

Gobierno Federal



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Intervenciones de enfermería EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-645-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

CIE-10: P07.2 Inmadurez extrema
 P07.3 Otros recién nacidos pretérmino
**GPC: Intervenciones de Enfermería para la atención del Recién Nacido
 prematuro**

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES

Coordinadores:

Lic. Enf. Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería Licenciada en Psicopedagogía Administradora de los servicios de Enfermería Enfermería Médico quirúrgica	Instituto Mexicano del Seguro social	Coordinadora de Programas de Enfermería División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
-----------------------------------	---	--------------------------------------	--

Autores :

Lic. Enf. Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería Licenciada en Psicopedagogía Administradora de los servicios de Enfermería Enfermería Médico quirúrgica	Instituto Mexicano del Seguro social	Coordinadora de Programas de Enfermería División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
M.E. Ana Guadalupe Ballinas Aguilar	Licenciatura en Enfermería Maestría en Enfermería	Instituto Mexicano del Seguro social	Enfermera Jefe de Piso Hospital General de Zona No. 29
M.E. Elizabeth Pineda Román	Licenciatura en Enfermería Maestría en Educación	Instituto Mexicano del Seguro social	Subjefe de Enfermería Hospital de Gineco obstetricia No. 3 CMN La Raza
M.A.H. Ma. Teresa Vera Moreno	Licenciatura en Enfermería Maestría en Administración de Hospitales	Instituto Mexicano del Seguro social	Subjefe de Enfermería Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Enf. Nancy Perez Valverde	Enfermera Especialista Peditra	Instituto Mexicano del Seguro social	Enfermera Especialista Peditra Hospital de Gineco obstetricia No. 3 CMN La Raza

Validación interna:

Enf. Lisbet Ruiz Lopez	Enfermera Especialista Peditra	Instituto Mexicano del Seguro social	Enfermera Especialista Peditra Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Dra. Marisol Millán Jiménez	Médico Peditra	Instituto Mexicano del Seguro social	Medico No Familiar Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Dr. Javier Calderón Villagómez	Médico Peditra Neonatologo	Instituto Mexicano del Seguro social	Hospital de Gineco obstetricia No. 3 CMN La Raza Médico Adscrito a la UCIN de la UMAE. 3 CMN la Raza. Asociación de neonatología del Distrito Federal y Valle de México A.C. Asociación de APTIMSS Asociación Mexicana de urgenciólogos peditras

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO	7
3.3 DEFINICIÓN.....	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	9
4.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA MANTENER LA TERMOREGULACIÓN DEL RECIEN NACIDO PREMATURO.....	10
4.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MANTENER EL ESTADO RESPIRATORIO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO.....	12
4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA MANTENER EL ESTADO NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	14
4.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA PROPORCIONAR SEGURIDAD Y PROTECCION AL RECIEN NACIDO PREMATURO.....	16
4.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA FAVORECER EL NEURODESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	19
4.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DEL DOLOR DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO..	21
4.7 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO.....	24
4.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	25
4.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA FOMENTAR EL VÍNCULO AFECTIVO DE LOS PADRES CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.....	26
5. ANEXOS.....	29
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	29
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	31
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	34
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	47
6. GLOSARIO	48
8. AGRADECIMIENTOS.....	52
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	53
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	54
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	55

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-645-13	
Profesionales de la salud.	Enfermera general, enfermera especialista pediatra, enfermera intensivista, personal de enfermería con maestría en administración de hospitales y maestría en educación.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: P07.2 Inmadurez extrema P07.3 Otros recién nacidos pretérmino
Categoría de GPC.	Segundo y Tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales.	Enfermera General, Enfermera Especialista Pediatra, Enfermera Intensivista, enfermeras jefes de servicio y personal en formación.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE Hospital de Gineco Obstetricia N° 3 CMN La Raza y UME Hospital de Gineco Obstetricia N° 4 "Luis Castelazo Ayala"
Población blanco.	Recien nacidos hombres y mujeres prematuros.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Intervenciones de enfermería para mantener la Termorregulación, el estado respiratorio, el estado nutricional del recién nacido prematuro y la integridad de la piel, Intervenciones para favorecer el neurodesarrollo, controlar el dolor, prevenir infecciones y favorecer el vínculo de los padres con el recién nacido prematuro.
Impacto esperado en salud.	Mejorar los resultados del proceso cuidado-enfermero Disminuir estancia hospitalaria Lograr la satisfacción tanto de los usuarios internos (enfermeras usuarias de las guías) como externos (familia del recién nacido). Disminuir morbilidad mortalidad. Mejorar la calidad de la atención
Metodología	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura: 20 Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores: 4 Búsqueda en sitios Web especializados: 6 Búsqueda manual de la literatura: 1 Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 12 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Revisiones narrativas: 16 Libros: 1 Validación del protocolo de búsqueda: <Institución que validó el protocolo de búsqueda> Método de validación: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: Asociación de neonatología del Distrito Federal y Valle de México A.C. Verificación final: <Institución que realizó la verificación final>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-645-13
Actualización	Fecha de publicación: 27 de junio de 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para mantener la termorregulación en el recién nacido prematuro?
2. ¿Qué intervenciones debe realizar el profesional de enfermería para mantener el estado respiratorio en el recién nacido prematuro?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para mantener el estado nutricional en el recién nacido prematuro?
4. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para proporcionar protección y seguridad al recién nacido prematuro?
5. ¿Cuáles son las intervenciones con las que colabora el profesional de enfermería para favorecer el neurodesarrollo del recién nacido prematuro?
6. ¿De qué manera interviene el profesional de enfermería para controlar el dolor agudo en el recién nacido prematuro?
7. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en el recién nacido prematuro?
8. ¿Cuáles son las principales intervenciones de enfermería para prevenir infecciones en el recién nacido prematuro?
9. ¿Cuáles son las intervenciones con las que colabora el personal de enfermería para favorecer el vínculo de los padres con el recién nacido prematuro?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días). Actualmente se reconoce que aproximadamente del 8-10% de los niños nacen antes de que se completen las 37 semanas de gestación. Estudios recientes reportan un creciente aumento en el número de nacimientos prematuros, sobre todo los menores de 32 y 28 semanas de gestación, así como un aumento de la mortalidad perinatal para los diferentes subgrupos definidos por la edad gestacional (Villanueva, 2008).

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas. De acuerdo a estas consideraciones, a menor edad gestacional, más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adaptación a las nuevas condiciones de la vida extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidado. Entre los problemas más frecuentes encontramos: problemas de adaptación respiratoria y cardiocirculatoria, termorregulación, nutricionales, e infecciones, entre otras

En este grupo de edad, se debe poner especial cuidado en mantener un estado respiratorio óptimo, conservar y mantener la regulación de la temperatura corporal, proporcionar cuidados de la piel, favorecer el estado nutricional, manejar el dolor y prevenir de infecciones.

Por todo ello es necesario que el personal de enfermería que proporciona cuidados a este tipo de pacientes, cuente con conocimientos actualizados y estandarizados basados en la evidencia para elevar la calidad en la atención de enfermería, y tome decisiones que impacten favorablemente en la calidad de vida del recién nacido prematuro.

3.2 OBJETIVO

La guía de práctica clínica: **Intervenciones de enfermería para el recién nacido prematuro**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. La Identificación de necesidades específicas del recién nacido prematuro.
2. La importancia de mantener la termorregulación y oxigenación en los recién nacidos prematuros.

