra en mala situación debido a su condición de prematuro o a su enfermedad. La ayuda ventilatoria se utiliza para conservar la frecuencia respiratoria al nivel capaz de sostener la concentración arterial de oxígeno suficiente para garantizar la oxigenación adecuada de los órganos y tejidos del lactante. La PEEP se emplea cuando los alveolos son inmaduros y tienden a colapsarse. Este sistema infla los alveolos y deja una cantidad de aire residual a presión dentro de ellos aun durante la espiración para evitar que se colapsen.
--	---

de la cifra prefijada, la máquina se echa a andar. Si la respiración espontánea del niño sostiene la frecuencia adecuada, la máquina no trabaja. La presión positiva al final de la espiración (PEEP) se emplea para conservar los alveolos inflados en los niños prematuros. Vigile continuamente la concentración de gases en la sangre capilar para determinar la eficacia de la ventilación y evitar complicaciones.	
--	--

7. Intubación Endotraqueal

(Nota: la intubación endotraqueal es un procedimiento que requiere de gran habilidad, además de adiestramiento y experiencia avanzados. Se presenta esta técnica para dar a conocer cómo se realiza el procedimiento, con objeto que pueda brindarse ayuda adecuada al intubador experimentado. Esta técnica no tiene por objeto usarse como única preparación para la intubación endotraqueal)

Generalidades

Definición:

Inserción de un tubo hueco en la tráquea para permitir una vía aérea permeable; se logra por medio de un instrumento con hoja.

Fundamento:

- Suministrar cuidados respiratorios adecuados.
- Evitar la aspiración
- Permitir un medio para la ventilación mecánica o administración de altas concentraciones de oxígeno
- Facilitar la aspiración del árbol bronquial.

Terminología:

Hipoxia: grados variables de suministro inadecuado de oxígeno.

Moco: revestimiento líquido de las mucosas, compuesto de secreciones de las glándulas, junto con varias sales inorgánicas, células descarnadas y leucocitos.

Permeable: abierto, sin obstrucciones.

Traqueostomía: creación quirúrgica de una hendidura vertical en la porción anterior del cuello (por lo regular por debajo del primero y segundo cartílagos traqueales), con inserción de una cánula para facilitar el intercambio adecuado de gases.

Valoración

Datos anatómicos y fisiológicos:

Debe penetrar oxígeno adecuado en los pulmones para aerear la sangre. Esta sangre oxigenada viaja a los tejidos, donde el oxígeno es intercambiado por dióxido de carbono; así se sostiene el metabolismo. Si la cantidad de oxígeno que penetra en los pulmones es insuficiente para cubrir las necesidades circulatorias, ocurre acidosis. La acidosis duradera es incompatible con la vida.

Conceptos anatómicos y fisiopatológicos

- Suele intubarse de inmediato al neonato si la puntuación Apgar es menor de tres. Si el lactante ha pasado por un conducto del parto infectado u lleno de meconio, se hace la intubación para impedir que la inspiración inicial atraiga el líquido indeseable hacia los pulmones.
- A menudo hay secreciones bronquiales excesivas en las enfermedades infantiles. El niño no siempre puede controlar o expulsar estas secreciones a causa de lo estrecho del árbol traqueobronquial y los músculos

subdesarrollados del tórax. Si se permite que estas secreciones se acumulen y estanquen en los pulmones, los sacos aéreos llenos de líquido no pueden cumplir adecuadamente su función de intercambio gaseoso. La sangre no recibe oxígeno suficiente para cubrir las necesidades corporales.

Valoración del paciente:

- Valore lo adecuado de la función respiratoria del lactante para saber cuándo es necesaria la intubación endotraqueal. Observe al lactante o niño para descubrir cianosis, gruñidos respiratorios, ensanchamiento de las alas de la nariz u otros signos de dificultad respiratoria. La determinación en sangre de los niveles de PCO₂ Y PO₂ ayuda a valorar si el esfuerzo respiratorio es adecuado.
- Estudie los antecedentes de problemas respiratorios en el paciente como asma, bronquitis y crup, Identifique las tendencias familiares a las dificultades respiratorias.
- Valore si hay dientes sueltos en el niño en edad escolar, La pérdida o lesión de dientes en ocasiones son una complicación inevitable de la intubación endotraqueal, Al saber que hay dientes flojos puede ser posible extraer los dientes desprendidos antes que se aspiren.

