



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN
DE CALOSTRO EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS EN
EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE UN
HOSPITAL NACIONAL, LIMA 2024

VALIDATION OF A PROCEDURE GUIDE FOR COLOSTRUM
ADMINISTRATION IN NEWBORNS WEIGHING UNDER 1500 GRAMS IN
THE NEONATAL INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF A NATIONAL
HOSPITAL, LIMA 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AUTOR

NILA ESCUDERO SALAS

ASESOR

IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

DRA. IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ORCID: 0000-0003-3555-3097

Fecha de Aprobación: 09 de Setiembre del 2024

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Este proyecto se la dedico a Dios, por haberme otorgado una segunda oportunidad de conseguir este logro, por darme las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los percances e inconvenientes que se me presentaron; enseñándome a afrontar las adversidades y conseguir este logro trasado.

A mi esposo, mis hijas y mi niño en camino; por entender mis tiempos de dedicación que ameritaba mi proyecto, por confiar en mí, por brindarme fuerzas y motivación para concluir con mi proyecto.

A mis compañeras de grupo que de una y otra manera aportaron y facilitaron el desarrollo y conclusión de mi trabajo en investigación.

AGRADECIMIENTO

Con profundo agradecimiento a mi asesora Dra. Ivonne Elizabeth Jara Romero, por su dedicación docente y su inestimable guía han sido pilares fundamentales en la dirección y enriquecimiento de este estudio de investigación.

Mi gratitud se extiende a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, bastión de excelencia académica que ha fomentado el desarrollo de espíritu crítico esencial para la elaboración y aprobación del proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El trabajo de investigación será autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN
DE CALOSTRO EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS EN
EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE UN
HOSPITAL NACIONAL, LIMA 2024

VALIDATION OF A PROCEDURE GUIDE FOR COLOSTRUM
ADMINISTRATION IN NEWBORNS WEIGHING UNDER 1500 GRAMS IN
THE NEONATAL INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF A NATIONAL
HOSPITAL, LIMA 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

AUTOR
NILA ESCUDERO SALAS

ASESOR
IVONNE ELIZABETH JARA ROMERO

LIMA - PERÚ
2024

Informe en inglés no disponible [Ver el informe en inglés](#)

16% Similitud estándar

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet
repositorio.upch.edu.pe
25 bloques de texto 293 palabras que coinciden
- 2 Internet
pesquisa.bvsalud.org
9 bloques de texto 95 palabras que coinciden
- 3 Internet
hdl.handle.net
6 bloques de texto 63 palabras que coinciden
- 4 Internet
repositorio.uai.edu.ar
4 bloques de texto 63 palabras que coinciden
- 5 Internet

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	17
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	

RESUMEN

Todo recién nacido debe recibir calostro directamente de su madre, sobre todo los prematuros menores de 1500 g, a través de la administración orofaríngea dentro de las primeras horas de vida, siendo un complemento y no un sustituto de nutrición enteral trófica. **El objetivo** de la presente investigación es validar la guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g en el servicio de cuidados intensivos neonatales en un hospital nacional de Lima. **Metodología:** El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estará comprendida por 30 licenciadas de Enfermería especialistas en cuidados intensivos neonatales. La guía fue elaborada según recomendaciones del ministerio de salud y está dividida en seis fases que se describe de manera detallada cada procedimiento. **Plan de Análisis:** después de la evaluación que emitirán los jueces de expertos, se realizará el procesamiento y reajuste de la información obtenida usando programa de SPSS 22 y para la medición de la confiabilidad se utilizará la prueba estadística de alfa de Cronbach.

Palabras clave: guía de validación, calostro, recién nacido prematuro.

ABSTRACT

Every newborn should receive colostrum directly from its mother, especially premature infants under 1500 g, through oropharyngeal administration within the first hours of life, as a complement and not a substitute for trophic enteral nutrition.

The objective of this research is to validate the procedure guide for administering colostrum in premature newborns under 1500 g in the neonatal intensive care service at a national hospital in Lima. **Methodology:** The study is quantitative, descriptive, cross-sectional. The population will be comprised of 30 licensed nurses specializing in neonatal intensive care. The guide was developed according to recommendations from the Ministry of Health and is divided into six phases, each procedure being described in detail. **Analysis Plan:** After the evaluation by expert judges, the information obtained will be processed and readjusted using the SPSS 22 program and the Cronbach's alpha statistical test will be used to measure reliability.

Keywords: validation guide, colostrum, premature newborns

I. INTRODUCCIÓN

En el periodo de lactancia, la madre provee nutrientes, inmunidad y componentes reguladores del crecimiento al recién nacido a través de la leche materna (1). En los primeros seis meses de vida la leche materna es el alimento fundamental y debe mantenerse de manera complementaria hasta los 2 años de edad; según recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2). Uno de los mecanismos importantes de la leche materna son sus propiedades inmunes, y el calostro tiene la mayor concentración de estos factores (3), crea inmunoestimulación de la mucosa oral y la coloniza con la flora bacteriana de la madre; adquiriendo gran relevancia para atenuar la distorsión en la adquisición de la propia flora intestinal que le predispone en el parto por cesárea y la hospitalización (4).

Por lo tanto, se debe lograr que el prematuro reciba una alimentación eficaz con calostro, más aún si su alimentación inicial no fue por vía enteral (5); es por ello que, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cita que; la administración de calostro tempranamente es un pilar elemental para prevenir la morbilidad neonatal puesto que las horas y días posteriores al nacimiento son de más alta vulnerabilidad para los recién nacidos (6). Rememorando la historia de 1947, después de la segunda guerra mundial, la lactancia fue reduciendo en gran medida debido al impacto de la tecnología, creándose en la población a nivel mundial la falsa idea que las fórmulas podían sustituir a la leche materna. Esto causó una gran preocupación en especial a la Sociedad Internacional de Pediatría, que con múltiples estrategias de trabajo se fue recuperando progresivamente (7).

Como resultado, han surgido nuevas investigaciones sobre las propiedades de los componentes del calostro y su posible uso clínico para reducir las infecciones (8). Los beneficios potenciales del calostro para los recién nacidos menores de 1500 g se evaluaron por primera vez a principios de la década de 1970 en el hospital de maternidad de Sardá en Buenos Aires. A través de un proyecto denominado “Plan Calostro”, cuyo objetivo era disminuir infecciones por E. Coli que fue de alta incidencia en los primeros días de vida (7). Pero el pionero y promotor de la lactancia materna fue Brasil; quién fundó el primer banco de leche materna en 1943 cuyo objetivo fue recolectar y distribuir a recién nacidos en situaciones consideradas especiales, como prematuros, recién nacidos con problemas nutricionales o con algunas condiciones especiales (9).

Años más tarde, en el 2019, el programa se transformó en un proyecto adscrito, que para el 2021 eran 22 países participando. En el 2010; Perú, como parte de este programa crea su primer banco de leche materna implementado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) (10), y para el 2017 implementa la “calostroterapia”, como un tratamiento dirigido a prematuros hospitalizados en neonatología. En el 2022, se implementa la guía de procedimiento para la realización de calostroterapia en recién nacidos hospitalizados (11). En ese mismo contexto; aunados a este compromiso, es que en el 2021 a través de los datos del Certificado de Nacido Vivo reportan que, un total de 20,636 recién nacidos prematuros recibieron calostro en la primera hora de vida en la UCIN, donde se encuentran hospitalizados (12).

Según mi experiencia profesional, en el servicio de neonatología de un hospital nacional de EsSalud en Lima, se registran ingresos por semana a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de al menos 5 bebés prematuros de 32 semanas de edad y con peso menor a 1500 g. Este grupo de recién nacidos reciben calostro extraído de su propia madre por la enfermera especialista en el área. Indistintamente de la extracción, almacenamiento, conservación y distribución; la administración del calostro es realizada por la enfermera especialista en cuidados neonatales, en base a su valoración y experticia profesional siendo necesario tener una guía de procedimiento para sistematizar, homogenizar y estandarizar los procedimientos de la enfermera especialista en cuidados intensivos neonatales, de acuerdo a los parámetros de la normativa del ministerio de salud.

Por lo tanto, se crea la oportunidad de instaurar una guía de enfermería, planteándome el siguiente problema a investigar:

¿Cuál es la validez de la guía de procedimiento en administración de calostro en recién nacidos < 1500 g en el servicio de cuidados intensivos neonatales de un hospital nacional de lima durante el año 2024?