3. Las intervenciones específicas para controlar el dolor y favorecer un adecuado neurodesarrollo en recién nacidos prematuro.
4. Las intervenciones específicas para favorecer una adecuada hidratación, nutrición, protección y seguridad, en recién nacidos prematuros.
5. Las acciones para prevenir infecciones en los recién nacidos con prematuros.
6. Las intervenciones específicas que favorezcan el vínculo madre/padre-hijo, a través de recomendaciones dirigidas a la educación de los padres de niños prematuros.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la salud define a la prematuridad como cualquier Recién Nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 260 días cumplidos.

El Recién nacido prematuro es aquel producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos (Gomez, 2012)

Los Recién Nacidos se prematuros se clasifican en:




- Extremadamente prematuro: < 28 semanas de gestación
- Muy Prematuro: 28 – 32 semanas de gestación
- Moderadamente prematuro a prematuro tardío: 32 -37 semanas de gestación

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: Shekelle modificada.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA	
RECOMENDACIÓN	
PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	

En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud</p>	<p>la Shekelle <i>Matheson, 2007</i></p>

4.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA MANTENER LA TERMOREGULACIÓN DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los recién nacidos prematuros sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Arandia, 2010</i></p>
<p>R El mantenimiento de la temperatura corporal se puede lograr a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir la temperatura cada 2 horas • Colocar un gorro para evitar la pérdida de calor • Colocar al RN en cuna de calor radiante o incubadora, vigilando el sensor de temperatura de la incubadora. (CUADRO 1) 	<p>D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i></p>
<p>E La termorregulación de los prematuros se ve comprometida por las bajas cantidades de grasa marrón y blanco, la función hipotalámica inmadura y bajas concentraciones de hormonas responsables del metabolismo de la grasa parda (prolactina, leptina, noradrenalina, triyodotironina y cortisol).</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. MINSA, 2007</i></p>
<p>E La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva de grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Rellan, 2008</i></p>
<p>E El recién nacido prematuro debe estar en ambiente térmico neutro por medio de incubadoras</p>	<p>III <i>Guía de intervención de enfermería al neonato crítico. Amaya, 2005</i></p>



Mantener al prematuro en ambiente térmico neutro por medio de: incubadora o cuna de calor radiante

B
Guía de intervención de enfermería al neonato crítico. Amaya, 2005



Se sugiere evaluar la temperatura las primeras 24 a 72 horas de vida, cada dos a cuatro horas.

D
(E. Shekelle)
Romero, 2010



Los prematuros se encuentran en mayor riesgo de hipotermia como resultado de su inmadurez y falla en su transición adecuada durante las primeras 12 horas de vida.

IV
(E. Shekelle)
Romero, 2010



Posponer el baño hasta alcanzar estabilidad térmica, respiratoria y cardiovascular: generalmente de 2-12 horas después del nacimiento considerando un baño parcial.

D
(E. Shekelle)
Multidisciplinary Guidelines for the care of late preterm infants
National Perinatal Association, 2012



Mantener un ambiente térmico neutro:

- Secar al Recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- Favorecer el contacto piel a piel con los padres en cuanto sea posible
- Mantener al Recién Nacido lejos de corrientes de aire
- Cubrir al Recién Nacido con una sabana precalentada
- Colocar gorro
- Utilizar cuna de calor radiante e incubadora






D
(E. Shekelle)
Multidisciplinary Guidelines for the care of late preterm infants
National Perinatal Association, 2012



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con la Termorregulación ineficaz en el Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

4.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MANTENER EL ESTADO RESPIRATORIO EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La función pulmonar del prematuro, está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Rellan, 2008</i></p>
	<p>A nivel respiratorio se desarrolla colapso alveolar y atelectasia debido a la baja producción de surfactante; datos característicos de inmadurez del centro respiratorio, responsables de crisis de apnea, dando lugar a requerir en la mayoría de los casos apoyo ventilatorio</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Mata, 2009</i></p>
	<p>La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pre término y es representada por distress respiratorio debido a déficit de surfactante o enfermedad de membrana hialina, seguida de apneas del pre término y displasia broncopulmonar.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Moraes, 2009</i></p>
	<p>El test de Silverman-Anderson, se utiliza para la valoración de la dificultad respiratoria en el neonato y prematuro. (CUADRO 2)</p>	<p>III <i>Guía de intervención de enfermería al neonato crítico. Amaya, 2005</i></p>
	<p>Mantener valores de PO₂ entre 40-60mm/Hg o saturación de oxígeno entre 88-93%. (CUADRO 3)</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Tello, 2007</i></p>

R

Se recomienda evaluar de manera continua los valores deseables de gases en sangre que son PaO₂ 45-60 mm/Hg, PaCO₂ 45-55 mm/Hg, PH 7.25 – 7.32. Una alteración de ellos puede significar una sobre expansión pulmonar y diafragma descendido por debajo de la 9° costilla, lo que indica exceso de presión inspiratoria.

C
(E. Shekelle)
Tello, 2007

E

La administración de surfactante reduce los requerimientos de oxígeno y de ventilación invasiva, así como la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria, neumotórax y muerte.

III
(E. Shekelle)
Engle, 2008

E

La administración de surfactante produce un aumento de la capacidad residual funcional y de la distensibilidad pulmonar, lo que se traduce en disminución de la necesidad de ventilación mecánica y en una mayor supervivencia.

IV
(E. Shekelle)
Román, 2003

R

La administración de corticoides prenatales y el uso del surfactante exógeno son dos terapias eficaces.

D
Rellan, 2008

E

El oxígeno es frecuentemente utilizado en las salas de parto y Unidades de Cuidados Intensivos, pero a la luz de las nuevas evidencias, hoy se entiende que debe ser considerado como medicamento, esto es, debe ser dosificado, monitorizado, medido y vigilado en sus posibles efectos adversos y complicaciones.

III
Guía de intervención de enfermería al neonato crítico. Amaya, 2005

R

La necesidad de apoyo ventilatorio requiere la asistencia de casco cefálico, presión positiva continua de vía aérea o intubación y ventilación mecánica.

D
(E. Shekelle)
Rellan, 2008

E

Ningún Recién Nacido debe recibir oxígeno a menos que exista una indicación específica.