Plan

Preparación de enfermería:

- Establecer una vía aérea permeable.
- Permitir la humidificación adecuada del aparato respiratorio.
- Evitar la lesión traqueal.
- Evitar la introducción de partículas extrañas en el aparato respiratorio.
- Conservar la integridad respiratoria por ventilación mecánica, si es necesaria.

Preparación del paciente:

- Asegure la ventilación adecuada antes de insertar el tubo endotraqueal. Esto puede lograrse por ventilación boca a boca o por medio de un dispositivo manual de auxilio ventilatorio.
- Explique a los padres lo que sucede, si hay tiempo suficiente. Si comprenden por qué es necesaria la sonda endotraqueal y qué se logra al insertarla, tal vez se tranquilicen y estén menos ansiosos por el procedimiento.
- Verifique la luz del laringoscopio antes de usarlo para asegurarse que funciona bien.

Equipo:

- Dispositivo manual para auxilio ventilatorio
- Fuente de oxígeno
- Aparato de aspiración
- Bandeja para aspiración (incluye guantes estériles, solución salina y catéter)
- Laringoscopio
- Sondas endotraqueales (de varios tamaños: 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5) y estiletes
- Cinta adhesiva y ataduras
- Lubricante hidrosoluble

Realización e intervenciones

Aspectos de los procedimientos:

Actividades	Fundamento
• Ponga al niño sobre una superficie plana, Incline la cabeza hacia atrás pero no hiperextendida. Eleve	La hiperextensión en sujetos de muy corta edad puede causar colapso de la vía aérea flexible y agravar la

los hombros con una toalla enrollada. • Descubra qué calibre de tubo se ajusta con comodidad y bien a la tráquea del niño. Aplique lubricante a la sonda endotraqueal antes de insertarlo. • El intubador experimentado lleva a cabo la intubación de la forma siguiente: Sostenga abierta la boca del paciente e incline la cabeza hacia atrás para permitir una vía recta para la observación e inserción. Introduzca la hoja del laringoscopio a lo largo del lado derecho de la boca, para que empuje la lengua hacia la izquierda. La epiglotis aparece como un pequeño colgajo de tejido. Levántela con suavidad para exponer las cuerdas vocales. Puede ser necesario aspirar en este momento. La sonda endotraqueal se inserta en la laringe, más allá de la epiglotis, y aproximadamente 1.5 cm más allá de las cuerdas vocales. • Después de completar la intubación, aspire secreciones de la sonda y tráquea, La aspiración debe hacerse usando una técnica estéril. • Verifique la colocación apropiada de la sonda endotraqueal. Dé varias respiraciones rápidas con un dispositivo de auxilio respiratorio. Ausculte los pulmones y estómago. Si el "silbido" del aire puede escucharse en el estómago, el tubo está en el esófago y debe extraerse y reinsertarse en la tráquea. Si el aire puede escucharse al auscultar los pulmones, el tubo probablemente está bien colocado. Si puede escucharse aire sólo del lado derecho, la sonda está insertada muy lejos. El examen radiográfico permite verificar la colocación de la sonda. • Fije el tubo por medio de cinta adhesiva y ataduras alrededor de la nuca del niño. Ponga una marca en el tubo a nivel de los labios para que pueda verificar la colocación. • La sonda debe conectarse a una fuente de oxígeno humedecido o a un ventilador mecánico.	asfixia. La sonda endotraqueal es un dispositivo suave y flexible que se ajusta al contorno de la vía aérea del niño. Si bien esta textura suave facilita la comodidad después de la inserción, puede hacerla más difícil. Para producir el grado de fuerza y rigidez para insertar apropiadamente el tubo, se introduce un estilete en la sonda antes de intubar al niño. El estilete está hecho de sustancia más dura y puede doblarse para que se ajuste al trayecto de la inserción. Una vez que la sonda está en su sitio, se extrae el estilete. La lesión de tráquea y cuerdas vocales puede causar incapacidad permanente. La intubación requiere mucha práctica y habilidad, y esta técnica debe llevarla a cabo sólo el personal calificado. La aspiración de la sonda endotraqueal permite el acceso al árbol tranqueobronquial. Todo objeto que penetre en el campo pulmonar debe ser estéril para reducir la probabilidad de infección. Si el tubo está en el esófago, infla el estómago, y las medidas de aireación no producen efectos útiles en los pulmones. Si está insertado demasiado en los pulmones, puede penetrar en el bronquio derecho y ventilar sólo el pulmón derecho. La tos o movimiento del niño hacen que el tubo se desplace si no se fija. La marca a nivel de los labios permite a la enfermera saber si la sonda se desliza hacia afuera. La nariz cumple la función de calentar y humedecer el aire inspirado. Cuando éste se desvía de la nariz, debe humedecerse para impedir que se seque el tejido pulmonar. Puede conectarse un dispositivo de humedad con agua estéril a la fuente de oxígeno, para administrar aire inspirado.
--	--

8. Lactancia materna

Generalidades

(técnicas de amamantamiento)

Generalidades

La leche humana es rica en lactoferrina, la cual es una proteína que tiene particular afinidad por el hierro. In vitro, se ha demostrado que la acción quelante de esta proteína se traduce en un efecto bacteriostático para las E. Coli y la C. Albicans. La concentración de la lactoferrina en el calostro es de alrededor de 600 mg/dl. Disminuyendo alrededor de 150 mg/dl al término del primer semestre de la lactancia, otro componente

importante de la leche humana es la lisozima, proteína que se encuentra a una concentración elevada en la secreción láctea, al parecer su efecto bactericida sobre la E. Coli está estrechamente relacionado con la IgA secretoria.

Ventajas de la Lactancia Materna

En cierta forma la lactancia es la expresión casi ritual, de conductas instintivas observables en los animales mamíferos y en el hombre. En el ser humano constituye en esencia una compleja interrelación entre la mujer y el niño donde ambos son gratificados mediante un mecanismo de retroalimentación afectivo emocional.

Los estudios sobre alimentación al seno materno, durante el puerperio inmediato disminuye el riesgo de hemorragia estimulando la contracción.

Algunos estudios han demostrado que disminuye el riesgo de cáncer mamario y ovárico.

Establece un contacto temprano y prolongado entre la madre y el niño.

El niño tiene más control sobre su ingesta de leche.

Las grasas y el hierro de la leche humana se absorben mejor que las de la leche de vaca, los aminoácidos de la leche humana se metabolizan con más rapidez y el menor contenido de sodio en la leche humana es más adecuado a las necesidades del pequeño.

Proporciona importantes anticuerpos que previenen la gastritis. También es mayor la inmunidad a las infecciones respiratorias y a la meningitis.

Existe menos predisposición a las reacciones alérgicas del niño a la leche de la madre.

El acto de la succión de la mama promueve el desarrollo de la mandíbula, músculos faciales y dientes.

Varias proteínas de la leche pueden estimular al sistema inmune del niño aumentando la maduración de los linfocitos B.

En la digestibilidad tiene un contenido más alto de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa, una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de la leche de vaca en la que predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digeribles.

La presencia notable de enzimas, como la lipasa, permite iniciar la digestión de los lípidos en forma eficiente, gracias a su actividad por las sales biliares,

La absorción de los nutrientes es superior a los de la leche de vaca, los niños amamantados prácticamente no presentan deficiencias nutricionales.

