Firmado digitalmente por
CHAVEZ ROMERO Katya Yolanda FAU
20131257750 soft
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 30.12.2024 17:08:34-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

RESOLUCIÓN N° 000073-GCPS-ESSALUD-2024

Lima, 30 de Diciembre del 2024

VISTA: La Nota N° 001797-2024/GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2024, con el Informe N° 000011-2024/SGPE-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2024, mediante la cual la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remite el sustento para la aprobación del proyecto de Documento Técnico Orientador "Disposiciones para la implementación de la atención integral de salud neonatal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".y;

CONSIDERANDO:

Que, el articulo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General den Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 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, 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 permiten ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 686-PE-ESSALUD-2024 se aprobó el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, estableciéndose en el artículo 158° 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 que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, mediante Resolución de la Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, se aprobó la Directiva N° 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico orientadores en ESSALUD", con el objetivo de establecer las normas y criterios para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de los documentos normativos y técnico-orientadores al interior de la Institución, que son necesarias para el ejercicio de las funciones de la unidades orgánicas que conforman el Seguro Social de Salud-ESSALUD;

Que, en la actualidad las condiciones perinatales ocupan el segundo lugar en la carga de enfermedad en EsSalud según los AVISA (Años de Vida Saludable Ajustados por Discapacidad), lo

EsSalud
Firmado digitalmente por
QUISPE SUAREZ Aldo Paolo FAU
20131257750 hard
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 30.12.2024 17:02:54-0500

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **Z2ZNUCF**.

cual refleja una alta incidencia de problemas neonatales que impactan significativamente en la salud pública lo que evidencia la necesidad fortalecer las medidas específicas de abordaje;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 545-2024-MINSA se aprobó la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”;

Que, mediante Nota e Informe vistos, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, presenta la propuesta de Documento Técnico Orientador “Disposiciones para la implementación de la atención integral de salud neonatal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud (ESSALUD)” que se encuentra concordante con la citada norma sectorial vigentes;

Estando a lo propuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. APROBAR, el Documento Técnico Orientador “Disposiciones para la implementación de la atención integral de salud neonatal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud (ESSALUD)”,
2. DISPONER, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asesoría técnica del Documento Técnico Orientador, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo a su competencia.
3. DISPONER, que los Gerentes y Directores de las Redes Prestacionales / Asistenciales realicen la gestión para la implementación y seguimiento del cumplimiento de los procedimientos aprobados con la presente Resolución.
4. ENCARGAR, a la Gerencia Central de Operaciones, contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico, en el marco de sus funciones.
5. ENCARGAR, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remita a la Secretaría General el presente documento técnico para su publicación en el compendio normativo del Seguro Social -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

Firmado digitalmente por
KATYA YOLANDA CHAVEZ ROMERO
GERENTE CENTRAL
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **Z2ZNUCF**.

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES N° 073-GCPS-ESSALUD-2024

"DISPOSICIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)"

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por	José Carlos Zanabria Calderón	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas	30-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por ZANABRIA CALDERON Jose Carlos FAU 20131257750 hard Motivo: Doy visto bueno.
Revisado por	Aldo Paolo Quispe Suárez	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	30-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por QUISPE SUAREZ Aldo Paolo FAU 20131257750 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 30.12.2024 14:58:55 -05:00
Aprobado por	Katya Yolanda Chávez Romero	Gerente Central de Prestaciones de Salud	30-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por CHAVEZ ROMERO Katya Yolanda FAU 20131257750 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 30.12.2024 16:41:59 -05:00

2024

ÍNDICE

CAPITULO I	**DISPOSICIONES INICIALES**	3
CAPITULO II	**ÓRGANOS RESPONSABLES**	9
CAPITULO III	**DISPOSICIONES GENERALES**	9
CAPÍTULO IV	**DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**	10
ANEXOS		34
Anexo N° 1. Check list de materiales e insumos para la atención inmediata del recién nacido.		35
Anexo N° 2. Lista de verificación de Equipos para reanimación neonatal.		36
Anexo N° 3. Check list del procedimiento de Atención Inmediata del recién nacido		37
Anexo N° 4. Test de Capurro		38
Anexo N° 5. Escala de Ballard.		39
Anexo N° 6. Higiene y cuidado de la piel del recién nacido.		40
Anexo N° 7. Signos de alarma y manifestaciones clínicas en el recién nacido.		41
Anexo N° 8. Procedimiento invasivo en UCI “Instalación y mantenimiento del catéter venoso central de inserción periférica (PICC)".		45
Anexo N° 9. Flujo de atención del recién nacido sano "Atención inmediata y alojamiento conjunto”.		48
Anexo N° 10. Flujo de atención del recién nacido enfermo.		49

DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL EN ESSALUD

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO

1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer disposiciones para la atención integral de salud neonatal en el Seguro Social de Salud, en el marco de la Norma Técnica de Salud del MINSA vigente[1].

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Establecer los procedimientos técnico-administrativos que permitan brindar la atención integral de salud en la etapa neonatal en EsSalud.
2.2.2 Fortalecer los procesos de gestión correspondientes a la atención integral de salud neonatal en EsSalud.
2.2.3. Fortalecer la organización y funciones en los servicios neonatales de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención de EsSalud.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal en el Seguro Social de Salud - EsSalud.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 29885[2], Ley de Tamizaje Neonatal Universal, y su modificatoria.
- Ley N° 31975[3], Ley que modifica la Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N° 31856[4], Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 31633[5], Ley que implementa y desarrolla los bancos de leche humana.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 009-97-SA y disposiciones ampliatorias y modificatorias.
- Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 002-99-TR; y sus modificatorias
- Decreto Supremo N° 020-2014, SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 545-2024-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.

---

[1] Resolución Ministerial N.° 545-2024-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano
[2] NL20120609.PDF
[3] Ley Nº 31975 modifica norma sobre el Programa de Tamizaje Neonatal Universal
[4] Publicacion Oficial - Diario Oficial El Peruano
[5] 31633-TXM.pdf

- Resolución Ministerial N.º 184-2024/MINSA, aprueba las "Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030", propuestas por el Consejo Nacional de Salud."
- Resolución Ministerial N° 633-2023-MINSA, que aprueba el Documento Técnico Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA, que aprueba la NTS N° 196-MINSA/DGIESP-2022 "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, y sus modificatorias"[6].
- Resolución Ministerial N° 440-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 108 -MINSA/2020/DGIESP: Directiva Sanitaria para la Implementación de la Práctica del Método Canguro[7].
- Resolución Ministerial N* 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de salud por Curso de Vida pera la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- Resolución Ministerial N° 670-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 558-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita"[8].
- Resolución Ministerial N° 426-2019/MINSA, que aprueba la NTS N° 152-MINSA/2019/DGIESP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Implementación, Funcionamiento y Promoción de Bancos de Leche Humana en el Perú"[9].
- Resolución Ministerial N° 251-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 084- MINSA/2019/DGIESP, Directiva Sanitaria que establece la Organización y Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal[10].
- Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años", y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud', y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 123-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios".
- Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa pera la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño[11].
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación de Grupos de apoyo comunal para promover y proteger la Lactancia Materna".[12]
- Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 190-MINSA/OGEI-V.01 que establece el procedimiento para el registro del

[6] R.M. 884-2022-MINSA.pdf
[7] RM_440-2020-MINSA.pdf
[8] Resolución_Ministerial_N__558-2019-MINSA.PDF
[9] Resolución_Ministerial_N__426-2019-MINSA.PDF
[10] RM-251-2019-Minsa.PDF
[11] Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño: Directiva administrativa Nº 201-MINSA/DGSP V.01. (R.M. Nº609-2014/MINSA) - Informes y publicaciones - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano
[12] Resolución Ministerial N.° 260-2014-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano

Certificado de Nacido Vivo en todos los establecimientos de salud del país[13].

- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001- MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"[14].
- Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales", y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 707-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro[15].
- Resolución Ministerial N°279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 078-MINSA/DGE-V.01 Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad"[16].
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos), relacionadas a la calidad de atención del recién nacido en los establecimientos de salud[17].
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD; cuyo Texto Actualizado y Concordado, se aprueba con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias[18].
- Resolución de Gerencia General N.º 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N.° 21-GCPP-ESSALUD-2020 V.01 "Norma para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD"[19].
- Resolución de Gerencia General N° 1112-GG-ESSALUD-2021 que aprueba la Directiva Nº 13-GCPS-ESSALUD-2021 "Modelo de Cuidado Integral con Enfoque de Salud Familiar del Seguro Social de Salud - ESSALUD"[20].
- Resolución de Gerencia General N° 1339-GG-ESSALUD-2023, que aprueba la Directiva de GG N° 08-GG-ESSALUD-2023 Disposiciones para el acceso, registro y uso de la información de las prestaciones de salud[21].
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 1828-GCPS-ESSALUD-2023, se aprueba la Directiva N.° 15-GCPS-ESSALUD-2023, *"Norma para la Referencia y Contrarreferencia en el Seguro Social de Salud – ESSALUD"*[22]

---

[13] Resolución Ministerial N.° 148-2012-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano
[14] 241399_RM853_2012_MINSA.pdf20190110-18386-1ftyo4g.pdf
[15] 244862_RM707-2010-MINSA.pdf20190110-18386-bj9enj.pdf
[16] Norma_técnica_de_salud_que_establece_el_conjunto_de_intervenciones_articuladas_para_la_reducción_de_la_mortalidad_neonatal_en_el_primer_nivel_de_atención_de_salud_en_la_familia_y_la_comunidad20191016-26158-196yvqf.pdf
[17] 1027_DGSP198.pdf
[18] 4801407-rof_institucional_integrado-vf2-1.pdf
[19] http://compendionormativo.essalud.gob.pe/documents/20182/75494/1553-GG-ESSALUD-2020.pdf/df96d514-e619-4ee5-8133-a3d2d84baca5?download=true
[20] http://compendionormativo.essalud.gob.pe/documents/20182/75494/1112-GG-ESSALUD-2021.pdf/18284470-d1b4-4067-b253-da179c71e1d9?download=true
[21] Resolución de Gerencia General N.° 1339-2023-GG-ESSALUD - Normas y documentos legales - Seguro Social de Salud - Plataforma del Estado Peruano
[22] http://compendionormativo.essalud.gob.pe/documents/20182/75494/1828-GG-ESSALUD-

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las presentes disposiciones son de aplicación a nivel de todos los establecimientos de salud dependientes del Seguro Social de Salud — ESSALUD que brinden atención neonatal.

ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

5.1. Atención del recién nacido en alojamiento conjunto: Es la prestación del cuidado integral brindada al recién nacido que se encuentra en permanencia junto a su madre, fortaleciendo el vínculo afectivo, promoviendo y/o dando continuidad a la lactancia materna, detección de signos de alarma, brindando consejería a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido y consejería en lactancia materna. Se realiza después del nacimiento hasta el momento en que la madre e hijo sean dados de alta.

5.2. Atención inmediata del recién nacido: Es el conjunto sistematizado de procedimientos, actividades e intervenciones sanitarias que se realiza a todo recién nacido inmediatamente al nacimiento, con el propósito de garantizar las condiciones óptimas para la adaptación a la vida extrauterina, reducir eventuales riesgos, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

5.3. Atención integral de salud del recién nacido: Es el conjunto de intervenciones sanitarias enfocadas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud de todo recién nacido (de 0 a 28 días de vida), provistas de manera continua, brindadas en los establecimientos de salud y el seguimiento, en términos de calidad, equidad y oportunidad.

5.4. Atención de salud del recién nacido con complicaciones: Es la atención especializada que el equipo de atención neonatal brinda a todo recién nacido que presenta complicaciones que pueden desarrollarse antes, durante y/o después del nacimiento.

5.5. Bolsa para termorregulación neonatal: Es una bolsa estéril oclusiva de polietileno (con o sin capucha), para evitar la pérdida de calor del recién nacido prematuro inmediatamente después del parto.

5.6. Contacto piel a piel: Procedimiento con importantes beneficios para la madre y el recién nacido que consiste en la colocación del recién nacido desnudo en posición vertical, sobre el abdomen y/o pecho desnudo de la madre, favoreciendo el inicio de la lactancia materna y su mantenimiento de forma exclusiva, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. Para lograr los beneficios, esta debe ser mantenida por un periodo de tiempo de 60 minutos o más, de ser necesario.

5.7. Consentimiento informado: Es la autorización informada, libre y voluntaria, que brinda la madre, el padre o apoderado del recién nacido, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, siendo el médico tratante, docente o investigador, según corresponda, responsable de llevar a cabo el proceso del consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión.

5.8. Contrarreferencia: Proceso administrativo asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el usuario de salud.

5.9. Equipo de atención de salud neonatal: Está conformado por los profesionales responsables de la atención integral de salud del recién nacido: Médico pediatra neonatólogo o médico neonatólogo o médico pediatra o médico de familia o médico cirujano; y licenciada en enfermería con o sin especialidad en neonatología, de acuerdo

2023.pdf/2437c525-39ff-44ac-bf1b-0c80a5719f58?download=true

al nivel de atención del establecimiento de salud, según lo estipulado en la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA o las que hagan sus veces.

5.10. Identificación segura del recién nacido: Procedimiento realizado al recién nacido/a para garantizar su identidad desde el momento del nacimiento, en alojamiento conjunto y durante su estancia en cualquiera de los espacios hospitalarios. Especialmente importante para que en la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo, se eviten errores o confusiones.

5.11. Muerte neonatal: Es la defunción del recién nacido vivo que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

5.12. Muerte neonatal evitable: Muerte neonatal ocurrida en un recién nacido con peso de 2500 gramos a más, mayor o igual a 37 semanas de gestación y sin malformación congénita letal.

5.13. Nacido vivo: Se considera nacido vivo al producto de la concepción que después de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, llora, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta, independientemente de la duración del embarazo.

5.14. Pelmatoscopia: Es el procedimiento mediante el cual se logra la impresión de la huella plantar del/de la recién nacido/a en la historia clínica y tarjeta de identificación, a través del método comparativo, observando y analizando los puntos característicos de las líneas y surcos formados por los pliegues plantares del neonato.

5.15. Período neonatal: El período neonatal comienza desde el nacimiento y termina a los 28 días después del nacimiento.

5.16. Peso al nacer: Es el peso del recién nacido constatado por un medio estandarizado de medida; se expresa en gramos.

5.17. Pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical: Procedimiento que se realiza en los primeros 60 segundos tras el parto, pinzando y seccionando el cordón umbilical y que separa física y definitivamente al recién nacido de su madre.

5.18. Pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical: Procedimiento que se realiza pinzando y seccionando el cordón umbilical, y que separa física y definitivamente al recién nacido de su madre, transcurrido entre 1 a 3 minutos desde el parto o cuando han cesado las pulsaciones del cordón. Es conocido también como corte tardío de cordón umbilical.