II
Guía de intervención de enfermería al neonato crítico. Amaya, 2005

R

La oxigenoterapia en el RN prematuro incluye:
Mantener la permeabilidad de la vía aérea

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con el Patrón respiratorio ineficaz en el Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA MANTENER EL ESTADO NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los RN prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Arandia, 2010.</i></p>
<p>R</p>	<p>Iniciar la leche materna de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN de menos de 1000 g: 0.5 ml cada 3 horas por sonda oro gástrica, midiendo residuo gástrico antes de cada ingesta. • RN de 1000 g a 1499 g de 1 a 2 ml cada 2 horas por sonda orogástrica o vaso midiendo residuo gástrico antes de cada ingesta. 	<p>D (E. Shekelle) <i>Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido, MINSAL, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>El aporte de nutrientes a través de una sonda gástrica requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas. • Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° al alimentar al RN • Comprobar la existencia de residuos previo a cada alimentación. 	<p>D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i></p>
<p>E</p>	<p>Los recién nacidos prematuros de peso muy bajo tienen probabilidades de alimentarse inadecuadamente, así como de presentar deficiencias nutricionales y pobre ganancia de peso, necesitando nutrición parenteral total durante las primeras semanas de vida.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Oliveros, 2008</i></p>

La administración de nutrición parenteral total incluye:

- Mantener la permeabilidad de la vía central
- Mantener una técnica estéril al preparar las soluciones
- Utilizar bomba de infusión para el aporte de soluciones
- Mantener un índice de flujo constante de la solución
- Evitar pasar rápidamente la solución
- Controlar ingresos y egresos
- Vigilar los niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa
- Controlar signos vitales

R

D

(E. Shekelle)

Bulechek, 2009

E

Todos los Recién Nacidos Prematuros deben recibir alimentación con leche humana, como alimentación principal, la cual debe ser fortificada apropiadamente

III

(E. Shekelle)

A.A.P, 2012

E

Los beneficios de la lactancia materna a largo plazo son: menor incidencia de enterocolitis y sepsis, mejora la tolerancia a la alimentación, reduce el riesgo de retinopatía de la prematurez, la mortalidad general, disminuye la falla en el crecimiento y deficiencias en el neurodesarrollo.

III

(E. Shekelle)

A.A.P, 2012

R

A partir de las 34 semanas, cuando ya existe coordinación entre la succión y deglución alimentar al RN con el seno materno.

D

(E. Shekelle)

Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido, MINSA, 2007

R

Asesorar a la madre en la técnica de lactancia materna, explicando los beneficios de la alimentación al seno materno.

C

(E. Shekelle)

A.A.P, 2012

R

Pesar diariamente al Recién Nacido desnudo, manteniendo un ambiente térmico neutro.

C

(E. Shekelle)

A.A.P, 2012



La capacidad del prematuro para consumir por vía oral la nutrición que necesita sin comprometer la función cardiorrespiratoria es clave para determinar la duración de su hospitalización y el tipo de seguimiento que ha de recomendarse al egreso hospitalario.

IV
(E. Shekelle)
Villamizar, 2010



Integrar a la valoración la evaluación de los reflejos de búsqueda y deglución

D
(E. Shekelle)
Villamizar, 2010



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con el patrón de alimentación ineficaz del Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

4.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA PROPORCIONAR SEGURIDAD Y PROTECCION AL RECIEN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El niño prematuro es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>AWHONN, 2007</i></p>
	<p>Se recomienda mantener los niveles de ruido en las Unidades Neonatales por debajo de 45dB y de luz entre 1 a 60 lux en la cuna o incubadora, en prematuros extremos <20 lux</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>MINSAPS, 2010</i></p>
	<p>El vérnix residual no debe quitarse después del nacimiento, ya que proporciona protección contra infecciones, disminuye la permeabilidad de la piel y pérdida de agua trans epidérmica (urea) y regula la temperatura.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>AWHONN, 2007</i></p>

R

No retirar el venix, al momento de realizar el baño

D
(E. Shekelle)
 AWHONN, 2007

Entre los factores de riesgo para lesiones de la piel del recién nacido prematuro esta:

- Edad gestacional < 32 semanas
- Edema
- Uso de vasopresores
- Uso de tubos endotraqueales, presión de aire positiva continua nasal, tubos nasogástricos/oro gástricos
- Dispositivos de acceso vascular
- Numerosos monitores, electrodos, sondas
- Heridas quirúrgicas
- Ostomías
- Ventiladores de alta frecuencia

E

IV
(E. Shekelle)
 AWHONN, 2007

R

Evaluar las superficies de la piel neonatal, según sea necesario.

D
(E. Shekelle)
 AWHONN, 2007

Determinar causas potenciales de la ruptura de la piel como los siguientes:

R

- Eliminación adhesivo
- Lesiones de quemaduras/termal
- Abrasión/fricción
- Dermatitis del pañal
- Úlcera de decúbito
- Infección

D
(E. Shekelle)
 AWHONN, 2007

R

Para el baño seleccione barras de limpieza suaves o limpiadores líquidos que tienen un pH neutro (pH 5.5–7.0).

D
(E. Shekelle)
 AWHONN, 2007

Los emolientes pueden utilizarse para restaurar la integridad de la piel seca o formación de grietas:

R

- a) En el primer signo de sequedad, grietas o descamación, aplicar un emoliente cada 12 horas o según sea necesario.
- b) Elegir productos sin perfumes, colorantes ni conservadores.
- c) Aplicar el emoliente suavemente a la piel, especialmente con los neonatos de peso muy bajo, para evitar la fricción.

D
(E. Shekelle)
AWHONN, 2007

Prevenir o minimizar el riesgo de ruptura de la piel mediante uno o más de los siguientes métodos:

R

- a) Productos o dispositivos que ayudan a prevenir las úlceras por presión, como colchones de agua, colchones de aire, colchones de gel.
- b) Apósitos transparentes sobre las prominencias óseas como las rodillas y los codos para evitar lesiones de fricción.

D
(E. Shekelle)
AWHONN, 2007

E

Uno de los elemento ambientales más importantes a los que se enfrenta el recién nacido prematuro es la fuerza de gravedad. En estos niños un aspecto muy importante es la contención del cuerpo para incrementar en ellos la sensación de seguridad y proporcionar quietud y autocontrol.

IV
(E. Shekelle)
MINSAPS, 2010

R

Para dar contención es necesario mantener al prematuro dentro de nidos artesanales (rodetes de tela) con extremidades flexionadas semejando la posición dentro del útero materno y favoreciendo el encuentro con la línea media.

D
(E. Shekelle)
MINSAPS, 2010

E

Los profesionales que trabajan en estas unidades tienen la oportunidad de ayudar a la postura, a la alineación corporal y al movimiento del neonato a través del posicionamiento.

IV
(E. Shekelle)
MINSAPS, 2010

R

Proporcionar posición en flexión, con apoyos de las extremidades adecuados y facilitando la actividad mano-boca.

D
(E. Shekelle)
MINSAPS, 2010

4.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA FAVORECER EL NEURODESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los prematuros tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros en presentar retraso en el desarrollo.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Romero, 2010.</i></p>
<p>E</p> <p>La inmadurez es la constante del SNC del prematuro, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Rellan, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>El niño en las UCIN recibe un patrón de sobre estimulación que podría inhibir el desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Rellan, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>El riesgo de parálisis cerebral en prematuros sobre todo de bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Rellan, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>Un estudio demuestra que el nacimiento prematuro se asocia con mayores tasas de discapacidad y la necesidad de apoyo social.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Arandia, 2010</i></p>



Los prematuros tienen mayor tendencia a padecer parálisis cerebral (2,7 veces), discapacidad intelectual (1,6 veces), trastornos del desarrollo psicológico, comportamiento, y la emoción (1,5 veces); esquizofrenia (1,3 veces), otras discapacidades graves (1,5 veces)

IV
(E. Shekelle)
Arandia, 2010



Se sugiere realizar evaluaciones del neurodesarrollo tomando en cuenta la exploración de reflejos.

D
(E. Shekelle)
Romero, 2010



Se recomienda establecer un seguimiento protocolizado de los cuidados enfocados a la atención de la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje.

D
(E. Shekelle)
Rellan, 2008



Enseñar a los padres a proporcionar actividades sensoriales (auditivas, visuales y táctiles) adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento del recién nacido durante los primeros meses de vida.