El estudio se justifica desde cuatro dimensiones; en su justificación teórica de la investigación se centra en la información que resulta de la revisión bibliográfica acerca de la importancia y relevancia de la administración temprana de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g, en la unidad de cuidados intensivos neonatales; la misma que será estructurada en una guía sistematizada y organizada con fundamento científico y práctico en base a estándares del ministerio de salud. En su justificación práctica, el producto del estudio será una guía que servirá de

consenso para unificar criterios de administración de calostro que realiza el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos en prematuros de muy bajo al nacer. Al mismo tiempo, en su justificación social, el resultado de la construcción y validez de la guía beneficiará a los prematuros menores de 1500 g que reciban calostro antes de las 48 hrs de nacidos extraídos directamente de su madre, logrando disminuir complicaciones mayores que presenta todo recién nacido de bajo peso al nacer, lograr disminuir la estancia hospitalaria y los costos hospitalarios; beneficiando así a la institución.

Finalmente; en su justificación metodológica, la guía que se validará como resultado de la investigación, pretende servir de referente para otras instituciones o servicios que requieran y promuevan el diseño de una guía que unifique funciones que desempeñen los profesionales de enfermería.

Entre los antecedentes internacionales de la investigación consideramos a R. Castillo et al (13), basado en la teoría de Orem, sobre la validación de una guía de autoevaluación de cuidados para pacientes con SIDA, desarrollada en cuatro etapas. La primera, elaboración del manual, la segunda y tercera etapa fue la validación de contenido mediante evaluación de expertos y la cuarta etapa fue un análisis de confiabilidad mediante un estudio piloto con 12 enfermeros. Para evaluar el grado de acuerdo entre expertos, se utilizó el coeficiente de V de Aiken. Calcularon coeficientes de correlación alfa de Cronbach y rho de Spearman para determinar la confiabilidad test-retest. Como resultado, los valores de validez de contenido y V de Aiken para todas las categorías fueron superiores a 0,90. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,54.

Asimismo, Lopes-Cottel et al.(14), describieron su estudio sobre la validación de un instrumento para evaluar la calidad de las anotaciones de enfermería, el cual constó de cuatro fases (diseño, validación de expertos, piloto pruebas y confiabilidad) composición, y finalmente se creó la cedula de Evaluación de la Historia Clínica de Enfermería (CERCE) que consta de las siguientes partes: 48 elementos dicotómicos dividido en 6 indicadores: evaluación, identificación, diagnóstico, funcionamiento y desarrollo. Coeficiente de confiabilidad global de Kuder-Richardson (KR-20) de 0,917 y sus valores métricos oscilan entre 0,77 y 0,93.

En la misma línea, Lemos Querido D et al (15), en su estudio para establecer y validar los diagnósticos de enfermería basados en la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (CIPE) para prematuros en las unidades de cuidados intensivos neonatales utilizó un enfoque brasileño para crear un subgrupo: utilizando términos del lenguaje profesional de enfermería, creando diagnósticos y validando el contenido de los enunciados de 40 enfermeros especialistas. Se consideran válidos los contenidos con un índice de validez de contenido \geq IVC, organizados según la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda Horta.

De manera similar, A. Polidoro Dini (16), ha publicado un estudio a través de la Revista Brasileña de Enfermería, que tiene como objetivo elaborar y validar una herramienta para la clasificación binomios puerperio neonatal en las unidades de alojamiento conjunto. La investigación es metodológica, donde su estructura se basa en referentes teóricos y jurídicos. La validez de contenido fue realizada por jueces expertos, luego el instrumento se aplicó a 122 muestras binomiales y se realizó un análisis factorial exploratorio mediante análisis de componentes principales. La herramienta consta de siete indicadores de atención. Todos los índices de validez de contenido son 1. Este constructo consta de 3 dominios con valores alfa de Cronbach de 0,62, 0,85 y 0,89 respectivamente.

Finalmente, Cruz Martins C, Xavier M, Cardoso M, et al (17), realiza un estudio sobre inmunoterapia orofaríngeo con calostro en prematuros de muy bajo peso al nacer, cuyo objetivo es describir la implementación de la calostroterapia y probar un algoritmo de atención hospitalaria, que representa el proceso de sistematización del protocolo. Se trata de un ensayo clínico de superioridad no aleatorizado con un grupo de intervención con uso de calostro orofaríngeo y otro grupo control histórico sin la administración de calostro orofaríngeo. Para la muestra se consideró 152 participantes para cada grupo pero se adicionó un 15% en caso ocurra perdidas siendo un total de 350 participantes. La implementación del protocolo es una innovación para la atención directa al recién nacido de bajo y extremo bajo peso al nacer; esto dio como resultado de la propuesta y mejora de la inmunoterapia con calostro orofaríngeo, así como de la vigilancia y seguimiento del proceso de trabajo.

Por otro lado, en el contexto nacional consideramos a More, Z. (18) en su estudio en pacientes con catéter venoso central en la unidad de cuidados intensivos, determinaron la validez de la guía de atención; por su periodo y secuencia es de corte transversal, cuasiexperimental que evalúa la efectividad de las guías por ser grupos de profesionales que están en contacto con la variable de estudio (personas con catéteres venosos centrales). Su población estuvo conformada por 30 enfermeras, primero se proporcionó una guía de enfermería que describe el proceso de enfermería. Los resultados mostraron que Enfermería tuvo una tasa de validación del 100% de las directrices en las dimensiones de; evaluación, planificación y ejecución. En cuanto al diagnóstico, el 93,3% aprobó la guía y el 6,6% no la aprobó porque consideró modificaciones a la guía para el potencial diagnóstico.

Del mismo modo, en su estudio Alejos ML (19), investigaron la creación y validación de registros de vigilancia de pacientes pediátricos quemados. Es un estudio de tipo descriptivo. El estudio en su primera fase, partió de la revisión de la literatura publicada en sus últimos 5 años, con este sustento se creó un instrumento compuesto por 14 módulos, que luego fueron estandarizados y administrados por 3 enfermeras especialistas y luego por 8 jueces expertos que verificaron la claridad y coherencia del instrumento. El análisis de validez de contenido (claridad y coherencia) se realizó mediante el método Aiken V, y los resultados oscilaron entre 0,81 y 10, lo que se consideró aceptable y con validez fuerte.

También, Fimbres-Salazar K. (20), publicó un estudio sobre la validación del uso de formatos del proceso de enfermería en los servicios de un hospital de Huancavelica en base a la taxonomía NANDA – NIC NOC. El diseño es descriptivo y explicativo. La muestra fue de 11 enfermeras como grupo experimental del servicio de urgencias pediátricas y de 10 enfermeras como grupo control del servicio de pediatría. Los resultados arrojados fue que, el 100% de los enfermeros del grupo experimental utilizaron el modelo estandarizado de la clasificación NANDA y NOC NIC. En el grupo de control, el 80% no utilizó el modelo de clasificación estandarizado. La conclusión del estudio es que sólo el 27,3% del 100% de enfermeras del grupo experimental sabía utilizar la clasificación NANDA y el formato de grabación NIC NOC, mientras que sólo el 20% del 100% de enfermeras del grupo control sabía utilizar la grabación. formato de la Taxonomía NANDA NIC NOC administrado para el registro del proceso de atención.

Al respecto, Munsayon Oblitas, F. et al. (21), realizó un estudio observacional sobre la validación de guías de adherencia a la terapia antirretroviral. La primera fase del estudio se basó en determinar el contenido, el enfoque y la estructura de la consejería. La validación incluyó pruebas piloto y con jueces expertos en grupos focales con enfermeras y pacientes. La validez de contenido incluyó a 11 expertos y para grupo focal se consideró 7 enfermeras y 30 pacientes que recibían tratamiento TAR del MINSA. La evidencia de la consulta fue un AII de alto nivel de sostenibilidad, aceptabilidad, utilidad, practicidad y eficacia. Ocho de once expertos consideraron que las instrucciones eran claras y coherente. La consulta duró aprox. 24 minutos, y una consulta de seguimiento 21. Las herramientas

incluidas en las guías mostraron un nivel de confiabilidad entre bueno y alto ($0,65 \leq \alpha \leq 0,92$).

