EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años Essalud Unidos para ti 1936 - 2016

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 115 GCPS-ESSALUD-2016

Lima, 07 NOV 2016

VISTA:

La Carta Nº 35-SGPE-GCPS-ESSALUD-2016, remitida por la Sub-Gerencia de Prestaciones Especialidades, el Informe Técnico Nº 010-SGPE-GCPS-ESSALUD-2016, solicita aprobación del Proyecto de Resolución de la GCPS que apruebe la "Guía de Enfermería para el Cuidado Humanizado del Recién Nacido Prematuro en las Instituciones Prestadoras de Salud el Seguro Social de Salud-ESSALUD.

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el Numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Concordado y Actualizado del reglamento de Organización y Funciones, en el artículo 158° señala que la "Gerencia Central de Prestaciones de Salud, es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud; e incluye en el literal a) Formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia

Que, por Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 78-GCPS-EsSalud -2013 de fecha 19 de Julio del 2013, se aprueba la Norma que regulan los Comités y Comisiones Técnicas que se constituyen en la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la misma que tiene por finalidad prestar el apoyo y asesoramiento técnico a la Gerencia Central de Prestaciones en aspectos de trascendencia de la gestión.

Que, en atención al requerimiento de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, a través de la CARTA N° 35-SGPE-GCPS-ESSALUD-2016, solicito a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la aprobación de la propuesta de "Guía de Enfermería para el Cuidado Humanizado del Recién Nacido Prematuro en las Instituciones Prestadoras de Salud el Seguro Social de Salud – ESSALUD.

Que, en dicha normativa se estandariza la atención del Recién Nacido Prematuro brindada por el equipo de atención inmediata en las Instituciones Prestadoras de

Salud - IPRESS del segundo y tercer nivel de atención, estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas.

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el "Guía de Enfermería para el Cuidado Humanizado del Recién Nacido Prematuro en las Instituciones Prestadoras de Salud el Seguro Social de Salud-ESSALUD, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, se encargue de la difusión e implantación de la Guía aprobada por la presente Resolución.

3. **NOTIFICAR** a la Gerencia Central de Operaciones, en el ámbito de su competencia contribuya al cumplimiento de la implementación de la Guía aprobado con la presente Resolución.

4. **NOTIFICAR** a las Redes Desconcentradas y Redes Asistenciales, o quien haga sus veces, y a los Hospitales Nacionales de la Institución, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la aplicación y seguimiento de la implantación de la Guía aprobada.

5. **PUBLICAR** la normativa aprobada en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud - ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

TITULO ORIGINAL: GUÍA DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO HUMANIZADO DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Jr. Domingo Cueto N° 120-8°piso- Lima 11-Perú

DERECHOS DE AUTOR
Copyright@2016,EsSalud
Queda hecho el depósito que previene la Ley
Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud –EsSalud.

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° -GCPS-ESSALUD-2016

"GUÍA DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO HUMANIZADO DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD"

J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA - PERÚ
OCTUBRE - 2016

EsSalud
Humanizando la Seguridad Social

"Año de la consolidación del Mar de Grau"
"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

Ing. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY
PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD

Dr. MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS
GERENTE GENERAL

Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD



Dr. JOSE ALEJANDRO CHAVARRIA ARRASCUE
SUBGERENTE DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS

LIMA - PERU

OCTUBRE 2016

EQUIPO TÉCNCO ELABORADOR:

Lic. Aura Marlene, Montes Paz	Jefa de Enfermeras Servicio de Neonatología del Hospital Nacional G. Almenara Irigoyen.
Lic. Rina, Pachas Quispe	Enfermera Servicio Neonatología del Hospital Nacional G. Almenara Irigoyen.
Lic. Elizabeth, Rojas Castillo	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional G. Almenara Irigoyen.
Lic. Clarisa Díaz Carranza	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional Sabogal.
Lic. Consuelo Sánchez Sánchez	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional e. Rebagliati

EQUIPO DE VALIDACIÓN:

Lic. Jocelyn Chumpitaz Huapaya.	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional Sabogal
Lic. Nancy Cabrera Villanueva.	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional Sabogal
Lic. Giovana Garcia Matta	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional Sabogal
Lic. Ana Quispe Villalva	Enfermera Asistencial Servicio Neonatología del Hospital Nacional Sabogal
Lic. Doris Agui Huamán	Enfermera Asistencial Unidad Neonatología Hospital Suarez - Angamos.
Dr. Luis Santiago Cam Chang	Presidente Comité Nacional Neonatología
Dra. Ruth Colca Cruz	Miembro Comité Nacional Neonatología
Dra. Carmen Fernandez Sierra	Miembro Comité Nacional Neonatología
Lic. Yovanna Seclen Ubillus	Miembro Comité Nacional Neonatología
Dra. Bertha Chavez Peralta	Coordinadora Comité Nacional Neonatología
Dr. Jose Chavarría Arrascue	Sub Gerente Prestaciones Especializadas

Vo.Bo. J. CHAVARRIA A. Sub Gerente Prestaciones Especializadas GPRAS ESSALUD

ÍNDICE

I.	FINALIDAD		10
II.	OBJETIVO		10
III.	BASE LEGAL		10
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN		11
V.	CLASIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO PREMATURO - ACRÓNIMOS		11
VI.	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y DIAGRAMA DE FLUJO		12
	1	TERMOREGULACIÓN	13
	2	HUMIDIFICACIÓN	16
	3	MODULACION DE LA LUZ	18
	4	REDUCCIÓN DEL RUIDO	20
	5	MANEJO DEL DOLOR	22
	6	POSICIONANDO AL PREMATURO	24
	7	BARRERAS DE CONTENCIÓN	27
	8	CUIDADOS EN EL MANEJO RESPIRATORIO	29
	9	CUIDADOS EN EL MANEJO DE ACCESOS VENOSOS	32
	10	CUIDADOS DE LA PIEL	37
	11	CUIDADOS EN EL MANEJO NUTRICIONAL	40
	12	INTEGRACION DE LOS PADRES EN EL CUIDADO	42
	13	MANIPULACIÓN MÍNIMA	44
	14	MÉTODO CANGURO	46
VI.	BIBLIOGRAFÍA		50
VII.	ANEXOS		51

J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. El Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros (2012) señala que es necesario tomar medidas urgentes para encarar los 15 millones de bebés nacidos demasiado pronto, especialmente con tasas de nacimientos prematuros en aumento cada año. Esto es esencial para avanzar en el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) sobre la supervivencia infantil, dado que el 40% de las muertes de menores de 5 años son en recién nacidos, y además dar valor agregado a las inversiones en salud materna (ODM5).[1]

Los prematuros tienen riesgo de presentar múltiples discapacidades en las fases posteriores de su vida en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos[2] , por lo cual la calidad de vida de este bebé va a depender en gran medida del grado de prematuridad con que nació, de la calidad de atención que recibió durante el parto y de la calidad de atención durante todo el periodo de hospitalización enfocada en la prevención de complicaciones y la prevención de posibles daños en su vida futura.

Los reportes refieren, que existe una dramática brecha de supervivencia para los bebés prematuros dependiendo de dónde nacen. La brecha de supervivencia de 10.9 muestra que más del 90% de los bebés extremadamente prematuros (<28 semanas) nacidos en países de bajos ingresos mueren dentro de los primeros días de vida; sin embargo, menos del 10% de los bebés en la misma edad gestacional mueren en sitios de altos ingresos. Por otro lado, los estudios demuestran que cerca del 75 por ciento de estos bebés prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, con tratamientos simples, comprobados y económicos, así como también, con medidas preventivas que estuvieran disponibles en todo el mundo, según más de 100 expertos que contribuyeron al informe de la OMS.

VoBº
J. CHAVERRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

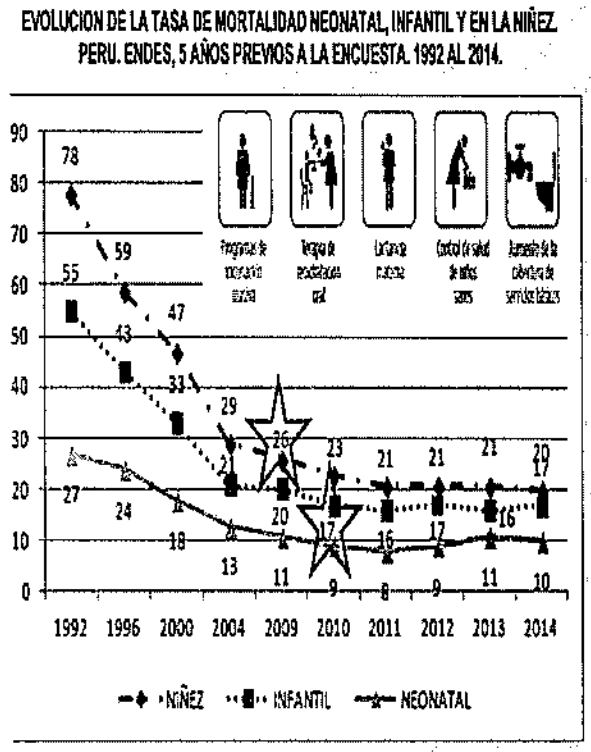
La tasa de mortalidad neonatal en Perú año 2012[3] fue de 9 por cada 1000 nacidos vivos, la misma que se incrementó en el 2013 a 11 y en el 2014 disminuyó a 10, manteniéndose de forma similar durante los últimos años. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida. Para el periodo 2011 – 2012 se estimó que la tasa de mortalidad es de 12.83 x 1000 nacidos vivos; además por cada muerte materna se producirían 14 defunciones neonatales.

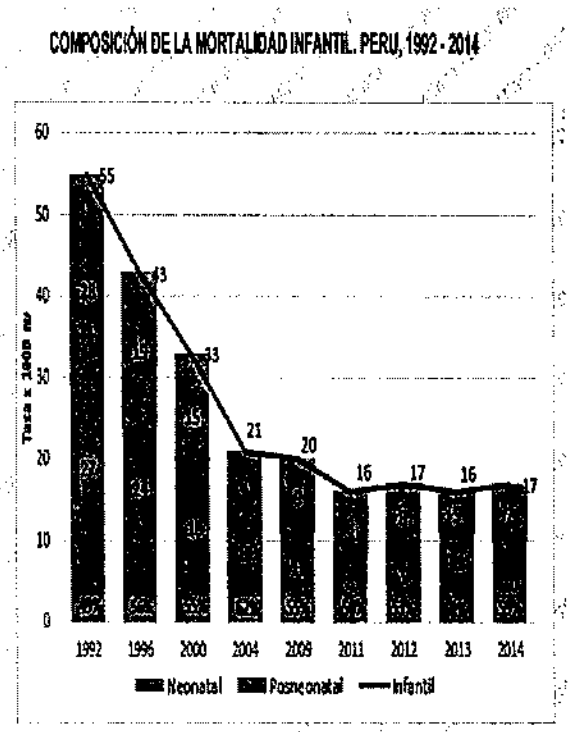
En la publicación de la OMS "¿A qué problemas se enfrentan los recién nacidos prematuros?"[3], manifiesta que el organismo de un prematuro esta menos preparado que un recién nacido a término para enfrentarse al mundo exterior ya que presenta las siguientes dificultades, mayor riesgo de hipotermia, dificultad respiratoria por déficit de surfactante, inmadurez del tracto gastrointestinal e inmunológico; riesgo de hemorragia intraventricular y retinopatía del prematuro entre otras. Asimismo tienen riesgo de presentar múltiples discapacidades en las fases posteriores de su vida.

1. Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. 2012.
2. OMS | Nacimientos prematuros Who| World Health Disponible en: www.who.int/mediacentre /factsheets/ fs363/es.
3. ENDES 2012.
4. Organización Mundial de la Salud - OMS (2013).

Por lo cual la calidad de vida de este bebé va a depender en gran medida del grado de prematuridad con que nació, de la calidad de atención que recibió durante el parto y de la calidad de atención durante todo el periodo de hospitalización enfocada en la prevención de complicaciones y de posibles daños en su vida futura.

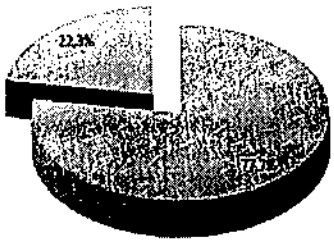
1. Tasa de Mortalidad Neonatal Perú al 2014

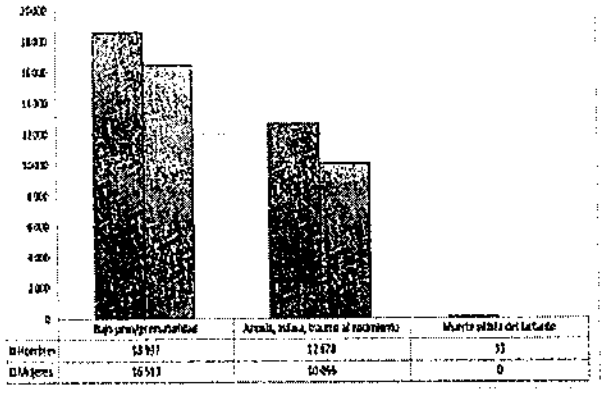




Fuente: Dirección General Epidemiología-MINSA - Lic. Jeannette Ávila

Carga de enfermedad – Condiciones Perinatales

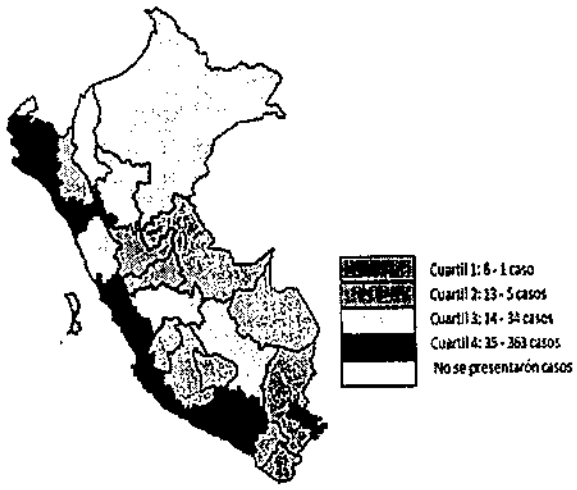




EsSalud Seguro Social de Salud del Perú

V°B° J.CHAVARRIA A. Sub Gerente

CASOS DE MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA ESSALUD 2014



EsSalud Seguro Social de Salud del Perú

Fuente: Notificación de Muerte Fetal y Neonatal-Sub Sistema de Mortalidad/GCPS/OISS

CASOS Y TASA DE MORTALIDAD NEONATAL X 1000 NACIDOS VIVOS SEGÚN REDES ASISTENCIALES. ESSALUD 2014

REDES ASISTENCIALES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL GENERAL	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL X 1000 N.V.
PIURA	45	83	128	21.5
AREQUIPA	74	62	136	18.7
MOYOBAMBA	4	4	8	17.0
REBAGLIATI	73	87	160	9.9
Junin	14	18	32	9.4
ALMENARA	59	87	146	9.2
TARAPÓTO	5	6	11	9.1
LA LIBERTAD	22	33	55	8.8
PASCO	2	7	9	8.3
ANCASH	8	9	17	7.9
LAMBAYEQUE	23	21	44	7.6
LORETO	9	5	14	6.0
SABOGAL	37	62	99	5.8
UCAYALI	3	5	8	5.7
CUSCO	9	11	20	5.6
HUANCAVELICA	1	2	3	5.2
HUANUCO	3	6	9	4.8
AYACUCHO	3	2	5	4.5
TACNA		6	6	4.4
Juliaca	3	2	5	4.3
Madre de Dios		2	2	4.2
ICA	8	14	22	4.0
PUNO	2	1	3	3.1
CAJAMARCA		4	4	2.9
MOQUEGUA		1	1	1.0
Total general	404	540	947	8.7

Fuente: Notificación de Muerte Fetal y Neonatal Sub Sistema de Mortalidad/GDPS/DIGEPRES 2014

J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente
Dirección de Prestaciones Especializadas-GDPRESS
ESSALUD

I. FINALIDAD:

Contribuir a mejorar la calidad de vida del Recién Nacido Prematuro, disminuyendo la morbimortalidad y discapacidad en las Unidades Neonatales (UCI-UCIN, Unidades Básicas).

II. OBJETIVO:

Mejorar el cuidado del Recién Nacido Prematuro a través de intervenciones estandarizadas de enfermería en la Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios Neonatales y Unidades Neonatales Básicas, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias y de terceros.

III. BASE LEGAL:

1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias aprobadas por Decretos supremos N° 002-2004-TR y 025-2007-TR.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 009-97-SA y disposiciones ampliatorias y modificatorias.
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.
6. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprobó "Normas para la Elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud"
7. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, y modificatoria aprobada con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015.
8. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015, que aprueba la modificación del Art. 193° de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, Naturaleza de la Gerencia de Red Desconcentrada. Modelo de Organización y los Reglamentos de Organización y Funciones de las Gerencias de Red Desconcentrada de Lima y Callao.
9. Resolución de Gerencia General N°1364-GG-ESSALUD-2014, que aprobó la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2014, Gestión e implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
10. Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 que dispone las "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
11. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 58-GCPS-ESSALUD-2016, que aprobó la Directiva N° 009-GCPS-ESSALUD-2016"Normas para la Elaboración del Manual de Procedimientos Asistenciales en el Seguro Social de Salud-ESSALUD"
12. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 063-GCPS-ESSALUD-2012, que aprobó el "Manual de Procedimientos de los Servicios de Neonatología de ESSALUD"

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

En todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del II y III Nivel de Atención propias y de terceros.

V. CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

El Recién Nacido Prematuro de acuerdo a la edad gestacional puede ser:

- Prematuros < 37 semanas
  a) Prematuros tardíos (De 34 a < 37semanas)
  b) Prematuros moderados (De 32 a < de 34 semanas)
  c) Muy prematuros (de 28 a < de 32 semanas)
  d) Extremadamente prematuros (<28 semanas)

El Recién Nacido Prematuro de acuerdo al peso al nacer puede ser:

- Bajo Peso (< 2500 gr) RNBPN
- Muy Bajo Peso (<1500 gr) RNMBPN
- Extremadamente Bajo Peso (< 1000 gr) RNEBPN

V°B° J.CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

VI. TÉRMINOS DE REFERENCIA /ACRÓNIMOS:

Recién nacido a Término (RNT): Recién nacido cuya edad gestacional es 37 a semanas o más y menor de 42 semanas.

Recién nacido Pre Término (RNPT): Recién nacido cuya edad gestacional es menor de 37 a semanas completas (menos de 259 días de gestación).

Recién nacido de bajo peso (RNBPN): Recién nacido con peso menor de 2500 gramos al nacer.

Recién nacido de muy bajo peso (RNMBPN): Recién nacido con peso inferior a 1500 gramos al nacer.

Recién nacido de extremadamente bajo peso (RNEBPN): Recién nacido con peso menor a 1000 gramos al nacer.

Recién nacido normal: Todo Recién nacido, único o múltiple, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, cuyo peso es adecuado para la edad gestacional y que no presenta patología.

Tasa de mortalidad neonatal: es el número de muertes producidas entre el nacimiento y los 28 días de vida por cada mil nacidos vivos en un año.

VII. RELACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ASISTENCIALES

1. TERMOREGULACIÓN.
2. HUMIDIFICACIÓN.
3. MODULACIÓN DE LA LUZ.
4. REDUCCIÓN DEL RUIDO.
5. MANEJO DEL DOLOR.
6. POSICIONANDO AL PREMATURO.
7. BARRERAS DE CONTENCIÓN.
8. CUIDADOS EN EL MANEJO RESPIRATORIO.
9. CUIDADOS EN EL MANEJO DE ACCESOS VENOSOS.
10. CUIDADOS EN EL MANEJO NUTRICIONAL.
11. CUIDADOS DE LA PIEL.
12. INTEGRACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO.
13. MANIPULACIONES MÍNIMAS.
14. MÉTODO CANGURO.

7.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA **TERMOREGULACIÓN**	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 1

1. DEFINICIÓN:

Es una función fisiológica crítica en el recién nacido ligada a la sobrevida, a su estado de salud y a la morbilidad asociada por lo que resulta fundamental mantener al neonato normo térmico (36.5°C y 37°C), ya que la hipotermia y la hipertermia originan graves consecuencias fisiológicas como bradicardia, aumento del esfuerzo respiratorio, disminución de la perfusión periférica, hipoglicemia y acidosis metabólica.

2. REQUISITOS:

EQUIPO: - Incubadora de doble pared y sensor de Temperatura **MATERIALES:** - Nido - Gorros - Plástico - Termómetro	**PERSONAL:** Enfermera Especialista en Neonatología Enfermera Capacitada y/o entrenada **Tener conocimiento de:** Características y cuidados del prematuro Termorregulación Bioseguridad

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

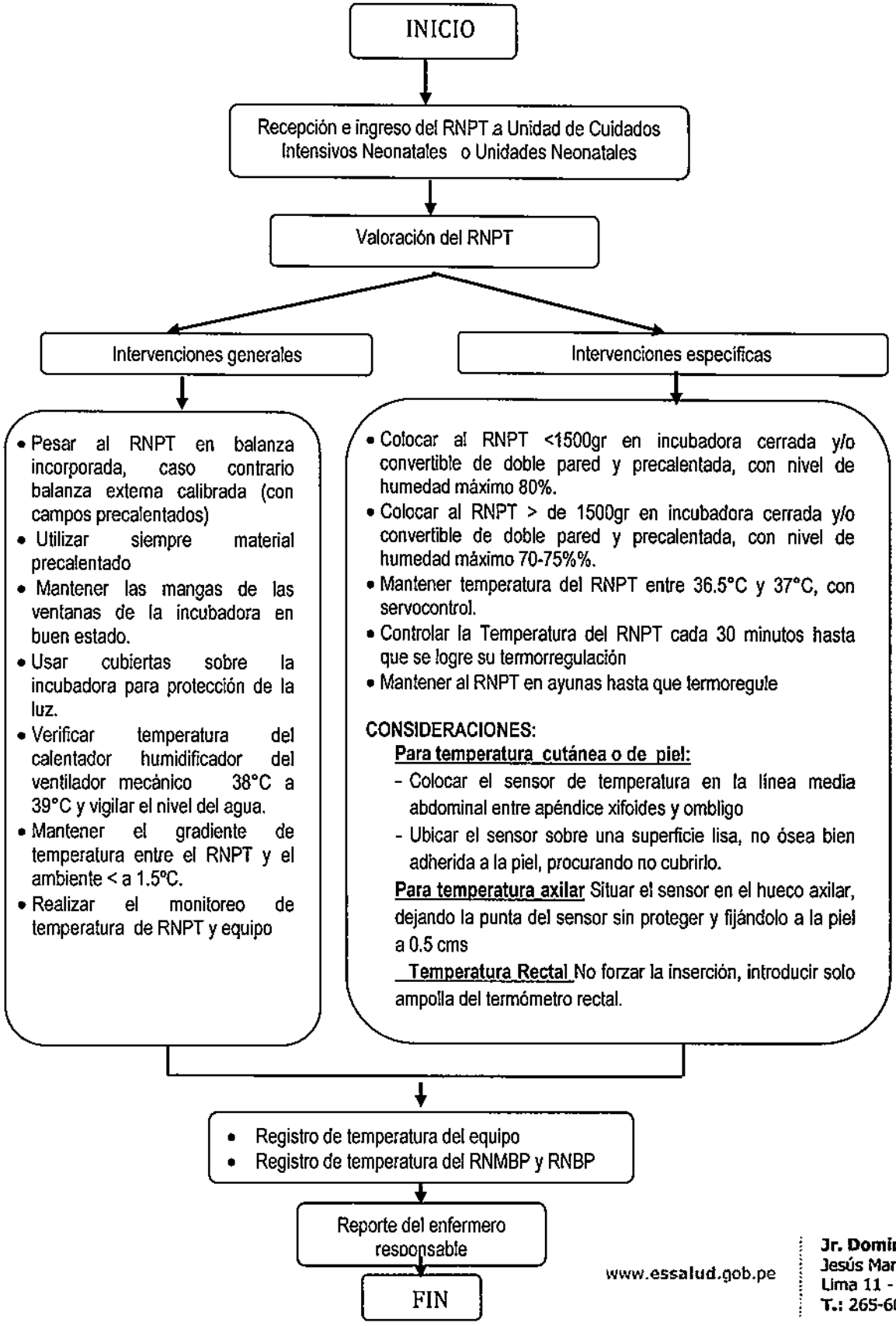
N° Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Prepara el ambiente para la recepción el RNPT en la UCI Neonatal y/o Unidad Neonatal	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Coordina el pase inmediato del RNPT desde SOP y Sala de Partos a UCI Neonatal	
3	- Colocar al RNPT en incubadora cerrada y/o convertible de doble pared y precalentada, con nivel de humedad máximo 80%. - Pesar al RNPT dentro de la incubadora si tuviera balanza incorporada, caso contrario balanza externa preparada y calibrada (con campos precalentados) - Utilizar material precalentado dentro de la incubadora. - Mantener al RNPT con gorros. - Usar para el confort nido con pañales de tela precalentada. - Usar bolsa plástica estéril o polietileno para envolver al prematuro < 1500 gramos. - Mantener temperatura del RNPT entre 36.5°C y 37°C, con servo control.	

J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

	1.5°C. - Controlar la Temperatura del RNPT cada 30 minutos hasta que se logre su termorregulación - Colocar el sensor de temperatura en la línea media abdominal entre apéndice xifoides y ombligo - Monitorear la temperatura y mantener al RNPT en ayunas hasta que regule temperatura. **CONSIDERACIONES:** **Para temperatura cutánea o de piel:** - Colocar el sensor de temperatura en la línea media abdominal entre apéndice xifoides y ombligo - Ubicar el sensor sobre una superficie lisa, no ósea bien adherida a la piel, procurando no cubrir el sensor con ropa o pañal, ni recostando al RNPT sobre el sensor, **Para temperatura axilar** - Situar al sensor en el hueco axilar, dejando la punta del sensor sin proteger y fijándolo a la piel a 0.5 cms de la punta. **Temperatura Rectal** No forzar la inserción e introducir solo ampolla del termómetro rectal.	
4	Registro de monitoreo de temperatura	

VºBº
J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

FLUJOGRAMA DE TERMOREGULACION EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente

7.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA **HUMEDAD**	**VERSIÓN: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 1

1. DEFINICIÓN:

Es la cantidad de vapor de agua que contiene un gas. La humedad es un aislante que actúa disminuyendo las pérdidas de calor. Procesos fisiologicos de regulación del calor y la energía en el cuerpo con el propósito de proteger el organismo.

Manejo de la humedad en incubadoras. El objetivo es disminuir las pérdidas de calor por evaporación y pérdidas de agua durante la maduración post-natal de la barrera epidérmica en RNPT.

2. REQUISITOS:

EQUIPO:	PERSONAL:
– Incubadora de doble pared con sensor de Temperatura y de humedad – Bolsa plástica estéril o polietileno – Nido – Gorro – Termómetro	Enfermera Especialista en Neonatología Enfermera Capacitada y/o entrenada Técnica de Enfermería capacitada y/o entrenada **Tener conocimiento en:** Características y cuidados del prematuro Termorregulación -Humedad

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

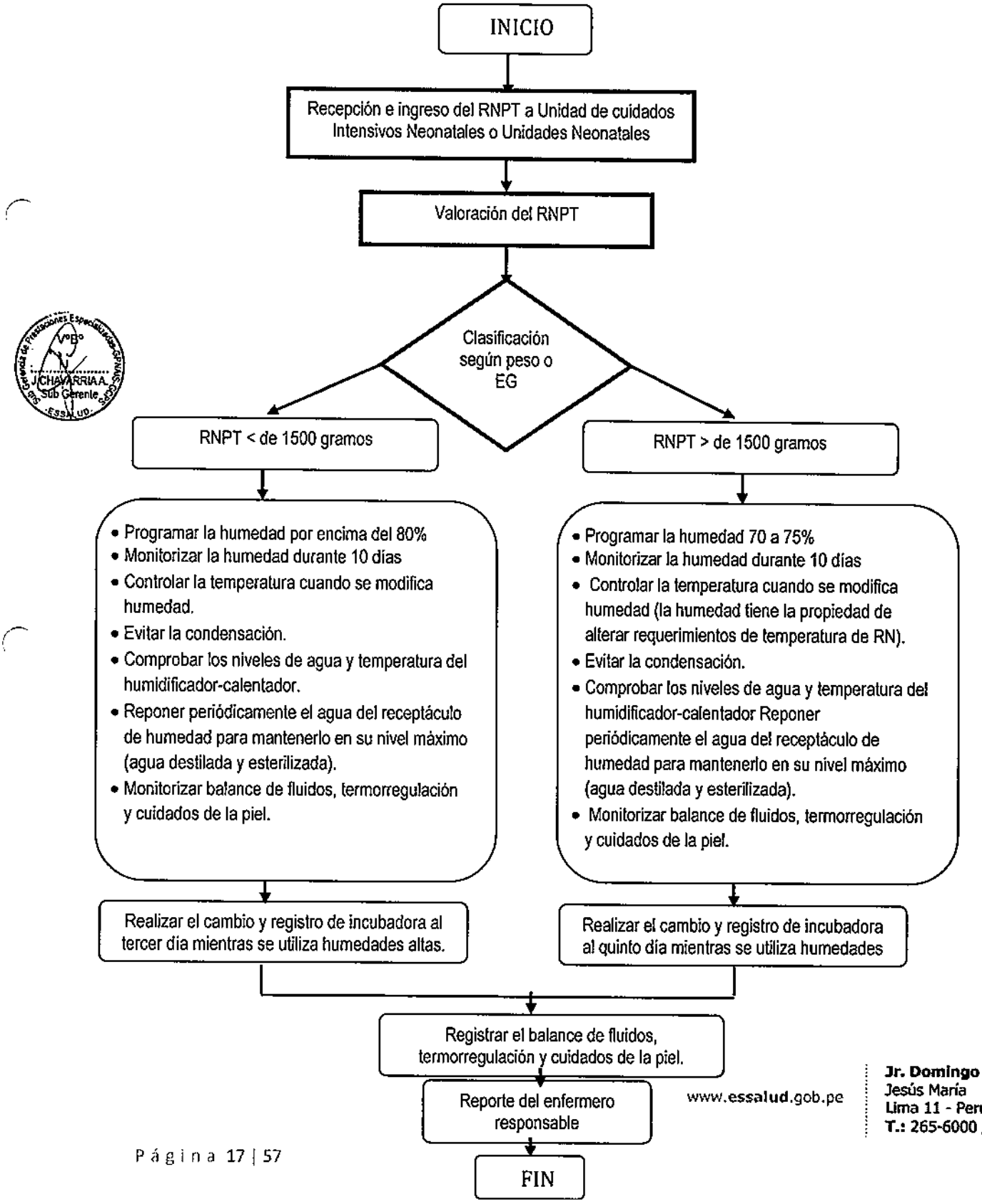
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	En RNPT < 1500gr programar y verificar que en los tres primeros días de nacido el grado de humedad, debe estar por encima del 80%	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	En RNPT > 1500gr programar y verificar que en los tres primeros días de nacido el grado de humedad, debe estar entre 70% y 75%	
3	Controlar la temperatura cuando se modifica la humedad (la humedad tiene la propiedad de alterar los requerimientos de temperatura del niño).	
4	Evitar la condensación.	
5	Comprobar los niveles de agua y temperatura del humidificador-calentador. Reponer periódicamente el agua del receptáculo de humedad para mantenerlo en su nivel máximo (agua destilada y esterilizada).	Enfermera y Técnica Enfermería responsables del cuidado del RNPT
6	Registrar el cambio de incubadora	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
7	Realizar el cambio de incubadora al tercer día mientras se utiliza humedades altas > 80%.	Enfermera y Técnica Enfermería responsables del cuidado del RNPT
8	Realizar el cambio de incubadora cada cinco dias mientras se utiliza humedades < del 80%	Enfermera y Técnica Enfermería responsables del cuidado del RNPT
9	Monitorizar balance de fluidos, termorregulación y cuidados de la piel.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT

V°B° Jefatura de Prestaciones Especializadas con Cuidados Críticos J.CHAVARRIA A. Sub Gerente "ESSALUD"

RECOMENDACIONES:

- Es obligatorio lavarse las manos antes y después del procedimiento (OMS)
- El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.
- En caso de incubadoras que no cuenten con humedad colocar al bebe dentro de una bolsa de plástico

FLUJOGRAMA DE HUMEDAD EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



www.essalud.gob.pe
Jr. Domingo Cueto 1
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-70

7.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA MODULACIÓN DE LA LUZ	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 1

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades dirigidas a disminuir la exposición permanente del neonato a la luz con la finalidad de que él RNPT concilie el sueño, descanse mejor, gaste menos energía y tenga mayor ganancia de peso, favoreciendo la conducta organizada del neonato

De esta manera se acorta su estancia intrahospitalaria y se reduce el riesgo de contraer enfermedades asociadas a la atención en salud.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• Protectores oculares (Fototerapia) • Sábana o dispositivo adecuado (manta acolchada) • Protectores de luz solar en ventanas	Enfermera Especialista en Neonatología Enfermera Capacitada y/o entrenada **Tener conocimiento de:** - Neurodesarrollo - Bioseguridad.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

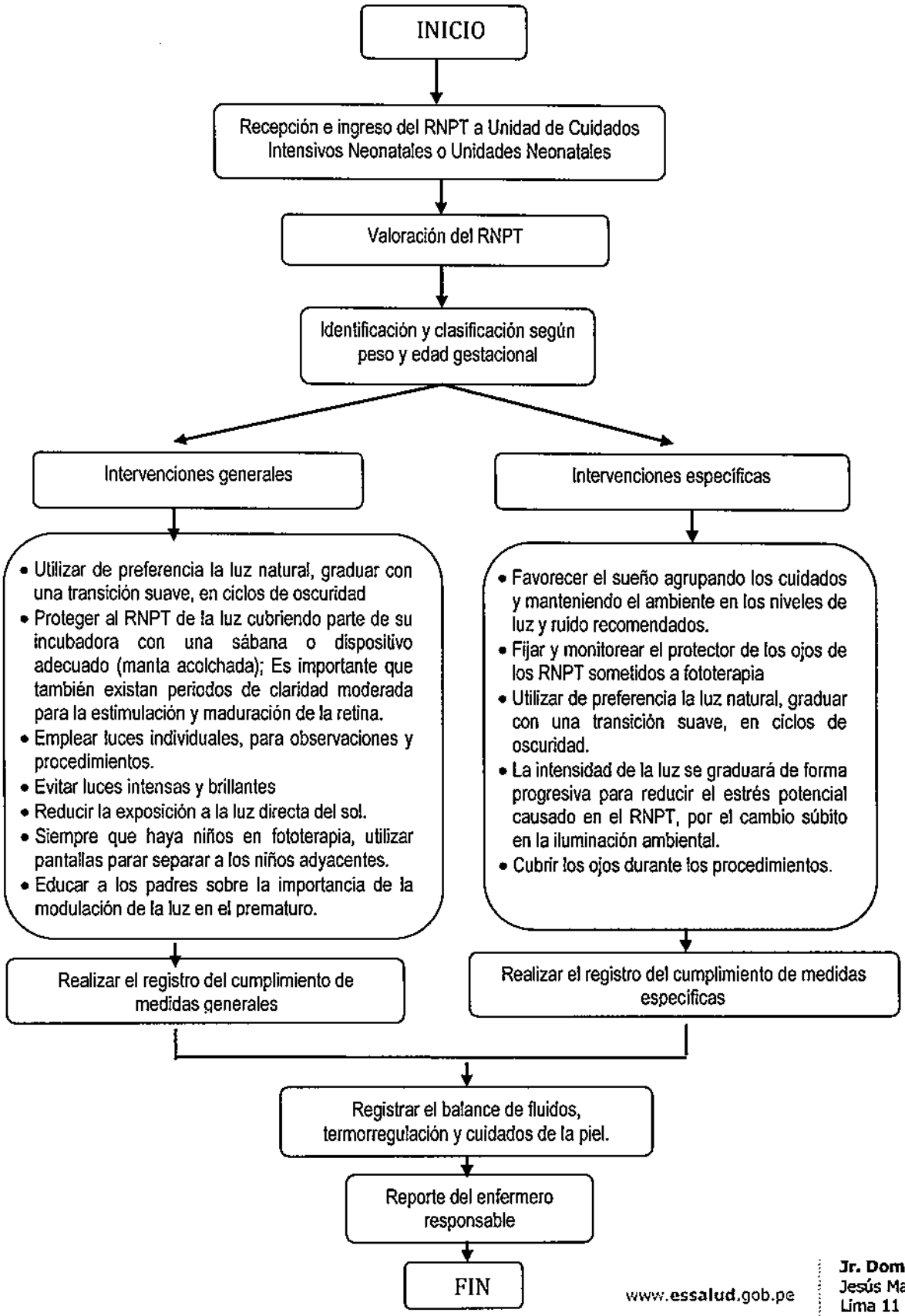
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Favorecer el sueño agrupando los cuidados y manteniendo el ambiente en los niveles de luz y ruido recomendados.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Fijar bien el protector ocular en caso de RNPT sometidos a fototerapia y estar atenta a que estén correctamente colocados.	
3	Utilizar de preferencia la luz natural, graduar con una transición suave, en ciclos de oscuridad. La intensidad de la luz se graduara de forma progresiva para reducir el estrés potencial causado en el RNPT, por el cambio súbito en la iluminación ambiental.	
4	Proteger al RNPT de la luz cubriendo parte de su incubadora con una sábana o dispositivo adecuado (manta acolchada). Es importante que existan periodos de claridad moderada para la estimulación y maduración de la retina.	
5	Emplear luces individuales, para observaciones y procedimientos	
6	Reducir la exposición a la luz directa del sol	
7	Cubrir los ojos durante los procedimientos.	

RECOMENDACIONES:

- Evitar luces intensas y brillantes
- No cubrir los ojos más del tiempo necesario
- Siempre que haya niños en fototerapia, utilizar pantallas parar separar a los niños adyacentes
- Educar a los padres sobre la importancia de la modulación de la luz en el prematuro.

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente

FLUJOGRAMA DE MODULACIÓN DE LA LUZ EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente

7.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA REDUCCIÓN DEL RUIDO	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de acividades dirigidas a disminuir el nivel de ruido en las unidades neonatales con la finalidad de evitar el estrés acústico, factor condicionante en la interrupcion de los estados de sueño, las alteraciones fisiologicas que afectan el crecimiento y neurodesarrollo del RNPT

2. REQUISITOS:

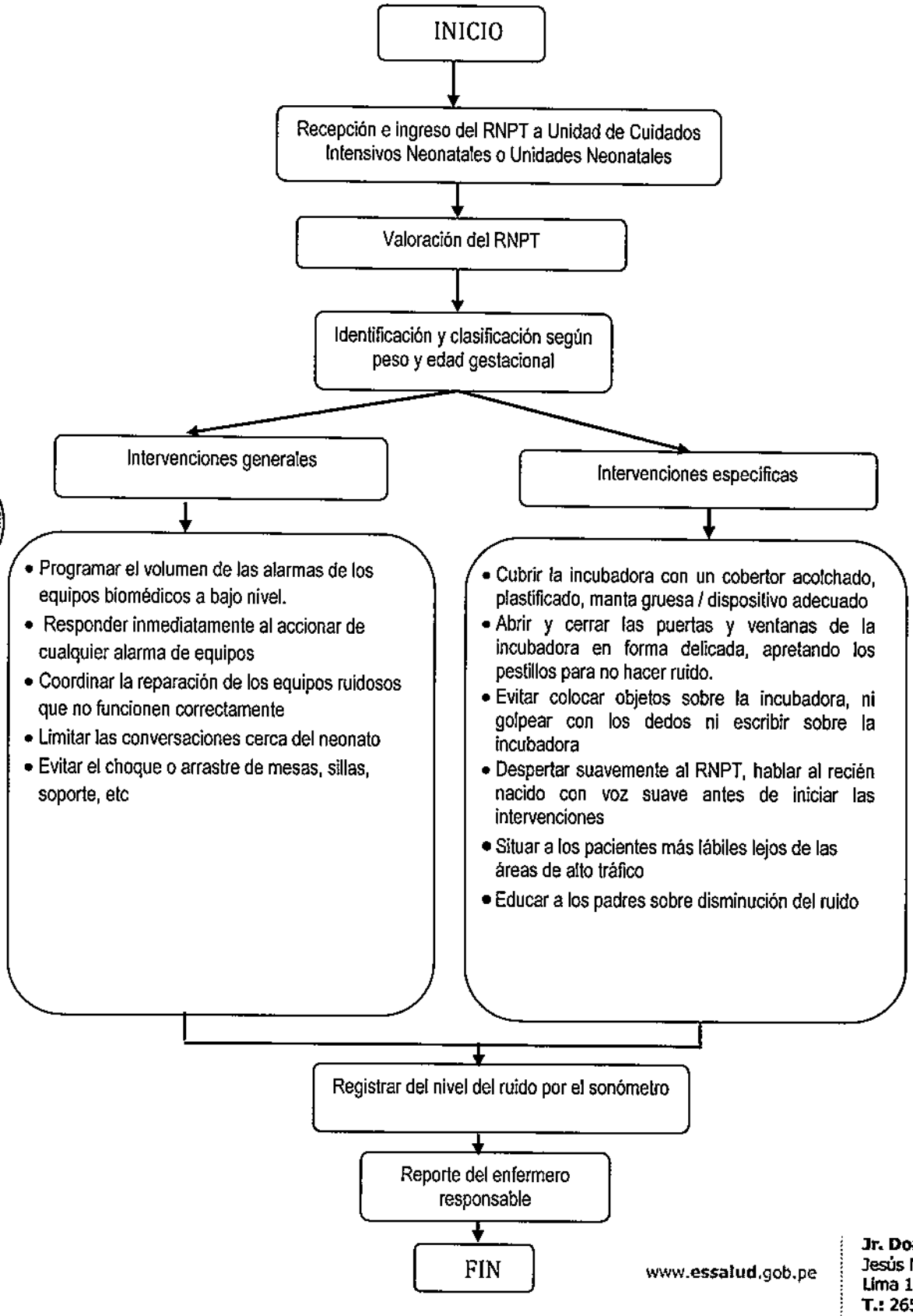
EQUIPOS:	**PERSONAL:**
Incubadora Sonómetro: medir decibeles **MATERIALES:** Cobertor de material acolchado, plastificado o manta gruesa.	Enfermera Especialista en Neonatología Enfermera Capacitada y/o entrenada Técnica de Enfermería capacitada Tener **conocimiento de:** - Neurodesarrollo - Bioseguridad

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
	Actividades Generales:	
1	Programar el volumen de las alarmas de los equipos biomédicos a bajo nivel.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Responder inmediatamente al accionar de cualquier alarma de equipos	
3	Limitar las conversaciones cerca del neonato	Enfermeras y técnicas de Enfermería responsables del cuidado del RNPT
4	Coordinar la reparación de los equipos ruidosos que no funcionen correctamente	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
5	Evitar el choque o arrastre de mesas, sillas, soporte, etc.	Enfermera y técnicas de Enfermería responsables del cuidado del RNPT
6	Registrar el nivel de ruido realizado por el sonómetro del servicio.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

FLUJOGRAMA DE REDUCCIÓN DEL RUIDO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

7.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DOLOR	VERSION: 01 FECHAS: Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 Página: 1 de 1

1. DEFINICIÓN:

La Asociación Internacional para el estudio del dolor ha definido al dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular actual o potencial". La interpretación del dolor es subjetiva

2. REQUISITOS:

INSTRUMENTO: - ESCALA DE DOLOR DEL RECIEN NACIDO PREMATURO PIPP (Premature Infant Pain Profile)	Enfermera Especialista en Neonatología Enfermera Capacitada y/o entrenada **Tener conocimiento de:** - Neurodesarrollo - Bioseguridad. - Escala del dolor.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

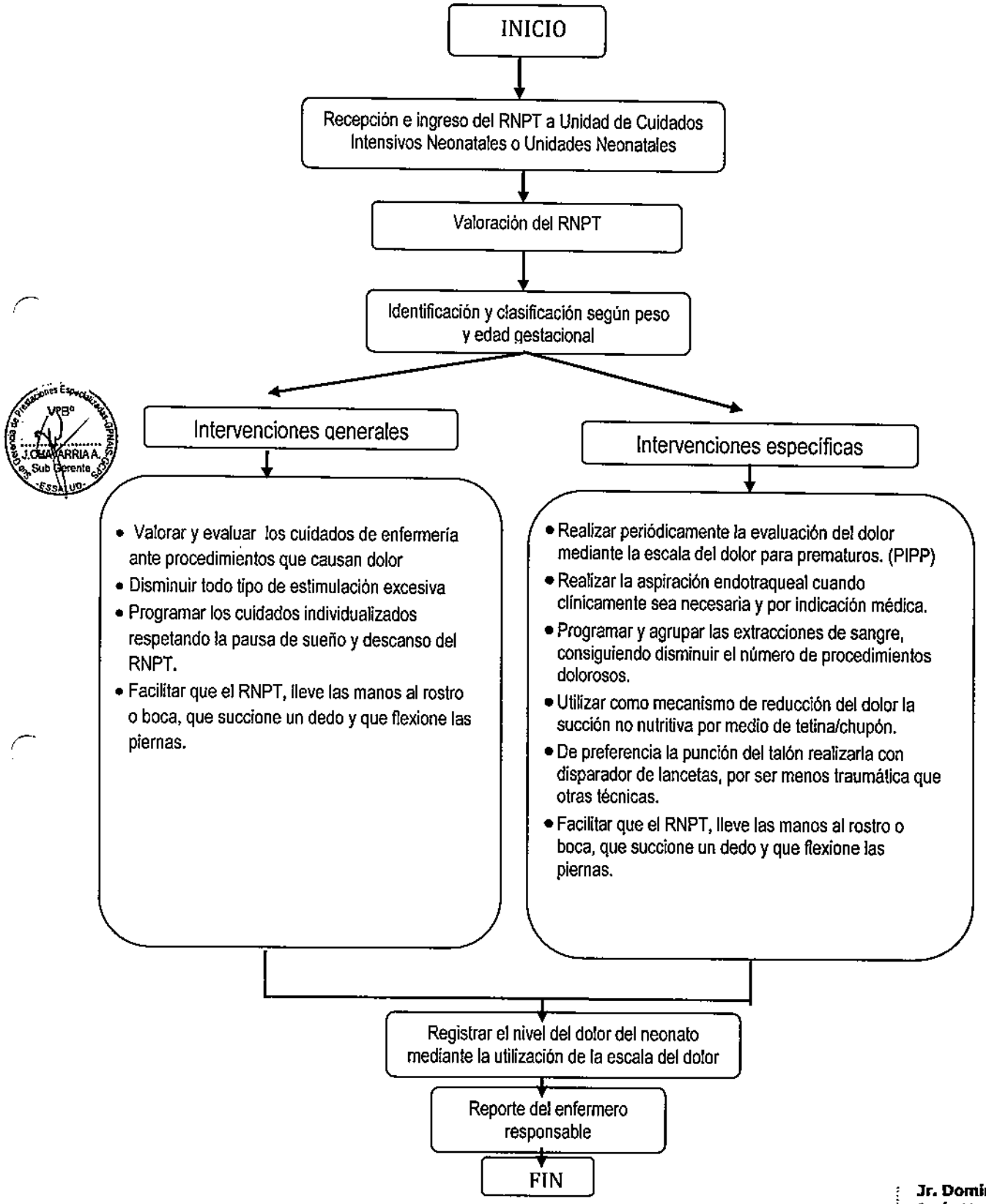
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Valorar y evaluar los cuidados de enfermería ante procedimientos que causan dolor.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Disminuir todo tipo de estimulación excesiva	
3	Realizar periódicamente la evaluación del dolor mediante la escala del dolor para prematuros. (PIPP)	
4	Programar los cuidados individualizados respetando la pausa de sueño y descanso del neonato.	
5	Realizar la aspiración endotraqueal cuando clínicamente sea necesaria e indicación médica.	
6	Programar y agrupar las extracciones de sangre, consiguiendo disminuir el número de procedimientos dolorosos.	
7	Utilizar como mecanismo de reducción del dolor la succión no nutritiva por medio de tetina/chupón	
8	De preferencia la punción del talón realizarla con disparador de lancetas, por ser menos traumática que otras técnicas.	
9	Facilitar que el RNPT lleve las manos al rostro o boca, que succione un dedo y que flexione las piernas.	
10	Mantener posición fetal de acuerdo al procedimiento	

RECOMENDACIONES:

- Utilizar nidos y barreras para el posicionamiento del recién nacido.

J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente

FLUJOGRAMA DE VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



VºBº J. CHAVARRIA A. Sub Gerente

7.6 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA POSICIONAMIENTO DEL PREMATURO	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades que promueven el alineamiento estructural, favoreciendo el desarrollo funcional de la postura y el movimiento, a favor de la conformidad del prematuro. El posicionamiento afecta a los parámetros fisiológicos y conductuales.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
-Pañales -Mantas	• Enfermera especialista o con competencias en neonatología • Técnica de Enfermería capacitada Tener **conocimiento de:** - Neurodesarrollo - Bioseguridad. - Precauciones Universales.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Preparar el material necesario para la preparación de los nidos.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT Técnica de Enfermería
2	Elaborar los nidos de acuerdo al peso del prematuro.	
3	Realizar la contención con las manos, flexionando las piernas y las manos y manteniendo la línea central del tórax (posición fetal).	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
4	Utilizar nidos y barreras para el posicionamiento del RNPT.	
5	Realizar el cambio de nidos cada 24 hrs o cuando se considere necesario.	
6	Evitar traccionar la cabeza del prematuro hacia atrás o lateralmente, evitar la flexión excesiva del cuello, cuando se encuentre recibiendo asistencia respiratoria (ventilación mecánica, CPAP Nasal)	
7	**Posición supina:** Colocar la cabeza del prematuro en línea media, evitando la flexión excesiva del cuello.	
8	Promover la flexión de las extremidades superiores hacia línea media y sobre tronco, con proyección anterior a los hombros.	
9	Colocar las caderas y rodillas en flexión y suave aducción, evitando la rotación interna. Los pies del prematuro deben estar dentro de los bordes del nido.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
	Posición prona:	
10	Considerar que el alineamiento cabeza-cuello-tronco es importante	
11	Realizar alternancia de la posición de la cabeza entre los lados derecho e izquierdo	

V°B°
J. CHAMARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA POSICIONAMIENTO DEL PREMATURO	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 2 de 2

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
	Decúbito lateral:	
13	Mantener la posición flexión, evitando el arqueamiento del cuerpo	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
14	Promover actividades de contacto mano-mano, mano-boca y mano-cara.	
15	Alternar sobre hemicuerpo derecho e izquierdo.	
12	Colocar una almohadilla o soporte a la altura de la línea mamilar, con los brazos alrededor de éste	

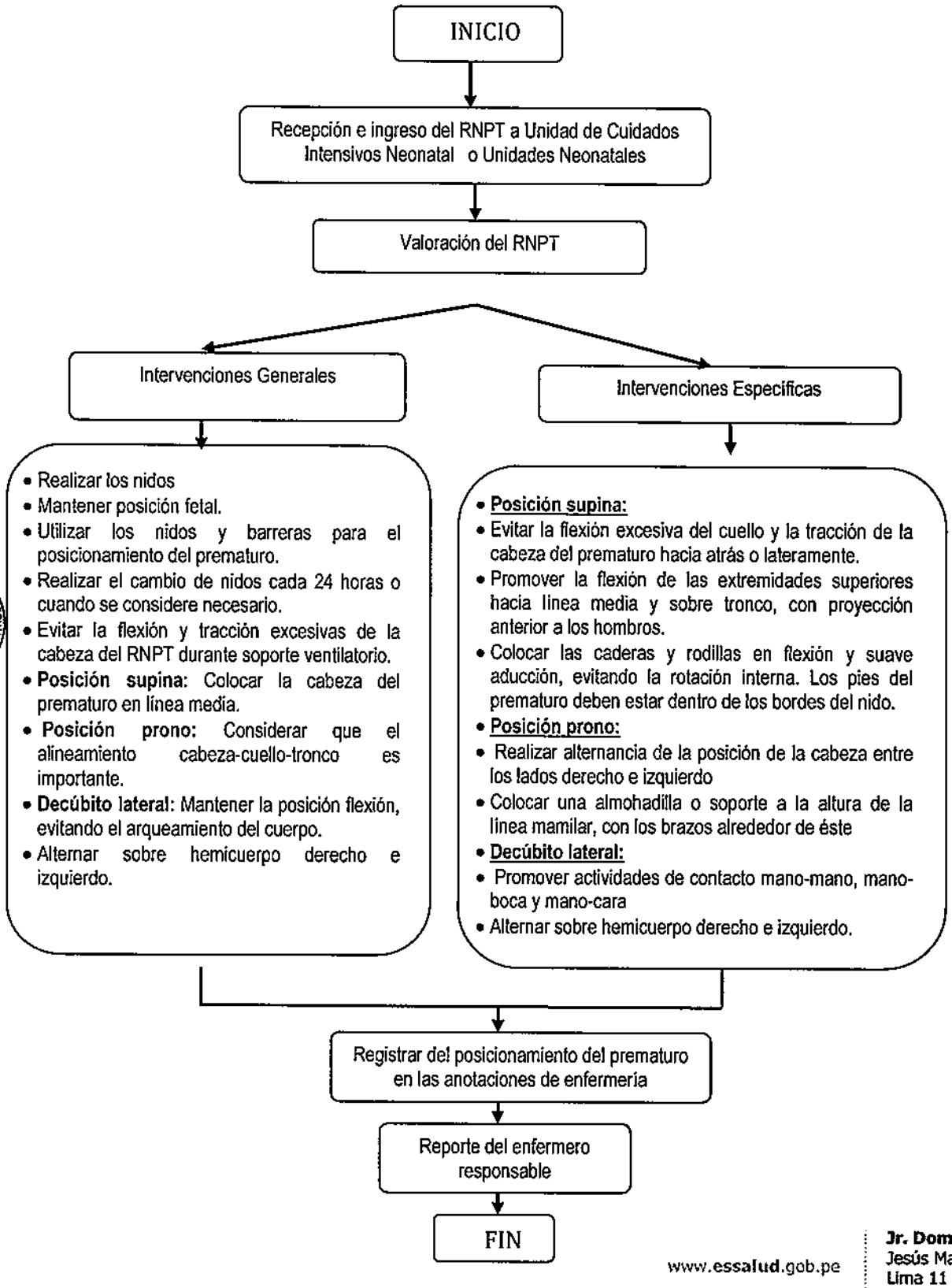
V°B° JCHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

16	Registrar en las notas de enfermería.	

RECOMENDACIONES:

- La atención del prematuro deberá darse según sus necesidades, sin basarse en una rutina rígida.
- Identificar las señales individuales del dolor y responder a ellas de manera apropiada.

FLUJOGRAMA DE POSICIONAMIENTO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente

7.7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA **BARRERAS DE CONTENSIÓN**	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades dirigidas a brindar cuidado postural ofreciendo contención cefálica, podálica y lateral permitiendo que el Prematuro encuentre en el NIDO el mejor control de stress y estabilidad fisiológica promoviendo el neurodesarrollo manteniéndose en flexión con posibilidad de movilizarse.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
• (05) Pañales de bombasí, sábanas o toallas estériles/ nido • Dos apósitos (cuerpo, hombro) • Colchones de gel	Enfermera especialista o capacitada en neonatología **Tener conocimiento de:** Bioseguridad.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

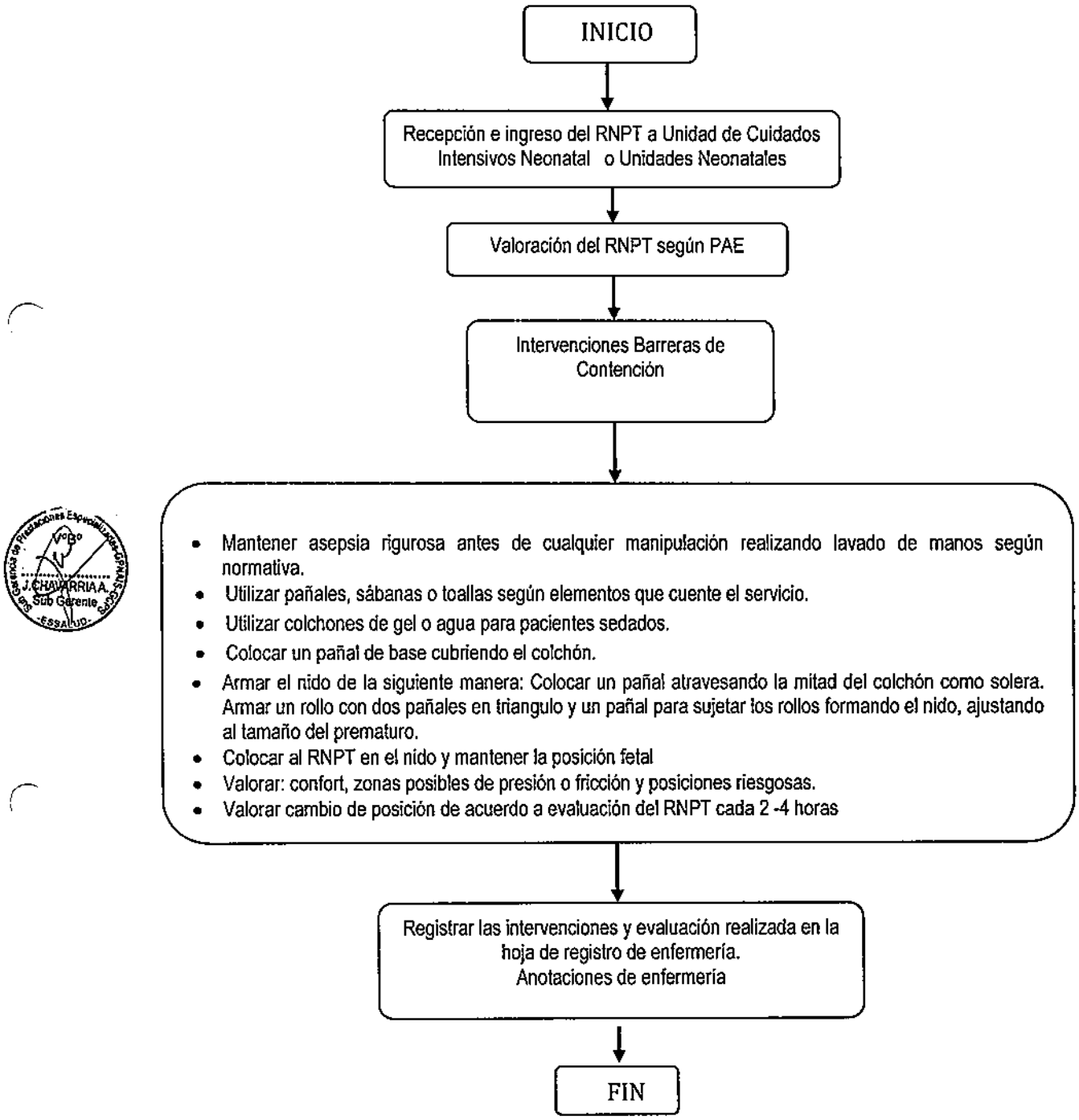
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	• Mantener asepsia rigurosa antes de cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	• Utilizar pañales, sábanas o toallas según elementos que cuente el servicio. • Se sugiere utilizar colchones de gel o agua para pacientes sedados. • Colocar un pañal de base cubriendo el colchón. • Armar el nido de la siguiente manera: Colocar un pañal atravesando la mitad del colchón como solera. Armar un rollo con dos pañales en triangulo y un pañal para sujetar los rollos formando el nido, ajustando al tamaño del prematuro.	
3	• Colocar al RNPT en el nido y mantener la posición fetal	
4	• Valorar: confort, zonas posibles de presión o fricción y posiciones riesgosas.	
5	• Valorar cambio de posición de acuerdo a evaluación del RNPT cada 2 a 4 horas	
6	• Registrar en las notas de enfermería	

RECOMENDACIONES

Promover y mantener la posición fetal.

J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

FLUJOGRAMA DE **BARRERAS DE CONTENSION** EN EL CUIDADO DEL RECIEN PREMATURO



7.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA CUIDADOS EN EL MANEJO RESPIRATORIO	VERSION: 01 FECHAS: Elaborado:2015-2016 Validado: 2016 Página: 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de forma ordenada y sistemática que están dirigidas a disminuir las complicaciones (baro trauma) y/o secuelas pulmonares (displasia bronco pulmonar), secuelas oftalmológicas (retinopatía del prematuro), debido a la inmadurez anatómica pulmonar, déficit de surfactante y la incapacidad de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:

- Ventilador Mecánico (corrugados , TET)
- CPAP nasal
- Corrugados, humidificador, tubo endotraqueal (2.5, 3, 3.5 y 4)
- Circuito cerrado para aspiración.
- Casco Cefálico
- Cánula binasal
- Flujómetro y microflujómetro
- Mezclador de Oxígeno y aire
- Oxígeno y aire comprimido empotrados
- Pulsoxímetro
- Monitor multiparámetros
- Cinta adhesiva adecuada para fijación de TET

PERSONAL:

Enfermera especialista o con competencias en neonatología.

Tener conocimiento:

- Fisiología respiratoria
- Oxigenoterapia

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

Nº Paso	ACTIVIDADES	Responsables
1	Colocar al prematuro en posición que facilite la ventilación.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Identificar al RNPT que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.	
3	Vigilar signos de dificultad respiratoria y de oxigenación.	
4	Preparar el equipo de oxígeno y administre a través de un sistema calefectado y humidificado.	
5	Administrar oxígeno según indicación médica: Ventilación mecánica (sincronizada o VAFO), CPAP nasal, casco cefálico, cánula binasal.	
6	Monitorizar la cantidad de oxígeno administrado y la saturación del paciente cada hora	
7	Controlar la eficacia de la oxigenoterapia: pulsoxímetro, gasometría arterial, según corresponda.	