D
(E. Shekelle)
Bulechek, 2009



Prestar especial atención al perímetro cefálico, evolución de la motricidad gruesa y fina, tono muscular, coordinación, evolución de los reflejos.

D
(E. Shekelle)
Vargas, 2008



Proteger al prematuro de estímulos dolorosos, luminosos y sonoros, manipular suavemente al bebé y favorecer la transición sueño-vigilia.

Punto de Buena Práctica



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con el riesgo de retraso en el desarrollo del Recién Nacido Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

4.6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DEL DOLOR DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El dolor del neonato es una respuesta conductual de estrés, la cual puede estar acompañada de una respuesta, fisiológica, no obstante, una respuesta fisiológica no necesariamente significa la presencia de dolor, como el llanto, que por sí solo no es una demostración de dolor</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>Los indicadores que se han reconocido por ser más efectivos para la evaluación del dolor en el recién nacido son las expresiones faciales: frente fruncida, surco naso-labial, cuello tenso, ojos apretados, y apariencia de tristeza</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>Hay diferentes herramientas/escalas validadas para evaluar el dolor agudo en recién nacidos a término y prematuros, entre estas herramientas se incluyen la escala de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COVERS, que incluye indicadores fisiológicos y de conducta, • COMFORT-B que considera la intensidad de manifestaciones de conducta; • Sistema de Codificación Facial del Neonato (NFCS) que evalúa el estado de sueño o alerta, la actividad facial, el movimiento de las dos manos y la frecuencia cardíaca. • CRIES y NIPS, que se basan en indicadores conductuales de dolor, (la expresión facial, llanto, los patrones de respiración, los movimientos de brazos y piernas, y el estado de excitación). • PPIP que incluye además de valoraciones fisiológicas y de conducta 	<p>III (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i></p>
<p>E</p>	<p>El PPIP o perfil de dolor en el infante fue diseñado específicamente para niños prematuros la cual es la más confiable y válida para evaluar el dolor en los niños.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i></p>

R	Utilizar escalas validadas específicas para el prematuro como el Perfil de dolor en el Infante (CUADRO 1)	C (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i>
R	Es recomendable que el personal de salud que está en contacto con los neonatos sea capaz de reconocer, documentar y conocer las diferentes medidas no farmacológicas y farmacológicas para tratar el dolor.	C (E. Shekelle) <i>Armijo, 2011</i>
E	Los primeros receptores cutáneos para el dolor se han detectado en la región peri oral a la séptima semana de edad gestacional.	IV (E. Shekelle) <i>Narbona, 2008</i>
E	El sistema nervioso periférico se considera funcional en la semana 20 post concepcional	IV (E. Shekelle) <i>Narbona, 2008</i>
E	La no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de la transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo.	IV (E. Shekelle) <i>Narbona, 2008</i>
E	Se considera que la lactancia materna es el método preferido para aliviar el dolor después de cada procedimiento ya que disminuye el llanto y la expresión dolorosa.	IV (E. Shekelle) <i>MINSAPS, 2010</i>
R	Se recomienda realizar los procedimientos dolorosos, si es posible en método canguro	D (E. Shekelle) <i>MINSAPS, 2010</i>
E	El RN tras sufrir un estímulo doloroso experimenta un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardiaca y respiratoria y de la tensión arterial, consecuencia entre otros de un aumento de la secreción de hormonas relacionadas con el estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón)	IV <i>Narbona, 2008</i>

	Se recomienda la administración de sacarosa al 20% en 0.2 a 0.5 ml dos minutos antes de las punciones de talón, venopunciones y otros procedimientos.	D (E. Shekelle) MINSAs, 2010
	Se recomienda que posterior a la administración de sacarosa si es posible, se ofrezca al RN la posibilidad de succionar con los medios disponibles y de acuerdo con el protocolo del centro	C (E. Shekelle) A.A.P, 2012
	Otra medida no farmacológica para el manejo del dolor es la denominada estimulación competitiva, consistente en dar suaves roces, golpecitos o vibraciones en una extremidad antes o durante el procedimiento potencialmente doloroso en la extremidad contralateral	IV (E. Shekelle) Norbona, 2008
	Considerar las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor del RN prematuro.	D (E. Shekelle) Norbona, 2008
	Proporcionar contención y posicionamiento durante los procedimientos dolorosos.	D (E. Shekelle) MINSAPS, 2010
	Es recomendable agrupar las intervenciones para disminuir el número de estimulación táctil o dolorosa.	Punto de Buena Práctica
	Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con el dolor agudo del Recién Nacido Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)	Punto de Buena Práctica

4.7 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Rojas, 2011</i></p>
<p>E La probabilidad de que un prematuro desarrolle al menos una complicación médica en el periodo neonatal es 4 veces mayor que la de un niño a término.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Furzan, 2009</i></p>
<p>E Dentro de las complicaciones que más se presentan en el periodo neonatal están: Taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, mayor requerimiento de asistencia respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, dificultades de alimentación y sepsis.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>Furzan, 2009</i></p>
<p>E Las principales causas de muerte en prematuros están la membrana hialina y la hemorragia intracraneal</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>García, 2006</i></p>
<p>E Las principales causas de ingreso a unidades especializadas en cuidados neonatales son: membrana hialina (26,8%), hemorragia intraventricular, sepsis, ictericia y enfermedades respiratorias.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Mendez, 2007</i></p>
<p>R Identificar de manera oportuna los riesgos de complicaciones.</p>	<p>D (E. Shekelle) <i>Furzan, 2009</i></p>

E

La hemorragia interventricular es una complicación en el recién nacido prematuro y su incidencia aumenta en relación a la edad gestacional y el peso al nacer.

III
(E. Shekelle)
Cervantes, 2012

R

El tratamiento de la Hemorragia interventricular está dirigido a preservar la perfusión cerebral y a minimizar el daño.

C
(E. Shekelle)
Cervantes, 2012

4.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Los Recién Nacidos prematuros tienen un riesgo incrementado de adquirir infecciones debido a sus mecanismos de defensa inmaduros, cantidades limitadas de flora de defensa en la piel y mucosas, el uso de procedimientos y dispositivos invasivos, así como la exposición frecuente de antibióticos de amplio espectro</p>	<p>IA <i>Polín, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>Las enfermedades infecciosas en el recién nacido prematuro son las frecuentes en el 47% siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el periodo perinatal.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Pineda, 2008</i></p>



Para prevenir infecciones en los recién nacidos prematuros es necesario:

- Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad
- Poner en práctica las precauciones universales
- Usar guantes según las normas de precaución universal
- Limpiar la piel con un antibacteriano si fuera necesario.
- Cambiar los sitios de líneas periféricas y centrales de acuerdo a las normas establecidas
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
- Administrar terapia de antibiótico según prescripción medica

^A
Polín, 2012



Protocolizar las visitas de los familiares con el uso de bata, cubre bocas, gorro y lavado de manos

Punto de Buena Práctica



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas reales o previsibles relacionados con la atención al Recién Nacido Prematuro tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

4.9 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA FOMENTAR EL VÍNCULO AFECTIVO DE LOS PADRES CON EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>El desarrollo del recién nacido prematuro está ligado a la calidad de la interacción que tenga con los padres</p>	<p>IV (E. Shekelle) MINSAPS, 2010</p>
<p>Es posible que los padres de niños prematuros tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible.</p>	<p>IV (E. Shekelle) Ibáñez, 2005</p>