Finalmente, Ruiz V. (22), en su estudio buscó establecer el efecto de la calostroterapia en prematuros menor igual a 1500 g y con edad gestacional menor igual a 32 semanas, sobre la reducción del tiempo de estancia hospitalaria y el tiempo en completar una alimentación enteral. Es un estudio de tipo ensayo clínico controlado aleatorizado, tuvo 2 grupos controles; un grupo de 355 que recibió calostro y otro grupo de 353 que no recibió calostroterapia. Dando como resultado que, la calostroterapia no demostró diferencias significativas sobre la reducción del tiempo de estancia hospitalaria y el tiempo en completar una alimentación enteral.

Por otra parte, para el sustento de los hallazgos de la investigación iniciaremos por conceptualizar al recién nacido (RN), cuando hablamos de un RN nos referimos a los primeros 28 días de vida después del nacimiento. Según la OMS un recién nacido se clasifica en: Según la edad gestacional (EG) en RN a término (RNT) va de 38 a 41 semanas; luego los recién nacido pretérmino (RNP) o prematuros, son los menores de 37 ss. y el post término (RNPT), son todos aquellos con 42 a más semanas de gestación. Además, en la clasificación de acuerdo a su edad gestacional (AEG), es cuando el peso al nacer se encuentra entre los percentiles p10 y p90 en relación a las curvas de crecimiento intrauterino (CIU); por tanto, el RN será pequeño para edad gestacional (PEG) menor del p10 del CIU, un p90 mayor del CIU será considerado Grande para la edad gestacional (GEG). La clasificación según masa se considera a un recién nacido de muy bajo peso al nacer (MBPN)

cuando el peso es <1500 g; un recién nacido en extremo bajo peso al nacer (EMBPN) cuando su peso será < 1000gr. (23)

En ese mismo contexto; la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN, es un área altamente especializada en el cuidado del recién nacido de BPN o de MBPN o que se encuentre en alguna condición de salud.(24) El grupo de 1000g a < 1500 gr y los de edad gestacional de 28 a 33 semanas son consideradores como factores de riesgo principal de ingreso a la UCIN. Los RRMBPN tienen mayor o menor probabilidad de desarrollar complicaciones tales como las de tipo respiratorias, cardiovasculares, hemorrágicas, sépticas, metabólicas y cualquier otro tipo de trastornos durante la hospitalización debido a su inmadurez, múltiples necesidades de cuidados y retrasos por sus consecuencias o altos riesgos. (25) La enfermedad y la hospitalización son acontecimientos de carácter crítico que enfrenta un recién nacido, teniendo un gran impacto psicológico en toda la familia, reflejándose como estrés durante toda la estancia hospitalaria. (26)

Así mismo, las principales causas de ingreso neonatal son las de tipo respiratorio que por su inmadurez pulmonar presentan complicaciones como síndrome de distrés respiratorio, taquipnea transitoria del recién nacido y también las de tipo metabólico con la hiperbilirrubinemia, hipoglicemias, etc. Los factores maternos como el sobrepeso/obesidad y la edad materna, hipertensión arterial y la diabetes gestacional. El predominio de los nacimientos por cesárea, hizo que disminuya el número de casos por asfixia perinatal, traumatismos obstétricos, y el síndrome de aspiración meconial. (27) De hecho, la unidad de cuidados intensivos compagina la tecnología avanzada con profesionales de salud competentes para brindar un

cuidado especializado. El perfil y las competencias de la Enfermera especialista en cuidados intensivos neonatales son de máxima importancia para asegurar la atención individualizada, especializada y de calidad que necesita todo recién nacido en situación crítica. (28)

Estas habilidades y conocimientos específicos permiten que la enfermera especializada tenga un papel esencial en la atención integral del neonato crítico. Se requiere una sólida base científica para comprender la fisiología neonatal y fisiopatología de las patologías comunes en este grupo poblacional. Agregado a esto, adquirir el manejo distintivo de las técnicas y procedimientos específicos requeridos en la UCIN. Adicionalmente, la enfermera(o) tiene el compromiso con los padres de la educación continua del cuidado del neonato y sus necesidades para garantizar la regularidad de los cuidados durante los primeros 28 días de vida. Las competencias en práctica del profesional son la comunicación y la gestión de cuidado. Las proporciones, respecto a la relación enfermera-paciente, en su mayoría va de 1:2 a 1:6; sus jornadas de trabajo son en turnos rotativos y a menor igual de 48 horas semanales. (29)

Ahora bien; veremos que, durante el último de gestación los esteroides sexuales de la madre como el estradiol y la progesterona suprimen la secreción láctea porque antagonizan la acción estimuladora de la prolactina teniendo actividad secretora de calostro después del parto. La lactogénesis, que se produce en el postparto inmediato, se produce cuando se reducen los esteroides circulantes y se suprime su repercusión inhibitoria sobre la prolactina (PRL); los niveles de prolactina son muy altos por tanto los niveles de calostro aumenta rápidamente; cuando se da el inicio

de la secreción láctea el volumen, peso y vascularización (500-700 ml/min) de las mamas aumenta por la hiperplasia de los lóbulos y lobulillos. Al respecto, el precalostro, que es un tipo de leche que se produce a partir del último trimestre del embarazo; sus componentes principales son el exudado plasmático, lactoferrina, lactosa, inmunoglobulinas, albumina sérica, sodio y cloro. (30)

Posterior a los siguientes 4 a 5 días al parto es el calostro, de poco volumen pero de alta densidad. De los 4 a 15 días después del parto es la leche de transición donde el aumento de volumen puede llegar a 700 ml/día y como último tipo de leche es la leche madura donde el volumen aproximado es de 700 a 900 ml/día. (31) Agregando a lo anterior, es pues, el calostro el primer fluido biológico de color amarillento producido por la glándula mamaria después del parto, cuya acción principal es el desarrollo del sistema inmunitario, neutraliza la flora intestinal y asegura el aumento, maduración y reparación de los tejidos intestinales. Se demostró que la leche de las madres de recién nacidos prematuros tiene una menor cantidad de lactosa pero sí una mayor carga de proteínas, lactoferrina e inmunoglobulinas tipo A. Diversos estudios en el mundo que demuestran la efectividad del calostro como inmunoprotector en el prematuro; a través de la administración de la vía orofaríngea. (32)

Este tipo de aplicación nació desde estudios que demostraba que, a través de la vía orofaríngea se puede administrar de forma eficaz y segura interferón alfa, una citoquina derivada de células inmunitarias, a pacientes que rechazaban la administración parenteral. Esto al parecer, por los efectos estimulantes de la citoquina sobre el sistema de tejido linfóide asociado a la orofaringe. El calostro, es

rico en citoquinas y otros agentes inmunológicos que brindan protección bacteriostática, bactericida, antiviral, antiinflamatoria e inmunomodulador contra las infecciones. En tanto, los beneficios al recibir calostro sobre todo en menores de 1500 gramos favorecerán en gran medida para disminuir la morbilidad neonatal. La administración vía orofaríngea conocido también como Calostroterapia, no equivale a la administración vía oral; es, colocar pequeñas cantidades de calostro (0,1 ml a 0.4 ml) directamente en la mucosa oral del neonato para ser absorbido por la mucosa orofaríngea. (33)

En lo que respecta a la frecuencia puede ser de 2 a 6 horas por un periodo de 2 a 7 días; indistintamente del estado clínico del recién nacido; la administración es cada tres horas a cuatro horas en prematuros de 32 o menos semanas; el volumen, está en de la indicación médica considerando la evolución clínica del recién nacido y la producción láctea de la madre. Un estímulo frecuente a través de la extracción mejorará la producción de leche, garantizando un suministro adecuado de calostro al neonato. El calostro será administrado las primeras 48 horas de vida, debido a los componentes inmunológicos que se encuentran en la circulación materna del epitelio mamario están abiertas, y por transporte paracelular pasan directamente al calostro. Posteriormente, estas uniones se cierran para dar inicio a la lactogénesis tipo II que es la “bajada de leche”, por tanto, el calostro en estas primeras horas es diferente a la leche madura en relación a su composición inmunoprotector como las citoquinas y otros agentes inmunomoduladores contra infecciones. (34)

En otro contexto, a través de una Resolución Ministerial N° 302-2015 MINSA, el Ministerio de Salud anuncia una Norma Técnica de Salud para la Elaboración de

Guías de práctica clínica del MINSA NTS N° 117-MINSA/DGSP; cuyo objetivo es aportar a la calidad y seguridad de la atención directa al usuario, basada en la evidencia científica, la práctica clínica, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los pacientes. (35) Por otro lado; respecto al grado como se mide la variable se denomina; validez del instrumento de medida. Es la precisión con la que se puede realizar una medida significativa y adecuada con una prueba, es la posible aproximación a la verdad que puede tener una afirmación, una aproximación que nos ayuda a sacar conclusiones válidas. A pesar de los distintos tipos de validación, cuando se aplica la prueba y se establece la vinculación con el constructo/variable, seguro que permitirá obtener resultados e interpretaciones precisas de los hallazgos obtenidos. (36)

Asimismo, la validez del contenido; es si el cuestionario diseñado es indicativo de lo que se quiere valorar, por lo que deben seleccionarse ítems o indicadores que correspondan a las características específicas de las metas del estudio. Y para confirmar la fiabilidad de un estudio, se utiliza el juicio de expertos; como un método útil de validación, que se define como la opinión informada de profesionales con experiencia en el tema, reconocidas por otros como expertos cualificados, siendo su información válida para aportar juicios y valoraciones. El número de expertos depende de la facilidad de acceso a los mismos o del número suficiente de expertos para el tema a investigar. Para la cuantificación de los hallazgos, a la hora de valorar la asignatura se calcula un índice de concordancia entre jueces, en cuyo caso el grado de acuerdo indicará la fiabilidad de los juicios, para los que se utiliza como análisis estadístico la prueba binomial y el coeficiente V de Aiken (36).

En ese mismo contexto, la validez de criterio se refiere a una medida del grado en el que una prueba se relaciona con un estándar. En este tipo de validación, debe determinarse previamente qué propiedad o principio irá vinculada a los hallazgos de la prueba. Ambos deben estar relacionados en términos de criterios empíricos que se puedan predecir lógicamente a partir de los hallazgos de la prueba cuyo nivel o grado de predictibilidad se mide. Como con cualquier prueba de correlación, cuanto más cercanos estén los hallazgos a uno, mejor será la validez de criterio del instrumento. (37)

Aunado a esto, la investigación se sustenta en los postulados y enunciados en la teoría de Ramona Mercer. El modelo de adopción del rol maternal de Mercer, se encuentra dentro de los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y macrosistema. Refiriéndose al microsistema, como el entorno inmediato donde se asume el rol de la madre, si se trata de un prematuro, sería el entorno hospitalario. Mercer en ese entonces, amplió los primeros conceptos y modelos para dar relevancia del padre en la adopción de roles, por su ayuda en “disipar la tensión de la dualidad madre-hijo”. Los mesosistemas influyen e interactúan con las personas en grupos, influenciando en el papel maternal del desarrollo del niño.(38)

Así pues, el macrosistema afecta los otros dos sistemas a través de las influencias políticas, culturales y sociales; se origina en el impacto del actual sistema de salud sobre la adopción del rol maternal y de las leyes del país sobre la protección del niño, la mujer en su rol maternal. En caso del prematuro hospitalizado consideraría las normas y reglas de la institución, que estarían incluyendo los horarios de visita,

frecuencia, tiempo de permanencia, las horas de higiene dentro del servicio, horarios de extracción de leche, etc. Además; Mercer, plantea que para la adquisición del rol maternal, se presentan varios estadios, entre ellos, la Anticipación; que inicia en la gestación; la madre fantasea sobre su rol generándose expectativas al respecto, estableciendo una relación, vínculo con su hijo e inicia la adopción del rol. (39)

Cabe mencionar que, en este grupo poblacional que tenemos de estudio, este estadio es interrumpido por el anticipado nacimiento. En ese mismo contexto, el estadio formal; inicia al nacimiento del niño donde se da inicio el aprendizaje de su rol y su activación. En caso del grupo poblacional en estudio, las conductas de las madres para el cumplimiento de su rol son a través de sus visitas a la UCIN, el extraerse la leche, el realizar canguro dentro de la unidad a pesar de estar conectado a un equipo de ventilación mecánica; todo ello permite que la madre pueda sentir su apoyo continuo no solo para cumplir su rol de madre en su estadio formal sino además de sentirse parte de la recuperación de su hijo. (40) Al mismo tiempo; el estadio informal; se refiere cuando la madre adopta sus propias formas de cumplir su rol independientemente de las transmitidas por el sistema social; en este caso poblacional de recién nacidos prematuros, la madre, desarrolla su rol en un ambiente hospitalario hasta que pueda cambiar de escenario cuando el bebé es dado de alta. Y finalmente, en el estadio personal, la mujer interioriza su rol, ocurre la identidad de su rol. La madre experimenta sentimientos de confianza, armonía y competencia al desempeñar y cumplir su papel de madre. (41)

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo general

- Determinar la validez de la guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

II.2 Objetivos específicos

- Evaluar la validez de contenido de la guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g en la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Evaluar la validez de constructo de la guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g en la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Evaluar la validez de criterio de la guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 gr. en la unidad de cuidados intensivos neonatales
- Evaluar la validez de confiabilidad de la guía de procedimiento en la administración de calostro en recién nacidos prematuros menores de 1500 g en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño de estudio

Esta investigación en estudio es de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, sustentada por Hernández Sampieri en su libro Metodología de la Investigación (2021), definida como cuantitativa porque permite asignar un valor numérico para medir, sacar conclusiones y luego utilizar métodos estadísticos. Y admite el análisis transversal ya que los datos se recopilan en un único momento determinado.

3.2 Población y muestra

La población de estudio estará conformada por 30 enfermeras profesionales especializadas en cuidados intensivos neonatales que laboran en el servicio de Cuidado Intensivo Neonatal.

El muestreo será por conveniencia, porque permite seleccionar a los profesionales que estén más accesibles al objetivo del estudio. La misma población de Enfermeras especializadas en cuidados intensivos neonatales. (36)

Criterios de inclusión:

- Licenciadas especialistas en cuidados intensivos neonatales que laboran en la unidad
- Licenciadas especialistas que optan participar del estudio voluntariamente
- Licenciadas en enfermería especialistas provenientes de otras sedes u hospitales
- Licenciadas en enfermería con función asistencial
- Licenciadas con experiencia mayor a 3 años

Criterios de exclusión:

- Licenciadas en enfermería que durante el estudio se encuentren realizando auditorías
- Licenciadas en enfermería que durante el estudio se encuentren monitorizando procesos
- Licenciadas en enfermería que no tienen especialidad en cuidados intensivos neonatales
- Licenciadas en enfermería que no se encuentren laborando en el tiempo de estudio por encontrarse de vacaciones y/o en periodo de licencia.

3.3 Definición Operacional de la Variable

(Anexo 1).

3.4 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Para la ejecución del trabajo, primero será aceptado por la asesora del proyecto, posteriormente se inscribirá el proyecto a través del SIDISI, para lograr su pase al comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Una vez que se disponga la autorización de la universidad, se realizará la solicitud formal de aceptación del hospital donde se ejecutará el estudio, por medio de la oficina de capacitación y comité de ética.

Para efectos del estudio, la investigadora diseñará una guía de procedimiento administración de calostro para prematuros menores de 1500 gramos, en base a la metodología de elaboración de guías de práctica clínicas del ministerio de salud

RM N° 414-2015 MINSA; que consta de 6 partes; en el punto 6.1 de la descripción detallada del procedimiento se divide en 5 fases; en la fase I se considera reclutamiento del prematuro e inscripción y consentimiento de la madre; en la fase II los procedimientos van en base a la obtención del calostro, en la fase III va enfocado a la preparación de las alícuotas del calostro y/o leche materna, en la fase IV las acciones va estrictamente a la administración del calostro y por último en la fase V los procedimientos va direccionado al registro de las tomas de calostro del prematuro (Anexo 3).

La validez del instrumento estará avalada por jueces expertos, conformado por un grupo de 10 enfermeras especialistas en cuidados intensivos neonatales del hospital, conocedores del tema, para lo cual se les entregará un instrumento de 10 ítems (Anexo 6), bajo las normas reglamentarias para juicios expertos de la universidad Cayetano Heredia. Todo con previa coordinación y una breve orientación del formato de manera presencial.

Para la confiabilidad del instrumento, se realizará una prueba piloto con 10 enfermeras especialista en cuidados intensivos, en la que se le solicitará aplicar el formato checklist de administración de calostro en prematuros de 1500 g en cada fase de la guía (Anexo 7), y así lograremos determinar la confiabilidad mediante el análisis estadístico de alfa de Cronbach, en donde un valor mayor a 0.8 dará confiabilidad al instrumento.

3.5 Plan de recolección de datos

El estudio en investigación se llevará a cabo siguiendo los siguientes momentos:

- Primer momento: se solicitará autorización por correo electrónico al director y al área de capacitación del hospital, especificando el servicio a realizarse el estudio, juntamente se coordinará con la jefa de enfermeras y el departamento de enfermería para la recolección de datos.
- Segundo momento: posterior a obtener el permiso del área de capacitación del hospital, se solicitará una reunión presencial a las enfermeras asistenciales que laboran en la unidad, donde se detallarán los objetivos y pasos del estudio, se socializará el contenido de la guía de procedimiento con las enfermeras especialistas de la UCIN, las consideraciones bioéticas de la investigación y el consentimiento informado a las participantes del estudio
- Tercer momento: luego de determinar la validez a través de los jueces expertos y prueba piloto, las enfermeras especialistas realizarán la validación de la guía de procedimiento en administración de calostro en recién nacidos menores de 1500 gramos, verificando el cumplimiento del instructivo. La investigadora recopilará todos los datos recolectados.

3.6 Plan de análisis

La clasificación, ordenamiento y codificación de los datos se utilizarán para el tratamiento y el análisis de los datos. Los datos se digitalizarán utilizando el programa estadístico SPSS 22, que incluirá su análisis descriptivo en base a fundamentos científicos. Se utilizará la validez de 10 jueces expertos para llevar a cabo la evaluación estadística de la variable, explicándose la prueba binomial en donde $p < 0$ es desfavorable y si $p < 0,05$ es favorable.

Después de completar la prueba piloto, los resultados se aplicarán a la prueba estadística del alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad del instrumento de investigación. Si el resultado es superior a 0,80, el instrumento se considera confiable, y la fórmula determinará el grado de precisión y consistencia del instrumento. La escala de valores es la siguiente:

-1 a 0	No Fiable	0.01 a 0.49	Baja Fiabilidad
0.5 a 0.75	Intermedia Fiabilidad	0.76 a 0.89	Fuerte Fiabilidad
0.9 a 1	Alta Fiabilidad		

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- K: Número de elementos (ítems)
- Si²: Suma de varianzas
- St²: Varianza de la suma de los elementos (ítems)
- α: Coeficiente de alfa de Cronbach

3.7 Aspectos éticos del estudio

- Principio de autonomía: compartiré la información del estudio con cada enfermera, quien decidirá si participará o no en la investigación. Si la respuesta es afirmativa, se entregará y se hará firmar el consentimiento informado.
- Principio de beneficencia: el profesional de enfermería especializado en cuidados intensivos neonatales, será acreedor de un instrumento que le

permitirá realizar un procedimiento con un buen proceso en la recuperación del recién nacido prematuro.

- Principio de no maleficencia: esta investigación no intenta crear dilemas al profesional especializado, ni al paciente y su familia.
- Principio de justicia: el estudio está orientado para todo profesional de Enfermería especializado, por lo que no habrá distinción y/o preferencia en el momento de la elección. En cada proceso de la recaudación de datos, se mantendrá la confidencialidad.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerdeño T, Ramos Y, Cerdeño M., Ferrer R. Efectividad del uso del suplementador en los pretérmino bajo peso. Primer simposio para el desarrollo de las especialidades de enfermería. 24 de mayo del 2020. Disponible en: <https://simposioenfesp.sld.cu/index.php/simposioenfesp2022/2022/paper/viewPaper/412>
2. OPS, OMS. Lactancia materna y alimentación complementaria. Mayo del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%C3%B1os%20de%20edad%20o%20m%C3%A1s.>
3. Monet D, Álvarez J, Gross V. Beneficios inmunológicos de la lactancia materna. Revista Cubana de Pediatría. 20 de Julio del 2022. Vol. 94 N° 3. ISSN 1561-3119. Disponible en: <file:///C:/Users/NILA/Downloads/1915-7955-1-PB.pdf>
4. Aguilera M, Lavanderos G, León C, Zúñiga M, Mena P. Evaluación de un protocolo de calostro par prematuros de muy bajo peso de nacimiento. Andes Pediátrica. 2022. Vol. 93(3)343-350. Disponible en <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i3.3870>
5. Torres C, Arista Y, Cary, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la nutrición enteral en el recién nacido prematuro con muy bajo peso al nacer. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Essalud.

2022. 21 pág. versión corta. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/GPC-NE-RNMBPN_Version-corta.pdf
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna: La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida. UNICEF. New York, Estados Unidos. 29 de agosto del 2020. Disponible en <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
 7. Larguía AM, Urman J, Ceriani cernadas JM et al. Inmunidad local en el recién nacido. Primera experiencia con la administración de calostro humano a recién nacido pretérmino. Arch Argent Pediatr. 1974 72 (5): 109-25. Mencionado en:
https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_editorial_nro4_7-6pdf_1528401977.pdf
 8. Leke, Severine G, deforaville M. La composición de macronutrientes en la leche materna de neonatos prematuros y a término. Nutrición Clínica Experimental. 2019. Pag 59-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.03.004>
 9. Secretaría General Iberoamericana. Proyecto Adscrito Red de bancos de leche humana. 2019. Disponible en: <https://www.segib.org/programa/programa-iberoamericano-red-de-bancos-de-leche-humana/>
 10. Ministerio de Salud del Perú. Inauguración del primer banco de leche humana. 2010. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/noticias/483957-ministro-de-salud->

11. MINSA. Técnica de calostroterapia ayuda a fortalecer defensas en bebés prematuros. Instituto Materno Perinatal de Lima. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/513049-tecnica-de-calostroterapia-ayuda-a-fortalecer-defensas-en-bebes-prematuros-del-instituto-nacional-materno-perinatal>
12. Plataforma del Estado Peruano. MINSA. Más de 20000 bebés prematuros recibieron lactancia materna en primera hora de vida. 15 nov 2021. Disponible en <https://andina.pe/agencia/noticia-mas-20000-bebes-prematuros-recibieron-lactancia-materna-primera-hora-vida-869627.aspx>
13. R. Castillo et al. Validación de una guía de enfermería para valorar el autocuidado en personas que viven con SIDA. Enfermería Universitaria. Cuba, oct -dic 2021. Vol. 18 Número 4. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.4.1077>
14. Lopez-Cocotle et al. Diseño y validación de un instrumento para evaluar la calidad de los registros de enfermería. México. 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338491495_Disenio_y_Validacion_de_un_instrumento_para_evaluar_la_calidad_de_los_registros_de_enfermeria
15. Lemos Querido, D et al. Construcción y validación de diagnóstico de Enfermería para recién nacidos prematuros. Rev. Esc. Enferm. USP. 2023;. Sao Paulo, 20 de noviembre del 2023, 57: e2023167 . Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0167en>

16. Polidoro Dini, A. et al. Validación de instrumento para fundamentar dimensionamiento de Profesionales de Enfermería en alojamiento conjunto. Rev. Bras. Enferm. 17 de junio del 2020; 73(4): e20190159. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0159>
17. Cruz Martins C, Xavier M, Cardoso M. et al. Inmunoterapia orofaríngeo con calostro para prematuros de muy bajo peso al nacer: protocolo de un estudio de intervención. BMC Pediatrics. 07 de agosto del 2020. Vol 20.371. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02266-8>
18. More Davis Z. Validación de una guía de atención de Enfermería a personas con Catéter Venoso Central en unidades críticas del Hospital III José Cayetano Heredia Piura. Tesis. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2019.
Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9105>
19. Alejos-García, ML. Construcción y validación de un registro de monitoreo de enfermería para la atención en paciente pediátrico quemado en Perú. EVIDENTIA. Diciembre 2022. Vol. 19 (SUPL). Disponible en: <https://ciberindex.com/c/ev/e14257>
20. Fimbres-Salazar K. Validación del formato de registro del proceso de atención de Enfermería en los servicios de pediatría del Hospital Regional de Huancavelica. 2019. Repositorio de Revistas de la Universidad Privada de Pucallpa. 4(2): 5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37292/riccva.v4i2.151>
21. Munsayon Oblitas F. et al. Validación de una guía de consejería para la adherencia a la terapia antirretroviral utilizando a ciencia de la

- Implementación. Rev. Lat. Am. Enfermería. 3 de febrero de 2020.
Disponible en <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3117.3228>
22. Ruiz V. Efecto de la calostroterapia sobre la reducción de tiempo de estancia hospitalaria y el tiempo en alcanzar la alimentación enteral completa. Título profesional Medicina. 18 de mayo del 2022. 36 páginas. Disponible en :
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/8940>
23. Barrios, Baran M, Sosa L, Ligia M, Avalos S. Manual de atención neonatal. ministerio de salud pública y bienestar social de Paraguay. 2016. Disponible en <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/pry-mn-48-03-operational-guidance-2016-esp-manual-de-atenci%C3%93n-neonatal--autorizado-mspbs-resoluci%C3%93n-ministerial-sg-n-816.pdf>
24. Stanford Medicine Childrens. Health. Unidad neonatal de cuidados intensivos. 2024. Disponible en <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-neonatal-intensive-care-unit-nicu-90-P05498>
25. Victorio G, Romaní H, Romaní S. Factores de riesgo asociadas a estancia hospitalaria prolongada en cuidados intensivos neonatales, un estudio de casos y controles. Rev. Fac. Med. Hum. Vol. 23 N°3, Lima Jul/Set 2023.Epub 21 sep2023. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v23i3.5908>
26. Astudillo Araya A, Silva Pacheco P, Daza Sepúlveda J. Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. Ciencia y enfermería. 17 de octubre de 2021; 25:0-0. Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532019000100214&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Links]

27. Montes P, Suarez D. Principales patologías de ingreso en UCI neonatal. N. Punto. Vol. V. Número 57. Dic 2022. 27-54. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/63ac1e33d1beart2.pdf>
28. Sate M, Andre P, Gómez P, Cometto M. Perfil y competencias críticas del profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos neonatal. Revista de Enfermería Neonatal. N° 43. Dic 2023. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/perfil-y-competencias-criticas-del-profesional-de-enfermeria-en-las-unidades-de-cuidado-intensivo-neonatal/>
29. Lima Dos Santos J, Branco L, Brito M, Liberio G. Atención de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal desde la perspectiva de las enfermeras. Rev. Cubana Enfermer. Vol. 37, N° 02. Ciudad de la Habana: Abr – Jun 2021. E pub 01-Jun-2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200006
30. Badell E. Anatomía y fisiología de la lactancia. Gac Méd Caracas 2021;129(Supl3): S538-S545. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/23011/144814489305
31. Soto J, Huallpa B, Fabian F, Florián G, Virgilio J. Lactancia materna y alimentación complementaria. Huánuco 2021. Disponible en: <https://www.unheval.edu.pe/portal/wp-content/uploads/2021/11/LIBRO-LACTANCIA-MATERNA-4.pdf>

32. Nascimento M, Floriano M, Gia Comet M, Duarte M, Reis M. Estudio exploratorio sobre uso de la terapia con calostro en la unidad neonatal de una maternidad Brasileña. *BVS. Salud e Investigación*, 13 (2) 389 – 397, abril junio 2019. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1116222>
33. Maldonado S, Sociano D, García-May P, et al. Efecto de la administración orofaríngea de calostro a recién nacidos prematuros menor 32 semanas de gestación sobre la respuesta inmunitaria y la morbilidad neonatal: un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. *Frontiers en Pediatrics*. 2022. Jul 8:10:891491. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffped.2022.891491>
34. MINSA. Guía de procedimiento para la realización de la calostroterapia en recién nacido hospitalizado. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2021. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/procedimiento/2_GU%C3%8DA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20CALOSTROTERAPIA%20EN%20RECI%C3%89N%20NACIDOS%20HOSPITALIZADOS.pdf
35. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Norma técnica de salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud RM N° 302-2015/MINSA. 1era Edición. Lima-Perú: MINSA; 2015. Disponible en <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3300.pdf>
36. Hernández, R., Fernández, C y Baptista P. 2021. Metodología de la investigación. (6° Ed). México Mc Graw-Hill. Disponible en: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf

37. Peraza MG, Armenta A, Hernández. Juicio de expertos para la validación de un proyecto formativo. Revista electrónica Desafíos educativos-REDECI. 2019: 3, (5): ISSN: 2594-0759. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339827688_JUICIO_DE_EXPERTOS_PARA_LA_VALIDACION_DE_UN_PROYECTO_FORMATIVO
38. Alvarado L, Guarín L, Cañon-Montañez. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Rev. Cuid. vol.2 no.1 Bucaramanga Jan. 2011. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>
39. Modelo de adopción del rol maternal. (modificado de Mercer, R, T. [1991]. Maternal role: Models and consequences. Documento presentado en la International research conference patrocinado por el Council of Nursing Research y la American Nurses Association, Los Ángeles, CA. Ramona T. Mercer, 1991.
40. Mercer, R. T. (1990). Parents at risk. New York: Springer.
41. Marriner, T, Raile, M. Adopción del rol maternal – convertirse en madre, modelos y teorías en enfermería, Elsevier Mosby, sexta edición, Madrid, España, 2006. pg. 616 -617.

ANEXOS

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	Valor final
	enfermería con fundamento científico.		validación para evaluar la coherencia interna de las directrices.	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente Alfa de Cronbach 	

ANEXO 2

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
1. Recursos Humanos			
1.1 Honorario de revisor de redacción y lingüística	01	250.00	250.00
1.2 Honorario de estadística	01	300.00	300.00
2. Recursos Materiales			
2.1 Lapiceros	20 unidades	0.80	16.00
2.2 Lápiz	20 unidades	0.50	10.00
2.3 Papel bond A4	04 millares	18.0	72.00
2.4 Folder A4	25 unidades	3.00	50.00
2.5 Archivador	02 unidades	8.00	16.00
2.6 Cuaderno	01 unidad	3.00	3.00
2.7 Resaltador	01 unidad	2.00	2.00
2.8 USB	02 unidades	25.0	50.00
2.9 Perforador	01 unidad	7.00	7.00
2.10 Engrapador	01 unidad	5.00	5.00
3. Transporte			
3.1 Pasajes	200	1.00	200.00

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
4. Otros gastos			
4.1 Impresión y anillado de ejemplares del proyecto de investigación	3 unidades	15.00	45.00
4.2 Fotocopias	1000 unidades	0.15	150.00
4.3 Internet			100.00
4.4 Viáticos			100.00
		Total	1376.00

Cronograma de Actividades:

Actividades	2024				
	M	J	J	A	S
Revisión bibliográfica	X	X			
Elaboración de la guía		X	X		
Elaboración del proyecto	X	X	X		
Presentación y aprobación del proyecto				X	
Segunda revisión del proyecto			X	X	
Aprobación del proyecto				X	

Actividades	2024				
	M	J	J	A	S
Validez y confiabilidad de los instrumentos			X		
Recolección de datos					
Procesamiento, análisis e interpretación de datos				X	
Elaboración de los resultados finales				X	
Sustentación de la investigación					X

ANEXO 3

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRACION DE CALOSTRO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 1500, GRAMOS

I. FINALIDAD

Estandarización del procedimiento de administración de Calostro en recién nacidos menores de 1500 gr. en el servicio de neonatología del hospital en estudio.

II. Objetivo

Objetivo general

Contar con una guía de procedimientos e iniciar la administración de calostro de forma segura a todos los RN con peso \geq 1500 gr. ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)/Unidad de Cuidados Intermedios dentro de las 48 hrs. de vida posnatal y mantenerla durante los primeros 7 días de vida hasta el inicio de la alimentación por vía oral directa con LM.

Objetivo específico

- Establecer procedimientos que garanticen la bioseguridad del calostro desde la extracción, transporte y administración.
- Estimular el sistema inmune del prematuro mediante la administración precoz del calostro de su propia madre.
- Disminuir la incidencia de sepsis de inicio tardío, neumonía asociada al ventilador, disminuir la estancia hospitalaria en los recién nacidos menores de 1500 gr.

III. Ámbito de aplicación

La presente guía de administración de calostro es de cumplimiento obligatorio en los ambientes de UCI e intermedios del hospital en estudio.

IV. Nombre del proceso o procedimiento a estandarizar

Procedimiento para la administración de calostro en recién nacidos prematuros hospitalizados. técnicas de extracción, almacenamiento y administración.

V. Disposiciones generales

Introducción

La calostroterapia orofaríngea o administración de calostro implica colocar pequeñas cantidades (0,1-0,2 cc) de calostro/ leche materna madura de la propia madre directamente sobre la mucosa oral del recién nacido prematuro (RNPT) menor de 1,500 gr. y/o menor de 32 s. de EG, cada 4-6 hrs. por un periodo de 3-7 días; de esta forma, el calostro y sus componentes son absorbidos por las membranas mucosas de la orofaringe del bebé con la finalidad de proporcionarle efectos inmunomoduladores. (Rodriguez, Vento, Claud, Wang, & Caplan, 2015).

Respecto al volumen de calostro a administrar, la literatura muestra una amplia variación que va desde 0,1 ml a 1,0 ml y con una frecuencia de 2 a 6 horas por un periodo de 2 a 7 días. Sin embargo en los últimos estudios, y para efectos de la presente guía, se considera un volumen de 0,2 – 0,4 ml (5 a 7 gotas) por administración orofaríngea, independiente de la condición clínica del recién nacido, la frecuencia es cada tres horas, y cada 4 horas en ≤ 32 sem.; volumen que estaría en función de la producción de la madre y de la prescripción médica según

condición clínica del recién nacido; dado que, un estímulo frecuente mejora la producción de leche en la madre y garantiza un suministro adecuado de calostro al neonato. El tiempo que se administrará el calostro materno es durante las primeras 48 horas, porque las uniones de las células alveolares del epitelio mamario están abiertas y siguiendo un transporte para celular los componentes inmunológicos, derivados directamente de la circulación materna pasan directamente al calostro.

De esta manera, estas uniones se cierran con el inicio de la lactogénesis II o “de la bajada de leche”. Motivo por el cual el calostro de estas primeras horas es diferente a la leche madura en cuanto a composición de factores inmunológicos como las citoquinas y otros agentes con efectos bactericidas, bacteriostáticos, antivirales, antiinflamatorios e inmunomoduladores contra infecciones. Y, así estaríamos contribuyendo a disminuir las tasas de enterocolitis necrotizante, sepsis tardía, disminución de la estancia hospitalaria y las neumonías asociada a ventilador mecánico.

5.2. Definición

5.2.1. Recursos

Recursos humanos

- Lic. en enfermería especialista en cuidados intensivos neonatales

Recursos materiales

Equipos y materiales para la extracción de calostro/LM:

-Coche para extracción de leche materna.

-Cooler para conservación temporal y transporte de la leche materna

-Bolsas de refrigeración

-Campo estéril

-Guantes estériles

-Gasa estéril

-Frasco de suero salino/agua destilada para realizar limpieza de pezón previo a la extracción.

-Jeringas de 1, 3, 5, 10 y 20 cc

-Recipientes de plástico libres de bisfenol A (Siddique, Zhang, Koleman , & Kubwabo, 2021)

-Tapas de jeringa

-Etiquetas para identificar los recipientes

-Plumón indeleble negro

-Papel toalla

-Manoplas

-Termómetro

Equipos y materiales para la conservación del calostro/LM:

-EPP

-Un refrigerador exclusivo para el calostro/LM con cadena de frío.

-Termómetro

-Jeringas para alícuotas

-Contenedores

-Etiquetas de identificación

VI. Disposiciones Específicas

6.1. Descripción detallada del procedimiento

Procedimiento	Descripción del procedimiento	Responsables
FASE I: Reclutamiento e inscripción	<ul style="list-style-type: none">-Registrar en cada turno a los recién nacidos con peso menor de 1500 gr. ingresados a la UCI e intermedios y registrar los datos de la madre.-Informar a la madre de forma verbal y por escrito sobre los beneficios de la calostroterapia orofaríngea.-Efectivizar la firma del consentimiento informado	Enfermera especialista
FASE II: Obtención de calostro	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar permiso para la extracción manual de calostro; evaluando las condiciones físico-emocionales de la madre- Consensuar con la madre los horarios de sesiones de extracción- Orientar a la madre el correcto lavado de manos antes de la extracción manual de calostro/LM.- Realizar limpieza gentil de los pezones y aréola, con una gasa	Enfermera especialista

Procedimiento	Descripción del procedimiento	Responsables
	<p>embebida en suero fisiológico/ agua destilada e iniciar masaje en las mamas (técnica de Marmet), por lo menos durante 5-10 minutos</p> <p>- Extraer calostro con jeringa de tuberculina previamente etiquetadas con apellido del neonato, fecha y hora de extracción y la cantidad del volumen es extraído. De acuerdo al flujo de secreción láctea, usar jeringas de 10 a 20 CC. y posteriormente, se utilizará frascos de plástico cuando inicie la bajada de leche; manteniendo los mismos datos.</p> <p>-Conservar el calostro /LM extraída en un cooler con bolsas de refrigeración para su transporte hasta su almacenamiento final</p>	
<p>FASE III: Preparación de las alícuotas del calostro/LM:</p>	<p>-Realizar la preparación de las alícuotas de manera individualizada en un ambiente limpio con medidas asépticas.</p>	<p>Enfermera especialista</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento	Responsables
	<p>-Cargar las jeringas de acuerdo al volumen indicado, previamente rotuladas con los apellidos y hora de almacenamiento de la alícuotas y sellar cada jeringa con un protector</p> <p>- Agrupar las jeringas cargadas con las alícuotas en contenedores individuales y registrar la disponibilidad de alícuotas por cada paciente.</p> <p>- Conservar en todo momento la cadena de frío.</p>	
<p>FASE IV. Administración del calostro</p>	<p>-Aspirar secreciones y /o limpiar con una gasa suavemente la cavidad oral del neonato.</p> <p>-Calentar suavemente la jeringa de calostro/LM entre las manos con movimientos rotatorios.</p> <p>- Colocar suavemente la punta de la jeringa dentro de la boca del bebé, junto al tejido de la mucosa bucal derecha; dirigir la punta de la jeringa en dirección posterior hacia la</p>	<p>Enfermera especialista</p>

Procedimiento	Descripción del procedimiento	Responsables
	<p>orofaringe y administre lentamente 0,1 ml durante al menos 1 minuto y repetir en el otro lado.</p> <p>- Monitorizar posibles eventos adversos como: bradicardia/desaturación significativa después de la administración de calostro orofaríngea. Suspender en caso se produzca algún evento adverso.</p> <p>- Registrar en la historia clínica la administración y tolerancia de la administración de calostro.</p>	
<p>FASE V: Registro de las tomas de calostro</p>	<p>-Verificar la indicación médica la dosis y frecuencia de tomas.</p> <p>- Registrar en la historia clínica la indicación y hoja de monitoreo la dosis, frecuencia, vía (OF) y día de la terapia</p>	<p>Enfermera especialista</p>

6.2 Requisitos:

- Debe contar con indicación médica registrada en la historia clínica
- La madre debe contar con examen de VIH negativo, no menor de 6 meses

- Contar con el consentimiento informado de la madre antes de la administración

6.3 Indicaciones:

Todos los recién nacidos que por alguna complicación médica es que ser separado de su madre, principalmente en prematuros menores de 1500 gramos, independientemente de la edad gestacional, peso al nacer, estado de ayuno o inicio y progresión de la alimentación enteral, patología quirúrgica siguiendo la indicación médica.

6.4 Contraindicaciones:

6.4.2 Contraindicaciones absolutas

- Madres con infección por VIH
- Madres con infección materna por mastitis tuberculosa
- Madres que estén consumiendo fármacos contraindicados en la etapa de lactancia
- Madres que consuman drogas de abuso
- Recién nacidos con galactosemia
- No contar con el consentimiento de la madre
- No contar con indicación médica

6.4.3 Contraindicaciones relativas

- Recién nacido con fistula traqueo esofágico.
- Madre con lesión activa de herpes simple HSV-I mamaria
- Madre con varicela activa que dificulta acceso para extraer el calostro

6.5 Complicaciones

La calostroterapia es un procedimiento seguro, factible y tolerado incluso los prematuros extremos, por lo que no tiene ninguna complicación.

6.6 Recomendaciones

- Desde la recolección del fluido se debe cumplir con todas las normas de bioseguridad, para proteger al recién nacido y su madre
- Cumplir con los pasos para la administración para evitar efectos adversos
- Todo el personal considerado en la guía debe ser capacitado
- Trabajar en equipo

6.7 Nivel Asistencial de ejecución del procedimiento

Esta terapia se inicia en alojamiento conjunto y debe continuarse en la unidad de cuidados intensivos neonatales y en la unidad de intermedios, principalmente en los recién nacidos prematuros.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
Título del estudio:	Validación de una Guía de Procedimiento Administración de Calostro en Recién Nacidos Menores de 1500 Gramos en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional, Lima 2024
Investigador (a):	Lic. Enf. Nila Escudero Salas
Institución:	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Invitamos a Ud. a participar en esta investigación que tiene como objetivo determinar la validez de una guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos menores de 1500 gramos en el servicio de cuidados intensivos neonatales de un hospital nacional en Lima, 2024.

Procedimientos:

Si Ud. decide participar en el proceso de la investigación, realizará lo siguiente:

1. Tomaremos sus datos personales.
2. Se aplicará un cuestionario en función a criterios de revisión de una guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos prematuros.

Riesgos:

No se identifica riesgos de realizar la calificación del instrumento según el Método de Juez de Expertos.

Beneficios:

Los beneficios de participar como juez experto del instrumento se encuentran en la posibilidad de aportar a la calidad y estandarización de la validez de una guía de procedimiento administración de calostro en recién nacidos menores de 1500 g.

Costos y compensación

Ud. no deberá pagar por participar en el estudio, así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que nos proporcione será codificada más no con nombre propio. La base de datos es acceso directo solo para la investigadora. En caso los resultados sean publicados, la información no permitirá la identificación de las personas que participan en este estudio.

Usted está en toda la pertinencia de hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales le responderé gustosamente. Si durante el proceso, Ud. se desanima, a pesar de haber firmado el consentimiento de aceptación, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Uso futuro de información

Los datos recaudados podrían ser de utilidad para la creación de otras guías y/o protocolos de administración de calostro y para investigaciones futuras.

Derechos del participante:

La participación de Ud. profesional especializado es totalmente voluntaria. Si tiene alguna duda adicional, por favor comuníquese con el investigador, Lic. Nila Escudero Salas, teléfono [REDACTED]. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe. Una copia de este consentimiento informado de juez le será entregada.

Declaración y/o consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio como juez, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre y Apellidos

Participante

Nombre y Apellidos

Investigador

ANEXO 5

EVALUACION DE EXPERTOS

Estimado profesional, mi nombre es Nila Escudero Salas; actualmente me encuentro realizando un proyecto de investigación titulado “Validación de una guía de administración de calostro en prematuros menores de 1500 gramos en el servicio de cuidados intensivos neonatales de un hospital nacional de Lima”; para lo cual se elaboró un cuestionario que permitirá validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación; agradezco de antemano su participación y sus aportaciones brindadas. A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N°	Enunciados	Juez		
		SI	NO	Observaciones y/o sugerencias
	Validez de contenido			
1	¿Considera usted que la presentación física de la guía para la administración de calostro es la conveniente?			
2	¿Cree usted que la guía considera todos los aspectos necesarios para la administración de calostro en los prematuros menores de 1500 gramos?			
3	¿Considera usted que la redacción es inteligible para los fines que esta realizado?			
4	¿El contenido de la guía para la administración de calostro es clara y comprensible para manejo del profesional de enfermería?			

N°	Enunciados	Juez		
		SI	NO	Observaciones y/o sugerencias
	Validez de constructo			
5	¿Considera usted que la guía de administración de calostro está adecuadamente estructurada de tal manera que refleja lo que se quiere validar?			
6	¿Considera usted que el número de ítems utilizados en la guía permiten un adecuado proceso en la administración de calostro?			
7	¿Cree usted que en la guía para la administración de calostro existe una organización lógica que guarde relación con la teoría?			
	Validez de criterio			
8	¿Considera usted que la guía para la administración de calostro presentado mantiene relación con las normas de elaboración por el Ministerio de Salud?			
9	¿En su opinión la guía incluye todos los pasos necesarios para la administración de calostro en prematuros, en comparación con guías previamente validadas?			
10	¿En su opinión recomendaría el uso de la guía de administración de calostro en prematuros menor de 1500 gramos?			

ANEXO 6

EVALUACION DE JUEZ DE EXPERTOS - PRUEBA BINOMIAL

N° ítems	N° de Jueces expertos										Total de acuerdos	P	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Si (1) No (0)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Si $p > 0.05$ la concordancia no es significativa

ANEXO 7



SERVICIO DE NEONATOLOGIA

**FORMATO DE CHECK LIST DE ADMINISTRACION DE CALOSTRO EN
PREMATUROS MENORES DE 1500 GRAMOS**

FECHA:

SI: NO:

Fases	Actividades	Si	No	Observación
FASE I Reclutamiento e inscripción	Registra en cada turno a los recién nacidos con peso menor de 1500 gr. y a las madres			
	Informa a la madre de manera verbal y por escrito sobre los beneficios de la calostroterapia			
	Efectiviza la firma del consentimiento informado			
FASE II Obtención de calostro	Solicita permiso para la extracción manual de calostro; evaluando las condiciones físico-emocionales de la madre			
	Consensua con la madre los horarios de sesiones de extracción			
	Orienta a la madre el correcto lavado de manos antes de la extracción manual de calostro/LM			
	Realiza limpieza gentil de los pezones y areola, con una gasa embebida en suero fisiológico/ agua destilada e iniciar masaje en las mamas (técnica de Marmet), por lo menos durante 5-10 minutos			
	Extrae calostro con jeringa de tuberculina previamente etiquetadas con apellido del neonato, fecha y hora de extracción y la cantidad del volumen es extraído, y de acuerdo al flujo de secreción láctea, usa jeringas de 10 a 20 CC. y posteriormente utiliza frascos de plástico cuando inicie la bajada de leche manteniendo los mismos datos			

Fases	Actividades	Si	No	Observación
	Conserva el calostro /LM extraída en un cooler con bolsas de refrigeración para su transporte hasta su almacenamiento final			
FASE III Preparación de alícuotas del calostro/LM	Realiza la preparación de las alícuotas de manera individualizada en un ambiente limpio con medidas asépticas			
	Carga las jeringas de acuerdo al volumen indicado, previamente rotuladas con los apellidos y hora de almacenamiento de la alícuotas y sella cada jeringa con un protector			
	Agrupar las jeringas cargadas con las alícuotas en contenedores individuales y registra la disponibilidad de alícuotas por cada paciente			
	Conserva en todo momento la cadena de frío			
FASE IV Administración e calostro	Aspira secreciones y /o limpia con una gasa suavemente la cavidad oral del neonato			
	Calienta suavemente la jeringa de calostro/LM entre las manos con movimientos rotatorios			
	Coloca suavemente la punta de la jeringa dentro de la boca del bebé, junto al tejido de la mucosa bucal derecha; dirigir la punta de la jeringa en dirección posterior hacia la orofaringe y administre lentamente 0,1 ml durante al menos 1 minuto y repetir en el otro lado			
	Monitoriza posibles eventos adversos como bradicardia/desaturación significativa después de la administración de calostro orofaríngea. Suspende en caso se produzca algún evento adverso			
	Registra en la historia clínica la administración y tolerancia de la COF			
Fase V Registro de las Tomas de Calostro	Verifica la indicación médica la dosis y frecuencia de tomas			
	Registra en la historia clínica la indicación y hoja de monitoreo la dosis, frecuencia, vía (OF) y día de la terapia			

ANEXO 8

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION DE
CALOSTRO Y/O LECHE MATERNA**

Yo.....con DNI
.....habiendo cumplido con los requisitos necesarios para la extracción de calostro
y haber sido informada por la licenciada de enfermería
.....sobre los beneficios del calostro/leche
materna y la administración de éste a mi menos hijo
.....hospitalizado en el ambiente de
.....del servicio de neonatología, doy mi
consentimiento para dicho procedimiento.

SI ACEPTO

DNI:

NO ACEPTO

DNI:

FECHA: