



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**VALIDACIÓN DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA
PREVENIR LA HIPOTERMIA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO
BASADA EN EVIDENCIA CIENTIFICA EN EL HOSPITAL II PASCO**

**Trabajo Académico para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales**

ESTUDIANTES:

Lic. Pascual Loya, Johana Matilde

Lic. Rivera Mayta, Haymme Joeicy

ASESOR:

Lic. CUBA TRILLO, Nuri

Lima – Perú

2019

Lic. Cuba Trillo, Nuri

ASESORA

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo académico, a todos los recién nacidos prematuros, quiénes fueron nuestra mayor inspiración y fortaleza para continuar en el proceso de la investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a nuestros miembros del jurado, por sus importantes aportes en la culminación del proyecto de investigación.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Trabajo financiado por las investigadoras.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El trabajo académico que a continuación presentamos es un documento original, que ha seguido los lineamientos respectivos de la ética en investigación.

ÍNDICE

	Página
Resumen	
Introducción	1
Capítulo I: Planteamiento del Problema	2
1.1 Planteamiento del problema	
1.2 Formulación del problema	
1.3 Justificación	
1.4 Viabilidad y Factibilidad del estudio	
Capítulo II: Propósito	4
2.1 Propósito	
2.2 Objetivo General	
2.3 Objetivos Específicos	
Capítulo III: Marco Teórico	4
3.1 Antecedentes	
3.2 Base Teórica	
Capítulo IV: Variable de Estudio	13
Capítulo V: Material y Método	14
5.1 Diseño del estudio	
5.2 Área de Investigación	
5.3 Población	
5.4 Definición Operacional de Variables	
5.5 Procedimiento y Técnica de Recolección de Datos	
5.6 Plan de Tabulación de Análisis	
Capítulo VI: Consideraciones Éticas y Administrativas	19
6.1 Consideraciones Éticas	
6.2 Cronograma de Gantt	
6.3 Presupuesto	
Referencias Bibliográficas	21
Anexos	

RESUMEN

La hipotermia en el recién nacido prematuro, se define como una temperatura central menor de 36.5 °C, que se manifiesta, debido a la inmadurez de sus órganos, a las delgadas o escasas capas de grasa subcutánea, y grasa parda con las que cuentan y por la insuficiente respuesta vasomotora que tienen para poder activar y mantener los mecanismos termorreguladores, haciéndolo vulnerable a desarrollar problemas respiratorios y metabólicos, que incrementan la morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro. En este sentido, el profesional de enfermería, durante el proceso del cuidado del recién nacido prematuro, debe establecer estrategias dirigidas a prevenir la hipotermia. **Objetivo General:** Validar una guía de procedimientos de enfermería para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro, Pasco, 2020. **Material y Métodos:** El estudio será de tipo descriptivo, de corte transversal, el cual se realizará en el Servicio de Neonatología del Hospital II Pasco. La población, estará constituida por 10 Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales, y 5 recién nacidos prematuros, que cumplan con los criterios de selección. Se utilizará una guía de procedimientos de enfermería, elaborada por las autoras, basada en la Norma Técnica del Ministerio de salud, con R.M. N° 828 – 2013, instrumento que será sometido a juicio de expertos, para determinar su validez a través del coeficiente de AIKEN y para determinar su confiabilidad se realizará una prueba piloto con 5 recién nacidos prematuros, utilizando el coeficiente de Alfa de Crombach. Los resultados se ingresarán en una base de datos de EXCEL, y se analizarán y presentarán en tablas estadísticas.

Palabras Clave: Hipotermia, prematuro, validación, intervención, enfermería, atención inmediata.

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años, la profesión de enfermería ha hecho uso de las guías de procedimientos basada en la evidencia científica cuya implementación ha permitido entregar herramientas flexibles de consulta actualizada para todo el personal de salud, apoyando procesos que fortalezcan el análisis crítico de las recomendaciones hechas por expertos. “La aplicación de estas guías es un elemento que genera un estímulo permanente en el desarrollo de los procesos de implementación de la calidad de la atención en las instituciones” (1).

Las intervenciones de enfermería, realizadas de manera organizada y sistemática permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el proceso de adaptación del recién nacido prematuro, así como las complicaciones inmediatas y mediatas relacionadas con su internamiento. (2)

Según la OMS se estima que cada año nacen aproximadamente 15 millones de recién nacidos prematuros, cifra que cada vez va en incremento, y que las complicaciones relacionadas con la prematuridad y la falta de la calidad de atención durante y después del parto son las principales causas de defunción en niños menores de 5 años.

En el Perú la Tasa de Mortalidad Neonatal, según ENDES, en el año 2015, fue 10 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, siendo el riesgo de mortalidad neonatal mayor en la Sierra y la Selva (14 y 12 por mil, respectivamente) (3).

El recién nacido prematuro, es considerado a partir de las 20 a 37 semanas de gestación, es decir se trata de un recién nacido que no ha madurado física y biológicamente y que, por lo tanto, no se encuentra apto para hacer una transición apropiada a la vida extrauterina (4). La transición de feto a recién nacido, es un proceso fisiológico de gran complejidad y es la etapa más vulnerable porque aquí se presentan los mayores problemas de adaptación, por la falta de madurez de sus órganos, de sus funciones vitales y la fragilidad de sus sistemas (5).

Durante el periodo de transición los prematuros presentan incapacidad para mantener la Termorregulación debido a la inmadurez de sus sistemas haciéndolo más vulnerable a la hipotermia y por consiguiente a una mayor probabilidad de muerte neonatal dentro de las primeras 24 horas de vida (6).

La guía ILCOR, hace referencia a la Hora Dorada, que indica que los primeros 60 minutos de vida del recién nacido juegan un rol importante en los resultados a corto y largo plazo de la supervivencia adecuada de los recién nacidos prematuros, por lo que su objetivo es realizar intervenciones y tratamientos basados en la evidencia, enfocado a minimizar las complicaciones como la hipotermia, hipoglicemia, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar y retinopatía de la prematuridad (7).

Según la Sociedad Española de Neonatología, neonatología presenta un desafío importante en el tratamiento integral del recién nacido prematuro por lo que es preciso que el profesional de enfermería cuente con un alto nivel de preparación que permitan una atención especializada en el cuidado de los recién nacidos prematuros (7).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El éxito del proceso de adaptación del prematuro, depende de que todas las actividades de enfermería se realicen de forma segura, brindando al neonato un ambiente térmico neutro que evite la pérdida de calor, la hipotermia y la mortalidad infantil.

Por lo tanto, la atención inmediata del recién nacido prematuro, dada su complejidad, fragilidad y heterogeneidad requiere de un cuidado oportuno y de calidad por parte del profesional de enfermería, con conocimientos actualizados, centrados en favorecer el proceso de adaptación, la identificación y la prevención de riesgos y complicaciones (8).