R	Dependiendo de las condiciones de salud del niño se recomienda que los padres puedan alimentar, limpiar al recién nacido prematuro, así como ayudar en otros procedimientos de rutina, tomando en cuenta que en ocasiones puede ser necesario limitar la cantidad de estimulación física que recibe.	D (E. Shekelle) <i>Ibáñez, 2005</i>
E	El contacto piel a piel entre los padres y el niño prematuro puede ayudar a que incluso los más pequeños se relajen y respiren con más facilidad, al tiempo que les estimula a succionar y alimentarse	III (E. Shekelle) <i>Fernández, 2012</i>
R	Es muy recomendable emplear el método canguro para fortalecer el vínculo afectivo entre la madre e hijo	C (E. Shekelle) <i>Fernández, 2012</i>
E	Los cuidados del niño prematuro están dirigidos a fomentar la intimidad entre madre/padre y el bebe prematuro fisiológicamente estable.	IV (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Colocar al bebe con pañal y gorro en posición recta sobre el pecho de la madre o el padre	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Animar a la madre o padre que acaricie suavemente al bebe y fomentar la estimulación auditiva con palabras suaves.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas de acuerdo a la respuesta del recién nacido.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>
R	Suspender los cuidados canguro si el bebe resulta fisiológicamente comprometido o agitado.	D (E. Shekelle) <i>Bulechek, 2009</i>



Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas relacionados con el riesgo de deterioro de la vinculación entre padres e hijo tomando como base la taxonomía enfermera(CUADRO 5)

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática: **Intervenciones de enfermería en la atención del Recién Nacido Prematuro**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 10 años.

Documentos enfocados **intervenciones de enfermería en la atención del Recién Nacido Prematuro**

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados a la atención del Recién Nacido Prematuro en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) premature newborn. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, therapy, nursing, complications, epidemiology. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **5** resultados, de los cuales **no se utilizaron por no considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.**

Búsqueda	Resultado
("Respiratory Distress Syndrome, Newborn/complications"[Mesh] OR "Respiratory Distress Syndrome, Newborn/diagnosis"[Mesh] OR "Respiratory Distress Syndrome, Newborn/epidemiology"[Mesh] OR "Respiratory Distress Syndrome, Newborn/mortality"[Mesh] OR "Respiratory Distress Syndrome, Newborn/nursing"[Mesh] OR "Respiratory Distress Syndrome, Newborn/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2003/03/01"[PDat] : "2013/02/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	5

Algoritmo de búsqueda

1. Premature newborn [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Therapy [Subheading]
4. Epidemiology [Subheading]
5. Nursing [Subheading]
6. Complications [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2003[PDAT]: 2013[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR
19. #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Cochane, Fisterra, Artemisa y Cuiden** con el término **hemofilia**. Se obtuvieron **8** resultados de los cuales se utilizaron **2** documentos en la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
	Cochane	3	0
3	Fisterra	1	0
4	Artemisa	2	2
5	Cuiden	2	0
Totales		8	2

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema **recién nacido prematuro**. Se obtuvieron 40 RS, 29 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
Scielo	1	0
Lilacs	30	23
Medigraphic	4	3
MINSAL	1	1
Redalyc	2	1
Elsevier Doyma	3	1
Total	40	29

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *"la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales"* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

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

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

ESCALA UTILIZADA EN LA GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA. NEONATO CRITICO, 2005

Nivel de evidencia	
I	Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado adecuadamente aleatorizado, o de un meta análisis de alta calidad
II	Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado o de un meta análisis de alta calidad, pero con probabilidad alta de resultados falsos positivos o falsos negativos
III.1.	Obtenida de experimentos controlados y no aleatorizados, pero bien diseñados en todos los otros aspectos
III.2.	Obtenida de estudios analíticos observacionales bien diseñados tipo cohorte concurrente o casos y controles, preferiblemente multicentricos o con más de un grupo investigativo.
III.3	Obtenida de cohortes históricas (retrospectivas), múltiples series de tiempo, o series de casos tratados.
IV	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de comités de expertos

Grado de recomendación	
A	Existe evidencia satisfactoria (por lo general Nivel I) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad bajo consideración
B	Existe evidencia razonable (por lo general de nivel II, III.1 ó III.2) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad bajo consideración
C	Existe pobre o poca evidencia (por lo general Nivel III ó IV) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad en consideración
D	Existe evidencia razonable (por lo general de Nivel II, III.1 ó III.2) que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración
E	Existe evidencia satisfactoria (por lo general de Nivel I), que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración.

ESCALA UTILIZADA EN LA GUIA DE ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA UCIN

Nivel de evidencia	
IA	Fuertemente recomendado para la aplicación y el firme apoyo de buen diseño estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos
IB	Fuertemente recomendado para la implementación y el apoyo de algunos clínicos experimentales, o estudios epidemiológicos y una racional teórica fuerte.
IC	Necesario para la ejecución, según lo dispuesto por las leyes federales y / o estatales regulación o estándar.
II	Se sugiere para la ejecución y el apoyo de hallazgos clínicos o epidemiológicos estudios o una justificación teórica o un consenso de un panel de expertos
Fuerza de recomendación	
A	Una buena evidencia para apoyar una recomendación para el uso
B	Evidencia moderada para apoyar una recomendación para el uso
C	Pobre evidencia para apoyar una recomendación para el uso
Calidad de las pruebas	
I Evidencia	≥ 1 ensayo controlado aleatorio
II Evidencia	≥ 1 estudio clínico, sin la asignación al azar, a partir de los estudios de cohortes o de casos y controles analíticos (preferiblemente de > 1 centro), a partir de múltiples series de tiempo, o de los resultados dramáticos de experimentos no controlados
III Evidencia	opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

CUADRO 1. TEMPERATURAS RECOMENDADAS PARA INCUBADORAS SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO

Peso	24 horas	Primera semana	2da - 4ta semana
500 – 1,499	34 A 36 °C	33 A 34 °C	32 a 34°C
1,500 – 2.499	33 A 34 °C	32 A 33 °C	32 A 33 °C
2,500 ó más	32 A 33 °C	31 A 32 °C	30 A 31 °C

CUADRO 2. SATURACIÓN DE OXIGENO

Edad Gestacional (EG) Peso al nacer (PN)	Saturación deseada	Alarma mínima de saturómetro	Alarma máxima de saturómetro
< de 32 semanas EG ó < 1,200g PN	88 a 92%	85%	93%
>de 32 semanas EG ó > 1,200 g PN	88 a 94%	85%	95%

CUADRO 3. TEST DE SILVERMAN – ANDERSON

Signos	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación toraco.-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

CUADRO 4. ESCALA PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE) PERFIL DEL DOLOR EN PREMATUROS

Proceso	Parámetro	0	1	2	3
Grafica Observar al niño 15"	Edad gestacional	>36 semanas	32 a <36 semanas	28 a 32 semanas	<28 semanas
	Comportamiento	Activo/desperto Ojos abiertos Mov. Faciales	Quieto/desperto Ojos abiertos No mov. Faciales	Activo/dormido Ojos cerrados Mov. Faciales	Quieto/dormido Ojos cerrados No mov. Faciales
Observar al niño 30"	FC máx.	0-4 lat./min	5-14 lat./min	15-24 lat./min	> 25 lat. /min.
	Sat O ₂ min	0-2.4%	2.5-4.9%	5-7.4%	>7.5%
	Entrecejo Fruncido	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39% Tiempo	Moderado 40- 69% Tiempo	Máximo >70% Tiempo
	Ojos apretados	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39% Tiempo	Moderado 40- 69% Tiempo	Máximo >70% Tiempo
	Surco Naso-labial	No	Mínimo 0-39% Tiempo	Moderado 40- 69% Tiempo	Máximo > 70% Tiempo