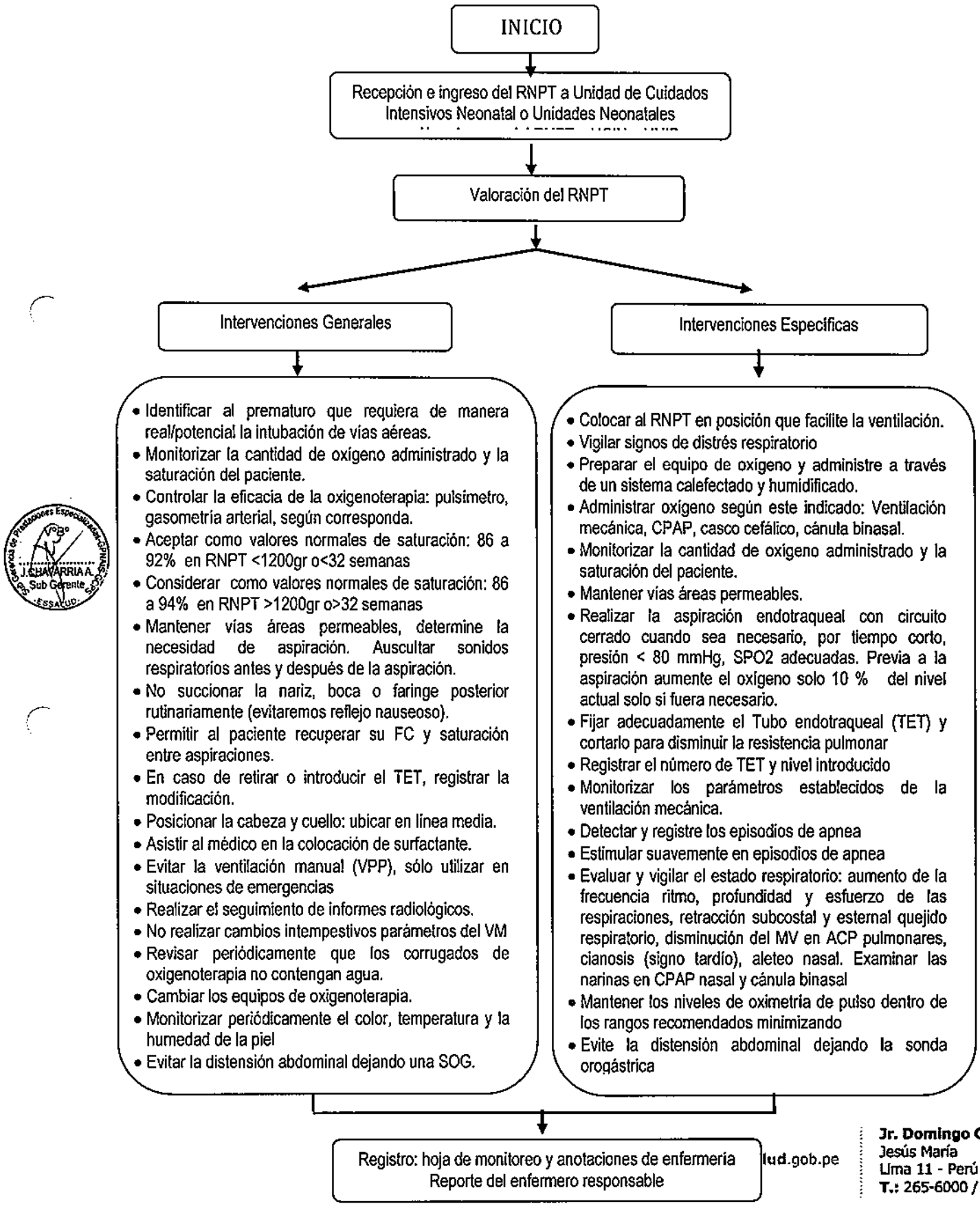
V°B° J. CHAMARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

8	Aceptar como valores normales de saturación: 88 a 92% hasta que se estabilice y luego se considera ideal entre 88 y 95%.	
9	Mantener vías áreas permeables, determine la necesidad de aspiración. Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.	
10	Realizar la aspiración endotraqueal con circuito cerrado cuando sea necesario y según indicación médica, por tiempo corto, con presión < 80 mmHg manteniendo saturaciones adecuadas. Previa a la aspiración aumentar el oxigeno solo 10 % del nivel actual solo si fuera necesario	
11	No succionar la nariz, boca o faringe posterior rutinariamente (evitaremos reflejo nauseoso o el reflejo vagal).	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
12	Permitir al paciente RNPT recuperar su frecuencia cardiaca y saturación entre aspiraciones.	
13	Fijar adecuadamente el Tubo endotraqueal (TET) y cortarlo para disminuir la resistencia pulmonar. Registrar el número de TET y los centímetros introducidos.	
14	En caso de retirar o introducir el TET, registrar la modificación.	
15	Monitorizar los parámetros establecidos de la ventilación mecánica.	
16	Posicionar la cabeza y el cuello: durante los primeros días de vida, y mientras que la condición clínica se mantenga inestable, deben ubicarse en línea media	
17	Detecte y registre los episodios de apnea.	
18	Estimular durante los episodios de apnea, suavemente para evitar mayor estrés.	
19	Asistir al médico en la colocación de surfactante, cuando este indicado.	
20	Evaluar y vigilar el estado respiratorio: aumento de la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, retracción subcostal y esternal,	
21	Evitar la ventilación manual (VPP), sólo utilizar en situaciones de emergencias debido a los barotraumas asociados (neumotórax, enfisemas).	
22	Realizar el seguimiento de informes radiológicos.	
23	No realizar cambios intempestivos en las perillas de los mezcladores de oxígeno.	
24	Monitorizar periódicamente el color, temperatura y la humedad de la piel.	
25	Comprobar periódicamente que los corrugados de oxigenoterapia no contengan agua.	
26	Cambiar los equipos de oxigenoterapia según protocolo con técnica aséptica.	
27	Mantener los niveles de oximetría de pulso dentro de los rangos recomendados minimizando los efectos tóxicos del oxígeno.	
28	Examinar las narinas en CPAP nasal y cánula binasal	
29	Evitar la distensión abdominal dejando la sonda orogástrica.	

RECOMENDACIONES:

- Tome conciencia de que el oxígeno es una droga peligrosa para los prematuros. Evite los riesgos de la oxigenoterapia y aplique protocolo de manipulación mínima.
- Ubicar los elementos de asistencia respiratoria usados en ventilación mecánica adecuadamente para evitar traccionar la cabeza del prematuro hacia atrás o lateramente

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL MANEJO RESPIRATORIO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



Visto Bueno
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

7.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA CUIDADOS EN EL MANEJO DE ACCESOS CENTRALES UMBILICALES, CVC, Y DE INSERCION PERIFERICA PICC	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de la enfermera para la manipulación y mantenimiento de una vía central y/o de inserción periférica prolongando la permanencia del catéter permeable en las mejores condiciones de asepsia posibles y detectando precozmente complicaciones derivadas de la terapia intravenosa.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
- Agua - Jabón líquido antimicrobiano - Papel toalla - Gorro - Mascarilla - Mandil estéril - Guantes estériles - Gasa estéril 5x5 - Alcohol puro al 70%	Enfermera especialista o capacitada en neonatología. **Tener conocimiento de:** - Bioseguridad. - Precauciones Universales. - Capacitación en inserción y mantenimiento del PICC - Experticia en venopunciones y canalización de accesos venosos. - Guía de procedimientos de mantenimiento de catéteres centrales umbilicales, CVC y PICC - Guía de procedimientos de vía endovenosa periférica

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Mantener asepsia rigurosa ante cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	• Preparar y asistir al médico para la instalación del catéter umbilical venoso (CUV) y arterial (CUA) al ingreso. • Tomar los exámenes de laboratorio y gases sanguíneos en lo posible a través del CUA. • Realizar la extracción de sangre a través del CUA en forma muy lenta y en mínimas cantidades de acuerdo al tipo de examen del laboratorio y su proceso. • Minimizar las punciones venosas periféricas al máximo posible.	
3	• Infundir las soluciones endovenosas a través del CUV.	
4	• Evitar realizar el lavado de las líneas arteriales, venosas centrales o periféricas que contengan agentes vaso activos pues se puede ocasionar elevaciones de la presión sanguínea, taquiarritmias	

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

5	• Administrar los medicamentos preferentemente en jeringa perfusora en un tiempo referencial de 30 a 60 minutos.	
6	• Evitar el uso de férulas al canalizar una vía endovenosa	
7	• Utilizar apósitos transparentes semipermeables estériles para valorar el punto de inserción con las mínimas manipulaciones.	
8	• Manipular equipos con guantes estériles. • Realizar cambio de equipos de venoclisis cada 72 horas y en los prematuros < 1500gr cada 24 horas.	
9	• Realizar la limpieza para el uso de un acceso vascular, colocando gasa estéril debajo de la línea o conexión. • Con gasa estéril impregnada de alcohol puro se limpia alrededor del puerto en forma circular. • Nuevamente limpie con gasa impregnada en alcohol puro en forma lineal. • Dejar secar por aproximadamente 30 segundos antes de usar.	
10	Evaluar por turno: o El lugar de venopunción o sitio de inserción del catéter o Permeabilidad. o El estado de las infusiones y líquidos administrados. o Integridad del apósito adhesivo transparente y gasas protectoras. o Presencia de drenaje o fugas así como también secreciones (plasma, sangrado, pus) o soluciones endovenosas. o Signos inflamatorios: eritema, edema, dolor, flogosis. o Dificultad en el funcionamiento. o Las conexiones del catéter y otros dispositivos. o Verificar fechas de cambio de líneas y conexiones.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
11	Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de monitoreo y anotaciones de enfermería	
12	Fin de la intervención	

• **RECOMENDACIONES:**

Antes del retiro del CUV (en aproximadamente 5 a 7 días con indicación médica) se programará la instalación del catéter venoso central de inserción periférica (PICC).

Revisar el manual de procedimientos para Instalación y mantenimiento de PICC.

Revisar el manual de procedimientos para canalización de vía periférica.

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL MANEJO DE ACCESOS CENTRALES UMBILICALES EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO (a)

INICIO

Recepción e ingreso del RNPT a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales o Unidades Neonatales

Valoración del RNPT

Intervenciones de **MANEJO DE ACCESOS CENTRALES UMBILICALES**

Intervenciones Generales

- Mantener asepsia rigurosa ante cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.
- Verificar consentimiento informado de los padres.
- Mantener condiciones óptimas de funcionamiento
- Preparar y asistir al médico para la instalación del catéter umbilical venoso (CUV) y arterial (CUA) al ingreso.
- Utilizar siempre guantes estériles para la manipulación de las conexiones, administración de terapia EV y extracciones de sangre
- Tomar los exámenes de laboratorio y gases sanguíneos en lo posible a través del CUA.
- Realizar la extracción de sangre a través del CUA en forma muy lenta y en mínimas cantidades de acuerdo al tipo de examen del laboratorio y su proceso.
- Infundir las soluciones EV a través del CUV.
- Evitar realizar el lavado de las líneas arteriales, venosas centrales que contengan agentes vasoactivos pues se puede ocasionar elevaciones de la presión sanguinea, taquiarritmias.
- Administrar los medicamentos preferentemente en jeringa perfusora en un tiempo referencial de 30 a 60 minutos.
- Realizar cambio de equipos de venoclisis cada 72 horas y en los prematuros < 1500gr cada 24 horas.
- Utilizar apósitos transparentes semipermeables estériles para valorar el punto de inserción.

Intervenciones Específicas

- Realizar las curas habituales del cordón umbilical, colocando gasa estéril debajo de la línea o conexión.
- Limpiar con gasa estéril impregnada en CLNA al 9 x 1000 el muñón, luego con otra gasa impregnada de alcohol puro se limpia alrededor en forma circular.
- Limpiar nuevamente con gasa impregnada en alcohol puro en forma lineal.
- Dejar secar por aproximadamente 30 segundos antes de usar.
- Pinzar la luz del catéter en las desconexiones del equipo de infusión.
- Examinar periódicamente las nalgas y extremidades inferiores, vigilando la coloración.
- Mientras el neonato sea portador de un catéter umbilical no se colocará en decúbito prono.
- Evaluar por turno:
  - El lugar de inserción del catéter, valorar el estado de la piel alrededor del muñón umbilical
  - Permeabilidad.
  - El estado de las infusiones y líquidos administrados.
  - Presencia de drenajes o fugas como secreciones (plasma, sangrado, pus) o soluciones EV
  - Signos inflamatorios: eritema, edema, dolor, flogosis.
  - Dificultad en el funcionamiento
- Verificar fechas de cambio de líneas y conexiones.

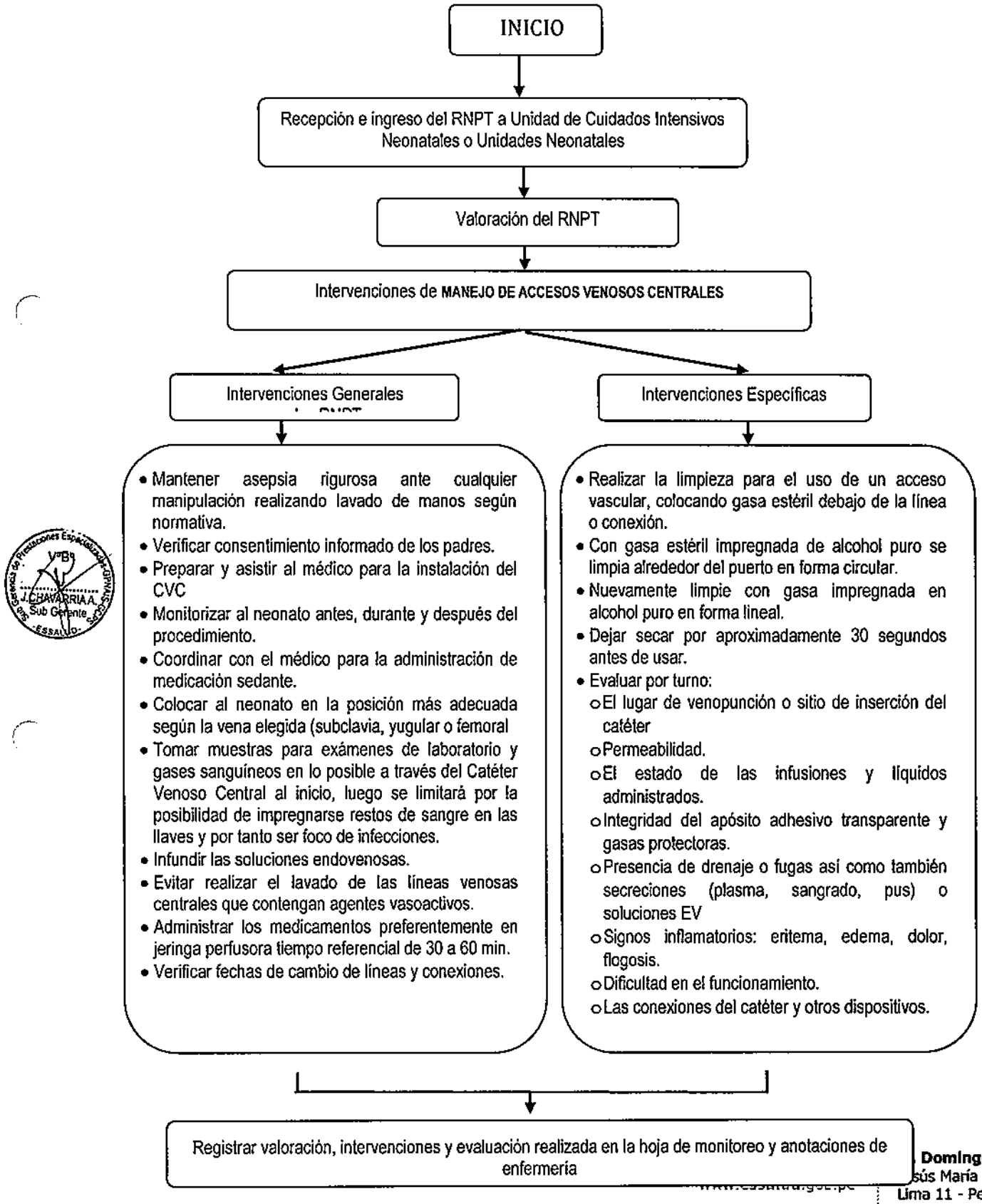
Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de monitoreo y anotaciones de enfermería

FIN

J. CHAVARRIA A. Sub Gerente

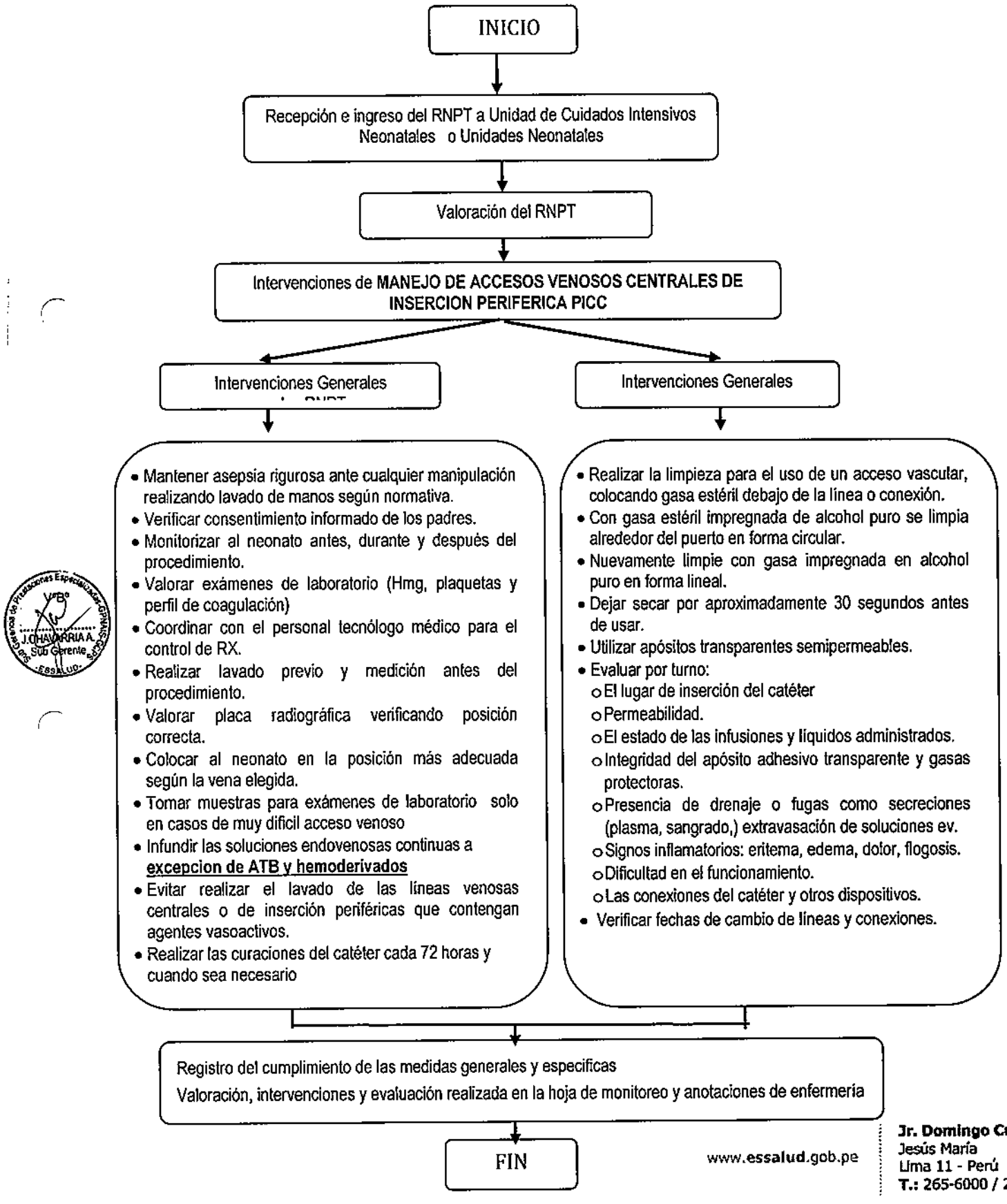
Jr. Domingo Cueto 1:
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-70

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL MANEJO DE CATETER VENOSO CENTRAL EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO (b)



V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL MANEJO DE CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA PICC EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO (c)



V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

7.10 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA CUIDADOS EN EL MANEJO NUTRICIONAL	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de la enfermera para administrar nutrientes que sean fácilmente utilizados, dada la inmadurez de la función gastrointestinal, reponer los depósitos y asegurar un ritmo de crecimiento rápido, semejante al que ocurre en el último periodo de la vida intrauterina, pero sin sobrepasar los niveles que el intestino y el riñón del neonato puede tolerar.

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	**PERSONAL:**
-Agua -Jabón líquido antimicrobiano -Papel toalla -Gorro -Mascarilla -Mandil estéril -Guantes estériles -Guantes limpios descartables.	Enfermera especialista o capacitada en neonatología. **Tener conocimiento de:** - Bioseguridad. - Precauciones Universales. - Anatomía y Fisiología del Recién nacido pre termino. - Crecimiento y desarrollo del RN.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

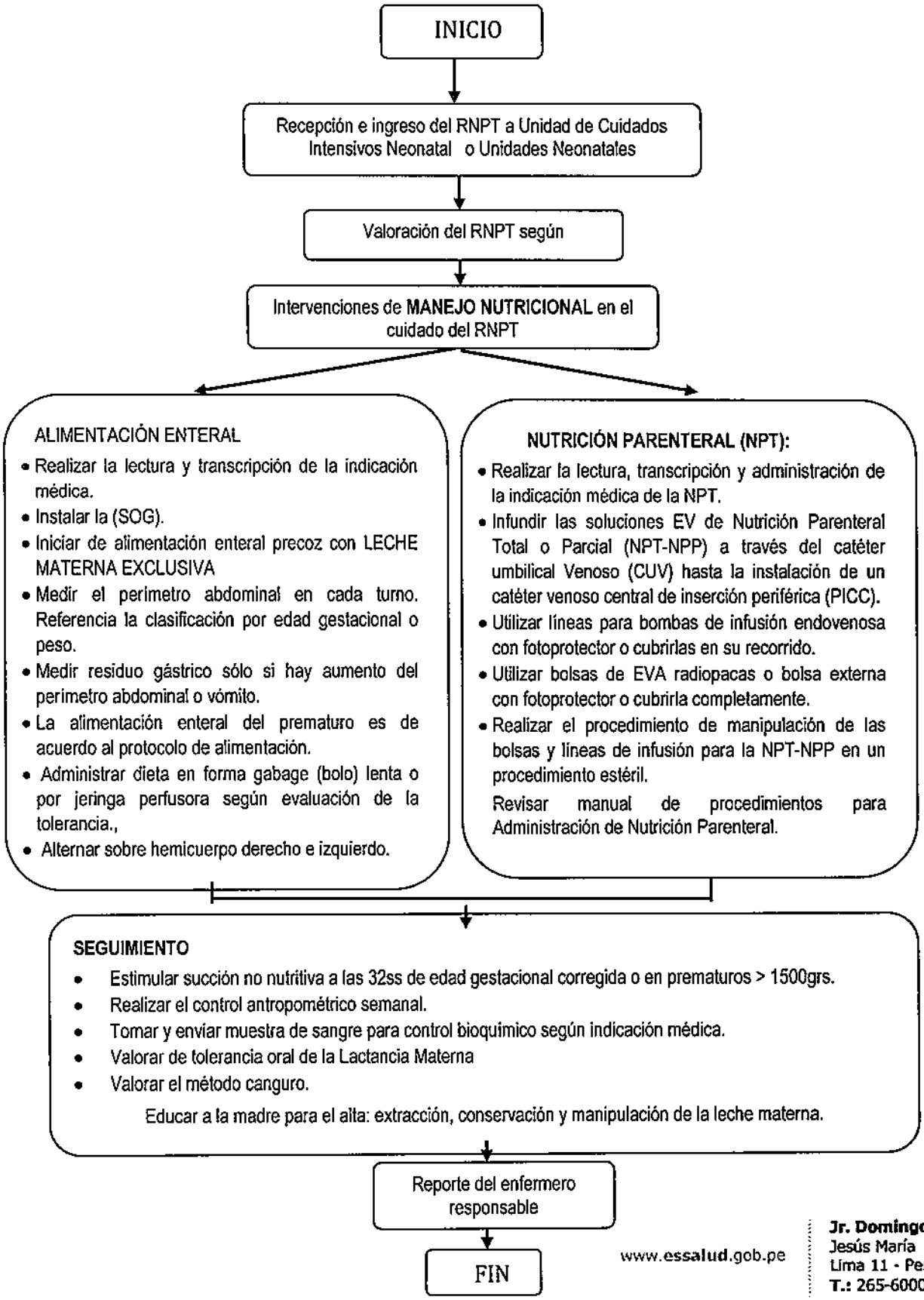
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	• Mantener asepsia rigurosa ante cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	**ALIMENTACIÓN ENTERAL:** • Realizar la lectura y transcripción de la indicación médica. • Instalar la sonda oro gástrica (SOG). Revisar manual de procedimientos para Colocación de SOG. • Iniciar alimentación enteral precoz de preferencia con LECHE MATERNA. • Medir el perímetro abdominal en cada turno teniendo como referencia la clasificación por edad gestacional o peso. • Medir residuo gástrico sólo si hay aumento del perímetro abdominal, vómitos, residuos biliosos y residuos gástrico mayor del 50%. • La alimentación enteral del prematuro es de acuerdo al protocolo de alimentación • Los métodos de la administración deben ser; técnica de gabaje (bolo) en forma lenta o por jeringa perfusora.	
3	**NUTRICIÓN PARENTERAL (NPT):**	

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

	• Realizar la lectura, transcripción y administración de la indicación médica de la NPT. • Infundir las soluciones endovenosas de Nutrición Parenteral Total o Parcial (NPT-NPP) a través del catéter umbilical Venoso (CUV) hasta la instalación de un catéter venoso central de inserción periférica (PICC). • Utilizar líneas para bombas de infusión endovenosa radiopacas o cubrirlas en su recorrido. • Utilizar bolsas de EVA radiopacas o bolsa externa con foto protector o cubrirla completamente. • La manipulación de las bolsas y líneas de infusión para la NPT-NPP es un procedimiento estéril. • Revisar manual de procedimientos para Administración de Nutrición Parenteral.	
4	**SEGUIMIENTO** • Estimular succión no nutritiva a las 32 semanas de edad gestacional corregida o en prematuros > 1500grs. • Realizar el control antropométrico semanal. • Tomar y enviar muestra de sangre para control bioquímico según indicación médica. • Valorar la tolerancia oral. • Valorar la tolerancia de la Lactancia Materna • Valorar el método mamá canguro. • Educar a la madre para el alta: extracción, conservación y manipulación de la leche materna. • Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de registro de enfermería	
5	Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de registro de enfermería	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
6	Fin de la intervención.	

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS EN EL MANEJO NUTRICIONAL EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



7.11 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA CUIDADOS DE LA PIEL	**VERSION: 01** **FECHAS:** Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 **Página:** 1 de 1

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de enfermería destinadas a mantener la integridad de la piel y prevenir lesiones ocasionadas por los distintos procedimientos, terapéuticas requeridas y por la gran inmadurez que presenta este órgano en los recién nacidos prematuros

2. REQUISITOS:

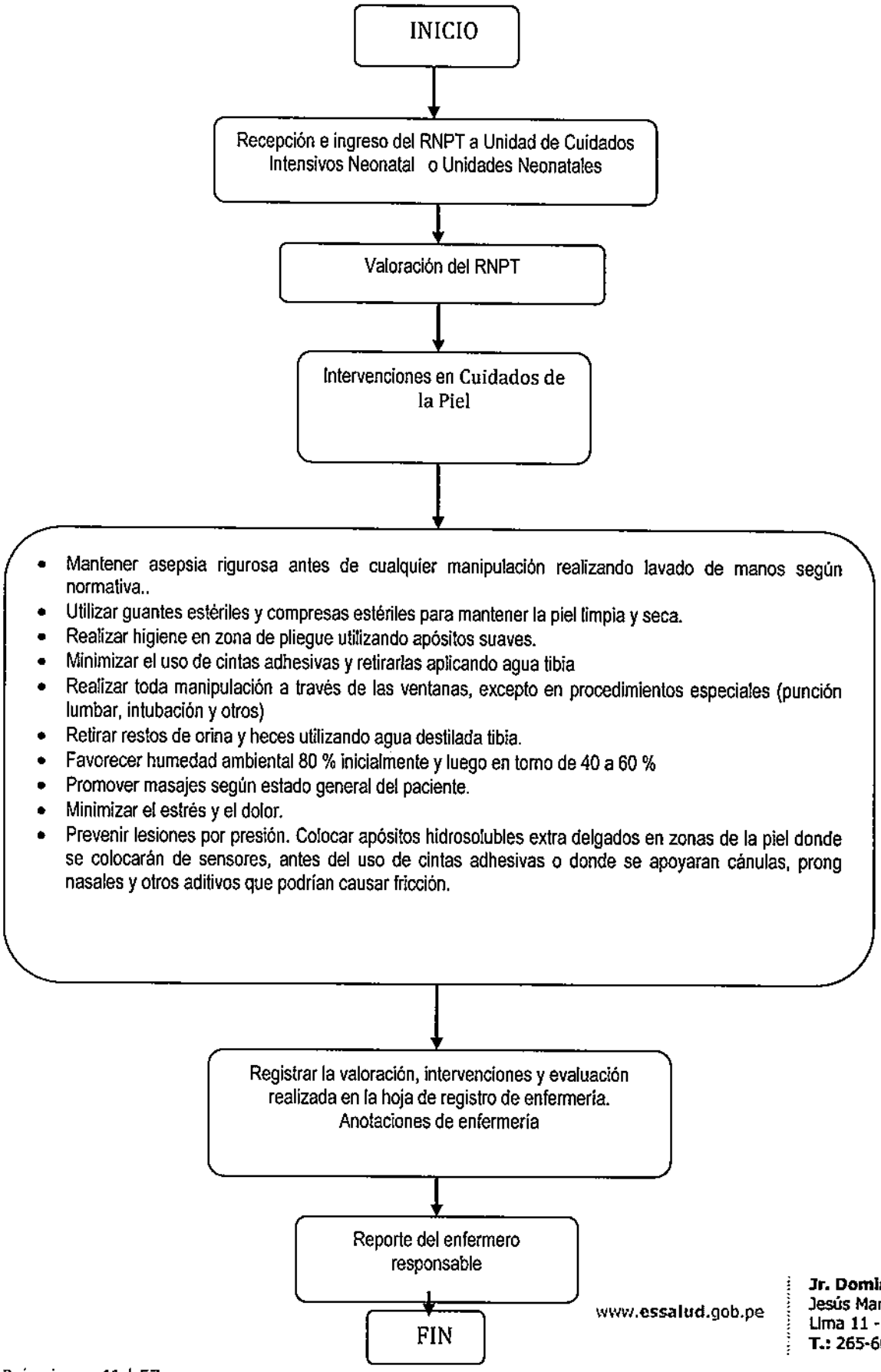
MATERIALES:	PERSONAL:
- Gasas y/o compresa estériles - Agua destilada tibia - Cobertores - Guantes estériles - Apósitos hidrosolubles extrafino.	- Enfermera especialista o capacitada en neonatología. - Técnica de enfermería **Tener conocimiento de:** - Bioseguridad. - Precauciones Universales. - Ciencias de la Salud

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

N° Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Mantener asepsia rigurosa antes de cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.	Enfermera , Técnica de Enfermería responsables del cuidado del RNPT
2	Utilizar guantes estériles y compresas estériles para mantener la piel limpia y seca.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
3	Realizar higiene en zona de pliegue utilizando apósitos suaves.	
4	Minimizar el uso de cintas adhesivas y retirarlas aplicando agua tibia	
5	Retirar restos de orina y heces utilizando agua destilada tibia	Enfermera , Técnica de Enfermería responsables del cuidado del RNPT
6	Favorecer humedad ambiental 80 % inicialmente y luego en torno de 40 a 60 %.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
7	Promover masajes según estado general del paciente.	
8	Minimizar el estrés y el dolor.	
9	Prevenir lesiones por presión. Colocar apósitos hidrosolubles extra delgados en zonas de la piel donde se colocarán los sensores, antes del uso de cintas adhesivas o donde se apoyarán cánulas, prong nasales y otros aditivos que podrían causar fricción.	Enfermera, Técnica de Enfermería responsables del cuidado del RNPT
10	Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de registro de enfermería.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
11	Fin de la intervención	

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS DE LA PIEL EN EL CUIDADO DEL RECIEN PREMATURO



J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

7.12 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando la Seguridad Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA **INTEGRACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DEL PREMATURO**	VERSION: 01 FECHAS: Elaborado: 2015-2016 Validado: 2016 Página: 1 de 2

1. DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades que están dirigidas a conseguir una plena participación de los padres en el cuidado del recién nacido prematuro para favorecer la interacción y adquisición de confianza y seguridad de ambos, desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego, favorecer un mejor desarrollo psicomotriz, y evitar el desamparo y estrés que provoca la separación y el proceso de hospitalización del bebe.

2. REQUISITOS:

HUMANOS: Padres de los recién nacidos prematuros	PERSONAL: Enfermera especialista o con competencias en neonatología Tener conocimiento de: - Neurodesarrollo - Proceso de apego - Precauciones Universales.

3. DESCRIPCIÓN DEL LA INTERVENCIÓN:

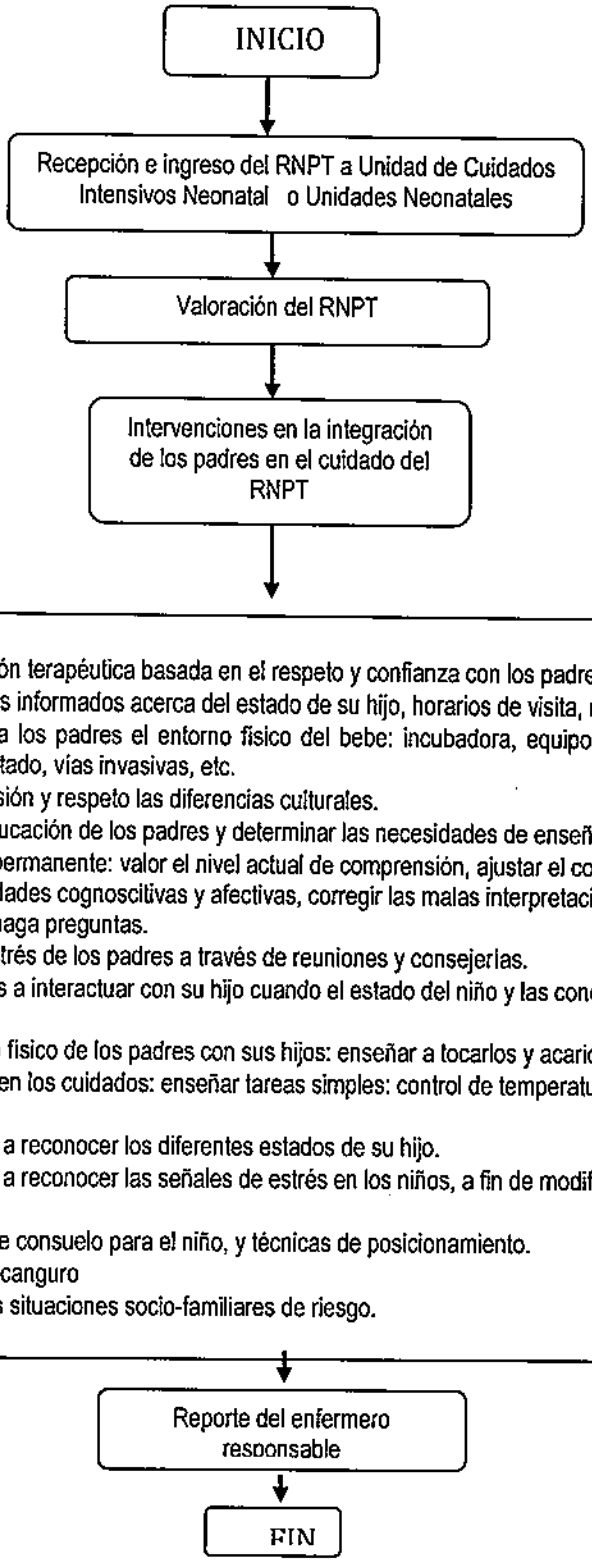
Nº Paso	Actividades	Responsables
1	Establecer una relación terapéutica basada en el respeto y confianza con los padres.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Mantener a los padres informados acerca del estado de su hijo, horarios de visita, normas de ingreso.	
3	Informar y describir a los padres el entorno físico del bebe: incubadora, equipos con los que esta monitorizado y conectado, vías invasivas, etc.	
4	Trabajar con compresión y respeto las diferencias culturales.	
5	Valorar el nivel de educación de los padres y determinar las necesidades de enseñanza.	
6	Realizar enseñanza permanente: valorar el nivel actual de comprensión, ajustar el contenido de acuerdo a las capacidades cognoscitivas y afectivas, corregir las malas interpretaciones, dar tiempo a los padres para que haga preguntas.	
7	Detectar y tratar el estrés de los padres a través de reuniones y consejerías.	
8	Estimular a los padres a interactuar con su hijo cuando el estado del niño y las condiciones médicas lo permiten.	
9	Favorecer el contacto físico de los padres con sus hijos: enseñar a tocarlos y acariciarlos.	
10	Integrar a los padres en los cuidados: enseñar tareas simples: control de temperatura, cambios de pañal.	
11	Enseñar a los padres a reconocer los diferentes estados de su hijo.	
12	Enseñar a los padres a reconocer las señales de estrés en los niños, a fin de modificar la estimulación e interacción.	
13	Enseñar maniobras de consuelo para el niño, y técnicas de posicionamiento.	
14	Favorecer el cuidado canguro	
15	Detectar y atender las situaciones socio-familiares de riesgo.	

RECOMENDACIONES:

Las unidades de neonatología deben establecerse como abiertas a los padres y no tener horarios estrictos de visita, ya que los padres no son considerados una visita sino los cuidadores principales.

Gerencia de Prestaciones Especializadas - OPRAES - ESSALUD
V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente

FLUJOGRAMA DE INTEGRACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DEL RECIEN PREMATURO



J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente

7.13 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA **MANIPULACION MÍNIMA**	VERSION: 01 FECHAS: Elaborado: 20 Validado: 2015 y 2016

1. DEFINICIÓN:

Normas que regulan las intervenciones que deben aplicarse al prematuro en su primera semana de nacido

2. REQUISITOS:

MATERIALES:	PERSONAL:
. Incubadora con doble pared . Carteles con horarios de manipulación establecidos . Guantes estériles . Nidos	Enfermera especialista o capacitada en neonatología **Tener conocimiento de:** - ciencias de la salud - Bioseguridad. - Precauciones Universales.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

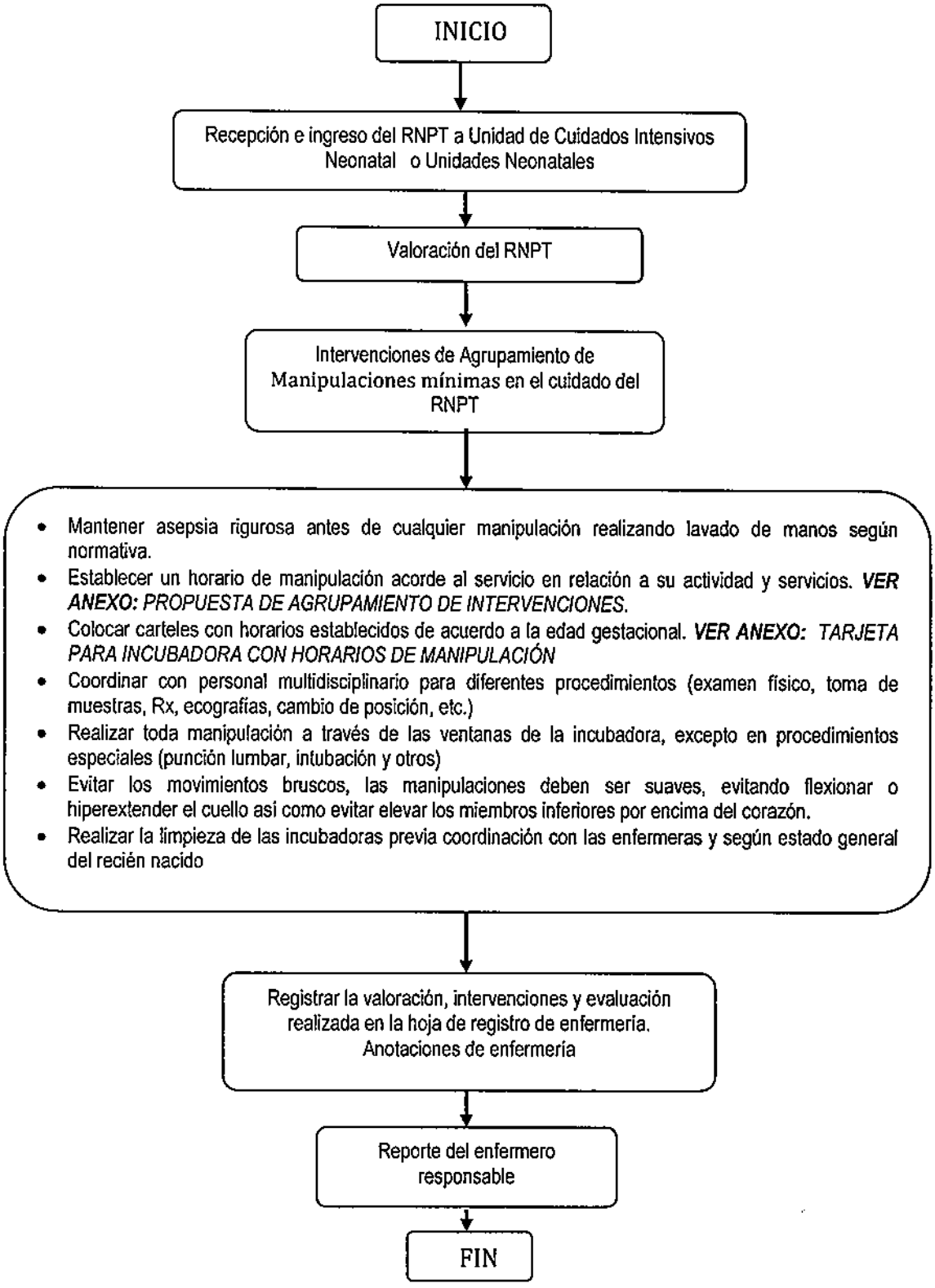
Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
1	Mantener asepsia rigurosa antes de cualquier manipulación realizando lavado de manos según normativa.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Establecer un horario de manipulación acorde al servicio en relación a su actividad. ***VER ANEXO:*** *PROPUESTA DE AGRUPAMIENTO DE INTERVENCIONES.*	
3	Colocar carteles con horarios establecidos de acuerdo a la edad gestacional. ***VER ANEXO:*** *TARJETA PARA INCUBADORA CON HORARIOS DE MANIPULACIÓN.*	
4	Coordinar con personal multidisciplinario para diferentes procedimientos (examen físico, toma de muestras, Rx, ecografías, cambio de posición, etc.)	
5	Realizar toda manipulación a través de las ventanas de la incubadora, excepto en procedimientos especiales (punción lumbar, intubación y otros)	
6	Evitar los movimientos bruscos, las manipulaciones deben ser suaves, evitando flexionar o hiperextender el cuello, así como evitar elevar los miembros inferiores por encima del corazón.	
7	. Realizar la limpieza de las incubadoras previa coordinación con las enfermeras y según estado general del recién nacido	Técnica de enfermería
8	Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de registro de enfermería	Enfermera responsable del cuidado del RNPT

RECOMENDACIONES:

Es obligatorio lavarse las manos antes y después del procedimiento.

Gerencia de Prestaciones Especializadas - Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Vº Bº
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

FLUJOGRAMA DE AGRUPAMIENTO DE LAS MANIPULACIONES EN EL CUIDADO DEL RECIEN PREMATURO



7.14 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

EsSalud Humanizando el Seguro Social GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGÍA MAMÁ CANGURO	VERSION: 01 FECHAS: Elaborado: 20 Validado: 2015 y 2016

1. DEFINICIÓN:

Es una técnica creada para todos los recién nacidos prematuros y para los que pesen menos de 2000 gramos.
La madre se convierte en una incubadora humana y le ofrece a su niño amor, calor y alimentación (lactancia materna).

2. REQUISITOS:

DE LA MADRE O FAMILIAR CANGURO:

- La madre del recién nacido prematuro y/o RN <= 2000 gr
- La madre debe estar concientizada y capacitada en los beneficios del método
- El padre o algún familiar, en caso de bebés gemelos, trillizos, fallecimiento de la madre o cuando ésta se encuentre imposibilitada de hacerlo.
- La persona que va a hacer canguro no debe presentar enfermedades infectas contagiosas.

DEL BEBÉ CANGURO

- Recién nacido prematuro o con peso menor de 2000 gramos.
- Recién nacido que se encuentre hemodinámicamente estable.

MATERIALES:

- pañales descartables,
- gorro,
- medias y
- un top (faja) de lycra de algodón de talla S, M y L

PERSONAL:
Enfermera especialista en Neonatología o capacitada y/o entrenada

3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

Nº Paso	Descripción de Actividades	Responsables
	Actividades Generales:	
1	Orientar a la madre las condiciones antes del ingreso al servicio. A) Higiene y presentación adecuada. B) colocarse un gorro y una bata limpia de preferencia con botones abiertos hacia delante.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
2	Revisar y verificar que las manos de la madre / familiar canguro se encuentren sin alhajas, uñas cortas, limpias y sin esmalte.	
3	Orientar a la madre la técnica de amamantamiento	

Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas
V°B°
J. CHAMARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

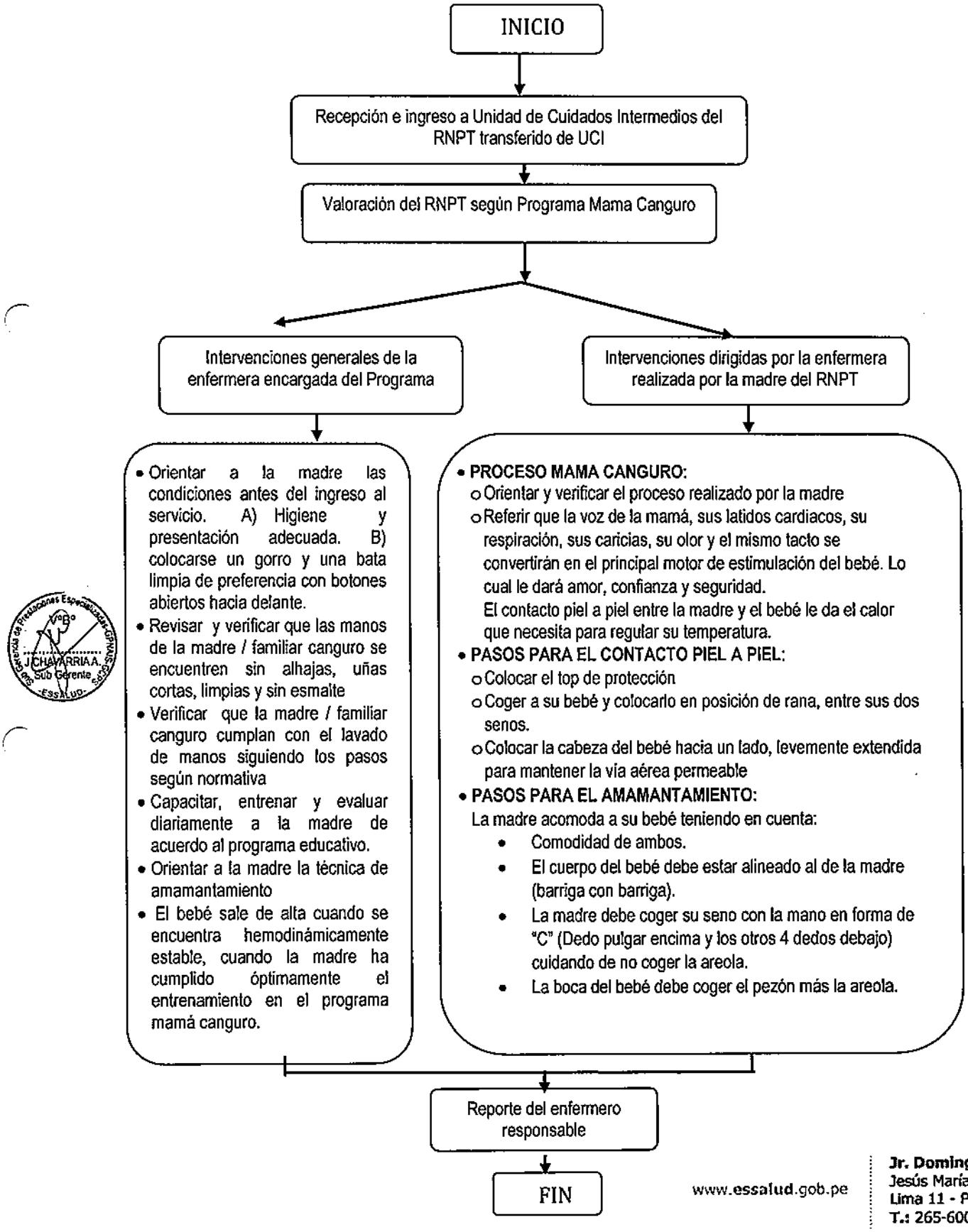
4	Verificar que la madre / familiar canguro cumplan con el lavado de manos siguiendo los pasos según normativa.	Enfermera responsable del cuidado del RNPT
5	La madre se calienta las manos frotándoselas entre sí.	
6	**PROCESO MAMA CANGURO:** o Orientar y verificar el proceso realizado por la madre o Referir que la voz de la mamá, sus latidos cardiacos, su respiración, sus caricias, su olor y el mismo tacto se convertirán en el principal motor de estimulación del bebé. Lo cual le dará amor, confianza y seguridad. o El contacto piel a piel entre la madre y el bebé le da el calor que necesita para regular su temperatura.	
7	**PASOS PARA EL CONTACTO PIEL A PIEL:** o Colocar el top de protección o Coger a su bebé y colocarlo en posición de rana, entre sus dos senos. o Colocar la cabeza del bebé hacia un lado, levemente extendida para mantener la vía aérea permeable.	
	PASOS PARA EL AMAMANTAMIENTO: La madre acomoda a su bebé para amamantarlo teniendo en cuenta: • Comodidad de ambos. • El cuerpo del bebé debe estar alineado al de la madre (barriga con barriga). • La madre debe coger su seno con la mano en forma de "C" (Dedo pulgar encima y los otros 4 dedos debajo) cuidando de no coger la areola. • La boca del bebé debe coger el pezón más la areola.	
8	La enfermera diariamente capacita, entrena y evalúa a la madre de acuerdo al programa educativo (reverso de la ficha del programa mamá canguro de cada bebé).	
	El bebé sale de alta cuando se encuentra hemodinámicamente estable, cuando la madre ha cumplido óptimamente el entrenamiento en el programa mamá canguro.	
9	Registrar valoración, intervenciones y evaluación realizada en la hoja de registro de enfermería.	

RECOMENDACIONES:

- Es obligatorio lavarse las manos antes y después del procedimiento y seguir la orientación de la enfermera
- La madre debe cumplir óptimamente el entrenamiento en el programa mamá canguro
- La práctica del método mama canguro es uno de los instrumentos más valiosos que disponemos para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el recién nacido prematuro
- Considerar en la orientación a la madre que su implementación mejora la temperatura, la glucosa sanguínea, el sistema inmunitario, el sueño, la ganancia de peso y la maduración cerebral

J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente

FLUJOGRAMA DE MAMA CANGURO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO



V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas GPRAIS
-ESSALUD-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Publicaciones "15 millones de bebes nacen demasiado pronto". 2012.Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm-20120502/es/
2. Fernández E., Cano M. El Recién Nacido Prematuro. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Chile. 2012. Disponible en http://es.slideshare.net/uvirgendelrocio/rn-prematuro-15350312
3. Organización Mundial de la Salud. Publicación ¿A qué problemas se enfrenta el recién nacido prematuro? Noviembre 2013. Disponible en http://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/es/
4. CENETEC. Intervención de Enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de prácticas clínicas 2013. México. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuro/imss_645_13_interdeenfen_rnprematuroger.pdf
5. García A, Flores G, Martínez C. Protocolo de Manipulación Mínima. Clínica Los Andes P. Montt.Chile.2011. Disponible en: http://neocla.260mb.com/areaclinica/Protocolos/protocolos%20de%20enfermería/protocolomanipulacionminima.htm
6. Gallegos J, Reyes J, Fernández V, Gonzales Luis. Índice de ruido en la Unidad Neonatal. Su impacto en recién nacidos. Acta pediátrica. México 2011; vol. 32(1); 5-14. Disponible: www/medigraphic.com/pdf/actpedmex/apm-2011/apm111b
7. Ichisato STM, Scochi CGS. Ruídos na unidade de cuidado intensivo neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. Ciência, Cuidado e Saúde 2006;5(Supl):127-33
8. Ibarra. Manejo básico del prematuro. Febrero 2014. Capítulo 3. Disponible en : http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/
9. Lichtig I, Maki K. Estudos de níveis de ruídos ambientais e de ruídos gerados pelas incubadoras em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Disponible: http://www.pediatriasaopaulo. usp.br/uploat/pdf85.pdf. 3
10. OMS, (2012). *Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: aplicación de la estrategia mundial. Informe: 15 Millones de bebes Nacen Demasiado Pronto.*

J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

Recuperado de:
http://who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

11. OMS, (2015). *Nacimientos prematuros.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/

12. Pereyra, C., Méndez, V. Saavedra, A. (2013) *Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo del recién nacido prematuro.* Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo
13. Ruiz A. y col. Cuidados Neonatales centrados en el Neurodesarrollo. Hospital clínico San Cecilio. Granada. Bol SPAO 2013. Disponible en http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-29-secciones-74597.pdf
14. Sánchez M, Arbelo G, Martos I. Cuidados del neonato prematuro centrados en el desarrollo y la familia. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud 2014 Cuidados del Neonato Prematuro Centrados en el Desarrollo y la Familia. Disponible en http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIÓNYSALUD/Cuidados%20del%20neonato.pdf
15. Ministerio de salud, Archivos Argentinos de Pediatría. "Prevención del Dolor en Recién Nacidos de termino: estudio Aleatorio sobre tres métodos" 2008. Disponible en: Http./www.scielo.org.ar/scielo.php? pid=S0325
16. **NANDA INTERNACIONAL DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEFICINIONES Y CLASIFICACIÓN 2012-2014** Disponible en: www.prescripcionenfermera.com/...de-enfermeria/...**nanda-i-2012-2014**
17. UNICEF Recomendaciones para el control de la saturación de Oxígeno óptima en prematuros Aprobadas por el Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico "Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro -ROP-" Disponible en: www.msal.gob.ar/images/.../0000000179cnt-n05.librillo-**saturacion**-optima-de-O2.pd

V°B° CHAVARRIA A. Sub Gerente

ANEXOS

5. REDUCCION DEL RUIDO

PARÁMETROS	DECIBELES
Cuchicheo	30
Voz normal	50 - 60
Motor de la incubadora	50 – 86
Alarmas, radio	45 -86
Burbujeo de agua en el circuito del respirador	62
Ruido general en la UCI neonatal	60 – 70
Colocar objetos encima de la incubadora	84
Abrir la ventanilla de la incubadora	92
Abrir o cerrar la puerta inferior de la incubadora	92 – 112
Golpear la incubadora para estimular al RN	110 -116

RUIDOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES VS RUIDOS DIARIOS

PARÁMENTROS	DECIBELES	PRÁCTICAS COTIDIANAS
Cierre de puertas de la incubadora	100	Cortadora de césped
Cierre de puertas metálicas inferiores	90	Taladro neumático
Golpe en la cúpula de acrílico de la incubadora con los dedos	80	Tráfico intenso
Burbujeo de agua en las tubuladuras del respirador o del halo	70	Aspiradora
Encendido y apagado del motor de la incubadora	60	Conversación normal

J.CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

6. ESCALA DE VALORACION DEL DOLOR AL NEONATO PIPP[5]

PROCESO	INDICADOR (Tiempo de observación)	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
Grafica	Edad gestacional	≥ 36 sem	De 32 a < 36 sem	De 28 a <32 sem	≤ 28 sem
Observar * (15 seg)	Comportamiento	Activo/despierto	Despierto e inactivo	Dormido y activo	Dormido e Inactivo
		Ojos abiertos	Ojos abiertos	Ojos cerrados	Ojos cerrados
		Con movimientos faciales	Sin movimientos faciales	Con movimientos faciales	Sin movimientos faciales
Observar *(30 seg)	Aumento de la FC	0 - 4 lat/ min	5-14 lat/min	15-24lat/min	≥ 25 lat/min
	Disminución de Sat. O2	0 - 2,4%	2.5 – 4.9 %	5 – 7,4 %	≥ 7.5%
	Entrecejo fruncido	0 – 3 seg	3 - 12 seg	> 12 – 21seg	> 21 seg
	Ojos apretados	0 – 3 seg	3 - 12 seg	> 12 – 21seg	> 21 seg
	Surco nasolabial	0 – 3 seg	3 - 12 seg	> 12 – 21seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal 15 segundos después del procedimiento doloroso

* Comparar comportamiento basal 30 segundos después del procedimiento doloroso

Puntaje de color de valoración de Enfermería

Interpretación:	6 o menos	de 7 a 12 puntos	Mayor de 12 puntos
	No dolor a dolor leve	De apacible a dolor moderado	Dolor intenso

5. Dr. German Bonetto, Lic. Enf. Estela Salvático, Enf. Prof Natalia Varela, Lic. Enf. Cristina Cometto y Lic. Patricia F. Gómez "ESCALA DEL PERFIL DOLOROSO DEL LACTANTE PREMATURO" Servicio de Pediatría SANATORIO ALLENDE CORDOVA- ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD 2008

PIPP: Premature infant pain profile Es una escala de medida multidimensional desarrollada para la valoración del dolor en niños nacidos a término y pretérmino. Es muy bien aceptada por tener en cuenta la edad gestacional. Se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, desarrollo y fisiológicos. La utilidad clínica ha sido establecida por comparación con el CRIES, que ha sido validado para el dolor postoperatorio y para determinar la eficacia de la sacarosa en intervenciones no farmacológicas en niños pretérmino y grandes prematuros.

J. CHAMARRIA A. Sub Gerente

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)

Indicador (tiempo de observación)		0	1	2	3
Gestación		≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento	*(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC	♦(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O_2	♦(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido	♦(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados	♦(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial	♦(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

*Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso

♦ Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: dolor leve o no dolor (0 – 6) | dolor moderado (6 – 12) | dolor intenso (12 – 21)

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente – ESSALUD

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

3. CONSIDERACIONES EN LA INTERVENCION DEL MANEJO RESPIRATORIO

3.1. VALORACIÓN DEL TEST SILVERMAN ANDERSON

SIGNO	0	1	2
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO	AUDIBLE SIN ESTETOSCOPIO
RESPIRACIÓN NASAL	AUSENTE	DILATACIÓN	ALETEO
RETRACCIÓN COSTAL	AUSENTE	DÉBIL	MARCADA
RETRACCIÓN ESTERNAL	AUSENTE	HUNDIMIENTO DE LA PUNTA	HUNDIMIENTO DEL CUERPO
DISOCIACIÓN TORACOABDOMINAL	EXPANSIÓN DE AMBOS EN LA INSPIRACIÓN	HUNDIMIENTO DEL TÓRAX Y EL ABDÓMEN	MARCADA

- Dificultad respiratoria leve:< 3 puntos
- Dificultad respiratoria moderada: 4 - 6 Puntos
- Dificultad respiratoria severa: > 7 puntos

3.2. EVALUACIÓN RESPIRATORIA

VALORAR GASES SANGUÍNEOS					
	pH	PaCO2 mmHg	HCO3 mEq/L	BE	PaO2
RNAT	7.35 – 7.45 (7.40)	35 a 45 (40)	24 a 26	±3.0	60 a 80
RNPT 30 a 36 Sem	7.30 a 7.35	35 –45 mmHg	22 a 25	±3.0	60 a 80
RNPT <30 Sem	7.27 a 7.32	38 –50 mmHg	19 a 22	±4.0	45 a 60

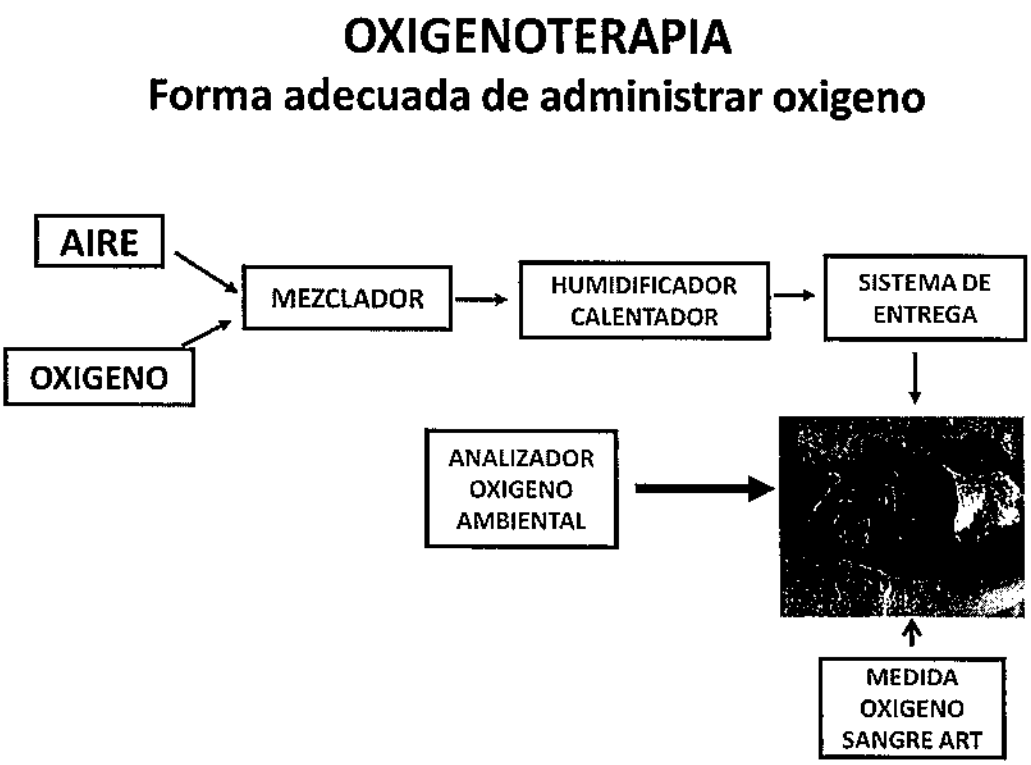
Ventilación Asistida Neonatal (Spanish) Unknown Binding – 2005 by MD Jay P. Goldsmith , MD Edward H. Karotkin

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

3.3. OXIGENOTERAPIA



3.4. ESQUEMA DE SATURACIÓN OPTIMA EN PREMATUROS[1]

RN PREMATURO	SATURACION DESEADA	ALARMA MINIMA DE SATUROMETRO	ALARMA MAXIMA DE SATUROMETRO
<1200gr o < de 32 semanas	86 a 92 %	85%	93%
>1200gr o > de 32 semanas	86 a 94%	85%	95%

Este criterio debe ser cumplido hasta las 8 semanas de vida postnatal y hasta completar la vascularización retiniana. En pacientes con displasia broncopulmonar el nivel de saturometría indicado es de 93%, sin superar ese valor hasta completar la vascularización retiniana.

[1] UNICEF Recomendaciones para el control de la saturación de Oxigeno óptima en prematuros Aprobadas por el Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico "Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatia del Prematuro -ROP-" Disponible en: www.msal.gob.ar/images/.../0000000179cnt-n05.librillo-saturacion-optima-de-O2.pd

www.essalud.gob.pe
Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

4. HORARIO DE MANIPULACIÓN

Neonato < 1000 gr. : cada 6 horas (10 – 16 – 22 – 04)

Neonato > 1000 gr. : cada 4 horas (10 – 14 – 18 – 02 – 06)

10: 00 am ✓ Control de signos vitales ✓ Evaluación de permeabilidad aérea ✓ Administración de medicamentos ✓ Cambio de infusión EV ✓ Visita médica ✓ Toma de exámenes auxiliares ✓ Visita de padres (11:00 am) ✓ Confort	**14: 00 pm** ✓ Control de signos vitales ✓ Administración de medicamentos ✓ Evaluación de permeabilidad aérea ✓ Confort ✓ Evaluación médica
18:00 pm ✓ Control de signos vitales ✓ Evaluación de permeabilidad aérea ✓ Medicación ✓ Cambio de NPT ✓ Confort ✓ Visita de los padres	**22:00 pm** ✓ Control de signos vitales ✓ Evaluación de la permeabilidad aérea ✓ Aseo corporal inter diario (después de la 2da semana de vida) ✓ Control de peso interdiario ✓ Evaluación médica ✓ Medicación ✓ Confort
02:00 am ✓ Control de signos vitales ✓ Evaluación de permeabilidad aérea ✓ Medicación ✓ Confort	**06:00 am** ✓ Control de signos vitales ✓ Evaluación de permeabilidad aérea ✓ Medicación ✓ Confort

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000