5.19. Oxigenoterapia: Es el suministro de oxígeno suplementario, cuando el pulmón es insuficiente para suplir las necesidades de oxígeno en los tejidos del organismo.

Fase I: Administración de oxígeno por flujo libre, cánula binasal, máscara y casco cefálico.
Fase II: Administración de oxígeno por cánula de alto flujo, ventilación no invasiva (CPAP, ventilación nasal).
Fase III: Ventilación mecánica convencional y ventilación de alta frecuencia.

5.20. Recién nacido o neonato: Nacido vivo producto de una gestación, en el período que abarca desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida.

5.21. Recién nacido de alto riesgo: Recién nacido que tiene mayor probabilidad de presentar alteraciones o complicaciones, fundamentalmente sensoriales y del neurodesarrollo durante su infancia. Son niños con necesidades asistenciales diferentes a las previstas en los programas diseñados para niños sanos en el primer nivel de atención.

5.22. Recién nacido en estado crítico: Situación en la cual el recién nacido está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o de tener un deterioro importante por una condición patológica o desfavorable, configurando un estado de gravedad persistente que requiere atención, monitorización, tratamiento oportuno y continuo.

5.23. Recién nacido normal o sano: Todo recién nacido con peso mayor o igual a 2,500 g hasta 3,999 g, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología o alguna manifestación clínica detectada.

5.24. Recién nacido pre término: Recién nacido antes de 37 semanas de edad gestacional

5.25. Recién nacido a término: Recién nacido de 37 a 41 semanas de edad gestacional.

5.26. Recién nacido post término: Recién nacido de 42 semanas a más de edad gestacional.

5.27. Recién nacido vigoroso: Recién nacido que al momento del nacimiento llora, tiene buen esfuerzo respiratorio y buen tono muscular.

5.28. Recién nacido de bajo peso: Es un recién nacido con un peso inferior a 2500 gramos.

5.29. Recién nacido de muy bajo peso: Es un recién nacido con peso al nacer inferior a 1500 gramos.

5.30. Recién nacido con extremo bajo peso: Es un/a recién nacido con peso al nacer inferior a 1000 gramos.

5.31. Referencia: Proceso administrativo —asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere \a responsabilidad de la atención de las necesidades del recién nacido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva. La transferencia incluye al paciente.

5.32. Seguimiento del recién nacido de alto riesgo: Conjunto de actividades sistemáticas y periódicas desarrolladas, con el objeto de diagnosticar, tratar y rehabilitar de manera adecuada y oportuna en los recién nacidos de alto riesgo que requieran de atenciones especializadas y en forma integrada.

5.33. Tamizaje de cardiopatía congénita: Es la búsqueda e identificación pre sintomática de patologías cardiacas criticas empleando la oximetría de pulso que ponen en riesgo Ta vida del recién nacido, esta se realiza oportunamente a partir de las 12 horas de vida hasta las 24 horas de vida.

5.34. Telecapacitación: Es el proceso de enseñanza/aprendizaje mediante el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación TIC, realizado por personal especializado con las competencias necesarias, orientado a ampliar los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes del personal de la salud.

5.35. Tele interconsulta: Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de la salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo esta estar o no presente, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas para la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

ARTÍCULO 6: ÓRGANOS CENTRALES Y DESCONCENTRADOS

6.1. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, es responsable de la implantación y asistencia técnica de las disposiciones incluidas en el presente documento.

6.2. La Gerencia Central de Operaciones, es responsable de supervisar y evaluar la aplicación de las normas y procedimientos para la atención integral de la salud neonatal en las IPRESS que atienden a los asegurados de EsSalud; asimismo, evalúa la capacidad operativa de la UPS que permita contar con los recursos necesarios para el cumplimiento del presente documento.

6.3. La Gerencia de la Red Prestacional, la Gerencia o Dirección de la Red Asistencial u Órgano Prestador Nacional, son responsables de evaluar el cumplimiento de las disposiciones descritas en el presente documento. Gestiona los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos para la atención integral de salud neonatal según la capacidad resolutiva, a fin de brindar una adecuada atención y cumplimiento de lo dispuesto en los niveles, I, II y III. Asimismo, gestiona la capacitación en Cuidados Neonatales del personal de la IPRESS de su jurisdicción.

6.4. Los jefes inmediatos superiores de cada UPS de cuidados neonatales según establecimiento de salud, son responsables de la implementación y cumplimiento de la presente norma, disponiendo las acciones necesarias asistenciales que correspondan, de acuerdo con la normatividad vigente y según capacidad resolutiva.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 7: DISPOSICIONES GENERALES

7.1. Las Redes Prestacionales y Asistenciales gestionan la implementación de la atención integral de la salud neonatal en las IPRESS de EsSalud.
7.2. Las IPRESS realizan el diagnostico situacional de la población tributaria de cuidados neonatales y el perfil epidemiológico.
7.3. Las Redes Prestacionales y Asistenciales programan en sus planes operativos las actividades dispuestas para la atención de cuidados neonatales, estableciendo objetivos a corto, mediano y/o largo plazo.
7.4. Las IPRESS gestionan la atención prioritaria y oportuna de todo recién nacido sano como del recién nacido prematuro o el que tiene alguna complicación y, de ser necesario, coordinan la atención en otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva, mediante el procedimiento de referencia.
7.5. Implementan la atención inmediata del recién nacido dentro de sala de partos y centro quirúrgico, de corresponder, en establecimientos de salud que consignen en su cartera de servicios la atención de parto, fomentando la NO separación del recién nacido y su madre.
7.6. Priorizan y gestionan la dotación del kit de reanimación neonatal básico y avanzado en todo establecimiento de salud que consigne en su cartera la atención de partos, para la atención oportuna de todo recién nacido que requiera reanimación.
7.7. La atención integral de salud neonatal se otorga a pacientes pediátricos asegurados hasta los 28 días, que enfrentan los requerimientos asociados con el período neonatal en los tres niveles de atención.
7.8. Las Redes Prestacionales y Asistenciales organizan y programan actividades de capacitación en Cuidados Neonatales para todo el personal de salud.

7.9. Las actividades de atención integral de salud neonatal se registran en el sistema informático vigente.
7.10. Las IPRESS implementan ambientes para el fomento de la lactancia materna en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.
7.11. Todo recién nacido prematuro es tamizado para identificar retinopatía de la Prematuridad (ROP) antes de ser dado de alta; los casos diagnosticados con ROP reciben atención oportuna, continua y de calidad en establecimientos de salud con capacidad resolutiva para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación de ROP y sus secuelas.
7.12. Se debe asegurar la participación de la madre, el padre o un familiar acompañante durante toda la atención del recién nacido en el marco de la atención centrada en la familia[23]. El establecimiento de salud provee los recursos necesarios, como material de protección personal (mandilón, gorro, mascarilla, botas) de ser necesario.
7.13. Se deberá fortalecer el seguimiento de todos los recién nacidos (durante el periodo neonatal que comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida), a través de la atención médica, control de crecimiento y desarrollo, visita domiciliaria y seguimiento del recién nacido de alto riesgo, de corresponder en el marco de sus competencias.
7.14. Las acciones de promoción de la salud, como higiene de manos, lactancia materna, inmunizaciones, pautas de crianza, entre otras, son realizadas por el personal de la salud del establecimiento de salud.
7.15. Siempre se debe salvaguardar el vínculo afectivo entre el recién nacido y su madre y la práctica de la lactancia materna exclusiva, su promoción, protección y el apoyo en toda circunstancia, inclusive en situaciones de pandemia con las medidas preventivas correspondientes, salvo contraindicación médica fundamentada.
7.16. Se debe cumplir con las estrictas medidas de bioseguridad y prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en toda atención neonatal.
7.17. Se debe analizar toda muerte neonatal, según lo dispuesto en la Directiva Sanitaria N° 084- MINSA-2019-DGIESP, Directiva Sanitaria que establece la Organización y Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal, aprobado con Resolución Ministerial N° 251-2019/MINSA[24] o la que haga sus veces.
7.18. Mantener el orden y la buena comunicación entre el equipo de atención materna y el equipo de atención de salud neonatal, lo cual asegura un parto y un nacimiento exitosos.
7.19. Se debe implementar el tamizaje neonatal universal en los recién nacidos, en concordancia con la NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita", aprobada con Resolución Ministerial N° 558-2019/MINSA[25] o la que haga sus veces.

CAPÍTULO IV: DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

ARTÍCULO 8. Atención inmediata del recién nacido

- La atención inmediata del recién nacido es responsabilidad del equipo de atención de salud neonatal, según su categoría o nivel de complejidad del establecimiento de salud.
- El tiempo promedio de duración de la atención inmediata del recién nacido sano es de 3 horas y se prolonga en caso de presentarse alguna complicación o si se realizó

[23] Promoción del contacto temprano y continuo con el bebé, método Canguro; permitir que los padres estén presentes tanto durante las visitas como en los cuidados diarios, siempre que las condiciones clínicas del bebé lo permitan; educación personalizada a los padres y capacitación en cuidado básico como el baño, el cambio de pañales, la lactancia y la identificación de señales de alarma; charlas y talleres sobre temas como la alimentación, el sueño seguro, las vacunas y el desarrollo neurológico del recién nacido. Apoyo psicológico: Brindar soporte emocional; creación de entornos amigables para la familia como espacios confortables: áreas adecuadas dentro de la unidad neonatal donde los padres puedan estar cerca de su bebé, descansar o alimentarlo en privado.
[24] 5192.pdf
[25] Resolución Ministerial N.° 558-2019/MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano

maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

- Todo recién nacido que recibió maniobras de RCP es estabilizado, monitoreado y evaluado con mayor frecuencia hasta ser trasladado a hospitalización o referido al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.
- Durante la permanencia en el establecimiento de salud, el recién nacido es evaluado y monitoreado periódicamente.
- Para la atención inmediata del recién nacido, tener en consideración el principio de anticipación, intervenciones en la primera hora de vida y la segunda hora de vida (posterior al contacto piel a piel).

8.1. Atención inmediata del recién nacido: Principio de anticipación

Consiste en la preparación y valoración perinatal, previamente a suscitarse el parto, por parte del equipo de atención de salud neonatal.

a. Identificar factores de riesgo perinatal:

- El equipo de atención de salud neonatal conoce los antecedentes del embarazo, controles prenatales, factores de riesgo de la madre, situación del parto y antecedentes del feto de la historia clínica materna y amplía la información mediante la entrevista directa a la gestante antes del parto y/o al equipo de profesionales que atienden el parto.

- La información obtenida contribuye a organizar la atención; convocar al recurso humano necesario, según el riesgo; preparar equipos y dispositivos médicos necesarios para la atención neonatal

- En cada atención del parto, se deben tener en cuenta los siguientes factores que pueden alterar la adecuada transición feto-neonatal:

FACTORES DE RIESGO[26]

FACTORES ANTEPARTO	FACTORES INTRAPARTO	FACTORES POSTPARTO
Diabetes materna	Cesárea urgente	Hipotermia
H TA (inducida por embarazo/crónica)	Presentación anormal	Apnea
Anemia o isoinmunización	Macrosomía/RCJU	Bradicardia
Hemorragias del 2° o 3° trimestre	Trabajo de parto prematuro /precipitado/prolongado	Dificultad respiratoria
Infección materna/corioamnionitis	Ruptura de membranas >24 horas	Hipoperfusión
Polihidramnios/Oligoamnios	Líquido amniótico meconial	Anemia
Embarazo pretérmino/postérmino/múltiple	Patrones de FC fetal anormales	Hemorragia a través del cordón
Medicamentos (litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos y otros)	Anestesia general	Anomalía congénita
Abuso materno de drogas/tabaquismo	Narcóticos 4 horas antes del parto	Factores de riesgo infeccioso
Actividad fetal disminuida	Prolapso del cordón	Prematuridad
Malformación fetal	Desprendimiento prematuro de placenta *(Abruptio placentae)*	Trauma obstétrico
Gestación no controlada	Placenta previa	
Edad materna<16 o >35 años	Parto instrumentado	
Anomalía uterina o cervical	Rotura uterina	

[26] Fuente. adaptada de SENEO - Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023

b. Para la recepción del recién nacido

El equipo de atención de salud neonatal:

- Verifica la disponibilidad y funcionamiento de los dispositivos médicos y equipos necesarios para la atención inmediata del recién nacido (Anexo N° 1).
- Verifica la disponibilidad del kit para RCP según el nivel de atención, según la lista de verificación. (Anexo N° 2).

Kit RCP (Establecido en la R.M. 545-2024/MINSA NTS N° 214-MINSA/DGIESP-2024)[27]

- Cobertura o gorro para la cabeza.
- Guantes quirúrgicos de tallas 6, 7, 7.5, 8
- Toallas pre calentadas.
- Estetoscopio neonatal
- Respirador manual (bolsa autoinflable tamaño neonatal-máscara de ventilación para recién nacido a término y pre término).

- **Equipo de aspiración**:
  - Sistema de aspiración de secreciones.
  - Perilla de goma.
  - Sondas de aspiración N° 6F, 8F, 10F,12F.
  - Sonda de alimentación con jeringa de 20 ml.

- **Ventilación a presión positiva (VPP):**
  - Dispositivo de ventilación a presión positiva (Bolsa auto inflable o equipo de NEOPUFF con pieza en T).
  - Mascarillas para recién nacido a término y recién nacido pre término.
  - Fuente de oxígeno.
  - Fuente de aire comprimido.
  - Mezclador de oxígeno y el aire comprimido con un flujómetro (velocidad de flujo a 10 litros/min).
  - Oxímetro de pulso neonatal o Monitor cardiaco con derivaciones.
  - Estetoscopio (con cabezal neonatal).
  - Filtro antibacteriano — viral. (opcional).

- **Intubación:**
  - Laringoscopio neonatal con hojas rectas N° 00, 0 y 1.
  - Tubos endotraqueales sin cuff, N° 2.5, 3.0 y 3.5 mm
  - Estilete (opcional).
  - Cinta de medición.
  - Tijera /hoja de bisturí.
  - Cinta a prueba de agua o dispositivo de fijación del tubo.
  - Esparadrapo.
  - Detector de dióxido de carbono o capnógrafo (opcional)

- **Medicamentos:**
  - Adrenalina (0.1mg/ml = 1mg/10ml).
  - Solución salina normal como expansión de volumen, Cloruro de sodio (0.9%).
  - Dextrosa al 10%.