Técnicas de Amamantamiento

Antes de ofrecer alimento de pecho, debe comprobarse que el niño este con el pañal seco y limpio, ya que cuando el niño se encuentra incomodo lo manifiesta llorando o mostrándose molesto. Las temperaturas mayores de 36°C disminuye el mecanismo de succión del niño, condicionando comidas cortas y haciendo que se despierte en forma frecuente, por ello, debe estar confortable para recibir su alimento

La madre debe lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar a su hijo. Debe colocarse al bebé completamente de lado para que la cabeza, pecho, abdomen y rodillas estén frente a su cuerpo. La cabeza del bebé quedará en la curvatura del brazo sobre el codo, sosteniendo con una mano sus nalguitas y acercarlo a su propio abdomen. Con la mano libre, levantar su pecho con los dedos por abajo del mismo, con el dedo pulgar por encima de tal manera que la mano quede formando una C. Para que el niño abra su boca, se hará cosquillas suavemente con el pezón al labio inferior y se verá que el niño tome el pezón y parte de la areola, sosteniendo por espacio de 15–20 minutos y cerciorándose de que este realmente succionando.

Para retirar el pecho se colocará el dedo índice de la madre introduciéndolo por el ángulo de la boca, asegurándose de que dedo quede bajo la mandíbula y por encima de la encía del niño para enseguida retirar el pezón

Debe extraerse una gota de leche para aplicarla sobre el pezón utilizándola para lubricarlo con ella. También se evitarán procesos infecciosos debido al efecto protector de la propia leche.

Cuando el bebé termine de comer de un seno, se le levanta y apoya sobre su hombro y clavícula para extraérsele el aire deglutido mediante pequeñas palmaditas en la espalda hasta su eliminación por boca. Se repite la misma maniobra con el seno contralateral.

Ventajas de alimentar a los niños con leche materna

Con la leche se proporcionan las sustancias nutritivas, agua, vitaminas y minerales que necesita para crecer sano.

Con el calostro y la leche se protegen de algunas alergias e infecciones intestinales y respiratorias.

Al mantenerlo cerca y darle el pecho, se le da la seguridad, la confianza y el cariño que el niño necesita para su desarrollo.

Lo necesario para dar una buena lactancia

Saber que la leche materna es el alimento natural y específico para alimentar al recién nacido.

Dar el pecho al niño cuando lo solicite, aunque interrumpa tus ocupaciones o tu descanso.

También debes saber que...

La leche materna siempre es de muy buena calidad, independientemente del peso y de la estatura de la madre.

La capacidad para lactar depende de la decisión de la madre, no del tamaño de los pechos o de la forma de los pezones.

Mientras más seguido se amamanta el niño, la madre producirá más leche.

Cómo amantar al niño

Lavar los pechos y pezones solamente con agua.

Amamantar al niño inmediatamente después del parto el tiempo que lo solicite, alternando los dos pechos.

Colocar al niño con su cara mirando de frente al pecho materno.

Su boca debe abarcar todo el pezón y casi toda la areola.

Para retirarlo y no lastimarte el pezón, se debe introducir un dedo entre las encías del niño a través de un ángulo de su boca.

Cómo se ayuda para amamantar al niño

Comer un poco más de lo que se acostumbra y agregar verduras y frutas a la dieta para asegurar los nutrientes que se necesitan.

Tomar líquidos abundantes, leche, agua, jugos o atoles para ayudar a la producción de leche.

No fumar ni tomar medicamentos no recetados por el médico.

Cuidar la salud y conservar limpios y secos los pezones.

Ventajas que tiene para la madre al darle pecho al niño

Amamantar inmediatamente después del parto ayuda a recobrar el tamaño normal de la matriz y a disminuir la pérdida de sangre.

Ayuda a fortalecer la relación afectiva madre-hijo.

Las mujeres que amamantan a sus hijos tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama.

9. Bibliografía

Lynn Wreck, R. N.

Técnicas de Enfermería

Tercera edición Interamericana México, D.F.; 1988 p.p 1177

Lillian Sholtis Brunner

Manual de la Enfermería

Cuarta edición

Interamericana México, D.F.; 1991 p.p. 1442

Sharon J. Reeder R.N.

Enfermería Materno-infantil

Décimo séptima edición Interamericana México, D.F.; 1995 p.p. 1421