Las guías de procedimientos de enfermería, son herramientas técnicas, que tienen como propósito estandarizar las actividades y /o procedimientos de enfermería que permitan la toma de decisiones y la elección adecuada de una intervención oportuna y de calidad basada en la mejor evidencia científica.

Por éstas razones y más aún por la inquietud del profesional de enfermería que labora en el Hospital II Pasco, ubicada en la ciudad de Cerro de Pasco, a una altitud de 4380 msnm, con temperaturas ambientales que oscilan entre – 15 °C a 13 °C,

condiciones atmosféricas y ambientales que contribuyen a causar la hipotermia de los recién nacidos prematuros, y la falta de guías de intervención de enfermería actualizadas que permitan unificar criterios y tomar decisiones oportunas y eficientes haciendo uso de las medidas termo protectoras en el prematuro, formulamos la pregunta de investigación.

Formulación del Problema

¿Cuál es la validez de la guía de procedimientos para prevenir la hipotermia en el recién nacido prematuro, basada en evidencia científica en el hospital II Pasco, diciembre a mayo del 2020?

Justificación

Prevenir la hipotermia en el recién nacido prematuro durante el proceso de transición del ambiente intrauterino al extrauterino es un reto que desafía la habilidad de termorregulación del prematuro y el manejo del equipo de salud que lo atiende, más aún si se enfrenta a factores extremos como es el caso del Hospital II Pasco, ubicado a 4380 msnm, con un clima frío, con temperaturas que oscilan entre -15°C a 13°C y que no existen guías de procedimientos enfermería que unifiquen los criterios del manejo y prevención de la hipotermia en el recién nacido prematuro.

Validar una guía de procedimientos de enfermería para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro, permitirá uniformizar y controlar el cumplimiento de las acciones termo protectoras, en la atención inmediata del recién nacido prematuro.

Viabilidad y Factibilidad del estudio

La investigación es viable porque se contará con la autorización del director del Hospital II Pasco, del jefe de servicio de Pediatría, y de la jefatura del servicio de Enfermería, para el acceso del estudio se cuenta además con el recurso humano, financiero y logísticos que las investigadoras asumirán para poder realizar el estudio. Así mismo existe un compromiso de la unidad de logística del Hospital para la adquisición y dotación de las bolsas de polietileno.

CAPITULO II

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Propósito:

Validar la guía de procedimientos para prevenir la hipotermia en el recién nacido prematuro, que de resultar válida, se sugerirá su aplicación por el servicio, en bien del cuidado del recién nacido prematuro.

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

Determinar la validez de la guía de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro, basada en evidencia científica en el Hospital II Pasco, diciembre – mayo del 2020.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la validez de la guía de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro a través de juicio de expertos.
2. Identificar la confiabilidad de la guía de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro a través de la prueba piloto.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

Antecedentes:

Dentro de la revisión de los antecedentes, encontramos a:

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud – Essalud, presenta la Guía de Enfermería para el cuidado del recién nacido prematuro cuyo objetivo es mejorar el cuidado del recién nacido prematuro a través de las atenciones estandarizadas de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, intermedios neonatales y unidades neonatales básicas (9).

En un estudio Descriptivo Cuantitativo para evaluar la atención inmediata del recién nacido que realizan las enfermeras según la aplicación de la Norma Técnica de salud integral neonatal N^a 106 con RM N^o 828-2013 del Ministerio de Salud en el

Hospital de Apoyo Iquitos. Valido una guía de observación sometida a juicio de expertos obteniendo una validez de 98% y una confiabilidad de 0.961 (10).

La guía del Comité de Enlace Internacional sobre Reanimación (ILCOR), recomienda el uso de bolsas o envolturas de polietileno en menores de 28 semanas (grado de recomendación A), gorros de plástico, colchón térmico, incubadoras precalentadas, calentador radiante, gases calientes y humidificados para evitar la hipotermia (7).

En un estudio observacional en RNPT < 28 semanas, pre y post implantación de la “Hora Dorada”, muestran que tras la implantación del protocolo hay un incremento significativo del número de neonatos con una temperatura al ingreso entre 36,5-37,4°C, glucemia >50 mg/dl al ingreso y administración intravenosa de glucosa y aminoácidos en la primera hora de vida (11).

En un estudio sobre el Uso de las bolsas de plástico para la prevención de la hipotermia en neonatos prematuros y de bajo peso al nacer, determinaron que la temperatura de los neonatos prematuros en las que se utilizó la bolsa de plástico fue mayor a comparación de los que fueron atendidos con medidas de atención estándar (12).

Base teórica:

PREMATURO

Según la OMS, el recién nacido es prematuro cuando su nacimiento se presenta antes de culminar las 37 semanas o antes de los 259 días de gestación (4).

Se clasifican en:

Recién nacido prematuro extremo : menor o igual a 27 semanas

Recién nacido muy prematuro : de 28 a 31 semanas.

Recién nacido prematuro moderado : de 32 a 36 semanas.

Recién nacido tardío : de 34 a 36 semanas.

Características:

Presentan la cabeza grande en desproporción con las extremidades, tiene piel muy fina, brillante y arrugada, la masa muscular es pobre, presenta una elevada relación superficie/volumen, con escaso aislamiento cutáneo, sin estrato corneo desarrollado y con escaso o nulo depósito de grasa sub cutánea, muestran las palmas de las manos

y las plantas de los pies enrojecidos y con pocos pliegues, los genitales están poco desarrollados, en el caso del sexo masculino los testículos aún no han descendido hacia el escroto.

HIPOTERMIA

Se define a la hipotermia como el descenso de la temperatura corporal por debajo de 36.5°C, donde se pierde la capacidad de mantener una temperatura corporal normal y empiezan a fallar los mecanismos compensadores para mantener el calor corporal (6).

Según la Organización Mundial de la Salud, la temperatura axilar normal de un neonato se encuentra entre 36.5 y 37.5°C y la hipotermia se clasifica en: Hipotermia leve cuando la temperatura axilar es de 36.0 a 36.4°C, moderada entre 32 y 35.9°C y severa menor de 32°C (14). Bajo condiciones normales, la temperatura uterina es de 37.9°C, al nacer se crea un cambio térmico significativo que desafía la habilidad de termorregulación del recién nacido, debido a su inmadurez de cada órgano y sistema y al tamaño corporal, los prematuros son muy vulnerables al enfriamiento como al sobrecalentamiento; tienen una tasa metabólica mayor, la que se debe no solo a las demandas de energía relacionadas con el crecimiento, sino también a los requerimientos relacionados con la gran área de superficie corporal y el aumento de la relación superficie – masa (6).