[27] Resolución Ministerial N.° 545-2024-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano

- **Suministros de cateterismo del vaso umbilical**
  - Jeringas de 20cc (2), 10cc (2), 5cc (2), 1cc (4).
  - Equipo de cateterismo de vena umbilical (Tijera y pinza mosquito).
  - Seda o hilo para ligadura de cordón umbilical.
  - Catéter venoso umbilical (de una sola luz) N° 3.5F -5 F o sonda de alimentación N° 4F - 6F.
  - Llave de triple vía.
  - Bisturí.
  - Campos estériles.
  - Bata, gorro, mascarilla.
  - Guantes estériles.
  - Solución antiséptica para limpieza del cordón umbilical.
  - Gasa y algodón,
  - Apósito transparente o esparadrapo antialérgico.

- **Otros:**
  - Jeringas 1cc, 5cc, 10cc.
  - Reloj y cronómetro.
  - Guantes y equipo de protección individual apropiado
  - Cuna de calor radiante u otra fuente de calor.
  - Sensor de temperatura con cobertura de sensor para el calentador radiante (para uso durante reanimación prolongada).
  - Toallas precalentadas/ gorro de algodón para el recién nacido.
  - Incubadora de transporte con ventilador mecánico.
  - Bolsa estéril de polietileno para regulación térmica del recién nacido.
  - Equipo para toma de muestra de sangre de cordón umbilical para gases.

- **Para recién nacidos muy prematuros**
  - Gorro para la cabeza.
  - Bolsa de polietileno estéril.
  - Hojas de laringoscopio tamaño 00.
  - Incubadora para mantener la temperatura ideal del recién nacido durante el traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - UCIN, o referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva.

c. Prevenir la pérdida de calor

- La temperatura ambiental de sala de partos está regulada entre 24 °C a 26 °C.
- Precalentar la cuna de calor radiante 30 minutos antes de colocar al recién nacido.
- El termómetro ambiental es usado en todos los establecimientos de salud donde se atienden partos, para verificar temperatura necesaria en sala de partos.
- Contar con toallas estériles precalentadas para la recepción y secado del recién nacido.

8.2. Atención inmediata del recién nacido: Primera hora de vida

8.2.1. Valoración de la condición del recién nacido:

- El equipo de atención de salud neonatal conduce y realiza la atención del recién nacido desde el momento del nacimiento.

- Al culminar el período expulsivo, el personal que atiende el parto (profesional médico gineco obstetra, médico cirujano y licenciado en obstetricia/obstetra, en concordancia con la NTS N"105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención

Integral de salud Materna", aprobada con Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA[28] o las que hagan sus veces) sostiene el cuerpo del recién nacido, comunica la hora del nacimiento, menciona el sexo del recién nacido a la madre y lo coloca sobre el vientre materno. En este momento, el equipo de atención de salud neonatal continúa con los procedimientos que corresponden a la atención inmediata del recién nacido.

- Desde el nacimiento y en simultáneo el equipo de atención de salud neonatal realiza la valoración de la edad gestacional, llanto/respiración y tono muscular para decidir si requiere reanimación y el plan de manejo del cordón umbilical.

- Si el recién nacido a término ó prematuro tardío (34 a 36 semanas de gestación) tiene llanto vigoroso, esfuerzo respiratorio y buen tono muscular, el profesional que atiende el parto, en coordinación con el equipo de atención de salud neonatal, realiza el pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical.

- En todo recién nacido, el pinzamiento y corte de cordón umbilical es de 20 a 25 cm desde el abdomen del recién nacido, lo que facilita la toma de muestra para el grupo sanguíneo y factor Rh del recién nacido y otros exámenes que requiera.

- En caso se tome la muestra de sangre del cordón umbilical para determinar su **grupo sanguíneo** y **factor Rh,** se utiliza una jeringa de 1cc heparinizada, asegurándonos de obtener una muestra mayor de 0.2 cc, utilizando cualquiera de los vasos sanguíneos.

- Si el recién nacido no evidencia llanto, esfuerzo respiratorio, se encuentra hipotónico o con alguna condición crítica, el equipo de atención de salud neonatal indica al profesional que atiende el parto el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical y entrega inmediata al equipo de atención de salud neonatal para continuar con las maniobras de RCP y otros procedimientos que correspondan.

- En los casos donde las secreciones obstruyan la vía aérea, el equipo de atención de salud neonatal realiza la succión suave con una pera de goma descartable.

- En recién nacidos con presencia de líquido amniótico fétido, corioamnionitis, contaminado de materias fecales, hijo de madre con VIH positivo e ITS que pueda contaminar y poner en riesgo al recién nacido, se realiza el baño inmediatamente después del nacimiento previa indicación médica.

- La necesidad de realizar RCP neonatal no es determinada con el APGAR.

- El equipo de atención de salud neonatal realiza el Apgar al primer minuto y a los 5 minutos.

TEST DE APGAR

PUNTUACIÓN/PARÁMETROS	0	1	2
Frecuencia cardíaca	**Ausente**	<100 lpm	>100 lpm
Esfuerzo respiratorio	**Ausente**	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono muscular	**Flácido**	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a estímulos (también llamada irritabilidad refleja)	**Sin respuesta**	Muecas	Llanto
Coloración	**Cianosis o palidez**	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado

Fuente: CLOHERTY AND STARK´S MANUAL OF NEONATAL CARE 2023

[28] Resolución Ministerial N.° 827-2013-MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano

8.2.2. Procedimientos de atención de rutina (Anexo N° 3): Seguidamente, el equipo de atención de salud neonatal aplica los procedimientos que se detallan a continuación:

a. Prevenir la pérdida de calor

- Evitar la hipotermia en todo recién nacido.
- Asegurar temperatura ambiental en sala de partos entre 24 a 26°C.
- Una vez colocado el recién nacido en et vientre materno, el equipo de atención de salud neonatal recepciona y seca al recién nacido con toalla pre calentada sobre el vientre/abdomen desnudo de la madre, evita secar ambas manos del recién nacido (para conservar et olor del líquido amniótico que le sirve de guía para llegar al pecho materno) y se cambia por otra toalla pre calentada, se procede a retirar la primera toalla húmeda y cubrir al recién nacido con la segunda toalla pre calentada (NO retirar todo el vérnix), asegurar que la cabeza quede cubierta.
- A todo recién nacido con menos de 32 semanas de gestación o con peso menor de 1,500 gramos, se Te cubre todo el cuerpo con bolsa de polietileno estéril neonatal y con un gorro se cubre la cabeza del recién nacido inmediatamente después del nacimiento. No secar al recién nacido, ya que la humedad caliente protege las pérdidas de calor por evaporación y evita lesiones potenciales por la fricción del secado.
- Si el recién nacido presenta malformaciones con defectos de la pared abdominal y del tubo neural abierto o expuesto, cubrir el defecto con bolsa estéril de polietileno.

b. Contacto piel a piel

- Consiste en colocar al recién nacido de cubito ventral y en forma longitudinal sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre, tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea.
- Durante este procedimiento, el equipo de atención de salud neonatal realiza lo siguiente:
- Evalúa constantemente al recién nacido durante el tiempo que dura el contacto piel a piel.
- De presentarse algún signo de alarma en el recién nacido o la madre, suspender et contacto piel a piel y proceder a su atención bajo fuente de calor radiante.
- El contacto piel a piel tiene duración de 60 minutos y se prolonga hasta el inicio de la lactancia materna.
- En recién nacidos prematuros tardíos (34 a 36 semanas de gestación) con llanto vigoroso y esfuerzo respiratorio y buen tono muscular, se realiza el contacto piel a piel.
- Con el contacto piel a piel se promueve el apego seguro, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño y se inicia la lactancia materna. En el caso de recién nacido de madre con VIH/SIDA, se contraindica la lactancia materna.

c. Identificación segura del recién nacido:

- Los datos del recién nacido para el registro del Certificado de Nacido Vivo se desarrollan en el marco de lo precisado en la Directiva Administrativa N° 190- MINSA/OGEI-V.01 que establece el procedimiento para el registro del Certificado de Nacido/a Vivo en todos los establecimientos de salud del país, aprobado por Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA o la que haga sus

veces.

- El equipo de atención de salud neonatal registra los datos en el brazalete al momento del nacimiento y contiene la siguiente información. El primer apellido del padre y de la madre (cuando no sea posible, se identifica al recién nacido con los apellidos de la madre), fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido.
- La identificación se realiza sin separar al recién nacido de la madre.
- El brazalete se coloca en la muñeca de la mano izquierda (la saturación de oxígeno se toma en la mano derecha), y, de no ser posible en miembros superiores, se coloca en miembros inferiores.
- El equipo de salud neonatal (médico y/o enfermera) realiza la Pelmatoscopia del recién nacido en el momento del nacimiento y al alta, el mismo que será consignado en la Historia clínica neonatal, como parte de la identificación segura del recién nacido en los establecimientos de salud.

8.2.3. Atención inmediata del recién nacido: En la segunda hora (posterior al contacto piel a piel)

Después del contacto piel a piel y de la primera lactada, colocar al recién nacido bajo fuente de calor con tas condiciones que aseguren su termorregulación y continuar con su atención: 0

a. Colocación de la pinza umbilical plástica (Clamp)

Este procedimiento es realizado bajo cuna de calor radiante por el equipo de atención de salud neonatal que atiende al recién nacido, bajo técnicas rigurosamente asépticas.



Fuente: Imagen referencial de la ficha técnica de dispositivos médicos sanitarios del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud - CENARES, v. 01, Ministerio de

- Verificar las 2 arterias y una vena del cordón umbilical.
- La colocación de la pinza umbilical plástica (clamp), se realiza a 2 a 3 cm de la base del cordón umbilical.
- El recorte del cordón umbilical es realizado con tijera estéril a 1 cm por arriba de la pinza umbilical plástica (clamp) en el recién nacido sano.

b. Profilaxis de cordón umbilical

- La profilaxis del cordón umbilical se realiza con alcohol al 70% o clorhexidina del 0,5% o 1% y luego se cubre con gasa estéril.
- No aplicar antisépticos que contengan yodo, por el riesgo de ser absorbido fácilmente por la piel del recién nacido y producir trastornos tiroideos.

c. Profilaxis ocular

- Abrir los párpados con la yema de los dedos y aplicar ungüento en el saco conjuntival inferior (ángulo interno del parpado inferior).
- Aplicar: Tetraciclina ungüento oftálmico al 1% (1 cm. en cada ojo).

d. Realizar la somatometría:

Pesar, tallar, medir el perímetro cefálico, el perímetro torácico del recién nacido, y registrar estos datos en la historia clínica neonatal.

e. Examen físico del recién nacido

- A todo recién nacido se le realiza la evaluación de las funciones vitales, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, temperatura y frecuencia respiratoria, así como el examen físico completo que incluye la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro o Ballard (Anexos N°s 4 y 5): aplicar el test de Silverman en casos de dificultad respiratoria del recién nacido u otros, de ser necesario.
- A todo recién nacido se le realiza el examen de permeabilidad anal colocando gentilmente una sonda orogástrica o de aspiración N° 08F o 10F (ingresar 2 a 3cm). Está contraindicado el uso del termómetro de mercurio.

f. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

A todo recién nacido se le aplica la vitamina K (Fitomenadiona amp. 10 mg/ml) por vía intramuscular (cara antero-lateral externa del muslo izquierdo) para prevenir la enfermedad hemorrágica dentro de las primeras 6 horas de vida, en la siguiente indicación:

- Recién nacidos prematuros con peso menor o igual a 1500g: 0.3mg mg/kg (0.03ml) a 0.5mg(0.05ml) mg/kg IM.
- Recién nacidos con peso mayor a 1,500g: 1mg (0.1ml) IM.

g. Historia clínica neonatal

Se registra toda atención médica y de enfermería en la historia clínica neonatal.

h. Traslado del recién nacido

Tener en cuenta lo siguiente:

- Si el recién nacido se encuentra con funciones vitales estables, concluida la atención inmediata, es regresado con su madre para alojamiento conjunto, adecuadamente abrigado para continuar con los cuidados.
- En caso de que el recién nacido presente alguna complicación y requiera un manejo especializado, bajo indicación médica, debe ser transportado a la UCIN o a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales en una incubadora de trasporte, cuya temperatura oscile entre 32°C y 32.5°C, y la temperatura corporal del recién nacido debe ser mantenida en 36.5°C; monitoreada a través del servocontrol. De ser necesario, coordinar la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva.

ARTÍCULO 9. Atención del recién nacido en alojamiento conjunto

Esta atención se inicia desde que la madre se encuentra en el periodo de puerperio inmediato, y el recién nacido necesita monitoreo continuo propio del proceso de transición y adaptación.

Todo recién nacido tiene una evaluación médica en las primeras 12 horas de vida durante su permanencia en alojamiento conjunto y continua una evaluación cada 12 a 24 horas de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud.

Todo recién nacido en alojamiento conjunto recibe las atenciones del equipo de

atención de salud neonatal, que se detallan a continuación:

a. Verificar constantemente la identificación segura en cada proceso de atención.

b. Colocar al recién nacido al lado de su madre.

- Mantener condiciones de abrigo adecuadas para evitar la pérdida de calor.
- Controlar la temperatura del recién nacido en forma periódica.

c. Realizar la evaluación periódica de signos vitales al recién nacido.

- Vigilar permanente los signos de alarma del recién nacido. (Anexo N° 7)
- Atender de manera inmediata al llamado de la madre en función a los signos o síntomas que pudiera identificar en su recién nacido.

d. Promover y mantener la lactancia materna exclusiva.

- El recién nacido continua con lactancia materna exclusiva a libre demanda en el alojamiento conjunto.
- Está prohibido el uso de otro alimento para el recién nacido que no sea la leche materna, salvo indicación médica.

e. Realizar actividades de información, orientación, educación y comunicación a la madre.

El equipo de atención de salud neonatal es el responsable de estas actividades.

Prioritariamente, considerar la siguiente lista temática:

- Baño del recién nacido.
- Curación del cordón umbilical.
- Medidas para evitar muerte súbita.
- Tamizaje neonatal.
- Identificación de signos de alarma.
- Inmunizaciones.
- La importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.
- Medidas de bioseguridad.
- Técnica de higiene de manos.
- Lactancia materna.
- Medidas para la continuidad del manejo del recién nacido en el hogar.
- Entrega del carnet neonatal a la madre del recién nacido antes del momento del alta, debidamente llenado, indicando la fecha del primer control de crecimiento y desarrollo.
- De ser necesario, orienta sobre los trámites de inscripción en EsSalud, referencia y contrarreferencia y otros trámites administrativos.

f. Supervisar y registrar la alimentación, hidratación, evacuaciones y peso diario.

g. Realizar la higiene del recién nacido

- La limpieza diaria del recién nacido se efectúa a través de higiene de la piel y cuero cabelludo (Anexo N° 6).

h. Realizar la limpieza y **desinfección** desde la base del cordón umbilical con

alcohol al 70% o clorhexidina 0.5%.

i. **Tamizaje neonatal;** a todo recién nacido se le realiza el tamizaje neonatal según lo precisado en la NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita", aprobada por Resolución Ministerial N° 558-2019/MINSA o la que haga sus veces.

   - **Tamizaje de enfermedades metabólicas**: Hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilcetonuria y fibrosis quística, a partir de las 48 horas de vida.

   - **Tamizaje de hipoacusia congénita**, entre las 24 y 48 horas de vida y/o a más tardar antes de que cumpla un mes de vida.

   - **Tamizaje de catarata congénita**, debe ser realizado antes de ser dado de alta, su normalidad constituye un requisito para el alta hospitalaria.

j. **Tamizaje de cardiopatía congénita** Este tamizaje consiste en una intervención no invasiva realizada por el equipo de atención de salud neonatal a todo recién nacido, con el objetivo de detectar tempranamente problemas de cardiopatía congénita crítica que pueda poner en riesgo su vida. Este procedimiento se realiza después de las 12 horas de vida.

ARTÍCULO 10. Atención del recién nacido hospitalizado

Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el período neonatal.

De acuerdo con la severidad del compromiso clínico, se procede a la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y UCIN para recibir atención médica y cuidado de enfermería especializados, continuos, oportunos y eficaces, contando con tecnología de alta complejidad

En la alimentación del recién nacido hospitalizado, se prioriza la leche materna, por amamantamiento directo de su madre o por extracción de leche autóloga o heteróloga pasteurizada, así mismo se realiza la terapia inmune a través del calostro terapia.

Los bancos de leche humana se implementarán gradualmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud de EsSalud, de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 31633, Ley que implementa y desarrolla los bancos de leche humana.

Los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de complejidad, bajo responsabilidad, deben contar con el equipo de atención de salud neonatal, además, requieren contar con un equipo médico de diferentes especialidades (cardiólogo, oftalmólogo, neurólogo, otorrinolaringólogo, cirujano pediatra, medicina física y rehabilitación, neurocirujano, cirujano cardiovascular, neumólogo, endocrinólogo, gastroenterólogo, nefrólogo entre otros), profesionales cirujano dentista, nutricionista, psicólogo, asistente social, fisioterapista, tecnólogos médicos y técnicos para realizar los procedimientos y exámenes de apoyo, entre otros.

Consideraciones generales en la atención del recién nacido hospitalizado:

- La frecuencia de las evaluaciones médicas depende de la condición clínica y severidad del compromiso del recién nacido; pudiendo requerir, en los casos más severos, evaluación médica permanente para monitorizar la evolución y respuesta a las intervenciones realizadas y decidir cambios en las indicaciones terapéuticas.

- Durante la estancia hospitalaria, todo recién nacido está correctamente identificado con el brazalete que contenga sus datos completos.

- Colocar los datos generales en la cuna/incubadora; deben registrarse los apellidos de la madre y/o del recién nacido, sexo, fecha, hora de nacimiento, número de historia

clínica neonatal, servicio o unidad asignado y número de incubadora/cuna.

- La dirección del establecimiento de salud, en coordinación con las jefaturas correspondientes, gestiona la dotación necesaria de equipos de alta tecnología, como monitores multiparámetros. ventiladores mecánicos neonatales, incubadoras, bombas perfusoras, oxímetros portátiles y de mesa y otros de acuerdo con la cartera de servicios y la necesidad.

- Es responsabilidad de todo establecimiento de salud del segundo y tercer nivel con atención neonatal implementar la práctica del método canguro para el manejo de neonatos pretérminos y/o con bajo peso al nacer en el marco de la Directiva Sanitaria N°108-MINSA/2020/DGIESP: Directiva Sanitaria para la Implementación de la Práctica del Método Canguro, aprobada con Resolución Ministerial N°440- 2020/MINSA o la que haga sus veces.

- Es responsabilidad del equipo de atención de salud neonatal registrar, en la historia clínica neonatal y en otros formatos establecidos, la atención y/o procedimientos realizados en el marco de sus competencias.

- El médico responsable de la atención de salud neonatal informa a los padres o apoderados sobre el estado de salud y los procedimientos que se realizan al recién nacido durante la estancia hospitalaria; debe hacerlo usando un lenguaje claro, directo, conciso, con amabilidad y confiabilidad, así mismo se debe contar con el consentimiento informado de aquellos mediante la firma del formato respectivo.

- En caso de que el recién nacido prematuro desarrolle retinopatía que requiere fotocoagulación, esta es realizada dentro de los espacios de la UCIN, por ser de emergencia.

- Aplicar los estándares nacionales e internacionales de medidas de bioseguridad para el manejo del recién nacido en estado crítico.

- Los ambientes de hospitalización deben estar abiertos para el ingreso de la madre y el padre respetando las medidas de bioseguridad, toda vez que los padres del recién nacido no son visita.

- La extracción de muestra de sangre en recién nacidos es realizada por la enfermera del equipo de atención de salud neonatal o tecnólogo médico del área de laboratorio.

- En el caso de recién nacidos menores de 1500 gramos, la extracción de muestra de sangre es realizada por la enfermera del equipo de atención de salud neonatal.

10.1. Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales

Es el área que cuenta con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados necesarios para la atención del recién nacido con complicaciones que requiere medidas terapéuticas de soporte vital y atención especializada.

10.1.1. Criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales

a. Recién nacido con patología que no requiere soporte ventilatorio invasivo independiente de la edad gestacional.

b. Dificultad respiratoria que requieren oxigenoterapia con FIO2 menor a 0.4(40%) en FASE 1 o FASE 2.

c. Todo recién nacido que haya requerido RCP neonatal, con respiración espontánea y sin encefalopatía clínica evidente.

d. Hipoglicemia sintomática o niveles séricos de glucosa menor de 45 mg/dl. hasta las 48 horas de vida y 60mg/dl en mayores de 48 horas de vida, en recién nacidos con hipoglicemia asintomática que no responden al tratamiento oral.

e. Recién nacido con malformaciones congénitas mayores como neurológicas, de tracto digestivo, pulmonares, cardiovasculares entre otros, detectada durante el control pre natal en medicina fetal o al nacimiento, que cursen SIN inestabilidad

cardio respiratoria.

f. Recién nacido con hiperbilirrubinemia que requiera tratamiento.

g. Recién nacidos egresados de la UCIN.

h. Recién nacido que requiera administración parenteral de medicamentos y/o fleboclisis.

i. Recién nacido que requiere gastroclisis o alimentación enteral por bomba y/ NPT.

j. Recién nacido con problemas metabólicos e hidroelectrolíticos.

k. Recién nacido prematuro en recuperación nutricional.

l. Otros según el criterio médico.

10.1.2. Procedimientos más frecuentes en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales

En esta unidad se realizan procedimientos de mediana y gran complejidad, como canalización de vías periféricas, colocación de catéter centrales (percutáneo. flebotomía), exanguinotransfusión, fototerapia, administración de hemoderivados, nutrición parenteral; monitoreo no invasivo de signos vitales. estudios de diagnóstico, tratamiento farmacológico, examen de fondo de ojo para descarte de retinopatía de la prematuridad, estudios radiológicos, ecocardiografía, ecografía cerebral, abdominal, pulmonar y de otros órganos si lo requiere, cuidados paliativos, tamizaje neonatal (tamizaje metabólico, oftalmológico, cardiaco y auditivo) y cuidados del recién nacido en método canguro, entre otros que se requiera.

10.2. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Es la unidad destinada a atender a todo recién nacido con cualquier proceso mórbido o enfermedad que ponga en peligro su vida (estado crítico) y que tiene la posibilidad de resolverse mediante la intervención del equipo de médicos y enfermeras especialistas en el manejo del recién nacido en estado crítico, así como también de otros profesionales de diferentes especialidades y equipos de alta tecnología diseñados específicamente para este propósito.

El establecimiento de salud proporciona al recién nacido en estado crítico la atención médica profesional, oportuna, inmediata y de alta calidad, ofreciendo al mismo tiempo calidez y buen trato.

Las UCIN tienen especial control en los niveles de ruido y de la intensidad de la luz; por lo que, deben:

- Mantener los niveles de ruido por debajo de los 45 decibeles en el día y 30 decibeles en la noche;
- Los niveles de iluminación en áreas críticas neonatales son tenues y lo estrictamente necesarios para las labores del personal asistencial, de preferencia, deben tener ambientes con iluminación focalizada (tipo lámparas spot). El uso de cobertores individuales es una alternativa.

10.2.1 Criterios de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatal

Los recién nacidos que ingresan a la UCIN son aquellos que tienen características particulares que los convierte en recién nacidos de alto riesgo; ello está determinado por las características individuales, la patología que presenta en el periodo neonatal inmediato, así como por las patologías maternas o de la gestación.

a) Por procedencia: Los pacientes ingresan de las siguientes áreas:

- Atención inmediata (Sala de partos y sala de operaciones).
- Unidad de cuidados intermedios neonatales.
- Alojamiento conjunto.
- Servicio de emergencia: Reingresos, prematuros o bajo peso que ingresan, referidos de otros establecimientos de salud.

b) Por categoría:

- Recién nacido que requiere soporte ventilatorio invasivo.
- Recién nacido post quirúrgico inmediato que requiere ventilación mecánica.
- Recién nacido con inestabilidad hemodinámica y/o soporte inotrópico que requiere monitoreo estricto.
- Recién nacido con apneas severas de cualquier origen
- Recién nacido que requiere de monitorización continua o procedimientos invasivos especializados (exanguinotransfusión total, otros).
- Recién nacido con estatus convulsivo.
- Recién nacido con encefalopatía (Metabólica, hipóxico isquémica y otras).
- Recién nacido post paro cardio respiratorio.

c) Otros recién nacidos en estado crítico, según criterio e indicación médica.

10.2.2. Procedimientos especiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

a. Colocación y mantenimiento del Catéter Venoso Central (PICC) (Anexo N° 8).
b. Colocación y mantenimiento de accesos vasculares (cateterismo umbilical, línea arterial, entre otros).
c. Procedimientos quirúrgicos (drenajes torácicos, abdominales, ventriculares, intervenciones quirúrgicas menores, entre otros).
d. Administración de surfactante
e. Intubación endotraqueal.
f. Monitoreo de electroencefalografía de amplitud integrada.
g. Monitoreo de saturación de oxígeno cerebral.
h. Nutrición parenteral.
i. Transfusión de hemoderivados.
j. Exanguinotransfusión.
k. Administración y monitoreos de medicamentos enmarcados en documentos normativos vigentes.
l. Reanimación cardiopulmonar avanzada.
m. Hipotermia terapéutica.
n. Monitoreos hemodinámicos invasivos y no invasivos.
o. Ventilación mecánica en modo invasivo y no invasivo.
p. Cuidados de la vía aérea, aspiración de secreción endotraqueal fijación de tubo endotraqueal.
q. Fisioterapia integral.
r. Procedimientos oftalmológicos
s. Toma de muestras sanguíneas por micro método.
t. Cuidados paliativos.
u. Cuidado canguro.
v. Ecografía cerebral, abdominal, pulmonar, entre otros.
w. Ecocardiografía.
x. Otros procedimientos según necesidad y criterio médico.

10.2.3 Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

Todos los recién nacidos que egresan de la UCIN son transferidos a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (egreso o transferencia interna) o referidos a otro establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, de ser necesario, para dar continuidad a la atención del recién nacido.

Las condiciones generales que deben reunir los recién nacidos para ser egresados de la UCIN son:

- Estabilidad hemodinámica en las últimas 24 horas.
- No requerir de manejo respiratorio Fase III.
- Otros según criterio médico.

10.3. Alta hospitalaria

- AI alta, el recién nacido se encuentra hemodinámicamente estable, con normalidad de signos vitales, examen físico neonatal normal, ausencia de enfermedad y/o condición que requiera hospitalización, micción y emisión de meconio, alimentación oral adecuada, despistaje infeccioso negativo si existió algún riesgo de este, tamizaje neonatal, con grupo sanguíneo ABO y Rh, y con sus vacunas completas para la edad.

- El proceso del alta del recién nacido es responsabilidad del médico.

- El equipo de atención de salud neonatal es responsable de brindar la orientación de los cuidados del recién nacido a los padres y familiares en temas del cuidado neonatal, alimentación basada en lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido en casa, reconocimiento de signos de alarma y reanimación neonatal básica, a fin de prevenir reingresos hospitalarios.

10.3.1. Procedimientos del alta hospitalaria

- El médico responsable del alta del recién nacido genera los documentos de alta especificando los datos del paciente, el diagnóstico de egreso, los procedimientos efectuados, pronóstico y recomendaciones.

- El equipo de atención de salud neonatal:

  - Verifica, ordena y corrobora los datos completos en la historia clínica del recién nacido, interconsulta a psicología u otras especialidades según lo amerite la madre o en casos especiales (madre adolescente, madre con problemas de salud mental, alguna discapacidad y otros), así mismo brinda indicaciones a la madre y familia sobre los cuidados del recién nacido en el hogar, observación de los signos de alarma, cumplimiento de los tamizajes neonatales y calendario de vacunación, estimulación temprana, lavado de manos, importancia de los controles de crecimiento y desarrollo, indicando la fecha del primer control en el carnet neonatal y otros que se consideren de importancia, y registra la fecha y hora del alta en el rubro de alta del servicio.

  - Entrega la papeleta de alta y carnet del recién nacido con las citas de control, a la madre y/o familiar responsable.

ARTÍCULO 11. Atención ambulatoria del recién nacido

11.1. Control de crecimiento y desarrollo del recién nacido

El control de crecimiento y desarrollo - CRED del recién nacido es el conjunto de atenciones periódicas y sistemáticas, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del recién nacido y detectar de manera precoz, los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna, el mismo que debe ser realizado en el establecimiento de salud, conforme a la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP

"Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años", aprobada con Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA o la que haga sus veces. La periodicidad del CRED se detalla a continuación:

Edad	Control
A partir de las 48 horas posteriores al alta del recién nacido	Primer control
* 7 días de vida	Segundo control
14 días de vida	Tercer control
21 días de vida	Cuarto control

*En situaciones del alta después del tercer día de vida del recién nacido, el primer control se realiza a partir de las 48 horas posteriores al alta, el segundo control se realiza con intervalo mínimo de 3 días respecto al primer control, y los controles posteriores, como son el tercero y el cuarto, se desarrollan con un intervalo de 7 días cada uno.

11.2. Inmunización del recién nacido

El recién nacido antes del alta es protegido contra las formas graves de tuberculosis (Bacilo de Calmette - Guérin - BCG) y la hepatitis viral B (HVB); en el marco a lo establecido en la NTS 196-MINSA/DGIESP-2022 Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, aprobada con Resolución Ministerial N° 884- 2022/MINSA o la que haga sus veces; por ello, el equipo de atención de salud neonatal coordina o realiza la administración de las primeras vacunas del recién nacido y se registra en la Hoja de Evaluación Médica Neonatal y tarjeta CRED neonatal.