Fuente: Vidal MA et al Dolor en neonatos Rev Soc. Esp del dolor 2005

CUADRO 5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE.6 Termorregulación PATRON: 2 Nutricional metabólico Termorregulación ineficaz R/C inmadurez M/P frialdad de la piel, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal	RESULTADO DOMINIO. Salud fisiológica (II) CLASE: Regulación metabólica (I) RESULTADO: Termorregulación: recién nacido	INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de la temperatura • Cambios de coloración cutánea • Glucemia inestable 	ESCALA DE MEDICION 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderada 4 Leve 5 Ninguno	PUNTUACION DIANA Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico complejo (2) CLASE: Termorregulación (M)				
INTERVENCION: Regulación de la temperatura				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia • Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido • Colocar al recién nacido en incubadora, si procede. 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 4 Actividad /reposo CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares PATRON: 4 Actividad/ejercicio Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez neurológica M/P alteraciones en la profundidad respiratoria, disnea, taquipnea.	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Cardiopulmonar (E) RESULTADO: Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria • Saturación de oxigeno 	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: fisiológico complejo (2)		CLASE: Control respiratorio (K)		
INTERVENCION: Oxigenoterapia		INTERVENCION : Monitorización respiratoria		
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas • Preparar el equipo de oxígeno y administrador a través de un sistema calefactado y humidificado • Administrar oxígeno suplementario según prescripción medica • Vigilar el flujo de litro de oxígeno • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno • Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno 		ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones • Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Auscultar los sonidos respiratorios • Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran • Instaurar tratamientos de terapia respiratoria, según prescripción medica 		

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión PATRON: 2 Nutricional metabólico Deterioro de la deglución R/C prematuridad M/P incapacidad para vaciar la cavidad oral	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud fisiológica (II) CLASE: Nutrición (K) RESULTADO: Estado de deglución: fase oral	<ul style="list-style-type: none"> Mantiene la comida en la boca 	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Alimentación enteral por sonda				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Insertar una sonda gástrica de acuerdo con el protocolo del centro Elevar la cabecera a 30° durante la alimentación Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación Comprobar la existencia de residuo gástrico 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión PATRON: 2 Nutricional metabólico Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C Prematuridad M/P Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud fisiológica (II) CLASE: Nutrición (K) RESULTADO: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria oral (Leche materna) • Ingestión alimentaria por sonda • Administración de líquidos con nutrición parenteral total • Administración de líquidos I.V. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Alimentación enteral por sonda				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Insertar una sonda gástrica de acuerdo con el protocolo del centro • Elevar la cabecera a 30° durante la alimentación • Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal • Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación • Comprobar la existencia de residuo gástrico 				

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)	CAMPO: Familia(5) CLASE: Cuidados de un nuevo bebe (W)
INTERVENCION: Administración de Nutrición Parenteral	INTERVENCION: Ayuda en la lactancia materna
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en la inserción de la línea central • Mantener la permeabilidad de la vía central • Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT • Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT • Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT • Evitar pasar rápidamente la solución NPT retrasada • Controlar ingesta y eliminaciones • Pesar de manera continua • Vigilar niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero y perfil químico • Controlar signos vitales • Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados correspondientes • Mantener las precauciones universales. 	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el recién nacido para que de pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento. • Vigilar la capacidad del recién nacido para lactar. • Observar al recién nacido al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la sección y se percibe la deglución • Animar a la madre a que no limite el tiempo de lactar al recién nacido • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar • Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del recién nacido • Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en el mismo. • Proporcionar formulas suplementarias solo en caso necesario • Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al recién nacido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 13 Crecimiento/desarrollo CLASE: 2 Desarrollo PATRON: 4 Actividad/ ejercicio Riesgo de retraso en el desarrollo R/C prematuridad	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud funcional (I) CLASE: Crecimiento y desarrollo (B) RESULTADO: Desarrollo Infantil: 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejo de Moro • Reflejo de Babinski • Reflejo plantar • Reflejo de succión 	1 Nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Familia (5)		CLASE: Cuidados de crianza de un nuevo bebe (Z)		
INTERVENCION : Cuidados del desarrollo				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un espacio para los padres en la unidad • Evitar la sobrestimulacion • Cambiar de posición al recién nacido con frecuencia • Controlar los estímulos (luz, ruido, procedimientos)del entorno del recién nacido y reducirlos según sea conveniente 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 13 Crecimiento/desarrollo CLASE: 1 Crecimiento PATRON: 4 Actividad/ ejercicio Riesgo de crecimiento desproporcionado R/C prematuridad	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud funcional (I) CLASE: Crecimiento y desarrollo (B) RESULTADO: Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Percentil de peso por talla • Percentil del peso por edad • Percentil del perímetro craneal por edad 	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Familia (5)		CLASE: Cuidados a un nuevo bebe (W)		
INTERVENCION: Cuidados del recién nacido		INTERVENCION : Monitorización del recién nacido		
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Pesar y medir al recién nacido • Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada • Medir el perímetro cefálico 		ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se establezca • Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar • Comprobar la capacidad de succión del recién nacido • Vigilar el peso del recién nacido • Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones 		