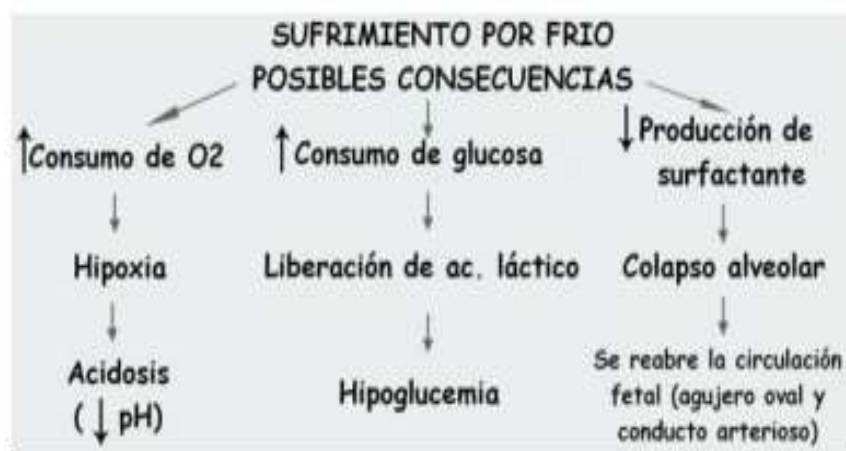
MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR EN EL RECIÉN NACIDO

Existen cuatro mecanismos principales de pérdidas de calor: 1. Radiación: El calor se disipa desde la piel hacia el objeto más frío del entorno sin contacto directo. 2. Convección: El calor se pierde desde la piel del neonato hacia el aire en movimiento. 3. Evaporación: Enfriamiento secundario a través de la piel por pérdida de agua. 4. Conducción: Transferencia del calor hacia un objeto más frío en contacto. En neonatos muy prematuros se recomienda establecer medidas estratégicas para evitar la hipotermia, pues origina hipoglucemia, acidosis metabólica y paro respiratorio, casi siempre irreversible. Cuando la hipotermia revierte, el proceso es extraordinariamente lento (de 2 a 3 horas) para conseguir la eutermia (13). La capacidad de perder calor es entonces cuatro veces mayor en el

RNPT que en el adulto (6). En muchos hospitales de climas fríos las temperaturas de las salas de atención inmediata son bajas incrementado su riesgo.

FISIOLOGÍA DEL CONTROL TÉRMICO EN LOS RECIÉN NACIDOS

La homeostasis del organismo necesita de una temperatura constante dentro de los límites estrechos, este equilibrio se mantiene cuando hay relación entre la producción y la pérdida de calor, la producción de calor en el recién nacido tiene 2 componentes, el primero es la “termogénesis no termorreguladora” que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción térmica de los alimentos. Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético, a esta forma de producción de calor se denomina “termogénesis termorreguladora”, termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estrés térmico. En condiciones de estrés por frío, la temperatura corporal central es inicialmente normal a expensas de un gran costo energético, cuando ya se pierde la capacidad para mantener la temperatura corporal normal, cae en hipotermia. El recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglicemia (6). Cuando un recién nacido produce calor por medio del metabolismo de la grasa parda pone en funcionamiento mecanismos que en el corto plazo lo llevaran a hipotermia y los riesgos que estos implican como se expresa a continuación:



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPOTERMIA

El cuerpo del recién nacido se siente frío al tacto, se aprecia una cianosis central y/o acrocianosis (después de las primeras horas de vida), existe un incremento del requerimiento de oxígeno, las respiraciones son irregulares, se presentan episodios de apnea, taquipnea, bradicardia porque existe mala perfusión periférica, también se evidencia intolerancia alimentaria, distensión abdominal, y aumento del residuo gástrico, su actividad se encuentra disminuida, es evidente la letargia e irritabilidad, la disminución de los reflejos, hipotonía, llanto débil, succión débil e hipoglucemia (14).

AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO

Se define como ambiente térmico neutro o termoneutralidad al rango de temperatura ambiente dentro del cual la temperatura corporal está dentro del rango normal (36,5 a 37,5°C), el gasto metabólico es mínimo (consumo oxígeno mínimo y glucosa), y la termorregulación se logra solamente con procesos físicos basales y sin control vasomotor (vasoconstricción periférica). De esa manera el recién nacido está en equilibrio térmico con el ambiente (6).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL DEL RECIÉN NACIDO

Control térmico en Sala de operaciones y/o Sala de Partos:

Preparar la cuna térmica y colocarla a la máxima capacidad (Radiación)

- Encender el colchón de calor refulgente a 37°C (Conducción).
- Temperar previamente todos los campos que vayan a entrar en contacto con el bebé (Conducción).
- Conservar cerrada las puertas y ventanas que originen corrientes de aire. (Convección),
- Mantener la temperatura ambiente recomendada en 24°C - 26°C (OMS 1997).
- Aplicar lo más rápido posible las Intervenciones para impedir la pérdida de calor.
- Favorecer el contacto precoz (piel con piel), utilizando fuentes de calor (Radiación, el secado rápido (Evaporación) y cubrirlo con sabanillas secas y

tibias, (Convección-Conducción), permitiendo así que se brinde un ambiente térmico adecuado.

- Si la condición del recién nacido lo requiere y se debe utilizar oxígeno, este deberá ser húmedo y caliente para impedir las pérdidas de calor. (Convección, Evaporación).
- Mantener las paredes contiguas de la cuna térmica levantadas (Convección) o cubiertas protectoras de plástico (Evaporación, Convección) mientras están en la cuna de calor refulgente hasta el tiempo del traslado.
- Monitorizar regularmente la temperatura axilar verificando que se establezca entre 36.5 y 37,5°C.
- En el caso de los neonatos de bajo peso (< 1500gr.) y de edad gestacional < 33 semanas, se deberá hacer uso de las bolsas de polietileno, inmediatamente después del parto porque el recién nacido disminuye de manera precipitada su temperatura central como consecuencia de una pérdida de calor por evaporación, y convección. La demostración científica evidencia que introducir al recién nacido de muy bajo peso inmediatamente después de nacer, sin secar en una bolsa de polietileno, evita la pérdida de calor y por ende la disminución rápida de su temperatura. La bolsa de polietileno deberá cubrir todo el cuerpo incluido la cabeza, dejando solo la cara expuesta y si no es posible cubrir la cabeza con la bolsa de polietileno se colocará un gorro de tejido aislante. La reanimación se realiza con el niño colocado dentro de la bolsa, en la cuna de calor refulgente.

Importante, es no olvidar que la mayoría de los recién nacidos requieren de ayuda externa para mantener su calor corporal en las primeras 12-24 horas después del nacimiento (14).

GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Las guías de procedimientos enfermería, son herramientas técnicas, que tienen como propósito estandarizar las actividades y /o procedimientos de enfermería permitiendo tomar la decisión acertada, eligiendo una intervención oportuna y de calidad basada en el mejor hallazgo científico. La elaboración de estas guías debe

ser realizadas con la normativa técnica vigentes del sector salud, quien describe detalladamente los pasos para su elaboración (15).