- La administración de la vacuna HVB es efectuada en el vasto externo, en el tercio medio de la cara antero- lateral externa del muslo derecho.

- La administración de la vacuna BCG es por vía intradérmica, en el hombro del brazo derecho a 2 centímetros del acromion o vértice del hombro

- Ambas vacunas se administran dentro de las primeras 12 horas de nacido de manera Ideal y máximo dentro de las 24 horas de vida, considerando que durante este periodo se maximiza la eficacia de la vacuna.

- Independientemente donde se encuentre el recién nacido, se debe cumplir la vacunación de acuerdo con la NTS 196-MINSA/DGIESP-2022 Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación, aprobada con Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA o la que haga sus veces.

11.3. Seguimiento del recién nacido de riesgo

Es la atención interdisciplinaria del recién nacido identificado como de riesgo, realizada en el consultorio de alto riesgo de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, a cargo del equipo de atención de salud neonatal, con el acompañamiento del equipo interdisciplinario.

a) Se considera recién nacido de riesgo a:

- Recién nacido de peso menor a 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional (a término o prematuro).

- Recién nacido prematuro.
- Post-operado de patología quirúrgica: Atresia esofágica, gastrosquisis, hernia diafragmática, atresia intestinal y malformación ano rectal.
- Recién nacido con mielo meningocele, hidrocefalia y patología derivada de trastorno del tubo neural.
- Hiperbilirrubinemia que haya requerido exanguinotransfusión y/o con encefalopatía.
- Enterocolitis necrotizante.
- Displasia broncopulmonar.
- Encefalopatía metabólica, vascular e infecciosa.
- Recién nacido sometido a ventilación mecánica mayor a 5 días.
- Recién nacido con patología neurológica: Asfixia al nacer, hemorragias, convulsiones.
- Sepsis neonatal por cualquier causa y que cursó además con meningitis.
- Prematuros con antecedente de ROP operados.
- Cardiópatas post-operados en la etapa neonatal.
- Recién nacido con diagnóstico confirmado de patologías identificadas a través del tamizaje neonatal.
- Otras condiciones que el médico indique.

b) En cada hospital e instituto especializado que brinda atención neonatal, el seguimiento del recién nacido de riesgo contempla las evacuaciones sistemáticas, el número de consultas y la frecuencia de has mismas dependiendo de cada caso.

c) Las intervenciones generales que se realizan en el seguimiento del recién nacido de riesgo son:

- Evaluación del crecimiento (peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico) y desarrollo (motor, neurosensorial, lenguaje, social, entre otras).
- Evaluación del neurodesarrollo.
- Evaluación nutricional especializada.
- Intervención oportuna para reducir riesgos neuro-sensoriales.
- Evaluación oftalmológica y auditiva
- Evaluación de subespecialidades de acuerdo con necesidad individualizada.
- Terapias según indicación médica.
- Preparación de la familia para la adherencia a los cuidados adecuados y la reducción de riesgos de discapacidad.
- Otros según el criterio médico.

11.4. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria es el desplazamiento del equipo de atención de salud neonatal del establecimiento de salud hasta la vivienda de la familia, con et objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigidas al recién nacido, realizando la anamnesis, evaluación física del recién nacido, haciendo énfasis en los factores de riesgo y signos de enfermedad neonatal, así como evaluar el entorno en el hogar, verificar y fortalecer las prácticas claves en el cuidado del recién nacido.

Todo establecimiento de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada realizan la visita domiciliaria a todo recién nacido independientemente de su condición (sano o con alguna patología) que se encuentra dentro de su jurisdicción.

Esta actividad es realizada por el equipo de atención de salud neonatal, de no ser posible, es realizada por otro profesional de la salud y, excepcionalmente, lo realiza el personal técnico de enfermería debidamente capacitado en temas de atención integral de salud de recién nacidos en los establecimientos de salud donde no existan dichos profesionales.

Detalles por considerar para la visita domiciliaria:

a) Los criterios de priorización para la visita domiciliaria. Esta es realizada a todo recién nacido bajo los siguientes criterios de priorización:

- Recién nacido con alguna condición desfavorable en el nacimiento (prematuro, bajo peso al nacer y otras complicaciones)
- Si el recién nacido no es llevado a su control oportunamente.
- Cuando se ha detectado alteraciones en la ganancia de peso en los controles previos.
- Cuando se han identificado factores de riesgo que requieren seguimiento.
- Si el domicilio de la familia se ubica en una comunidad o sector a más de 3 horas de distancia del establecimiento de salud.
- En el caso del recién nacido producto de un parto domiciliario, la visita debe realizarse de inmediato, luego de haber tornado conocimiento del caso y en coordinación con el profesional responsable de la salud materna para trasladar a la madre y recién nacido al establecimiento de salud para su mejor evaluación y realizar las atenciones correspondientes.

b) Para el desarrollo de esta actividad, se deben realizar las coordinaciones necesarias con la familia, comunidad y/o autoridades locales (en comunidades del interior del país) para que el día de la visita la familia espere al personal de la salud en el domicilio, considerándose las siguientes actividades a realizar:

- Identificar factores que puedan poner en riesgo la salud del recién nacido.
- Brindar orientación y consejería en temas, según la problemática identificada (no mayor a 2 temas)
- Verificar el cumplimiento del calendario de vacunación para la edad (BCG y HVB).
- Orientar a la familia acerca de los cuidados que se deben de tener para el recién nacido.
- Observación de la técnica de amamantamiento y fortalecer esta práctica

c) Concientizar y comprometer a la madre para acudir al establecimiento de salud y cumplir con los 4 controles de crecimiento y desarrollo del recién nacido en la periodicidad precisada en el subnumeral 8.4. Control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.

d) Número de visitas a desarrollar. Se realiza mínimamente una visita domiciliaria por cada recién nacido en el periodo de 0 a 28 días de vida; de ser necesario, se programan más visitas según necesidad y/o problemática identificada. En situaciones que el recién nacido no es llevado a su control del CRED, se procede según los criterios de priorización indicados en el literal a).

e) Libro de seguimiento de la atención integral del recién nacido.

Todo establecimiento de salud debe contar con un libro de seguimiento (virtual y/o físico), que consigne lo siguiente:

- Las visitas domiciliarias realizadas a cada recién nacido: Fecha, problema identificado, acción realizada y compromisos.

- Registrar la fecha de la siguiente visita domiciliaria (en caso lo amerite) y problemas identificados.
- Otros registros relacionados al seguimiento y controles del CRED.

f) Materiales: Kit para la visita domiciliaria

- Ficha de Visita domiciliaria del recién nacido. Registro de visitas domiciliarias.
- Rotafolio de temas sobre identificación de signos de alarma del recién nacido, lactancia materna, cuidados básicos del recién nacido, entre otros.
- En caso de recién nacido menor de 10 días, se debe contar con los materiales necesarios para hacer la demostración de la curación del cordón umbilical.
- Folletería con temas relacionados al cuidado del recién nacido (opcional según la disponibilidad del establecimiento de salud).
- Mochila u otros que facilite el traslado de todo lo antes mencionado. Otros según necesidad.

g) Referencia, en caso de identificar algún signo de alarma; el recién nacido debe ser referido de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

ARTÍCULO 12. De la gestión

Forman parte de este proceso:

a) Planificación: Los niveles de dirección de los establecimientos de salud deben incluir en el Plan Operativo Institucional y metas operativas, las actividades orientadas en beneficio de la salud neonatal, considerando actividades de monitoreo, supervisión y evaluación

b) Programación: Corresponde a la programación de actividades, materiales, medicamentos e insumos. La dirección de cada establecimiento de salud debe gestionar la dotación de equipos biomédicos, materiales, insumos y recursos humanos necesarios para la atención del recién nacido.

c) Criterios de programación: Para la programación de las intervenciones, se considera al 100% de los recién nacidos que se encuentren bajo responsabilidad de todos los establecimientos de salud con cartera de servicios “Atención de partos”.

d) Monitoreo, supervisión y evaluación: Se realiza a través de los indicadores de proceso, estructura, resultado e impacto. Los indicadores de proceso se evalúan de manera mensual y trimestral; los indicadores de resultados se evalúan de manera anual; y, los de impacto se miden quinquenal y/o según la tendencia anual.

- El monitoreo de la atención neonatal debe ser de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente los considerados críticos en los establecimientos de salud y se aplica en los diferentes niveles de gestión.
- La supervisión debe orientarse a mejorar el desempeño del personal y la calidad de la atención neonatal en los establecimientos de salud, por lo tanto, es programada de manera periódica. Los resultados de la supervisión permiten la planificación de procesos de desarrollo de capacidades bajo otras metodologías a mediano y largo plazo.
- La evaluación, a través de la cual se verifica el avance de los objetivos alcanzados con respecto a los programados, se realiza utilizando indicadores con una periodicidad trimestral, semestral y anual. Para la evaluación, se debe contar con fuente de información oficial.

12.1. Indicadores

Indicadores de estructura

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PERIODICIDAD	*ESTÁNDAR
Porcentaje de establecimientos de salud con profesionales médicos y de enfermería capacitados en procedimientos de atención inmediata y reanimación cardio pulmonar neonatal.	N° de establecimientos de salud de ESSALUD que cuentan con profesionales médicos y de enfermería capacitados en procedimientos de atención inmediata y reanimación cardio pulmonar neonatal X 100	Total de establecimientos de salud de ESSALUD	Semestral/ Anual	Mayor al 50% de EESS que atienden partos cuenten con más 20 horas de capacitación por semestre
Porcentaje de establecimientos de salud con profesionales médicos y de enfermería capacitados en estabilización y trasporte para la referencia del recién nacido enfermo y/o en estado critico	N° de establecimientos de salud de ESSALUD, con profesionales médicos y de enfermería capacitados en estabilización y trasporte para la referencia del recién nacido enfermo y/o en estado crítico X 100	Total de establecimientos de salud de ESSALUD	Semestral/Anual	Mayor al 50% de EESS que atienden partos cuenten con más 20 horas de capacitación por semestre
Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con el equipamiento necesario para realizar atención inmediata del recién nacido y RCP.	N° de establecimientos de salud de ESSALUD que cuentan con el equipamiento necesario para realizar atención inmediata del recién nacido y RCP X 100	Total de establecimientos de salud de ESSALUD	Semestral/Anual	Mayor al 50% de EESS que atienden partos

Indicadores de proceso:

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PERIODICIDAD	*ESTÁNDAR
Porcentaje de recién nacidos que necesitó maniobras de RCP en el momento del nacimiento en el establecimiento de salud.	No de recién nacidos que recibió maniobras RCP en el momento del nacimiento en el establecimiento X 100	Total de nacimientos atendidos en el establecimiento de salud del mismo periodo de medición.	Mensual	Menor al 10 %
Estancia hospitalaria Promedio en UCIN.	N° total de días-estancia de los egresados de la UCIN del mes	N° de altas o egresos de la UCIN del mismo periodo de medición del denominador.	Mensual	Promedio: 15 días o menos
Porcentaje de ocupación de incubadoras neonatales en la UCIN	N° de días incubadoras UCIN ocupadas del mes X 100	Total de días incubadoras UCIN disponibles del mes	Mensual	Hospital e institutos especializados 80 - 90%

Porcentaje de recién nacidos que iniciaron lactancia materna durante el contacto piel a piel en la primera hora de vida en el establecimiento de salud.	Número de recién nacidos en el establecimiento de salud que recibieron lactancia materna durante la primera hora de vida X 100	Total de nacidos vivos del establecimiento de salud con contacto piel a piel en la primera hora de vida, en el mismo periodo de medición del numerador.	Mensual	Mayor a 80% de recién nacidos en el establecimiento de salud recibieron lactancia materna durante la primera hora de vida
Porcentaje mensual de recién nacidos con tamizaje neonatal completo (tamizaje metabólico, hipoacusia congénita, catarata y cardiopatía congénitas)	N° de recién nacidos en el establecimiento de salud con tamizaje neonatal completo X 100.	Total de nacidos vivos en el mismo periodo de medición del numerador	Mensual	Mayor de 85%
Porcentaje mensual de recién nacidos que recibieron visita domiciliaria	N° de recién nacidos que recibieron una visita domiciliaria durante el periodo neonatal X 100	Total de nacidos vivos del establecimiento de salud en el mismo periodo de medición del numerador	Mensual	Mayor a 85% de recién nacidos que recibieron una visita domiciliaria durante el período neonatal
Porcentaje de recién nacidos atendidos en el establecimiento de salud que recibieron el paquete de atención integral.	N° de recién nacidos atendidos en el establecimiento de salud, con contacto pial a piel, lactancia materna a primera hora, corte oportuno del cordón umbilical, tamizaje neonatal, CRED, Vacunas (BCG y HVB) y visita domiciliaria, registrados X 100	N° de recién nacidos (28 días de vida) de la jurisdicción del establecimiento de salud registrados en el padrón nominal del mismo periodo de medición del numerador.	Mensual	Mayor a 85% recién nacidos atendidos en el establecimiento de salud
Porcentaje mensual de recién nacidos prematuros atendidos con método canguro durante su estancia hospitalaria.	Recién nacidos prematuros del hospital que recibieron atención con método canguro X 100	Total de recién nacidos prematuros atendidos en el hospital en el mismo periodo de medición del numerador.	Mensual	-Hospitales de nivel II-2 en adelante -Mayor al 90% de todos los recién nacidos prematuros atendidos en al EESS

Indicadores de resultado:

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PERIODICIDAD
Mortalidad neonatal precoz.	N° de defunciones neonatales (0 — 7 días de vida) en el año	N° total de nacidos vivos del mismo año en determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal tardía	N° de defunciones neonatales (8 a 28 días de vida) en el año	N° total de nacidos vivos del mismo periodo de medición del numerador en determinado territorio	Anual

Mortalidad neonatal por bajo peso al nacer	N° de defunciones neonatales con peso menor a 2500 gramos al nacer, en el año.	Total de nacidos vivos del mismo periodo de medición del numerador en determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal por asfixia	N° de defunciones neonatales por asfixia y causas relacionadas al nacer, en el año.	Total de nacidos vivos del mismo periodo de medición del numerador en determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal por malformaciones congénitas	N° de defunciones neonatales (de 0 hasta los 28 días de vida) por malformaciones congénitas, en el año.	Total de nacidos del mismo periodo de medición del numerador en un determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal por sepsis.	N° de defunciones neonatales (de 0 hasta los 28 días de vida) por sepsis, en el año.	Total de nacidos del mismo periodo de medición, en un determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal evitable	N° de muertes neonatales evitables (en recién nacidos de 0 hasta los 28 días de vida) en el año.	Total de nacidos del mismo periodo de medición del numerador. en un determinado territorio	Anual

* Los estándares considerados para medición y el cumplimiento de los indicadores se han elaborado con base en la NTS 214-MINSA/DGIESP-2024

Los indicadores de impacto son medidos anualmente y cada 5 años:

- Tasa de mortalidad neonatal.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Prevalencia de nacimientos prematuros.
- Mortalidad neonatal relacionada a la prematuridad. Proporción de mortalidad neonatal evitable.
- Proporción de mortalidad neonatal por malformaciones congénitas

ARTÍCULO 13. Componente de organización

13.1. Organización por niveles de atención

Los establecimientos de salud están organizados para brindar atención integral neonatal, garantizando que se cumplan los diferentes procesos en la atención del recién nacido (Anexos N°s 9 y 10) y se garantice la continuidad de la atención según corresponda de acuerdo los diferentes niveles de atención y considerando las funciones obstétricas y neonatales definidas en la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en Establecimientos de Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA o la que haga sus veces.

Los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales están correlacionados con la categorización de los establecimientos de salud, donde considera el equipamiento necesario para la atención materna neonatal, así como medicamentos, insumos y recursos humanos.

13.2. Instrumentos de registro de la atención neonatal:

- Todo registro de la atención neonatal es realizado por el equipo de atención neonatal en el sistema de historias clínicas vigente en EsSalud.

- Todo nacimiento ocurrido en las IPRESS de EsSalud es registrado en el formulario o aplicativo del Certificado de Nacido Vivo - CNV, según lo dispuesto en la Directiva Administrativa N° 190-MINSA/OGEI.V.01, aprobado con Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA o la que haga sus veces.

- Las muertes neonatales y las principales morbilidades en el periodo neonatal se reportan al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal y en el Sistema Informático Nacional de Defunciones- SINADEF.

13.3. Recursos humanos

Los directores de los establecimientos de salud gestionan la dotación del recurso humano necesario para la atención del recién nacido.

El recurso humano responsable de la atención integral del recién nacido es el equipo de atención de salud neonatal y de acuerdo con las necesidades o complicaciones neonatales se suman en el marco de sus competencias, otros profesionales de diferentes especialidades, según el nivel de complejidad.

Sólo en caso de no contar con el equipo de atención neonatal y de presentarse un parto, la atención inmediata del recién nacido es realizada por otro profesional de la salud de manera excepcional.

13.4. Equipos biomédicos y dispositivos médicos

Todo establecimiento de salud que brinde atención de partos, realiza el requerimiento de equipos y dispositivos médicos para la atención del recién nacido, detallados en este documento.

Los dispositivos médicos mínimos necesarios para la atención inmediata del recién nacido se detalla en el Anexo N°1.

El Equipamiento mínimo para la atención inmediata del recién nacido

incluye:

- Cuna de calor radiante.
- Monitor multiparámetro.
- Pulso oxímetro.
- Estetoscopio neonatal
- Equipo calefactor.
- Balanza y tallímetro neonatal. Reloj de pared.
- Termómetro ambiental.
- Incubadora neonatal de transporte.
- Otros según indicación médica.

Para la atención del recién nacido con alguna complicación, los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención cuentan mínimamente con los siguientes equipos biomédicos:

- Incubadora neonatal estándar y avanzada.
- Monitor de 5 parámetros.
- Monitor de 8 parámetros
- Mezclador de oxígeno y aire medicinal.
- Flujómetro.
- Equipo de calefacción y humidificación de gases.
- Estetoscopio neonatal. Bolsa autoinflable con válvula de PEEP y manómetro.
- Sonómetro.
- Medidor de oxígeno ambiental.
- Termómetro ambiental y medidor de humedad.
- Incubadora neonatal de transporte con ventilador de traslado.
- Monitor de funciones vitales neonatal de transporte.
- Balanza con tallímetro.
- Coche de reanimación con cardio desfibrilador.
- Cascos cefálicos para oxigenoterapia.
- Equipos de CPAP.

- Electrocardiógrafo.
- Ecógrafo portátil.
- Equipo de rayos X portátil.
- Electroencefalógrafo.
- Monitor cerebral
- Oxímetro de pulso.
- Estetoscopio neonatal Bombas de infusión.
- Equipos de fototerapia.
- Refrigeradora para medicamentos.
- Lámpara de pie de luz halógena.
- Bombas perfusoras.
- Otros según requerimiento médico.

El kit mínimamente necesario para RCP del recién nacido se detalla en el literal b) del subnumeral 8.1. Atención inmediata del recién nacido: Principio de anticipación.

Todo equipo biomédico destinado a la atención de salud es ingresado al registro patrimonial del establecimiento de salud.

El equipo de atención de salud neonatal realiza el requerimiento para la dotación los equipos biomédicos y dispositivos médicos necesarios para la atención neonatal.

13.5. Medicamentos

Todo establecimiento de salud cuenta con los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención neonatal.

El jefe del establecimiento de salud es el responsable de la gestión para la dotación de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención del recién nacido sano y con alguna complicación.

Los medicamentos para la atención neonatal están comprendidos en el Petitorio de Medicamentos de EsSalud.

El registro, reporte y notificación de reacciones adversas a los medicamentos o eventos adversos a los dispositivos médicos deben ser informados de manera obligatoria por los profesionales de la salud siguiendo los procedimientos institucionales vigentes.

La notificación de las reacciones adversas graves debe ser realizada dentro de las 24 horas de conocido el evento; y, si es leve o moderado, en un plazo no mayor de 72 horas.

Los reportes de reacciones adversas a medicamentos tienen carácter confidencial.

13.6. Mantenimiento preventivo, correctivo y renovación de equipos

Es responsabilidad de las Redes Prestacionales / Asistenciales que brinden atención neonatal, programar y ejecutar el mantenimiento preventivo, correctivo y reposición de equipos en los establecimientos de salud que brinden atención al recién nacido, de acuerdo al nivel de complejidad.

13.7. Referencia y contrarreferencia

Todo establecimiento de salud realiza la referencia del recién nacido cuando su capacidad resolutiva no pueda cubrir las necesidades de atención requeridas.

Los procedimientos para la referencia y contrarreferencia de los recién nacidos se realizan según lo dispuesto en las normas institucionales de EsSalud vigentes.

ARTÍCULO 14. Calidad de la atención

Los directores de los establecimientos de salud, evalúan de manera continua la calidad de atención que se brinda mediante instrumentos que permitan recoger la percepción y expectativas del usuario, en el marco de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, así mismo se debe realizar de manera periódica el análisis y evaluación de los procesos de atención e implementar estrategias orientadas a la mejora de la calidad, considerando que el servicio debe responder a los siguientes atributos:

a. Eficacia
b. Calidez
c. Integralidad
d. Oportunidad
e. Continuidad
f. Seguridad
g. Respeto al usuario
h. Información completa.
i. Accesibilidad.
j. Comodidad.
k. Eficiencia.
l. Disponibilidad
m. Pertinencia
n. Efectividad
o. Coordinación
p. Competencia

ANEXOS

Anexo N° 1. Check list de materiales e insumos para la atención inmediata del recién nacido.

Anexo N° 2. Lista de verificación de Equipos para reanimación neonatal.

Anexo N° 3. Check list del procedimiento de Atención Inmediata del recién nacido.

Anexo N° 4. Test de Capurro

Anexo N° 5. Escala de Ballard.

Anexo N° 6. Higiene y cuidado de la piel del recién nacido.

Anexo N° 7. Signos de alarma y manifestaciones clínicas en el recién nacido.

Anexo N° 8. Procedimiento invasivo en UCI “Instalación y mantenimiento del catéter venoso central de inserción periférica (PICC)".

Anexo N° 9. Flujo de atención del recién nacido sano "Atención inmediata y alojamiento conjunto”.

Anexo N° 10. Flujo de atención del recién nacido enfermo.

ANEXO N° 1. CHECK LIST DE MATERIALES E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

LISTA DE VERIFICACIÓN		¿SE CUENTA?	
KIT	**INSUMO**	**SI**	**NO**
Formatos administrativos mínimos para la atención inmediata del recién nacido.	Historia clínica neonatal completa		
	tarjetas de identificación de cuna color celeste y rosado.		
	Kardex		
	Pulsera celeste / rosada		
	Ordenes de análisis de laboratorio		
Kit para la profilaxis.	Profilaxis oftálmica		
	Tetraciclina ungüento oftálmico al 1%		
	Torundas de algodón estériles		
	Cubeta		
	Prevención de hemorragia neonatal		
	Cubeta de metal		
	Jeringa de 1cc		
	Fitomenadiona una ampolla		
	Torunda de algodón estéril		
Kit de ropa para la atención Inmediata del recién nacido	Un campo.		
	3 toallas precalentadas		
	1 pañal de bombasí		
	Un gorro de algodón		
Kit de ropa para el recién nacido	Una chaqueta		
	Una camisita		
Kit de higiene del recién nacido en alojamiento conjunto	Torundas de algodón.		
	Alcohol al 70%		
	Gasas o algodón estéril		
	Guantes descartables		
	Agua temperada		
Material informativo para alojamiento conjunto	Tarjeta de alta celeste / rosada		
	Tríptico de lactancia materna		
	Tríptico de tamizaje		
	Trípticos de cuidado del recién nacido		
	Papeleta de alta		
	Otros materiales necesarios		

ANEXO N° 2: LISTA DE VERIFICACIÓN DE EQUIPOS PARA REANIMACIÓN NEONATAL

Nemotecnia (C.A.S.O.A.V.I.M.T.): corresponde a la lista de verificación rápida, que incluye únicamente los suministros y equipos esenciales, el cual se debe ajustarse a la capacidad resolutiva de cada establecimiento de salud.

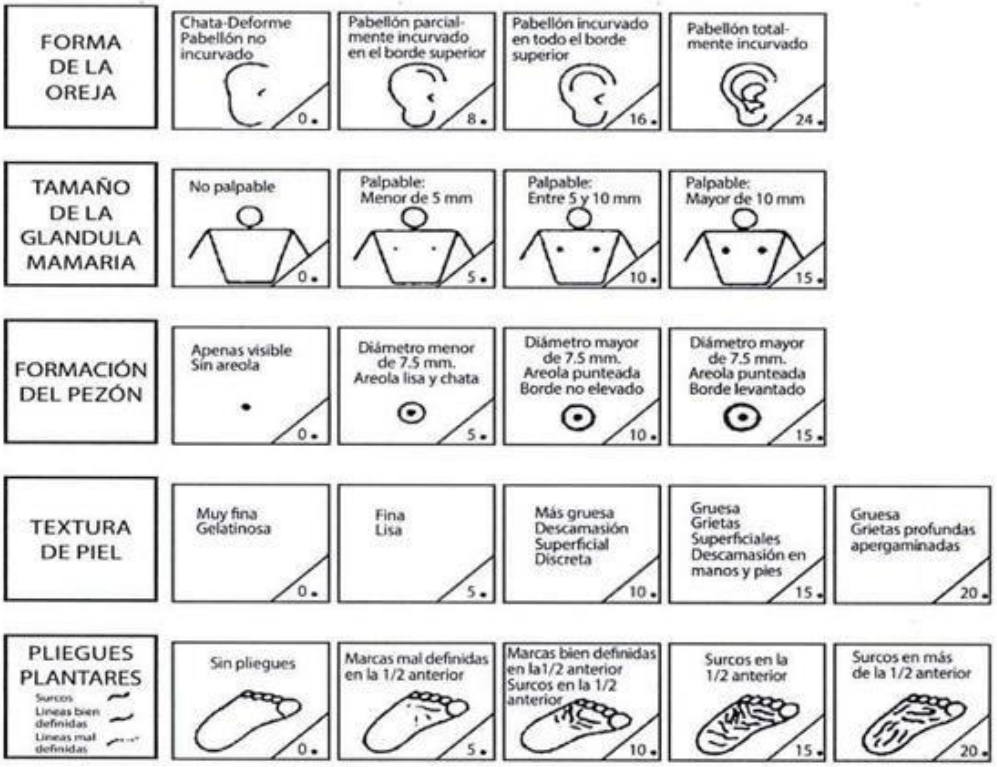
NECESIDAD	SUMINISTROS Y EQUIPOS	CHECK
Calor	Cuna radiante precalentada	
	Toallas o mantas calientes	
	Sensor de temperatura y tapa del sensor para reanimaciones prolongadas	
	Gorro	
	Bolsa o envoltorio plástico de polietileno (>32 semanas de gestación	
	Colchón térmico (<32 semanas de gestación)	
Aspiración	Usar pera de goma (número 4 y 6)	
	Sonda de succión N.• 8,10,12Fr.	
	Aspirador de secreciones empotrado o portátil, fijado (80 a 100 mmHg) de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud	
Saturación	Oxímetro de pulso, monitor cardiaco, electrodos, tabla de saturación de oxígeno.	
	Sensor de oxímetro de pulso neonatal	
	Equipo para proporcionar flujo libre de oxígeno	
	Tabla de objetivo de saturación de oxígeno	
Oxigenar	Encender el flujómetro de oxígeno a 10 L/Min	
	Mezclador de gases (oxígeno) fijado a 21%-30% si son menores de 35 SG	
	Ajustar el mezclador según normas del Hospital (perilla de oxígeno)	
Auscultar	Estetoscopio completo (olivas y membranas)	
Ventilar	Verificar la operatividad del resucitador manual (VPP)	
	Reanimador con pieza en T	
	Verificar máscaras de tamaño adecuado a recién nacido a término pretérmino y prematuros, tubo de reservorio	
	Sonda de alimentación (N.° 8,10,12 fr) y jeringa de 20ml	
Intubar	Laringoscopio operativo con hoja recta luz y pilas	
	Hoja de tamaño 00 para prematuros -0 para pretérmino -1 para a término	
	Estilete opcional	
	Tubos Endotraqueales (TET) tamaños 2,5 3 3,5 4	
	Máscara laríngea (tamaño 1) y jeringa de 5ml	
Medicación	Adrenalina 1:10,000 (0,1mg/ml)	
	Solución salina normal 0,9%	
	Insumos para la administración de medicamentos (jeringa de todos los tamaños) 1cc, 3cc,5cc,10cc y 20cc	
	Suministros para colocar un catéter umbilical de emergencia catéter umbilical N° 5 Fr	
Termorregulación	Almohadilla calentadora	
	Incubadora de transporte operativa	
	Bolsa para termorregulación para recién nacidos prematuros	
	Mantas y cobertor de incubadora	

ANEXO N° 3: CHECK LIST DEL PROCEDIMIENTO DE LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

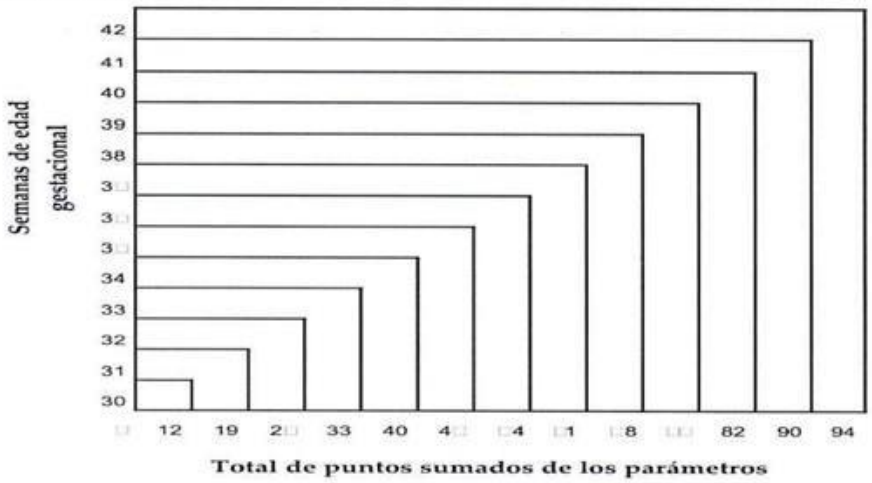
ANTES: PREPARACION DE SALA DE PARTOS Y SALA DE OPERACIONES		**Verificador**	
		SÍ	**NO**
1	Control térmico en la sala de partos y sala de operaciones, la temperatura ambiental debe estar entre 24 y 26°C		
2	Preparación y verificación de la operatividad y disponibilidad de los equipos y dispositivos médicos: Oxígeno, aire comprimido, otros.		
3	Oxímetro de pulso operativo en sala		
4	Monitores multiparámetros en establecimientos de salud del nivel de atención II-2, III-1 y III-2		
5	Revisión del estado de la fuente de calor radiante e incubadora de transporte (filtros y batería)		
6	Encendido de la fuente de calor radiante antes del nacimiento		
7	Preparación y precalentamiento de la incubadora de transporte con nido y gorra		
8	Precalentar la ropa que entrará en contacto con el recién nacido		
9	Verificar que las puertas y ventanas estén cerrados		
10	Chequeo del equipo para RCP del anexo 2		
11	Incubadora de transporte con ventilador mecánico o resucitador con pieza en T operativo		
DURANTE: RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS Y/O SALA DE OPERACIONES		**SÍ**	**NO**
1	Mantener la temperatura del recién nacido después del nacimiento entre 36,5 a 37,5°C		
2	Pinzamiento oportuno del cordón umbilical		
3	Secado del recién nacido		
4	Contacto piel a piel del recién nacido con su madre, durante 60 minutos		
5	Recién nacido inició lactancia materna en la primera hora		
6	Realizar la identificación del recién nacido (Brazalete, tarjeta, entre otros)		
7	*Procedimiento de RCP si fuera necesario		
8	Realizó Somatometría al recién nacido		
9	Realizó el examen físico y neurológico del recién nacido		
10	Realizó profilaxis ocular y administración de Fitomenadiona al recién nacido		
	De ser necesario: Administrar oxígeno y mantener rango de saturación según tabla y tiempo Mantener rango de saturación entre 88-94%, después de los 10 minutos de vida		
DESPUES: TRASLADO DEL RECIÉN NACIDO			
	Trasladar al recién nacido de acuerdo a condición.	**SÍ**	**NO**
	- Recién nacido y madre en buen estado: Traslado juntos pasan a alojamiento conjunto		
	- Recién nacido con alguna complicación: Pasa a hospitalización según necesidad		

ANEXO N° 4 TEST DE CAPURRO

- Se suman los puntajes totales de las 5 características.
- A ese total, se le suman 204 (que es constante) y el resultado se divide entre 7 (que es el número de días en 1 semana).



Cálculo de la edad gestacional según el puntaje de los parámetros alcanzados



FUENTE: GUÍA PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO GRAVE: Evaluación clínica del recién nacido en base a su peso y edad gestacional; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2014

ANEXO N° 5: ESCALA DE BALLARD

La escala de Ballard se basa en la madurez física y neuromuscular del recién nacido y se puede utilizar hasta 4 días después del nacimiento (en la práctica, la escala de Ballard se utiliza generalmente en las primeras 24 horas)

SIGNOS DE MADUREZ FÍSICA	-1	0	1	2	3	4	5	PUNTAJE TOTAL
Piel	Pegajosa, quebradiza, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Rosa pálido, venas visibles	Descamación superficial y/o eritema, pocas venas	Áreas pálidas, agrietadas, venas raras	Engrosada, agrietada, no venas.	correoso agrietado arrugado	
Lanugo	Ausente	Escaso	Abundante	Fino	Áreas libres	Casi no hay lanugo		
Superficie plantar	Talón-dedo del pie 40-50 mm:-1 <40 mm: -2	>50 mm no hay pliegues	Marcas rojas tenues	Sólo pliegues transversos anteriores	Pliegues en los 2/3 anteriore	Los pliegues cubren toda la planta		
Mamas	Imperceptibles	Apenas perceptible	Areola plana, no hay glándula	Areola granulosa, glándula de 1-2 mm	Areola sobre elevada, glándula de 3-4 mm	Areola completa, glándula de 5-10 mm		
Ojo/oreja	Párpados fusionados Levemente: -1 Fuertemente: -2	Párpados abiertos, pabellón liso, permanece arrugado	Pabellón ligeramente incurvado, blando, despliegue lento	Pabellón bien incurvado, blando, pero con despliegue rápido	Formado y firme, despliegue instantáneo	Cartílago grueso, firme. Oreja levantada		
Genitales masculinos	Escroto aplanado, liso	Escroto vacío, con escasas rugosidades	Testículos en parte alta del conducto, pliegues escasos	Testículos en descenso, rugosidades escasas	Testículos descendidos, rugosidades abundantes	Testículos colgantes, rugosidades profundas		
Genitales femeninos	Clítoris prominente, labios aplanados	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Labios mayores cubren el clítoris y los labios menores		
						TOTAL MADUREZ FISICA		

SIGNO DE MADUREZ NEUROMUSCULAR	PUNTUACIÓN							PUNTAJE TOTAL
	-1	0	1	2	3	4	5	
Postura								
Ventana cuadrada	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
Rebote		 180°	 140°-180°	 110°-140°	 90°-110°	 <90°		
Angulo popliteo	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°	
Bufanda								
Talón - oreja								
							TOTAL MADUREZ NEUROMUSCULAR	

PUNTUACIÓN	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
SEMANAS	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

FUENTE: Cloherty and stark's manual of neonatal care. 9th ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2023

ANEXO N° 6: HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO

HIGIENE DE LA PIEL Y CUERO CABELLUDO DEL RECIEN NACIDO	
Responsable de la actividad: Enfermera. Apoyo: Técnica/o de Enfermería.	
1.- Materiales - equipos: • Agua temperada. • 1 toalla. • 1 paquete de gasa 10 x 10. • 1 frasco de alcohol de 70º • 6 torundas algodón para baño. • 1 peine de bebé. • 1 colchoneta. • 2 pares de guantes. • 1 kit de ropa del recién nacido: ropón/ajuar de bebé, gorro de algodón, pañal de tela y un pañal desechable.	
2.- PROCEDIMIENTO	
1	Informar del procedimiento a la madre.
2	Verificar identificación correcta del recién nacido (pulsera).
3	Preparar el equipo, materiales y ambiente
4	Realizar lavado de manos y calzado de guantes
5	Colocar al recién nacido en la colchoneta y cubrirlo con el campo o toalla precalentada.
6	Limpiar con torunda de algodón humedecido con agua temperada, sin jabón, iniciando por la cara, luego el cuerpo y desechar la torunda de algodón. Luego, secar con toques sin friccionar.
7	Limpiar el cuero cabelludo con algodón humedecido con agua y retirar con un peine de bebé los restos de sangre.
8	Limpiar la zona perianal con torunda de algodón humedecido, secar y colocar pañal desechable y vestir al bebé.
9	Lavado de manos, iniciar limpieza del cordón umbilical con gasa y alcohol, NO cubrir el muñón umbilical.
10	Registrar el procedimiento en anotaciones de enfermería de la historia clinica neonatal.
11	Dejar limpio y ordenado el ambiente al término del procedimiento (Técnica/o de enfermería).
OBSERVACIONES: Mantener puertas y ventanas cerradas evitando corrientes de aire que puedan alterar la temperatura del recién nacido. La temperatura ambiental debe estar entre 22- 25º C. NO retirar el vérnix. Sólo se limpian los restos de sangre o meconio. NO se realiza el baño de inmersión antes de las 48 horas, porque se lava el manto protector natural de la piel del recién nacido, al quitarlo exponemos la piel a la colonización de microorganismos hospitalarios. Se toma previamente la temperatura al recién nacido y si es inferior a 36,5°C NO se realiza el procedimiento. Retirar los restos de sangre de la cabeza, sólo si es necesario y no en forma de rutina. Lavar los ojos sólo en caso de presencia de secreciones, esto se realiza con gasa o algodón y suero fisiológico.	

ANEXO N°7: SIGNOS DE ALARMA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL RECIÉN NACIDO

SIGNOS	MANIFESTACIÓN CLÍNICA
POBRE SUCCIÓN	Signo de alarma inespecífico, común a una serie de trastornos metabólicos, infecciosos y congénitos. Es secuela de muchas patologías como: - Secuela de asfixias (E.H.I). - Deshidratación grave (Diarreas, vómitos). - Anemia (Palidez, HTO menor a 40%) - Cianosis (Por hipoxemia, Cianosis peribucal) - Infección (Si hay antecedentes de infección materna). - Hipoglucemia (En recién nacido pequeños para la edad gestacional PEG, grande para la edad gestacional - GEG y prematuros). El amamantamiento inadecuado también es un factor para hipoglicemia. - Síndromes dismorfogenéticos.
DIFICULTAD RESPIRATORIA	- Taquipnea (frecuencia respiratoria mayor o igual a 60/minuto). - Retracciones xifoidea e intercostal. - aleteo nasal y/o cianosis. - Tiraje supraesternal y subcostal.
APNEA	- Ausencia de esfuerzo respiratorio por más de 20 segundos usualmente acompañada de bradicardia (FC —100/minuto) cianosis, palidez e hipotonía. - Los niños prematuros menores a 34 semanas pueden presentar apnea por inmadurez.
ICTERICIA	Coloración amarillenta de escleras y piel. La presencia de ictericia en las primeras 24 horas de vida requiere evaluación de laboratorio, así mismo, si la ictericia se extiende hasta el abdomen entre las 24 o 48 horas o hasta los muslos en cualquier momento.
PALIDEZ	La palidez puede presentarse por pobre perfusión de la piel como cuando hay shock o por anemia; el llenado capilar es un buen indicador de shock, si se acompaña con taquicardia, hipotensión, ruidos cardiacos débiles, letargia o mal de estado general
CIANOSIS	- Coloración azulada de la piel y mucosas, puede ser periférica (manos, pies) o central (peri oral, tórax y mucosas). - La cianosis periférica es frecuente en el recién nacido sano; ocurre por perdida de calor en un ambiente término inadecuado, también puede ser por hipotermia por infección o shock.
RIBICUNDEZ (PLETORA)	- Es el aumento de glóbulos rojos en sangre del recién nacido por encima del 65%. Los glóbulos rojos adicionales pueden bloquear el flujo sanguíneo en los capilares más pequeños. Esto se conoce como hiperviscosidad, llevando a necrosis debido a la falta de oxígeno: afectando a todos los órganos, incluso, los riñones, los pulmones y el cerebro. Síntomas. Somnolencia, problema de alimentación y convulsiones.
PIEL MARMÓREA	- La piel marmórea se ve pálida con zonas violáceas que se tornan pálida cuando se hace presión con el dedo. Puede ocurrir como reacción al frio o por disminución de perfusión de la piel por shock. - La exposición al frio puede producir piel marmórea, a la evaluación presenta: Taquicardia, taquipnea, pobre perfusión, pulsos débiles, palidez, cianosis, disminución del volumen urinario, alteración del

	sensorio, alteraciones de la temperatura.
HIPOTERMIA	- La hipotermia se define como una temperatura central < 36 a 36,5 °C. En los recién nacidos prematuros, la hipotermia está asociada con el incremento de la morbilidad y la mortalidad neonatal. El recién nacido prematuro es particularmente vulnerable a la pérdida de calor, puede ser la primera manifestación de una enfermedad intercurrente (p. ej., sepsis). - Se previene manteniendo una temperatura ambiental adecuada en la sala de partos o en la sala de operaciones, uso de campos precalentados, secado y remoción de los campos húmedos durante la atención del recién nacido - Los recién nacidos hipotérmicos deben incrementar gradualmente la temperatura. Evitar el aumento brusco de temperatura. - La hipotermia severa y sostenida puede causar problemas como: - Hipoglicemia. - Hipocalcemia. - Acidosis metabólica. - Daño renal. - Coagulación intravascular diseminada. - Escleroderma (trastorno fibrosante autoinmune).
FIEBRE	- Es el incremento temporal de la temperatura corporal en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento. - Se considera fiebre si la temperatura axilar y/o recta! se encuentra por encima de 38°C
FONTANELA ABOMBADA	- La fontanela abombada puede ocurrir cuando aumenta la presión intracraneal por infección, sangrados u otras causas. Es importante determinar si se debe a meningitis, para lo que es necesario hacer una punción lumbar. - Las causas más frecuentes de fontanela abombada son: o Hematoma. o Efusión subdural o Pseudoautor cerebral. o Tumores intracraneanos. o Errores innatos del metabolismo.
CONVULSIONES	Son movimientos involuntarios que no cesan al sostener la extremidad afectada. Las patologías que pueden ocasionar convulsiones son: - Parto traumático. - Asfixia perinatal. - Prematuridad - Infección materna y/o neonatal. - Retardo del crecimiento intrauterino. - Alteraciones bioquímicas y biofísicas. - Dificultad respiratoria severa o cardiopatía congénita cianótica. - Anormalidades congénitas y/o exposición a teratógenos y/o infecciones intrauterinas - Inoculación inadvertida de anestésico local de cuero cabelludo al recién nacido. - Drogadicción materna. - Ictericia patológica.

	- Errores innatos del metabolismo y dependencia a piridoxina. En las convulsiones se puede presentar movimientos oculares anormales: los movimientos son estereotipados repetitivos y continúan a pesar de tener el lugar afectado. Los tipos de convulsiones que se presentan en el recién nacido son 4: - Sutiles (desviaciones oculares, nistagmos, parpadeo, movimientos oro-buco-linguales, movimientos de pedaleo, marcha o natatorios) - Clónicas (movimientos rítmicos lentos de 1 a 3 sacudidas por segundo) - Tónicas (las posturas sostenidas que asemejan a la rigidez de decorticación (postura anormal con rigidez, brazos flexionados, los puños cerrados y las piernas derechas), descerebración, o de opistótonos (posición anormal, postura rígida, arquea la espalda, con la cabeza tirada hacia atrás). - Mioclónicas (movimiento de sacudida rápida).
HIPOTONÍA	- La hipotonía es la disminución de resistencia muscular y articular a los movimientos pasivos y mayor amplitud en los movimientos articulares: secundaria a parto traumático, considerar hipotonía debido a hemorragia o contusión cerebral y/o trauma espinal. - Es necesaria la evaluación de un neurólogo para tratar de establecer la causa; mientras esto ocurre, iniciar rehabilitación precoz (estimulación temprana) para tratar de mejorar pronostico.
ONFALITIS	- Ombligo rojo con secreción purulenta maloliente. Si el recién nacido presenta signos inflamatorios en la base del ombligo, pero sin extensión en la pared abdominal, ausencia de fiebre y luce saludable, puede ser manejado en casa.
ERITEMA TÓXICO	- Son lesiones cutáneas benignas transitorias, es una pequeña pápula de 1 a 3 mm de diámetro que evoluciona a una pústula con un halo prominente eritematoso. - Este exantema se localiza en cualquier parte del cuerpo, aunque el lugar más frecuente es el tronco, respetando casi siempre palmas y plantas. - Características: Vesículas y postulas de bordes rojizos que luego se convierten en una o más lesiones amarillas doradas, costrosas exudativas que aparecen luego de los 3-5 días de vida.
REGURGITACIÓN Y VÓMITOS EN LOS RECIÉN NACIDOS	- Regurgitación es el contenido gástrico que regresa sin esfuerzo ni malestar aparente para el recién nacido. - Debemos primero descartar que no existe una sobrealimentación o que no se trata de un reflujo gastroesofágico que tiene otras características (estenosis hipertrófica de píloro).
DISTENSIÓN ABDOMINAL	Es la tensión del abdomen, ocurre después de un episodio de asfixia o de un paciente gravemente enfermo (NEC). Se considera mejoría si el abdomen deja de estar tenso y disminuye el perímetro abdominal, con la presencia de ruidos hidroaéreos normales.
TEXTURA Y EL COLOR DE LAS DEPOSICIONES	- La presencia de sangre en las heces puede ser manifestada como un problema de sangrado, como sangre viva o como deposición de color negro (melena). En estos casos suelen verse otras manifestaciones en la piel (petequias, equimosis) o en otros órganos (sangrado nasal o sangre en la orina).

	- En el recién nacido si las deposiciones son acuosas es diarrea; si hay presencia de moco y sangre es disentérica; si no presenta deposiciones de manera regular y le duele, puede tratarse de estreñimiento u otra patología. - Cuando la sangre se acompaña de diarrea, el diagnóstico es disentería, la que requiere tratamiento antibiótico y puede asociarse a sepsis en el recién nacido

ANEXO N° 8 PROCEDIMIENTO INVASIVO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
"INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)"

Definición. Colocación de un catéter vascular a nivel central (vena cava superior o inferior insertándolo mediante punción en una vena periférica.

Recursos humanos: Médico y enfermera (2)

Materiales:

✓ Kit completo de catéter percutáneo. Catéter percutáneo de 1 French o 2 French, de doble fumen ✓ Gasa estéril ✓ Jeringa de 5 cm ✓ Tijeras ✓ Pinza de disección sin dientes ✓ Ligadura estéril ✓ Solución antiséptica (Clorhexidina ✓ 0,5%, yodopovidona 10%, alcohol ✓ 70%) ✓ Cintas papel autoadhesivas. ✓ Guantes estériles (3 pares)	✓ Apósito autoadhesivo transparente Equipo de ropa estéril ✓ Gorro ✓ Mascarilla ✓ Solución salina ✓ Cinta métrica limpia ✓ Paquete de gasa grande 10x10 (1) ✓ Paquetes gasa estampilla (3) ✓ Riñonera estéril (1) ✓ Equipo de campos estériles (2 campos grandes,1fenestrado)

PASOS	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Paso 1	Lavado clínico de manos (60 segundos).	Enfermera 1 y 2
Paso 2	Controlar signos vitales e instalar monitor multiparámetros.	Enfermera 1
Paso 3	Verificar la presencia y/o permeabilidad de una vía periférica.	Enfermera 2
Paso 4	Colocar los materiales cerca de la unidad del paciente.	Enfermera 1 y 2
Paso 5	Seleccionar la vena para la punción (se recomienda elegir vena de calibre grueso de preferencia vena cefálica o basílica.	Enfermera 1
Paso 6	Determinar la longitud del catéter a introducir desde la zona de punción hasta el tercer espacio intercostal.	Enfermera 1
Paso 7	Preparación del recién nacido en la unidad en que se encuentre: Posición, inmovilización, abrigo, analgesia, entre otros.	Enfermera 1
Paso 8	Colocarse gorro y mascarilla.	Enfermera 1 y 2
Paso 9	Realizar lavado quirúrgico de manos (5 minutos).	Enfermera 1 y 2
Paso 10	Ponerse los guantes y realizar la antisepsia, desinfectar zona elegida con clorhexidina 0.5%, luego limpiar con agua destilada en forma circular de adentro hacia afuera con movimientos suaves y firmes. Repita este procedimiento dos veces.	Enfermera 2
Paso 11	Dejar cubierta la zona con una gasa grande o campo estéril.	Enfermera 2
Paso 12	Ponerse mandil y guantes estériles	Enfermera 1 y 2
Paso 13	Preparar mesa con material y equipo estéril.	Enfermera 1 y 2
Paso 14	Verificar la permeabilidad de la bránula con solución salina.	Enfermera 1
Paso 15	Purgar el catéter usando la jeringa de 5ml	Enfermera 1
Paso 16	Colocar campos estériles sobre el paciente, exponiendo la	Enfermera 2

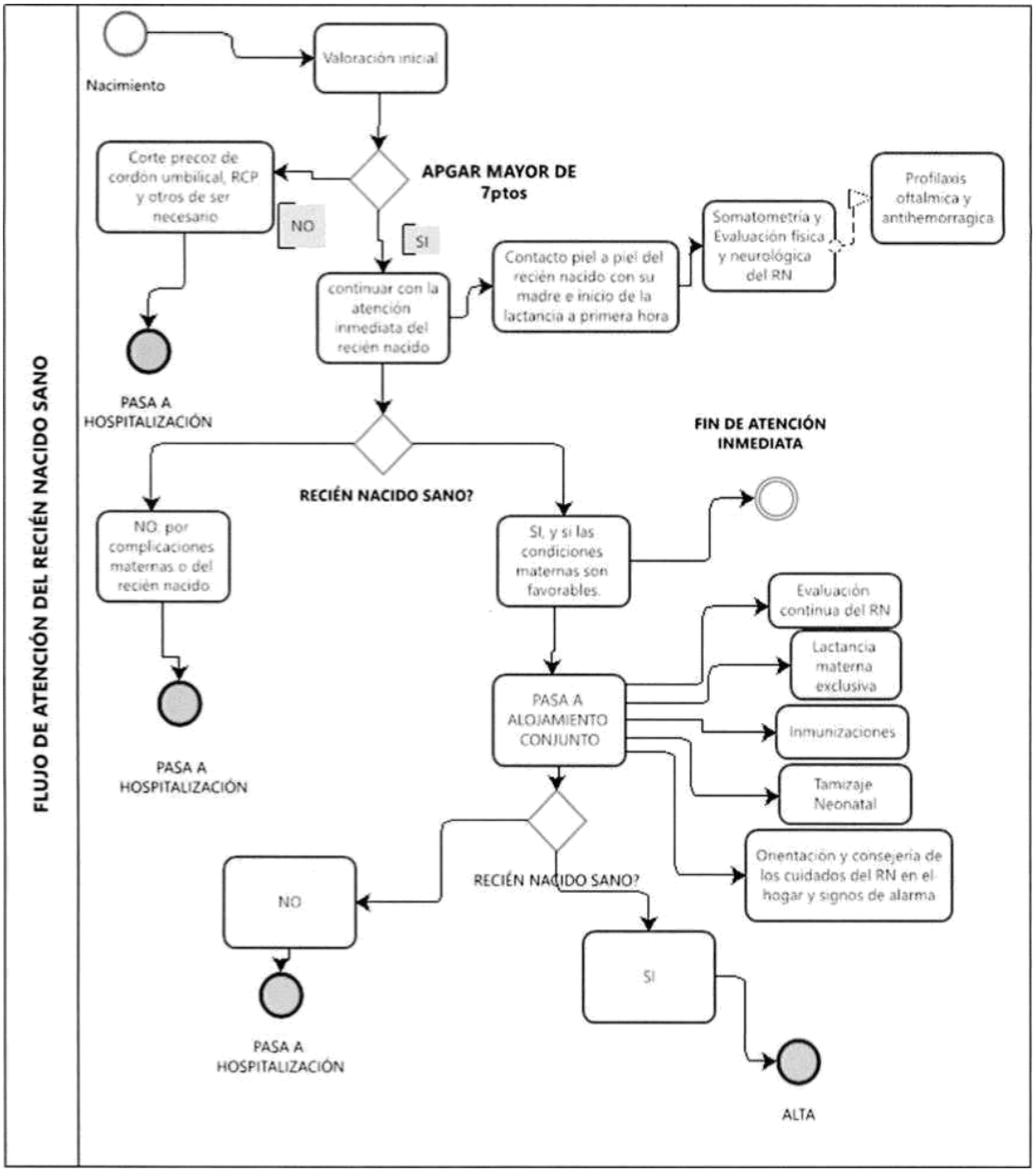
	zona a puncionar.	
Paso 17	Solicitar al ayudante que ejerza presión con la mano por encima de la zona de punción para permitir mayor visualización de la vena.	Enfermera 2
Paso 18	Pasar una gasa humedecida con solución salina en el lugar de punción para permitir mayor visualización de la vena.	Enfermera 1
Paso 19	Fijar la vena traccionando la piel	Enfermera 1
Paso 20	Realizar la punción con el introcath en ángulo de 15 a 45° con el bisel hacia arriba a 1cm del punto donde desea ingresar.	Enfermera 2
Paso 21	Una vez confirmado el retorno venoso, retirar parcialmente el mandril, introducir unos milímetros el introcath	Enfermera 1
Paso 22	Quitar la ligadura y presionar levemente por encima de la punción para disminuir el sangrado	Enfermera 2
Paso 23	Retira todo el mandil	Enfermera 1
Paso 24	Presenta el catéter	Enfermera 2
Paso 25	Tomar el catéter con la pinza e introducirlo lentamente centímetro a centímetro	Enfermera 1
Paso 26	AI terminar de insertar el catéter la longitud deseada, comprobar la permeabilidad infundiendo la solución fisiológica.	Enfermera 1
Paso 27	Hacer presión en la zona de punción	Enfermera 2
Paso 28	Romper el introductor cogiendo las alitas y presionándolo hacia los costados, retirarlo lentamente teniendo cuidado de no jalar el catéter.	Enfermera 2
Paso 29	Indicar que se efectivice la orden de Radiografía de tórax	Enfermera 2
Paso 30	Continuar ejerciendo presión sobre el sitio de punción para lograr la hemostasia	Enfermera 1 y 2
Paso 31	Comprobar nuevamente la permeabilidad del catéter.	Enfermera 2
Paso 32	Limpiar la zona con suero fisiológico	Enfermera 2
Paso 33	Aplicar una gasita de 1cm. Cuadrado sobre el sitio de punción, fijarla ejerciendo leve presión con una tira autoadhesiva pequeña (3 a 4cm) en forma horizontal al catéter.	Enfermera 1
Paso 34	Mantener fijo el catéter ejerciendo presión sobre la zona de punción	Enfermera 2
Paso 35	Colocar una corbata con la tira adhesiva estéril (8cm) par debajo del disco val o extensión del catéter.	Enfermera 1
Paso 36	Pegar apósito adhesivo transparente rectangular dejando libre el sitio de punción (cubrir desde donde empieza el catéter hasta 1-2cm, el apósito adhesivo no debe envolver el brazo del recién nacido)	Enfermera 1 y 2
Paso 37	Adaptar la otra extensión (si lo tuviera) del catéter luego de purgar con solución salina, dejando la jeringa conectada y la extensión cerrada.	Enfermera 1
Paso 38	Dejar protegido con un campo o gasa estéril	Enfermera 1
Paso 39	Ayudar al personal de radiología a tomar la placa teniendo cuidado de no traccionar el catéter	Enfermera 1
Paso 40	Médico revisa la placa radiográfica confirmado la ubicación de la punta de catéter.	Médico Enfermera 1
Paso 41	Lavado quirúrgico de manos	Enfermera 1 y 2
Paso 42	Ponerse los guantes	Enfermera 1 y 2

Paso 43	Si tiene que retirar el catéter algunos centímetros: con técnica estéril despegar la gasita de la zona de punción, retirar la cantidad necesaria y volver a poner una gasita.	Enfermera
Paso 44	Terminar de fijar: colocar apósito adhesivo transparente sobre el resto del catéter (desde la última parte de la extensión hasta por sobre la zona de punción).	Enfermera 1
Paso 45	Retirar la jeringa y conectar a la línea de infusión estéril con una llave de doble vía en caso necesario.	Enfermera 1
Paso 46	Cubrir con gasa la zona de unión de la línea y la extensión.	Enfermera 1
Paso 47	Abrir la extensión e iniciar la infusión.	Enfermera 1
Paso 48	Retirar los campos y dejar al paciente en posición cómoda.	Enfermera 1
Paso 49	Realice las anotaciones en la Historia clínica/enfermería y sucesos ocurridos durante el procedimiento.	Enfermera 1
Paso 50	Registrar el procedimiento en la hoja de seguimiento de catéter venoso de inserción periférica.	Enfermera 1

Medidas de seguridad: Mantenimiento del CVCIP

- Evaluar diariamente signos de alarma: edema, flogosis, desplazamiento, permeabilidad.
- Realizar la limpieza quirúrgica de la zona de punción, si es necesario, cuando haya sangrado o en caso de que, después de varios días, el apósito transparente no asegure una fijación confiable.
- La limpieza debe llevarse a cabo con la ayuda de otra enfermera
- Vigile frecuentemente la posición del catéter.
- El catéter percutáneo no debe utilizarse para transfusión de hemoderivados.
- Para cambiar la línea de infusión: Primero aseptizar la unión de la línea con el catéter, cambiar la línea, desclampar el catéter, iniciar la infusión y finalmente abrir la línea

ANEXO N° 9. FLUJO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO "ATENCIÓN INMEDIATA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO"



ANEXO 10. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO