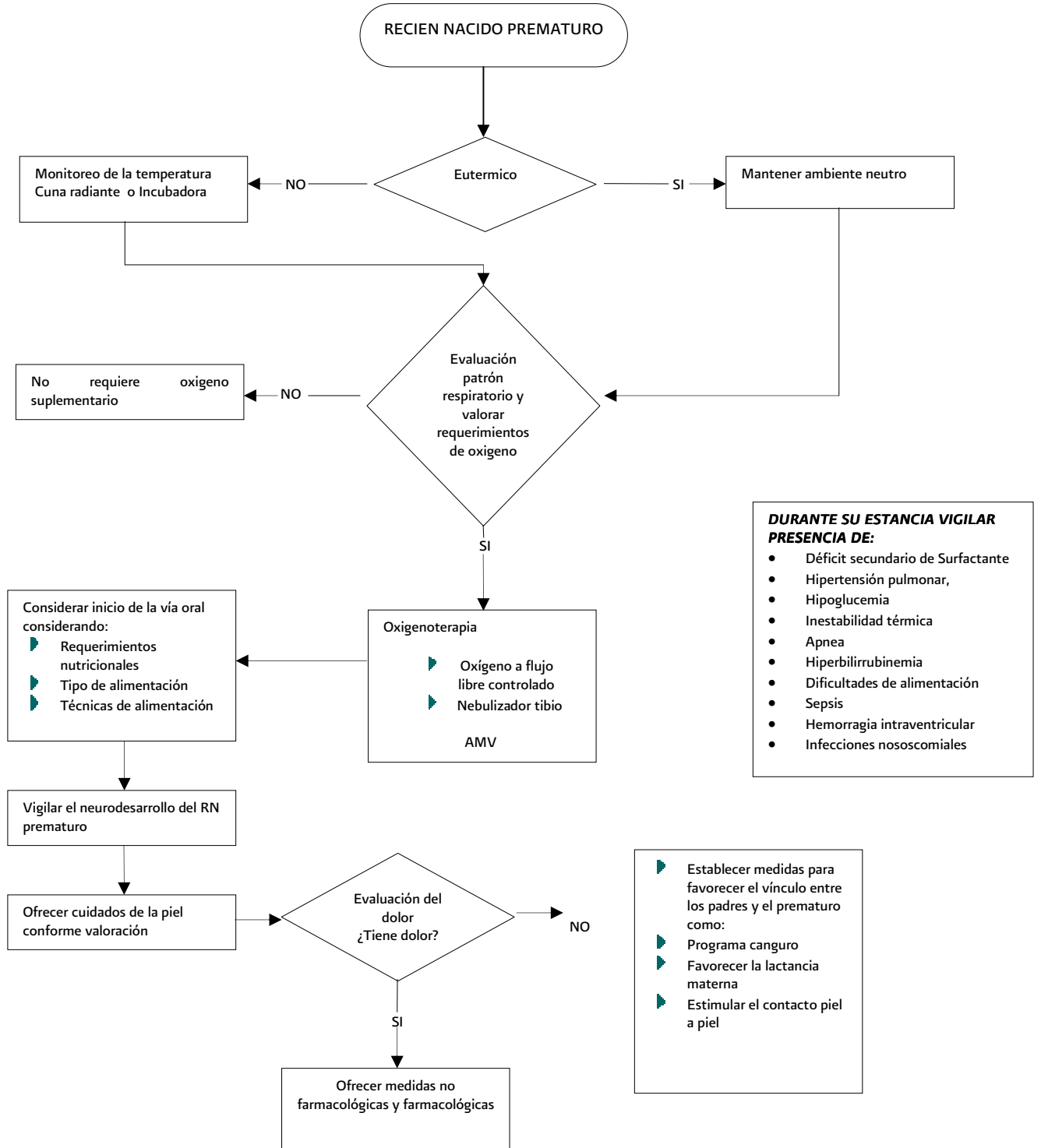
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
<p>DOMINIO: 12 Confort CLASE : 1 Confort físico PATRON: 6 Cognitivo /perceptivo</p> <p>Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos, químicos, biológicos y psicológicos M/P conducta expresiva, cambios en los signos vitales, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.</p> <p>PROBLEMA INTERDEPENDIENTE</p> <p>Dolor S/A procedimientos invasivos, estímulos táctiles excesivos M/P conducta expresiva, cambios en los signos vitales, conducta defensiva, observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.</p>	<p>RESULTADO</p> <p>DOMINIO : V salud percibida CLASE: U salud y calidad de vida RESULTADO: Estado de comodidad física</p>	<p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas • Bienestar físico • Relajación muscular • Posición cómoda 	<p>ESCALA DE MEDICION</p> <p>1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido</p>	<p>PUNTUACION DIANA</p> <p>Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos</p>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico complejo (2)		CLASE: Control de fármacos (H)		
INTERVENCION: Manejo del dolor				
<p>ACTIVIDADES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, frecuencia, duración, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Observar claves no verbales de molestias • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos) • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas farmacológicas y no farmacológicas que faciliten el alivio del dolor, si procede. 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 11 Seguridad / protección CLASE: 1 Infección PATRON: 1 Percepción /manejo de la salud Riesgo de infección R/C defensas primarias y secundarias inadecuadas y procedimientos invasivos	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T) RESULTADO: Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Reconoce factores de riesgo Reconoce cambios en el estado de salud 	1 Nunca demostrado 2 raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Seguridad (4)		CLASE: Control de riesgos (V)		
INTERVENCION: Protección contra las infecciones				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica Proporcionar cuidados adecuados a la piel 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 7 Rol /relaciones CLASE: 3 Desempeño del rol PATRON: 8 Rol /relaciones Interrupción de la lactancia materna R/C prematuridad M/P Separación madre-hijo	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud psicosocial (III) CLASE: Interacción social (P) RESULTADO: Lazos afectivos padres-hijo	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene al lactante para alimentarle • Tocan, acarician y dan palmaditas al lactante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Familia(5) CLASE: Cuidados de un nuevo bebe (W)				
INTERVENCION: Ayuda en la lactancia materna				
ACTIVIDADES : <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el recién nacido para que de pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento. • Vigilar la capacidad del recién nacido para lactar. • Animar a la madre a que no limite el tiempo de lactar del recién nacido • Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del recién nacido • Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en el mismo. 				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones CLASE: 2 Relaciones familiares PATRON: 8 Rol/Relaciones Riesgo de deterioro de la vinculación (Padres-Hijo) R/C niño prematuro	RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
	DOMINIO. Salud psicosocial (III) CLASE: Interacción social (P) RESULTADO: Lazos afectivos padres-hijo	<ul style="list-style-type: none"> Mantienen al Recién Nacido cerca de ellos Tocan y acarician al Recién Nacido 	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: Fisiológico básico (1) CLASE: Apoyo nutricional (D)				
INTERVENCION: Cuidados canguro (recién nacido prematuro)				
ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> Determinar la imagen que tiene la madre o el padre del prematuro Explicar los cuidados de canguro del niño prematuro y sus beneficios a la madre Determinar si el estado fisiológico del recién nacido cumple con las guías de participación en los cuidados de canguro Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes Asegurar que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante instruir a la madre o al padre acerca del traslado del recién nacido desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos, si procede Colocar al recién nacido con pañales en posición recta prona sobre el pecho de la madre o el padre. Pasar la ropa de la madre alrededor del recién nacido o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del recién nacido Animar a la madre o al padre a que acaricie suavemente al recién nacido en la posición recta prona, si procede. Fomentar la estimulación auditiva del recién nacido, si procede. Apoyar a la madre en la alimentación y en los cuidados del recién nacido Aconsejar a la madre/padre a disminuir la actividad cuando el recién nacido muestre signos de estimulación excesiva Fomentar la alimentación al seno materno durante los cuidados de canguro del niño prematuro, si procede Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas cada vez de forma efectiva, si procede Monitorizar la reacción emocional de la madre o el padre en relación con los cuidados de canguro Monitorizar el estado fisiológico del recién nacido (Color, temperatura, frecuencia cardiaca y apnea) y suspender los cuidados de canguro si el recién nacido resulta fisiológicamente comprometido o agitado. 				

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO



DURANTE SU ESTANCIA VIGILAR PRESENCIA DE:

- Déficit secundario de Surfactante
- Hipertensión pulmonar,
- Hipoglucemia
- Inestabilidad térmica
- Apnea
- Hiperbilirrubinemia
- Dificultades de alimentación
- Sepsis
- Hemorragia intraventricular
- Infecciones nosocomiales

- ▶ Establecer medidas para favorecer el vínculo entre los padres y el prematuro como:
- ▶ Programa canguro
- ▶ Favorecer la lactancia materna
- ▶ Estimular el contacto piel a piel

6. GLOSARIO

Actividades de enfermería: Acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente/cliente a avanzar hacia el resultado deseado.

Apnea. Episodio en el cual el prematuro deja de respirar por más de 20" con deterioro de la coloración y disminución de la frecuencia cardiaca.

Bradycardia. Frecuencia cardiaca de menos de 120X'.

Características definitorias: Parte tercera del sistema diagnóstico y consta de los signos y síntomas que se han recogido durante la fase de valoración.

Control del riesgo. Acciones para eliminar ó reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables. (Etiqueta NOC 1092)

Diagnóstico enfermero: Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (NANDA)

Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Intercambio alveolar de bióxido de carbono (CO₂) y oxígeno (O₂) para mantener las concentraciones de gases arteriales. (Etiqueta NOC 0402)

Estado nutricional. Magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades metabólicas. (Etiqueta NOC 1004)

Factores de riesgo: Condición que pueda aumentar la probabilidad de padecer una enfermedad.

Factores relacionados: Frases que afirman lo que puede ser causante o que contribuye al diagnóstico enfermero. Los cambios psicosociales o fisiopatológicos, como la edad de desarrollo y las situaciones ambientales y culturales pueden ser factores causantes o contribuyentes.

Integridad de la familia. Medida en que el comportamiento de los miembros de la familia colectivamente manifiesta cohesión, fuerza y lazos emocionales. (Etiqueta NOC 2603)

Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Integridad estructural y función normal de la piel y membranas mucosas. (Etiqueta NOC 1101)

Intervención de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería en favorecer el resultado esperado del paciente.

Micronato neonato con peso menor a 700 gr.

Nivel de comodidad. Grado de comodidad físico y psicológico. (Etiqueta NOC 2100)

Organización del recién nacido prematuro. Integración extrauterina del comportamiento fisiológico y conductual en el recién nacido entre las semanas 24 y 37 de gestación.

Prematuro de muy bajo peso al nacer: neonato con peso menor o igual a 1 500 gr.

Prematuro de extremadamente bajo peso al nacer. Neonato con peso inferior a 1000gr.

Prematurez extrema. Este rubro incluye a todos los prematuros nacidos antes de cumplir las 28 semanas de gestación y/o con peso menor de 1 500 gr.

Respiración periódica. Episodios en los cuales el prematuro deja de respirar por un lapso de hasta 15" con restablecimiento espontáneo y sin deterioro de la frecuencia cardíaca ni coloración.

Resultado de Enfermería: Es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería.

Termorregulación: Equilibrio entre la producción, la ganancia y pérdida de calor durante la etapa neonatal. (Etiqueta NOC 0801)

Taquicardia. Frecuencia cardíaca por arriba de 160X'.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Amaya G IC; Suárez B, MJ; Villamizar C B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
2. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2012; 129(3):e827 -e841
3. Arandia R, Ayala M. Recién nacido "Prematuro tardío" frente a los riesgos que deben tenerse en cuenta. Gaceta Médica Boliviana 2010; 33(2): 64-69
4. Armijo S G, Olvera G A, Hernández S AB, Díaz T BA. Valoración del dolor en procedimientos realizados a neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pediatría de México 2011; 13(4): 145-150
5. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) Perinatal Nursing. 2007
6. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Elsevier España , 5ª edición 2009
7. Cervantes M, Rivera MA, Yescas G, Villegas R, Hernandez G. Hemorragia intraventricular en recién nacidos pre término en una Unidad de Tercer Nivel en la Ciudad de México. Rev. Perinatol Repod Hum 2012;26(1):17-24
8. Engle W A. Surfactant-Replacement Therapy for Respiratory Distress in the Preterm and Term Neonate. Pediatrics 2008; 121(2):419 -432. Consultado en <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/419.short>
9. Fernandez R F, Meizoso V AI, Rodríguez R LA, Alpizar B S, Cervantes M M, Alvarado Bermudez K B. Implementation of "Kangaroo-Mother" care method as an alternative to conventional care infants with low birth weight. MEDICIEGO 2012; 18 (1)
10. Furzan J, Sanchez H. Recién nacido prematuro tardío. Incidencia y morbilidad neonatal precoz. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría 2009;72(2):59-67
11. García Y, Fernández RM. El recién nacido pre termino extremadamente bajo peso al nacer. Un reto a la vida. Rev. Cubana Pediatr 2006;78(3)
12. Gomez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría. 2012;79(1): 32-39
13. Ibañez & Plaza. Manual para padres con niños prematuros. España 2005.disponible en www.prematuros.info

14. Mata M, Salazar ME. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009;17(1):45-54
15. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. Biblioteca Central de Ministerio de salud Lima Perú 2007
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. España 2010
17. Mendez L, martinez MG, Bermúdez JM, Unidad de cuidados intensivos neonatales: Morbimortalidad en recién nacidos prematuros. Rev. Acta Universitaria 2007; 17(1): 46-51
18. Moraes M, Pimienta M, Madera N. Morbilidad en pre términos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico Arch Pediatr Urug 2009; 80(3): 197-203
19. Narbona E, Contreras F. Manejo del dolor en el recién nacido. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados 2008. Consultado en www.aeped.es/protocolos/
20. National Perinatal Association. Multidisciplinary Guidelines for the Care of Late Preterm Infants. 2012. Consultado en www.nationalperinatal.org/lptguidelines/.../NPA
21. Oliveros M, Chirinos J. Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Revista peruana de Ginecología y obstetricia 2008; 54(1): 7-10
22. Pineda I, Eguigurems I. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH 2008;11(3):186-191
23. Polin RA, Denson S, Brady MT et al. Strategies for Prevention of Health Care-Associated Infections in the NICU. Pediatrics 2012;129:e1085-e1093
24. Rellan S, García C, Aragon M. El recién nacido prematuro. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados 2008. Consultado en www.aeped.es/protocolos/
25. Roman L, Valls A. Dificultad respiratoria en el recién nacido. An Pediatr Contin 2003,1(2):67-70
26. Romero S, Arroyo L, Reyna E. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum 2010; 24(2):12
27. Rojas P, Pavon A, Rosso M, losada A. Complicaciones a corto plazo de los recién nacidos pre termino tardíos. An Pediatr (Barc) 2011; 75(3):169-174
28. Tello MP. Cuidado integral al recién nacido pre término menor de 1500 grs de peso: un reto para enf. Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo- Perú. 2007
29. Vargas N. Rol del pediatra en el neurodesarrollo. Rev. Chil Pediatr 2008;79(1):21-25
30. Villamizar B, Vargas C, Díaz L. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Universidad Industrial de Santander, Colombia. 2010
31. Villanueva L A, Contreras A K, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):542-8

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Enf. Leticia Membrillo Alvarado	Directora de Enfermería UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Mtra. Ana Lourdes Perez Barroso	Directora de Enfermería UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza
Dra. Eréndira Durán Ruiz	Médico no familiar Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 CMN La Raza
Dra. Carmen Luz Pereira	Médico no familiar Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 CMN La Raza

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial Directorio institucional.

Secretaría de Salud **Instituto Mexicano del Seguro Social**
Dra. Mercedes Juan López Dr. Javier Dávila Torres
Secretario de Salud **Director de Prestaciones Médicas**

Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José de Jesús González Izquierdo
Dr. José Antonio González Anaya **Titular de la Unidad de Atención Médica**
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado **Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**
Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Director General **Coordinadora de Áreas Médicas**

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. Arturo Viniestra Osorio
Lic. Laura Vargas Carrillo **División de Excelencia Clínica**
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel O'shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
	Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
	Director General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Dr. Agustín Lara Esqueda	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
	Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	