NORMA TÉCNICA DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar lo siguiente:

Procedimientos Generales antes del nacimiento:

- Identificar factores de riesgo perinatal
- Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido
- Prevenir la pérdida de calor

Procedimientos Específicos luego del Nacimiento:

- Realizar la valoración de la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- Valorar el Apgar e iniciar RCP si lo amerita.
- Prevenir las pérdidas de calor.
- Aspiración de secreciones de las vías aéreas.
- Contacto piel a piel
- Identificar al neonato
- Prevenir la infección ocular
- Prevenir la enfermedad hemorrágica.
- Aplicar medidas del cuidado del cordón umbilical.
- Realizar la somatometría.
- Realizar el examen físico completo.
- Registrar los datos en la Historia Clínica Neonatal.
- Vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato (15).

ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

La enfermería basada en la evidencia es una metodología de análisis y estudio crítico de la literatura científica, da valor a la experiencia como a la contundencia de la información sobre el cuidado o la intervención de enfermería; el análisis crítico permite producir recomendaciones sustentadas científicamente (16). La

práctica de la enfermería es mucho más que el cumplimiento de diversas tareas. Requiere agudeza intelectual, intuición para seleccionar la acción oportuna que responda a las necesidades de los recién nacidos, brindando un cuidado individualizado con la integración de habilidades específicas (6).

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”. En esencia, la MBE tiene como objetivo contar con la mejor información científica disponible: la evidencia para aplicarla a la práctica clínica. Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico del diseño de los estudios; pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o una intervención sanitaria. Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí (17).

El Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Desarrolla guías de práctica clínica basadas en la evidencia, realizadas para el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Escocia. La propuesta del SIGN, se originó teniendo como foco de interés la temática del tratamiento y los procedimientos terapéuticos. Se diferencia de las anteriores por su particular énfasis en el análisis cuantitativo que aportan las RS; y otorga además importancia a la reducción del error sistemático o sesgo (17).

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención¹

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica *

√	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
---	--

* En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Cuadro II Escala utilizada para clasificar la evidencia y las recomendaciones de Shekelle

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
III. Evidencia de estudios descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, así como revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia del comité de expertos, reportes, o opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia (o ambas)	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle *et al.*⁵

VALIDACIÓN

Según la OMS, “Validación es el establecimiento de pruebas documentales que aportan un alto grado de seguridad de que el proceso planificado se efectuara uniformemente en conformidad con los resultados previstos especificados” (18).

Confirmación y aporte de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos particulares para un uso específico previsto (19).

VALIDEZ DE CONTENIDO

Se refiere si el cuestionario elaborado, son indicadores de lo que se pretende medir, por ello se deberán seleccionarse los indicadores e ítems de tal manera que éstos respondan a las características peculiares del objeto de estudio, por lo tanto, la validez de contenido se basa en la definición precisa del dominio y en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa (18).

JUICIO DE EXPERTOS

Es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación que se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidos por otros como expertos calificados y pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones: Para la cuantificación de los resultados se calcula el índice de acuerdo entre los jueces al evaluar el ítem, siendo en este caso el grado de concordancia el que indicara la confiabilidad de los juicios para lo cual se usa como análisis estadístico la prueba binomial y el coeficiente V de Aiken (18).

CAPITULO IV

VARIABLE

Guía de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro.

CAPITULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de Estudio:

El estudio de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal, porque la información recolectada será obtenida en una población, tiempo y espacio determinado.

Área de investigación.

El estudio se desarrollará en el hospital II Pasco, ubicado en la ciudad de Cerro de Pasco, específicamente en el Servicio de Neonatología, cuya característica es, de ser un servicio que no cuenta con guías de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro.

Población:

La población del estudio serán 10 Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales y 5 recién nacidos prematuros, que cumplan con los siguientes criterios de selección:

Enfermeras

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales con 2 años mínimos de experiencia profesional en el ámbito de la especialidad.
- Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales que desean participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras Especialistas en Cuidado Intensivo Neonatal que no deseen participar en el estudio.

Recién nacidos

Criterios de Inclusión:

- Recién nacidos prematuros.

- Recién nacidos prematuros inmediatos nacidos en el Hospital II Pasco.

Criterios de Exclusión:

- Recién nacidos prematuros con malformaciones congénitas.
- Recién nacidos prematuros que no cuenten con autorización de sus padres a través del consentimiento informado.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Guía de procedimientos de enfermería para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro.	Es un documento técnico de trabajo que reúne recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para brindar cuidados de enfermería y prevenir la hipotermia durante la atención inmediata del recién nacido prematuro (15).	<p>Procedimientos Generales antes del nacimiento: Preparación de equipos, materiales y medicamentos.</p> <p>Medidas de bioseguridad.</p> <p>Procedimientos Específicos luego del Nacimiento: Cuidados de Enfermería.</p>	Son los pasos ordenados secuencialmente que se utilizan en la prevención de la hipotermia del recién nacido prematuro.	<ul style="list-style-type: none"> - Datos del paciente. - Evaluación de antecedentes. - Preparación de materiales para el soporte térmico. - Preparación del serbo cuna radiante. - Preparación de la incubadora. - Preparación del equipo de soporte respiratorio. - Preparación del equipo de soporte circulatorio. - Verificación de medicamentos. - Lavado clínico de manos. - Preparación del material estéril. - Valoración del Apgar. - Control de signos vitales. - Profilaxis umbilical. - Profilaxis ocular. - Administración de Vit. K.

		<p>Descripción del uso de la bolsa de polietileno.</p> <p>Contacto precoz</p> <p>Traslado del recién nacido prematuro. Reanimación neonatal y procedimientos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Examen Físico - Antropometría - Identificación del R.N. - Pelmatoscopia. - Monitoreo Hemodinámico no invasivo. - Valoración de necesidad de Oxígeno. - Valoración de necesidad de RCP básico Y/o avanzado. - Colocación de la bolsa de polietileno en posición prona. - Colocación de la bolsa de polietileno en posición ventral. - Sellado de la bolsa. - Tiempo de uso de la bolsa de polietileno. - Colocación del recién nacido prematuro sobre el seno materno por 60 minutos. - Traslado del recién nacido en incubadora a la unidad de neonatología. - Traslado del recién nacido a Cuidado Intensivos. - RCP básico - RCP avanzado - Cateterismo Umbilical - Acceso de vía periférica
--	--	---	--	---

Procedimiento y Técnica de Recolección de Datos:

- Inscripción del proyecto de investigación en la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).
- Presentación del Proyecto al Comité de Ética de la UPCH.
- Se solicitara al director y jefa del servicio de Neonatología del Hospital II Pasco, la autorización para el desarrollo del presente proyecto de investigación.
- Una vez obtenida la autorización se contactará con las licenciadas especialistas en cuidado intensivo neonatal a fin de informales sobre el propósito del estudio y solicitar su participación voluntaria.
- Para la recolección de datos, se utilizará el instrumento: Guía de procedimientos para prevenir la hipotermia en el recién Nacido Prematuro, que consta de 25 ítems, elaborado por las investigadoras en base a las recomendaciones de la Norma Técnica de Salud, con R.M. N° 828 – 2013/MINSA (15), las recomendaciones de la ILCOR. En reanimación Neonatal 2015 (7) y la Guía de ESSALUD, 2017(9). La evidencia científica descrita en la guía, se transcribió en su forma original de las siguientes investigaciones: Guías de tratamiento del hospital San Juan de Dios de la Serena – 2014 con su escala SIGN (20), Intervenciones de Enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. México, 2013 con su Escala Shekelle (21). Así mismo los gráficos ilustrativos que se observan en la guía se tomaron de Montilla M, Bogotá 2013 (22).
- La guía de procedimientos, será validada a través de un juicio de expertos, la misma que estará integrada por 10 Enfermeras Especialistas en Cuidados Intensivos Neonatales, quienes harán uso del formato de validación (anexo 2) marcando la alternativa que se ajusta a su juicio en cada uno de los 10 ítems que contiene el formato de validación.
- Para determinar la confiabilidad del instrumento, se realizará una prueba piloto, solicitando a 5 Enfermeras del servicio de Neonatología, que apliquen la guía a 5 recién nacidos prematuros que nacen en el Hospital II Pasco.

Plan de Tabulación y Análisis

Los datos obtenidos serán codificados y procesados a través del programa estadístico EXCEL. Para la medición de la variable se tendrá en cuenta lo siguiente:

- En la validez de la guía de procedimiento se aplicará el coeficiente de AIKEN donde el Índice de acuerdo sea mayor a 0.8.
- En la confiabilidad de la guía de procedimiento los resultados obtenidos se evaluarán mediante la prueba estadística de alfa de Cronbach's, donde > 0.80 tiene una confiabilidad alta.

CAPITULO VI CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

Consideraciones Éticas:

El presente estudio incluye los 4 principios bioéticos:

No Maleficencia:

La participación en esta investigación no causará daño o riesgo al paciente, familia y personal de salud.

Beneficencia:

El personal de Enfermería que participe en el estudio, se beneficiará con la obtención de una herramienta útil que servirá para la mejora y calidad del trabajo profesional en el Servicio de Neonatología.

Así mismo con este principio se beneficiarán todos los recién nacidos prematuros puesto que con la validación de la guía de procedimientos de enfermería se tomarán medidas para prevenir y evitar posibles complicaciones antes, durante y después de su nacimiento.

Justicia:

Todos los participantes del estudio de investigación tendrán un trato justo, respetando su identidad, su condición social y económica. Así mismo la información que se obtenga del Juicio de expertos será de uso exclusivo para fines del estudio científico.

Autonomía:

El estudio de investigación se realizará con la participación voluntaria del Profesional de Enfermería, previa información del objetivo del estudio.

Cronograma de Gantt:

ACTIVIDADES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Reclutamiento y capacitación del personal de apoyo para la recolección de la información y aplicación del procedimiento.	X	X				
Recolección de datos. Procesamiento y análisis de datos			X	X		
Presentación de resultados y discusión					X	
Elaboración y presentación del informe final.						X

Presupuesto:

DESCRIPCION	CANT.	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Lic. Enfermería (Taller de Invest.)	02	1500	3000.00
Lic. Enfermería (Sustentación)	02	250	500
Actas	02	50	100
Asesor Estadístico	01	300	300
RECURSOS MATERIALES			
Papel Bond	05	1.00	5.00
Lapicero	10	1.00	10.00
Lápiz	05	1.00	5.00
Tajador	04	5.00	20.00
Folder Manila	10	1.50	15.00
USB	02	25.00	50.00
SERVICIOS			
Fotocopias	1000	0.10	100.00
Internet			100.00
Impresiones	500	0.10	50.00
Transporte			100.00
VIÁTICOS	02	250	200.00
COSTO TOTAL			4555.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Echeverry de Pimiento S. Enfermería Basada en la Evidencia (EBE). Ciencia Enfermera Vol 2 N°2 julio 1999.
2. Rivera VP. Importancia de enfermería en la UCIN (Práctica clínica). Rev Desarrollo Cient de Enfermería 2003; 11 (3): 85-86.
3. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. [Online].; 2017 [cited 2017 06 12. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf>.
4. Rellan S, Garcia C, Aragon P. El Recién Nacido Prematuro. [Online].; 2008 [cited 2018 09 01. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf.
5. Familiar ICdB. Profamilia. [Online].; 2005 [cited 2016 04 11. Available from: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm.
6. Sola A, Golombek S. In Cuidando al recién Nacido a la Manera del SIBEN. 1st ed. Santa Cruz de la Sierra: EDISIBEN; 2017.
7. Wyllie J et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2015 Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. Resuscitation 95 (2015) 249-263.
8. Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. [Online].; 2007 [cited 2017 12 28. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100003.
9. GSPS – Essalud: Gerencia central de Prestaciones de Salud: Guía de Enfermería para el cuidado del recién nacido prematuro en las IPRESS de Essalud. 2da Ed. Lima Perú. 2017.
10. Montalván T, Inga G, Velásquez J. (2017) Cuidado Enfermero en la Atención Inmediata del Recién Nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital De Apoyo Iquitos Cesar Garayar Garcia [Online].;2017 [cited 2019 01 18]. Available from:

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1107/Teresa_Trabajo_Investigaci%F3n_2018.pdf?sequence=5.

11. Castrodale et al: Rinehart S. The golden hour: improving the stabilization of the very low birthweight infant. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses*. 2014 Feb;14(1):9-14-16.
12. Diario Oficial de la Academia Americana de Pediatría. Bolsas de plástico para la prevención de la hipotermia en bebés prematuros y de bajo peso al nacer. [Online].; 2013 [cited 2017 05 20. Available from:
www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-2030 doi: 10.1542 / peds.2012-203
13. R. R. Manual de Neonatología. [Online].; 2011 [cited 2018 09 01. Available from:
<http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Manual-de-Neonatologia-Bonito-2da-Ed.pdf>.
14. SIBEN: Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. [Online].; 2010 [cited 2017 06 15. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf.
15. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud Para La Atención Integral de Salud Neonatal R.M N°828 – 2013/ MINSA. [en line] [acceso 18 de febrero de 2019]; Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/320993/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_la_atenci%C3%B3n_integral_de_salud_neonatal__NTS_N%C2%BA_106-MINSADGSP-V.01__R.M._N%C2%BA_828-2013MINSAA20190613-19707-1kqvpmc.pdf.
16. Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús. Cuidado de enfermería al neonato crítico. [Online].; 2005 [cited 2017 02 15. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.pdf>.
17. Barrera A, Viniegra A, Valenzuela AA, torres L, Davila J. Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(1):78-91
18. Sanchez R,Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud pública[online]2004[citado2019 05 30]: 6(3):302-18Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arptext&pid=s01240064200400300006&Ing=en.doi:10.1590/S0124-00642004000300006.

19. DIGEMID:Validacion de Procesos.[Online]; 2007 [cited 2019 02 12. Available from:http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/.../II_Validación_de_Procesos.pdf.
20. Hospital San Juan de Dios de La Serena. Guías de tratamiento Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [en line] [acceso 18 de julio de 2019]; Disponible en: <https://vdocuments.site/guias-de-tratamientos-oficialpdf.html>.
21. Instituto Mexicano del seguro social. Intervenciones de enfermería en el recién nacido prematuro [en line][acceso 03 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf>.
22. Montilla M. Características y diferencias entre recién nacidos intervenidos con la bolsa corporal de polietileno y el secado convencional durante la adaptación neonatal. Sede Materno Infantil del Hospital La Victoria y el Hospital Engativá, Bogotá [on line];2013 [citado 2018 09 09. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/47041/1/Trabajo%20final.pdf>.

ANEXOS

ANEXO N° 001

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA PREVENIR LA HIPOTERMIA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Buen día, somos alumnas de la Segunda Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, actualmente nos encontramos realizando un estudio de Investigación “Validación de una guía de procedimientos para prevenir la hipotermia del recién nacido prematuro, en el Hospital II Pasco ESSALUD, diciembre – febrero del 2021. Agradecemos su respuesta que será totalmente anónima y de uso exclusivo para la investigación.

Instrucciones:

A continuación, le presentamos la Guía de Intervención de Enfermería la cual debe marcar con un aspa (x) sobre los pasos a seguir durante el procedimiento:

SI APLICA () NO APLICA ().

I. Definición: Conjunto de acciones de Enfermería para brindar al prematuro las condiciones necesarias y óptimas para mantener su Termorregulación y evitar la hipotermia.

II. Propósito: Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de la alteración de la Termorregulación (hipotermia) en recién nacidos prematuros, antes y durante la atención inmediata.

III. Alcance: Departamento de Enfermería, Área de Neonatología para su cumplimiento.

IV. Marco legal: Ley No 27669 del Trabajo de Enfermera (o).

V. Recursos Humano:

- Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos Neonatales
- Enfermera Especialista en Neonatología
- Enfermera Capacitada y/o Entrenada

Tener Conocimiento de:

- ✓ Cuidados del prematuro.
- ✓ Termorregulación
- ✓ Hipotermia y sus complicaciones

VI. Materiales:

Equipo:

- Cuna Radiante
- Sensor de temperatura de piel
- Incubadora

Materiales:

- Campos de algodón
- Nido de tela de algodón
- Gorro
- Bolsa corporal de polietileno: Son de diferentes medidas que se ajustan a la corporalidad del recién nacido según peso. Presentará un cierre hermético en un

extremo y por el otro, una abertura que permitirá que la cabeza del recién nacido sobresalga de la misma, dejando el resto del cuerpo dentro de ella.

- ✓ Menores de 1Kg: 36 x 25 cm,
- ✓ Menores de 2Kg: 42 x 36 cm,



- Termómetro

VII. Infraestructura: describir el espacio físico donde se desarrollará el procedimiento asimismo el equipo a utilizar.

- Sala de Partos
- Sala de Operaciones
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

VIII. Tiempo de procedimiento: 2 horas

IX. Interpretación de los Grados de Evidencia y Recomendación:

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Cuadro II Escala utilizada para clasificar la evidencia y las recomendaciones de Shekelle

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de estudios descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, así como revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia del comité de expertos, reportes, o piniones o experiencia clínica de autoridades en la materia (o ambas)	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle *p et al.*⁵

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención^a

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.


Buena práctica clínica^{*}

√	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
---	--

^{*} En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

X. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA:

N° PASO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EVIDENCIA CIENTÍFICA
1	Antes del nacimiento, identificar factores de riesgo perinatal, obtener y registrar de la historia clínica materna, la edad gestacional fetal por fecha de última menstruación y/o por ecografía del primer trimestre.	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	La adecuada identificación de factores de riesgo previos al nacimiento permitirá que el equipo de salud se encuentre preparado para las contingencias que pudieran presentarse durante la atención del recién nacido. EVIDENCIA: 1+ / RECOMENDACIÓN: B
2	Coordinar anticipadamente el pase inmediato del prematuro y su recepción en cuidados intensivos neonatal.	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Establecer comunicación fluida entre el equipo tratante y el de traslado para la estabilización adecuada del prematuro. BUENA PRACTICA
3	Preparar el ambiente para la recepción del prematuro en sala de partos o sala de operaciones, teniendo en consideración una temperatura ambiental de 22°C a 26°C.	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Asegurar una temperatura ambiente adecuada que evite las pérdidas de calor en el prematuro. EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D
4	Lavar clínicamente las manos. Usar vestimenta estéril (mandilón, gorra y mascarilla) Calzar los guantes estériles	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Procedimiento que permite eliminar la flora microbiana y reducir la flora residente de las manos mediante el arrastre mecánico. Prevenir infecciones por manos portadoras. NIVEL DE EVIDENCIA III A / RECOMENDACIÓN: A BUENA PRACTICA
5	Preparar los recursos y equipos operativos para la recepción del prematuro. Disponer de la bolsa de polietileno en su dimensión según aproximación del peso ponderal del feto: ✓ Menores de 1Kg: 36 x 25 cm. ✓ Menores de 2 Kg: 42 x 36 cm	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	EVIDENCIA: 4 RECOMENDACIÓN: D El tamaño de la bolsa se elige de acuerdo al peso corporal y el perímetro cefálico del prematuro. Así mismo la bolsa permite que sobresalga la cabeza, dejando el resto del cuerpo dentro de ellas. EVIDENCIA:4/ RECOMENDACIÓN: D
NACIMIENTO EN SALA DE PARTOS:			
6	- Realizar la valoración de la condición del recién nacido prematuro, inmediatamente a su nacimiento. (APGAR).	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Valorar frecuencia cardiaca, respiración, reflejo, color y tono del niño.

			<p>Son medidores objetivos del proceso de adaptación neonatal y los datos que indican la necesidad de iniciar maniobras de reanimación.</p> <p>EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar al prematuro con un campo precalentado sobre el vientre materno e Inmediatamente después sin secar el cuerpo del recién nacido colocar la bolsa de polietileno procurando cubrir todo el cuerpo. - Luego secar la cabeza, y cubrirla con una gorra de algodón. - Dejarlo sobre el vientre materno (favorecer el contacto Piel a piel). 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>El uso de barreras plásticas disminuye en un 50% la pérdida de calor por convección y evaporación. Favorece un microambiente ideal para un RN que requiere de calor y humedad. El polietileno permite el paso del calor por radiación y reduce las pérdidas por evaporación. Así mismo permite identificar signos de alarma precozmente, así como el abordaje del RN, iniciando procedimientos como RCP básico o RCP avanzado sin mayores complicaciones</p> <p>EVIDENCIA: 1+ / RECOMENDACIÓN: A</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: C</p> <p>EVIDENCIA: 1 + / RECOMENDACIÓN: B</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la secuencia de pasos de acuerdo a la posición del recién nacido es como sigue: <p>En Posición Prona En Posición ventral</p> 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>La colocación de la bolsa de polietileno se realizará inmediatamente nace el recién nacido en la sala de atención inmediata y/o sala de operaciones.</p> <p>Universalizar los comportamientos y acciones termo-protectores del personal que atiende a los recién nacidos</p> <p>A través de la colocación de la bolsa de polietileno, se crea un microambiente propicio, que le permite el recién nacido mantener su T° corporal y humedad necesaria para evitar las pérdidas de calor por evaporación.</p> <p>EVIDENCIA: 1+ / RECOMENDACIÓN: A</p>

10	<ul style="list-style-type: none"> - Completar con los procesos de: Profilaxis Umbilical: Clampaje umbilical y asepsia. Profilaxis Ocular con aplicación de Gentamicina oftálmica Aplicación de Vitamina K 0.1 ml IM > 2,500 grs 0.05 ml IM < 2500 grs 	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Previene la infección umbilical en el recién nacido EVIDENCIA: ALTA Previene la infección ocular bacteriana en el recién nacido. EVIDENCIA:1+ / RECOMENDACIÓN: A Previene la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K. EVIDENCIA: 2+ /RECOMENDACIÓN: C
11	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la Antropometría - Examen Físico - Identificación del recién nacido. - Vestir al recién nacido y dejar en alojamiento conjunto con su madre. 	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	A través de la antropometría determinamos la evaluación nutricia del recién nacido. EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D El examen físico nos permite identificar alteraciones evidentes en el recién nacido. EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D ✓ EVIDENCIA ✓ RECOMENDACIÓN
12	<p style="text-align: center;"><u>Si las condiciones del Prematuro No son óptimas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasladar al prematuro con la bolsa de polietileno a la servo cuna radiante. - Asistir al Recién Nacido, según las necesidades y/o problemas que presente (necesidad de RCP BÁSICO y/o AVANZADO). 	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Asegurar la estabilidad del recién nacido antes. Durante y después de ser trasladado a la UCI Neonatal. EVIDENCIA: 4 La necesidad de cuidados especiales distingue a los RNPT de los a término. EVIDENCIA: 4/ RECOMENDACIÓN: D

13	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la antropometría, una vez estabilizado al recién nacido prematuro. - Trasladar inmediatamente al recién nacido prematuro a la Unidad de Cuidados Intensivos y colocarlo en una incubadora cerrada con una temperatura según peso establecido por la OMS. 	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	<p>A través de la antropometría determinamos la evaluación nutricional del recién nacido. EVIDENCIA:2+/ RECOMENDACIÓN: D</p> <p>Fuente de calor y humedad que proporciona un ambiente de termo neutralidad al recién nacido. EVIDENCIA: 4/ RECOMENDACIÓN: D</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar el sensor de temperatura de piel a nivel de la línea media entre la apófisis xifoidea y el ombligo. - Registrar la Temperatura de piel. - Continuar con los procesos: Profilaxis umbilical: Clampaje umbilical y asepsia. Profilaxis ocular Administración de la vitamina K Examen físico Antropometría 	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	<p>Los sensores de piel, ubicados sobre superficies lisas no óseas nos proporcionaran de manera inmediata la T° del recién nacido, sin necesidad de exponerlo al ambiente frio al abrir las compuertas de la incubadora. EVIDENCIA: 3/ RECOMENDACIÓN: D</p> <p>Previene la infección umbilical en el recién nacido. EVIDENCIA: ALTA</p> <p>Previene la infección ocular bacteriana en el recién nacido. EVIDENCIA:1+/ RECOMENDACIÓN: A</p> <p>Previene la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K. EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: C</p> <p>El examen físico nos permite identificar alteraciones evidentes en el recién nacido. EVIDENCIA: 2+/ RECOMENDACIÓN: D</p> <p>A través de la antropometría determinamos la evaluación nutricional del recién nacido. EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D</p>

15	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar y registrar la temperatura del prematuro cada 15 minutos hasta que logre una temperatura normal entre 36.5°C a 37°C. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>Monitorización continua de la temperatura permite valorar la termorregulación del recién nacido. EVIDENCIA: 3/ RECOMENDACIÓN: D</p>
<i>NACIMIENTO EN SALA DE OPERACIONES</i>			
16	<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar al recién nacido prematuro con un campo precalentado y colocarlo sobre la servocuna radiante a una Temperatura de 34°C a 36°C, inmediatamente después sin secar el cuerpo del prematuro, colocarlo en la bolsa de polietileno. - Secar la cabeza y colocar la gorra de algodón. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>El recién nacido debe ser colocado en la bolsa de polietileno sin secar para garantizar la utilización de la humedad de la piel al nacer, como un sistema de aislamiento (microambiente).</p> <p>Se recomienda cubrir la cabeza con un gorro, recuerde que la cabeza es la cuarta parte de la superficie corporal. EVIDENCIA: 4/ RECOMENDACIÓN: D</p>
17	<p><u>Si las condiciones son óptimas del Prematuro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sellar la bolsa herméticamente. - Colocar al recién nacido en una Incubadora Cerrada de transporte. - Trasladar al recién nacido prematuro a la unidad de neonatología. - Colocar en la servocuna radiante. <p>Continuar con el proceso de Atención Inmediata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis Ocular. - Profilaxis umbilical: Clampaje umbilical y asepsia. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata.</p>	<p>EVIDENCIA: 1++ / RECOMENDACIÓN: A</p> <p>EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>RECOMENDACIÓN B</p> <p>Previene la infección ocular bacteriana en el recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA:1+ / RECOMENDACIÓN: A</p> <p>Previene la infección umbilical en el recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA: ALTA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la vitamina K - Antropometría - Examen Físico. - Identificación del recién nacido 		<p>Previene la enfermedad hemorrágica del recién nacido por déficit de vitamina K.</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: C</p> <p>A través de la antropometría determinamos la evaluación nutricional del recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>El examen físico nos permite identificar alteraciones evidentes en el recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>✓ EVIDENCIA ✓ RECOMENDACIÓN</p>
18	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener al recién nacido prematuro en la incubadora cerrada para su observación y monitoreo durante el periodo de adaptación. - Colocar el sensor de temperatura de piel a nivel de la línea media abdominal entre la apófisis xifoidea y el ombligo. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>Los sensores de piel, ubicados sobre superficies lisas no óseas nos proporcionaran de manera inmediata la T° del recién nacido, sin necesidad de exponerlo al ambiente frío al abrir las compuertas de la incubadora.</p> <p>EVIDENCIA: 3 / RECOMENDACIÓN: D</p>
19	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar y registrar cada 15 minutos la Temperatura, hasta que logre una temperatura normal de entre 36.5 °C y 37°C. - Retirar la bolsa de polietileno cuando el recién nacido prematuro haya logrado mantener una temperatura normal. - Vestir finalmente al recién nacido y dejar en una cuna en observación mientras espera la llegada de su madre. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>Monitorización continua de la temperatura permite valorar la termorregulación del recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA: 3 / RECOMENDACIÓN: D</p>

20	<p><u>Si las condiciones del Prematuro No son óptimas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistir al Recién Nacido, según las necesidades y/o problemas que se presenten. (RCP BÁSICO Y/O AVANZADO). - Colocar, una vez estabilizado al recién nacido prematuro, en una incubadora cerrada de transporte. - Trasladar a la Unidad de Cuidados Intensivos. - Realizar el control de peso 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>La necesidad de cuidados especiales distingue a los prematuros de los de término.</p> <p>Asegurar la estabilidad del recién nacido antes. Durante y después de ser trasladado a la UCI Neonatal.</p> <p>EVIDENCIA: 4</p> <p>EVIDENCIA 4 / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D</p>
21	<ul style="list-style-type: none"> - Inmediatamente después colocar al prematuro en una incubadora cerrada, con una temperatura según peso establecido por la OMS. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>Fuente de calor y humedad que proporciona un ambiente de termo neutralidad al recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA: 4 / RECOMENDACIÓN: D</p>
22	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar el sensor de temperatura de piel a nivel de la línea media entre la apófisis xifoidea y el ombligo. - Registrar la Temperatura de piel. 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>Los sensores de piel, ubicados sobre superficies lisas no óseas nos proporcionarán de manera inmediata la T° del recién nacido, sin necesidad de exponerlo al ambiente frío al abrir las compuertas de la incubadora.</p> <p>EVIDENCIA: 3 / RECOMENDACIÓN: D</p>
23	<p>Continuar con los procesos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antropometría. - Profilaxis umbilical: Clampaje de cordón umbilical y asepsia. - Profilaxis ocular - Administración de la vitamina K 	<p>Enfermera Responsable de la Atención Inmediata</p>	<p>A través de la antropometría determinamos la evaluación nutricional del recién nacido.</p> <p>EVIDENCIA:2+ / RECOMENDACIÓN: D</p> <p>Previene la infección umbilical en el recién nacido</p> <p>EVIDENCIA: ALTA</p> <p>Previene la infección ocular bacteriana en el recién nacido</p> <p>EVIDENCIA:1+ / RECOMENDACIÓN: A</p> <p>La vitamina K evita el riesgo de sangrado.</p> <p>EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: C</p>

	- Examen físico		El examen físico nos permite identificar alteraciones evidentes en el recién nacido. EVIDENCIA: 2+ / RECOMENDACIÓN: D
24	- Valorar y registrar la temperatura del prematuro cada 15 minutos hasta que logre una temperatura normal entre 36.5°C a 37°C.	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	Monitorización continua de la temperatura permite valorar la termorregulación del recién nacido EVIDENCIA: 3/ RECOMENDACIÓN: D
25	- Registrar en la Historia Clínica.	Enfermera Responsable de la Atención Inmediata	✓ EVIDENCIA ✓ RECOMENDACIÓN
Legenda: Niveles de evidencia y grados de recomendación SING, shekelle modificado,			

ANEXO N° 002

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Buen día, somos alumnas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que actualmente nos encontramos realizando un estudio de Investigación denominado “Validación de una guía de procedimientos para prevenir la hipotermia en el recién nacido prematuro, en el Hospital II Pasco, el cual le presentamos a Ud. para su valoración y agradecemos anticipadamente su respuesta que será totalmente anónima y de uso exclusivo para la investigación.

N°	CRITERIOS	JUEZ		
		SI	NO	OBSERVACIÓN. Y/O SUGERENCIAS
1	<u>Identificación de riesgos al nacimiento.</u> La guía le permite corroborar los datos e identificar el riesgo del prematuro.			
2	<u>Preparación del Personal, Equipos y Materiales</u> Le permite realizar la preparación previa del ambiente, equipos y materiales que intervendrán en la atención inmediata del prematuro.			
3	<u>Medidas de Bioseguridad</u> La guía le señala las medidas de bioseguridad a emplear.			
4	<u>Actividades de Enfermería</u> La guía especifica las funciones de enfermería durante la atención inmediata			
5	<u>Uso de la Bolsa de Polietileno</u> La guía lo ilustra de cómo hacer uso de la bolsa de polietileno durante la atención inmediata del prematuro.			
6	<u>Contacto Precoz</u> La guía indica la secuencia de actividades a realizar para favorecer al APEGO			
7	<u>Tiempo de Uso de la Bolsa de Polietileno</u> La guía indica el tiempo de permanencia de la bolsa de polietileno o cuando esta, debe ser retirada.			
8	<u>Valoración del Prematuro</u> La guía detalla la asistencia permanente y continua valoración del prematuro.			
9	<u>Traslado del Paciente</u> La guía detalla la intervención de enfermería en el traslado del paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo.			
10	<u>Reanimación Neonatal y Procedimientos</u> La guía detalla las acciones y/o procedimientos que pueda requerir el prematuro, sin necesidad de retirar la bolsa de polietileno.			

ANEXO N° 004

ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE INTERVENCIONES – ESSALUD

Según la normativa para la elaboración de guías de intervenciones –ESSALUD se basa en los siguientes:

- I. Finalidad: Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.
- II. Objetivo: Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de guías de práctica clínica.
- III. Base legal: Directiva N°007-MINSA Directiva para la formulación de documentos técnicos y normativos de gestión Institucional, Directiva N°9-GG-ESALUD- 2014” Lineamientos de para la gestión por procesos de seguro social-ESSALUD.
- IV. Ámbito de Aplicación: Servicios, departamentos u oficinas.
- V. Contenido:
 - Nombre del procedimiento
 - Definición: Describir el concepto del procedimiento basado en su principal aplicación.
 - Propósito
 - Alcance
 - Marco legal: se deberá colocar la norma que sustenta el procedimiento.
 - Recurso Humano: describir al tipo de profesional que realizar el procedimiento.
 - Materiales: describir y cuantificar el número de materiales que se utilizar en el procedimiento.
 - Infraestructura: describir el espacio físico donde se desarrollará el procedimiento asimismo el equipo a utilizar.
 - Tiempo de procedimiento: indicar el tiempo requerido para cada procedimiento.
 - N° de paso: colocar número correlativo
 - Descripción de las acciones de procedimiento: se describirá desde el inicio del procedimiento marcando la acción a utilizar y el material asimismo contrastando la evidencia científica.
 - Responsable: colocar el nombre del responsable de la actividad
 - Observaciones: cuando dentro de la descripción se quiere hacer una aclaración. Referencias bibliográficas: toda guía debe ser respaldada por dos referencias bibliográficas.
 - Aprobación del procedimiento: los procedimientos deberán ser aprobados por los servicios u oficinas responsables.