EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años Unidas para ti 1936 - 2016

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 92 -GCPS-ESSALUD-2016

Lima, 17 AGO. 2016

VISTA:

La Carta N°330-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016, remitida por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, el Informe Técnico Nº , solicita aprobación del proyecto de Resolución de la GCPS que apruebe la "Guía de Atención del Recién Nacido Sano en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el Seguro Social de Salud –ESSALUD".

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

Que, en atención al requerimiento de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, a través de la Carta N° -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 solicitó a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la aprobación de la propuesta de "Guía de Atención del Recién Nacido Sano en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Seguro Social – EsSalud"

Que, en dicha normativa se estandariza la atención del Recién nacido sano brindada por el equipo de atención inmediata en las Instituciones Prestadoras de Salud del segundo y tercer nivel de atención,

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

EsSalud 80 años Unidos para ti 1936 - 2016

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 92-GCPS-ESSALUD-2016

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la "Guía de Atención del Recién Nacido Sano en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Seguro Social – EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, se encargue de la difusión e implantación de la Guía aprobada por la presente Resolución.

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

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

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

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. MILAGROS SANCHEZ TORREJON
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD



GUÍA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO SANO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD



– 2016 –

TITULO ORIGINAL: **GUÍA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO SANO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

Gerencia de Prestaciones Especializadas y Programas Sociales
V°B°
J. CHAVARRIA A.
Sub Gerente
ESSALUD

Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Jr. Domingo Cueto N° 120 – 8vo. Piso – Lima 11 - Perú

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud
V°B°
M. VILLAR L.
Gerente (e)
ESSALUD

DERECHOS DEL AUTOR:

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiados, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - EsSalud – 2016.

Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRÉ DE PINILLOS

Presidenta Ejecutiva de ESSALUD

Eco. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES

Gerente General

V°B° J. CHAVARRIA A. Sub Gerente

Dra. MILAGROS SÁNCHEZ TORREJÓN

Gerente Central de Prestaciones de Salud

V°B° M. VILLAR L. Gerente (e)

Dra. MARTHA VILLAR LOPEZ

Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud (e)

COMITÉ RESPONSABLE:

Dr. LUIS SANTIAGO CAM CHANG	Presidente Representante de la Red Asistencial Sabogal -
Dra. CARMEN FERNANDEZ SIERRA	Representante de la Red Asistencial Rebagliati,
Dra. RUTH COLCA CRUZ	Representante de la Red Asistencial Rebagliati
Dra. BERTHA CHAVEZ PERALTA	Coordinadora Técnica Representante de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud
DR. JOSE CHAVARÍA ARRASCUE	Sub Gerente Prestaciones Especializadas

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

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
V°B°
M. VILLAR L.
Gerente (e)

ÍNDICE

I. OBJETIVO 6
II. FINALIDAD 6
III. BASE LEGAL 6
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN 7
V. RESPONSABILIDAD 8
VI. DISPOSICIONES ..... 8 - 16
VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... 17, 19
VIII. ANEXOS:
a. N° 1 FACTORES DE RIESGO.....20
b. N° 2 TEST DE APGAR 21
c. N° 3 TEST SILVERMAN ANDERSON 22
d. N° 4 TEST DE CAPURRO 23
e. N° 5 TAMIZAJE CARDIOPATIAS 24
f. N° 6 TEST DE BALLARD..... 25, 26,27
g. N° 7 TABLA DE EDAD GESTACIONAL 28
h. N° 8 TRIPTICO DE LACTANCIA MATERNA..... 29 , 30
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 31

V°B° J. CHAMARRIA A. Sub Gerente (e) ESSALUD

V°B° M. VILLAR L. Gerente (e) ESSALUD

GUÍA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO SANO EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

I. OBJETIVO

Establecer los procedimientos técnico-administrativos necesarios, que permitan brindar una atención integral de calidad al Recién nacido sano y a término o con problemas menores de transición (no incluye grupos poblacionales de pacientes prematuros, con factores de riesgo o con complicaciones) durante su transición inmediata y mediata temprana a la vida extrauterina, basados en evidencia científica y promoviendo la participación de la familia y la comunidad.

II. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbimortalidad neonatal mejorando la calidad de atención del Recién nacido sano durante el periodo neonatal (0-28 días de vida) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros y por modalidad de Asociación Público – Privada (APP) del Seguro Social.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA; D.S. N° 001-98-SA; ampliatorias y complementarias.
2. Ley General de Salud N° 26842, en el Título I: De los derechos deberes y Responsabilidades Concernientes a la Salud Individual.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias aprobadas por Decretos supremos N° 002-2004-TR y 025-2007-TR.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.
6. Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
7. Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de Lactarios en las instituciones del Sector Público y del Sector Privado Promoviendo la Lactancia Materna.
8. Resolución Ministerial Nº 223-2009/MINSA, que aprobó la NT Nº 031-MINSA / DGSP-V.01: "Documento Técnico: Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Usos de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales".
9. Resolución Ministerial Nº 828-2013/MINSA, que aprobó la NT Nº 106-MINSA / DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".
10. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 601-PE-EsSalud-2015, que aprueba del Modelo de Organización de la Gerencia de Red Desconcentrada y los Reglamentos de Organización y Funciones de las Gerencias de Red Desconcentradas de Lima y Callao.

11. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-EsSalud-2015, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud.
12. Resolución de Gerencia General N° 232 GG-ESSALUD-2010, que aprueba la Directiva N° 005 GG-ESSALUD-2010, "Normativa de uso del Petitorio Farmacológico de EsSalud".
13. Resolución de Gerencia General Nº 464-GG-ESSALUD -2011 que aprueba la Directiva Nº 010-GG-ESSALUD-2011. "Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
14. Resolución de Gerencia General N° 1261-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2013 que dispone las "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
15. Resolución de Gerencia General Nº 1471-GG-ESSALUD -2013 que aprueba la Directiva Nº 018-GG-ESSALUD-2012. "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social- ESSALUD".
16. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 05-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud- ESSALUD.
17. Resolución de Gerencia General N° 1008-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva Nº 12-GG-EsSalud-2014 de "Programación de los Actividades Asistenciales de los Profesionales de la Salud y No Profesionales de la Salud en EsSalud".
18. Resolución de Gerencia General N°1364 , GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N°16 GG-ESSALUD-2014, "Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de salud del Seguro Social de salud-ESSALUD".
19. Resolución de Gerencia General Nº 1517-GG-ESSALUD -2015 que aprueba la Directiva Nº 14-GG-ESSALUD-2015. "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencia de ESSALUD".
20. Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento Nº 034-GCAS- ESSALUD-2011. Establecen que la cobertura de los derechos habientes hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo afiliado al Seguro Regular y al Seguro de Salud Agrario, comprende las prestaciones de salud por maternidad y sus diagnósticos relacionados.
21. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones de Salud Nº 044 –GDP-ESSALUD-2006, que aprobó la Directiva N°007 -GDP-ESSALUD-2006, "Norma para la detección y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas – Tamizaje Neonatal ".
22. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 59–GCPS-ESSALUD-2012, que aprobó la Directiva N° 02-GCPS-ESSALUD-2012, "Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud".

IV. ALCANCE

La presente Guía es de aplicación en todas las IPRESS propias, de terceros y por modalidad de Asociación Público – Privada (APP) del Seguro Social –ESSALUD.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables de dar cumplimiento de la Guía e implantación de las disposiciones:

- Gerente Central de Prestaciones de Salud
- Gerentes/ Directores de IPRESS propias, de terceros y por modalidad de Asociación Público – Privada (APP).
- Gerente Red Desconcentrada / Hospital Nacional.
- Jefes de Oficina o Coordinador de Prestaciones y Atención Primaria de Red Asistencial / Desconcentrada.
- Gerente / Director o Médico responsable de la Institución Prestadora.
- Jefe de Departamento / Jefe de Servicio Asistencial.

De la implementación, supervisión y su cumplimiento:

- Gerente de Operaciones de Salud
- Gerente / Sub- Gerente / Oficina de Coordinación de Prestaciones de Salud
- Gerentes/ Directores de Redes Desconcentradas y Órganos Prestadores Nacionales
- Jefe de Departamento y/o Servicio Pediatría, Neonatología, Materno Infantil.
- Jefe de Departamento/ Servicio de Enfermería.
- Personal asistencial capacitados que brinda cuidados al recién nacido (médicos generales, médicos de familia, pediatras, neonatólogos, licenciados/as enfermeros/as, técnicos/as de enfermería.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los Gerentes, Sub Gerentes, Directores de la IPRESS propias y de terceros, Jefes de Departamento, Jefes de Servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario o contractual y es sancionada según normatividad vigente.

VI. DISPOSICIONES

6.1. Disposiciones Generales.

A. El personal de salud de IPRESS, en relación a la atención neonatal, debe tener en cuenta lo siguiente:

6.1.1 **El principio de anticipación en la atención neonatal:**
Aplicado por los profesionales responsables de la atención al Recién nacido, debido a que un neonato con complicaciones se puede presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesarios para asegurar la atención de emergencia, la estabilización y posteriormente decidir la referencia del neonato al nivel correspondiente.
Se recomienda realizar la historia clínica antes del nacimiento del recién nacido con el fin identificar factores y antecedentes de riesgo (Anexo N° 1), consignados en el Carnet Perinatal, que permitan preparar el equipo e insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos.

6.1.2 **Las áreas de atención neonatal son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales:**
Es indispensable tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones intrahospitalarias, las que incluyen:

- Lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen del neonato.
- Medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, así como en los procedimientos invasivos (punciones, etc.).
- Utilización de material estéril de un solo uso (perillas de goma, sondas de aspiración, etc.).
- Limpieza primero y después desinfección del material quirúrgico y médico empleados en los diversos procedimientos en la atención neonatal (laringoscopios, mascarillas, equipos de cateterismo umbilical, etc.).
- Limpieza de incubadoras y cunas con una frecuencia establecida.
- Uso correcto de antibióticos, en relación a patología del neonato.

6.1.3 Identificación, diagnóstico, tratamiento y/o referencia oportuna de acuerdo a la capacidad resolutiva de la IPRESS al neonato con complicaciones.

6.1.4 Seguimiento de los neonatos en las primeras semanas de vida para la detección oportuna de los signos de riesgo, el manejo y/o derivación, según sea el caso, 4 controles hasta completar los 28 días (médico y /o enfermera).

B. Los Gerentes / Directores de las Redes Asistenciales / Desconcentradas/ Hospitales Nacionales deben:

- Garantizar que las IPRESS cuenten con la disponibilidad de material médico, medicamentos e insumos para la atención neonatal oportuna y adecuada.
- Promover la participación de la familia en la atención neonatal y la participación del padre o acompañante durante el apego o contacto piel a piel.
- Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención neonatal según nivel de atención realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado en las IPRESS. Anexo N° cuadros de indicadores básicos y variables simples del SVP.
- Garantizar que las IPRESS, según el nivel de complejidad, brinden la atención inmediata del recién nacido por profesional médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano y/o enfermera en el 100% de nacimientos.
- Desarrollar acciones para el seguimiento del neonato sano de acuerdo a la complejidad de la IPRESS por consulta externa o referencia.
- Supervisar que los nacimientos, muertes neonatales y las principales morbilidades en el periodo neonatal sean reportadas al Sistema de Vigilancia Perinatal (SVP).

6.2. Disposiciones Específicas.-

6.2.1. Atención Inmediata Neonatal del Recién nacido a término

El equipo responsable de la atención inmediata está conformado por personal asistencial capacitado en cuidados del recién nacido (médicos generales, médicos de familia, pediatras, neonatólogos, licenciados/as de enfermería). En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido puede ser atendido por el obstetra u otro profesional o personal de la salud capacitado.

El profesional responsable de la atención inmediata neonatal debe encontrarse presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, (Anexo N°1), las condiciones inmediatas al nacimiento del Recién nacido /a decidir y aplicar las intervenciones indicadas para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como reducir el riesgo de complicaciones severas y discapacidad.

Procedimientos en la atención inmediata del recién nacido a término
Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben:

a) **Procedimientos generales antes del nacimiento**:

- Identificar factores de riesgo perinatal: Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada de esta al Centro Obstétrico/Sala de Operaciones, identificando los factores de riesgo (Anexo N° 1). De ser necesario ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo. Anotar resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, antecedente de Hepatitis B y grupo sanguíneo
- Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido. Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.
- Prevenir la pérdida de calor. Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 24 - 26 °C. La temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas.

b) **Procedimientos luego del nacimiento:**

- El médico realiza la valoración de la condición del Recién nacido inmediatamente después del nacimiento y registra en la historia clínica.
- Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal debe verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar:
- Si el recién nacido a término se encuentran inmediatamente al nacimiento vigoroso, con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio, se aplicarán los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal.
- En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical, este debe ser mayor de 30 segundos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado

por el profesional responsable de la atención del parto. La evidencia muestra que el pinzamiento tardío reduce la incidencia de anemia en el recién nacido pero aumenta la necesidad de administrar fototerapia.

- Si el recién nacido a término no evidencia respiración, se encuentra hipotónico, requiere reanimación neonatal, o presenta alguna malformación congénita mayor, deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical y entregar al recién nacido en forma inmediata al equipo profesional para la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal establecida.

APGAR.-

- Se recomienda valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido a término con la escala de Apgar (Anexo N° 2), al minuto y a los 5 minutos, para describir de forma estandarizada la vitalidad del recién nacido.
- La escala de Apgar sirve para valorar la evolución de la adaptación del recién nacido. No debe ser utilizada para indicar el inicio de maniobras de reanimación, dado que no se puede esperar hasta un minuto, para empezar la reanimación en los recién nacidos que están deprimidos. La reanimación debe iniciarse al momento en que se detecta que el recién nacido requiera apoyo. Se considera que un recién nacido está estable cuando el Apgar es igual o mayor a 7, no se emplea para guiar la reanimación.

DIFICULTAD RESPIRATORIA.-

Se recomienda realizar valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos sin factores de riesgo a los 10 minutos, utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson (Anexo N°3).

- En la valoración de la dificultad respiratoria, los componentes a evaluar son: aleteo nasal, quejido espiratorio, tirajes intercostales, retracción subxifoidea y disbalance toraco-abdominal.
- Se debe complementar el uso de la escala de Silverman-Anderson con la evaluación de la saturación de oxígeno. Considerar también la frecuencia respiratoria (normal FR entre 30 a 60 por minuto).
- Si el paciente presenta algún grado de dificultad respiratoria en la evaluación a los 10 minutos considere la necesidad de oxígeno suplementario y evalúe nuevamente a los 15 minutos. Si el grado de dificultad respiratoria aumenta o no hay mejoría considere que existe una anormalidad respiratoria subyacente. En caso que la dificultad respiratoria se mantenga estable (Silverman-Anderson) o disminuya, evaluar a los 30 minutos antes de considerar una patología respiratoria.

<u>Temperatura y Aspiración de Secreciones.</u>-

- Prevenir la pérdida de calor: Reducir las pérdidas de calor, colocando al recién nacido en forma inmediata, sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto. El equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado.

- Aspiración de secreciones de las vías aéreas, los recién nacidos sin factores de riesgo, vigorosos quienes tengan la vía aérea permeable se recomienda NO hacer succión de la vía aérea. Existe evidencia de que el uso de succión sin factores de riesgo no presenta beneficios. El programa de resucitación del recién nacido según AAP-AHA en su última edición ha recomendado minimizar el uso de succión rutinaria en recién nacidos.

Apego y Lactancia Materna.-

- Realizar el contacto piel a piel inmediatamente si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado, como parte del periodo de adaptación espontánea, con el fin de iniciar un proceso de apego temprano y adecuado, para favorecer el establecimiento de la lactancia materna. El contacto piel a piel consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-recién nacido, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz.
- Se recomienda iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo.
- Se debe asegurar la vigilancia adecuada por parte del personal de salud debidamente entrenado en el binomio madre-niño durante la posición piel a piel, para evitar eventos que pongan en riesgo la vida del recién nacido (muerte súbita y eventos agudos cercanos a muerte súbita).
- El médico o la enfermera sala de partos confirmará que se realiza una adecuada técnica de amamantamiento.
- Si la madre, por su estado de salud, no puede estar en contacto con su hijo se recomienda el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto con el padre ya que puede ser beneficioso para ambos.
- La evidencia demuestra que el contacto piel a piel tiene beneficios claros en cuanto a aumentar la probabilidad de éxito de la lactancia materna y disminuir el llanto en los recién nacidos.

6.2.2. Identificación del neonato:

Identificar al neonato: registrar los datos en un brazalete plástico con características de ser blando, suave pero resistente y que no genere reacción local ni heridas en la piel, solo extraíble e intercambiable al cortar y dañar el brazalete, de color celeste (masculino) y rosado (femenino).

Debe contener los apellidos del Recién nacido, fecha y hora de nacimiento y sexo, N° historia clínica de la madre, debiendo colocarse en la muñeca derecha, si es necesario colocar vía endovenosa el sitio de elección será el tobillo derecho (Directiva 009-GC-ESSALUD 2013 Oficina de calidad y seguridad del paciente).

En caso de que la madre no informe el apellido paterno del recién nacido se considerará: "hijo de madre de..." (Colocando los apellidos maternos). Se identificará al recién nacido sin separarlo de la madre y mostrar identificación a la madre. La identificación del recién nacido deberá realizarse en presencia de la madre/padre antes de salir de la sala de partos, el mismo que debe de permanecer hasta el egreso hospitalario.

El personal de salud, que participa en la atención del parto y en la atención inmediata del recién nacido de acuerdo a la complejidad de las IPRESS, deberá establecer compromisos para el trabajo en equipo, a fin de mejorar el proceso de identificación del registro del recién nacido.

6.2.3. Prevenir la infección ocular:

Usar gotas oftálmicas con antibiótico eritromicina ungüento al 0.5%, tetraciclina ungüento al 1%, solución de yodopovidona al 2,5% o nitrato de plata al 1%, son equivalentes, por lo que se recomienda el uso de cualquiera de ellas, aplicando en cada saco conjuntival. Este procedimiento no está recomendado en nacimientos por cesárea.

6.2.4. Prevenir la enfermedad hemorrágica:

Aplicar Vitamina K, a dosis de 0.3 mg/k dosis única, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.

Se recomienda que los procedimientos de rutina en el recién nacido que interrumpen el contacto piel a piel (aplicación de vitamina K, peso, talla, examen físico inicial, profilaxis oftálmica) se aplacen entre 60 y 90 minutos, de forma que no interrumpan el período temprano de contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido a término y aparentemente sano.

Hay evidencia experimental y observacional de buena calidad que demuestra que el uso rutinario de vitamina K disminuye marcadamente el riesgo de enfermedad hemorrágica del recién nacido.

6.2.5. Medidas del cuidado del cordón:

Verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocar una gota de alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa estéril.

6.2.6. Realizar la somatometría:

Medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrar estos datos en la historia clínica neonatal.

6.2.7. Realizar el examen físico completo:

Es responsabilidad del médico examinar en forma sistemática al recién nacido (examen general y regional); incluye la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro (Anexo 4) y Ballard en prematuros (anexo 5).
Se recomienda realizar un examen físico exhaustivo a todo recién nacido antes del egreso de la institución siguiendo una lista de chequeo. Este examen incluye los elementos del examen físico estandarizado para búsqueda de anomalía congénita.

No es necesario el paso de ninguna sonda en el periodo postnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.

6.2.8. Registrar los datos en la historia clínica neonatal:
Debe registrarse los datos completos en la historia clínica neonatal; así como en el libro de registros del servicio.

6.2.9. Vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre:
Se debe continuar la evaluación del periodo de transición monitorizando la adaptación del RN al medio ambiente, signos vitales y la condición clínica. Brindar información a la madre sobre la técnica de lactancia materna, la identificación de los signos de alarma y los cuidados neonatales.

Se recomienda tomar una muestra sanguínea de cordón umbilical para grupo y factor sanguíneo a todos los recién nacidos.

6.2.10. Atención en Alojamiento Conjunto
Los ambientes de las IPRESS donde se realiza el alojamiento conjunto deben mantener un ambiente térmico adecuado, evitando la presencia de corrientes de aire. Los profesionales responsables de la atención neonatal en el periodo de alojamiento conjunto son el médico neonatólogo /pediatra, médico cirujano con la participación de la enfermera y en presencia de la madre.

El examen físico detallado se debe realizar después de las primeras 24 horas de vida o antes del egreso (lo que ocurra primero) y considerar el uso de en todos los casos para asegura una evaluación exhaustiva por sistemas. La idea de realizar el examen detallado después de las 24 horas es para asegurar tiempo suficiente que permita evaluar si el recién nacido ha orinado, eliminado meconio y si está tolerando la alimentación y poder realizar la búsqueda sistemática de anomalía congénita.

El lugar en donde se realice el examen físico detallado debe tener una temperatura adecuada y ofrecer privacidad a la madre y al recién nacido.

Antes de proceder con el examen se debe verificar que el recién nacido esté adecuadamente identificado.

Así mismo ofrecer a los padres indicaciones de alta sobre las citas de control de niño sano, tamizaje metabólico, auditivo, catarata congénita, cardiopatía congénita y ROP en prematuros, en caso que se requiera evaluación por especialista referir oportunamente.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES SOBRE EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO GUÍA NICE POST PARTO:

Examen Físico del Recién nacido.	Realizar un examen físico básico del Rn inmediatamente después de nacer y un examen más detallado dentro de las primeras 24 horas de nacido y/o antes del alta No se especifica contenidos del examen básico.
Recomendaciones de buenas prácticas para el examen físico detallado.	Participación de los padres durante el examen del RN, propiciar ambiente adecuado, evitar infecciones cruzadas.
Requerimientos del profesional que realiza el examen físico del Rn	• Asegurar adecuado entrenamiento • Evaluación de competencias • Mantenimiento de competencias a través de la práctica y de evaluaciones periódicas • Buenas prácticas de comunicación de hallazgos con los padres y asegurar un adecuado plan de tratamiento en caso necesario
Promoción de la salud durante estos encuentros	Momento adecuado para educar a los padres sobre cuidados del RN
Examen físico detallado	Incluye listado del examen físico detallado del Rn por sistemas.

Elaborado por Equipo Técnico basado en The National Institute for Health and Care Excellence https//www.nice.org.uk

6.2.11. Procedimientos en la atención neonatal en alojamiento conjunto

Los profesionales responsables de la atención neonatal deben:

- Registrar los datos del recién nacido/a. Al ingreso a los ambientes de alojamiento conjunto y verificar la identidad del recién nacido y de la madre.
- Colocar al recién nacido al lado de su madre. Verificar la estabilidad térmica, frecuencia cardiaca y respiratoria neonatal. Mantener condiciones de abrigo adecuadas, cubriéndolo para evitar la pérdida de calor, principalmente *en* ambientes con temperatura menor a 24°C. Controlar la temperatura del neonato en forma periódica.
- Promover el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. El recién nacido debe haber iniciado la alimentación con leche materna dentro de la primera hora de vida y debe continuar con lactancia materna a libre demanda. Enseñar a la madre las técnicas para el amamantamiento, procurando vincular en esta labor educativa al padre y la familia.
- No se aprobará el uso de cualquier otro alimento que no sea la leche materna, salvo indicaciones precisas del médico neonatólogo/pediatra o médico cirujano con competencias en la atención neonatal. De no contar

con ello, podrá ser indicado por el equipo de atención neonata] del establecimiento. Firmar consentimiento informado si la madre solicita formula maternizada

- Realizar actividades de información, educación y comunicación a la madre. Orientar a la madre durante su permanencia en la institución de salud y brindar información sobre lactancia materna exclusiva, técnica de lavado de manos, higiene del recién nacido e identificación de signos de alarma en el periodo neonatal, así como los cuidados del niño/a, inmunizaciones, pautas de crianza y la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño/a.
- Supervisar, registrar la alimentación, hidratación, evacuaciones y micciones. También se debe registrar el peso diario del neonato.
- Realizar la evaluación diaria del neonato. Posterior al examen físico del recién nacido en atención inmediata, se deberá realizar en alojamiento conjunto un primer examen del recién nacido en las primeras 12 horas de vida, luego cada 24 horas hasta el alta y dejar registro del mismo en la historia clínica del recién nacido.

Al egreso de Alojamiento Conjunto.-

- Coordinar y verificar la administración de la inmunización del recién nacido. De acuerdo al esquema de inmunizaciones dispuesto por el MINSA.
- Realizar las pruebas de tamizaje neonatal. De acuerdo a la disponibilidad de pruebas implementadas en el establecimiento, y recibiendo la derivación correspondiente en caso de no contar con esta oferta en el establecimiento de salud de origen. La Autoridad Nacional de Salud promoverá que el tamizaje neonatal sea realizado en el100% de neonatos.
- Orientar sobre los trámites de inscripción al sistema de aseguramiento que corresponda. Completar los formatos de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS u otro si corresponde).
- Brindar información a la madre y familia previa al alta neonatal. Sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo familiar para su mantenimiento, cuidados del recién nacido, importancia del control de crecimiento neonatal e infantil, estimulación del desarrollo, etc.
- Aplicar protocolos de manejo en casos especiales. Según normas vigentes, como por ejemplo: manejo del niño/a expuesto a VIH, entre otros.
- No se recomienda dar de alta al recién nacido aparentemente sano y sin factores de riesgo antes de las 24horas de vida, ya que se debe realizar un examen físico postnatal adecuado, en busca de anomalías congénitas, realizar pruebas de tamizaje neonatal (metabólico, auditivo, catarata congénita, cardiopatía congénita y ROP en prematuros), reforzar la lactancia materna y apego, verificar orina y deposición.

Criterios de alta de Alojamiento Conjunto

Parto vaginal después de 24 horas postparto
Recién nacido a término con examen clínico normal
Adecuada succión y deglución del recién nacido con buena técnica de amamantamiento.
Tríptico de lactancia y cuidados del recién nacido con signos de alarma
Evidenciar como mínimo una micción y una deposición de Rn.
Resultado del grupo sanguíneo del recién nacido.
Haber recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B) consignadas en el carnet
En caso de madre adolescente actuar de acuerdo a normatividad legal e institucional vigente.
Alta del recién nacido y la madre en conjunto si la madre está en condiciones aptas para su alta.
Tener cita de control niño sano de acuerdo a la cartera de servicios para el recién nacido por el equipo médico.

Inmunizaciones: La normatividad vigente prescribe la vacunación neonatal de todo recién nacido sano y a término. Se administra durante las primeras 12 horas de vida y antes del egreso hospitalario la primera dosis de vacuna para hepatitis B y una dosis única de vacuna BCG para la tuberculosis.

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

Alojamiento conjunto
Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.

Atención inmediata del/la recién nacido/a
Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

Atención del recién nacido/a normal o vigoroso/a
Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido a término vigoroso, con examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal.

Atención del recién nacido/a con complicaciones
Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que pueden desarrollarse antes, durante y/o después del nacimiento; y que son detectados en el proceso del nacimiento e inmediatamente después. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva de acuerdo a la complejidad de la complicación.
La intervención incluye la evaluación del riesgo antes del nacimiento, atención inmediata individualizada, estabilización y atención de emergencia, transporte si el

nacimiento es en otro establecimiento o domicilio, internamiento del neonato que requieren monitoreo continuo, cuidados médicos y de enfermería especializados y seguimiento post alta con controles por consulta externa.

Categoría
Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutiva, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

Carné de Crecimiento y Desarrollo
Es un instrumento que sirve para valorar el estado de salud del nacido a término e incluye la evaluación del peso con tas curvas de Organización Mundial de la Salud 2006. Constituye un complemento de la historia clínica utilizado por el personal de salud para los padres y la familia en el cuidado del recién nacido; siendo útil para padres de familia y/o cuidadores del recién nacido puedan vigilar su estado de salud.

Historia Clínica
Es el documento médico legal, donde se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención y cuidados del recién nacido en forma ordenada, integrada, secuencial que el médico, enfermera u otros profesionales brindan al recién nacido.

Muerte neonatal precoz
La que ocurre en los primeros 7 días de vida.

Muerte neonatal tardía
La que ocurre entre el octavo y el vigésimo octavo día después del nacimiento.

Neonato
Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.

Nacido vivo
Se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, 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.

Nivel de atención
Constituye una de las formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y la severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutiva.

Nivel de complejidad
Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. EL nivel de complejidad guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud.

Recién nacido normal
Todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, 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.

Recién nacido pre término
Recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

Recién nacido a término
Recién nacido de 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Tamizaje neonatal
Aplicación de procedimientos de selección a poblaciones de neonatos aparentemente sanos con el objetivo de identificar en la fase preclínica o de latencia, a aquellos que pueden padecer una determinada enfermedad para la aplicación posterior de las pruebas confirmatorias.

ANEXO 1:
FACTORES DE RIESGO PERINATAL

Esta lista de factores de riesgo se asocia a compromiso perinatal y posibilidades de reanimación. Se recomienda tener una copia visible en las salas de dilatación y partos.

FACTORES DE RIESGO PERIODO PRENATAL	FACTORES DE RIESGO PERIODO INTRAPARTO
Diabetes materna	Cesárea de emergencia
Hipertensión arterial inducida por el embarazo	Parto instrumentado
Hipertensión arterial crónica	Trabajo de parto prematuro o precipitado
Anemia o Sensibilización Rh	Distocia de presentación
Hemorragia del segundo o tercer trimestre	Corioamnnionitis
Infección materna	Parto prolongado (> 24 horas o expulsivo > 2 horas)
Oligohidramnios o Polihidramnios	Ruptura prolongada de membranas (>18 horas previas al parto)
Ruptura prematura de membranas	Latidos cardiacos fetales alterados
Enfermedades maternas crónicas: cardiovascular, renal, pulmonar, tiroidea , neurológica, otras	Uso de anestesia general en la madre
Gestación pre y post-termino	Hipertonía uterina
Embarazo múltiple	Líquido amniótico meconial
Muerte fetal o neonatal previa, y embarazos pretérmino previos	Prolapso de cordón
Abuso de sustancias por la madre	Desprendimiento de placenta o placenta previa
Tratamiento con fármacos: carbonato de litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos, etc.	Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto
Malformaciones fetales	Sangrado significativo intraparto.
Actividad fetal disminuida	
Edad materna menor de 16 años y mayor de 35 años	
Retardo de crecimiento intrauterino	
Embarazo no controlado o con menos de seis controles prenatales	

Adaptado de la Academia Americana de Pediatría

ANEXO N° 2

TEST DE APGAR

SIGNO	0	1	2	1 min	5 min	10 min	15 min	20 min
Color	Azul o pálido	Acrocianosis	Rosado completamente					
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menor de 100/min	Mayor de 100/min					
Irritabilidad refleja	No respuesta	Muecas	Llora o retira					
Tono muscular	Flácido	Alguna flexión	Movimientos activos					
Respiración	Ausente	Lenta, irregular	Buena y llora					

RESUCITACION					
Minutos	1	5	10	15	20
Oxígeno					
PPI/NCPAP					
ETT					
Masaje cardiaco					
Adrenalina					

PUNTAJE DE APGAR

PUNTAJE DE APGAR	CONDICIONES CLÍNICAS DEL RECIEN NACIDO
7 A 10	VIGOROSO, CONDICIÓN SATISFACTORIA
4 A 6	LEVEMENTE DEPRIMIDO, ASFIXIA MODERADA APNEA PRIMARIA
0 A 3	SEVERAMENTE DEPRIMIDO, ASFIXIA SEVERA O GRAVE, CONSIDERAR APNEA SECUNDARIA

ANEXO N° 3

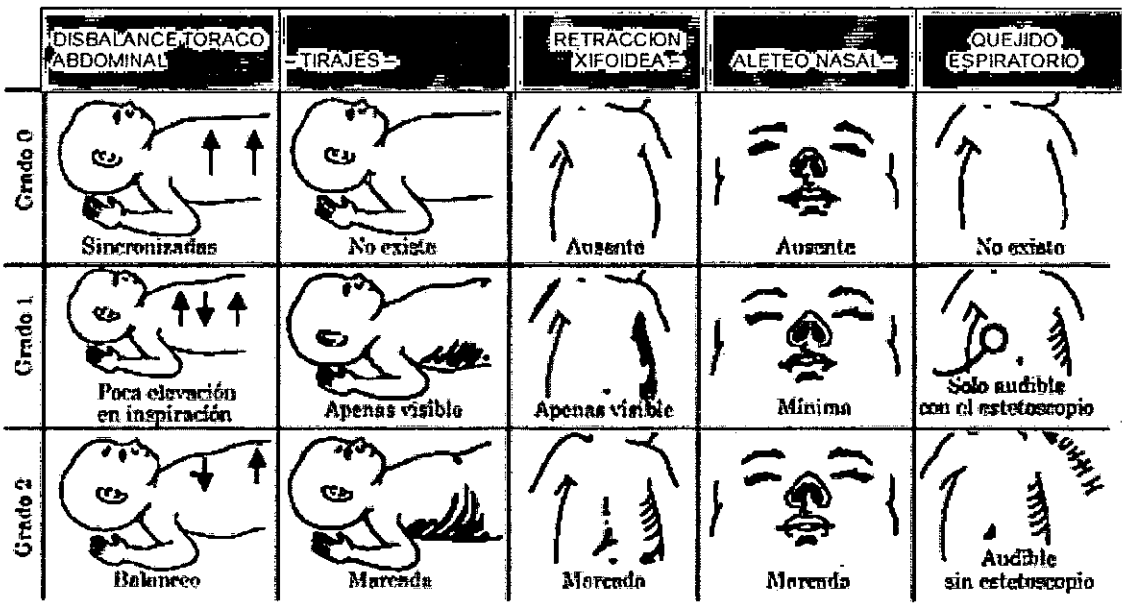
TEST DE SILVERMAN ANDERSON

Signos	0	1	2
Movimiento toraco-abdominal	Rítmicos regulares	Tórax inmóvil-Abdomen en movimiento	Disociación toraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible a distancia

Interpretación:

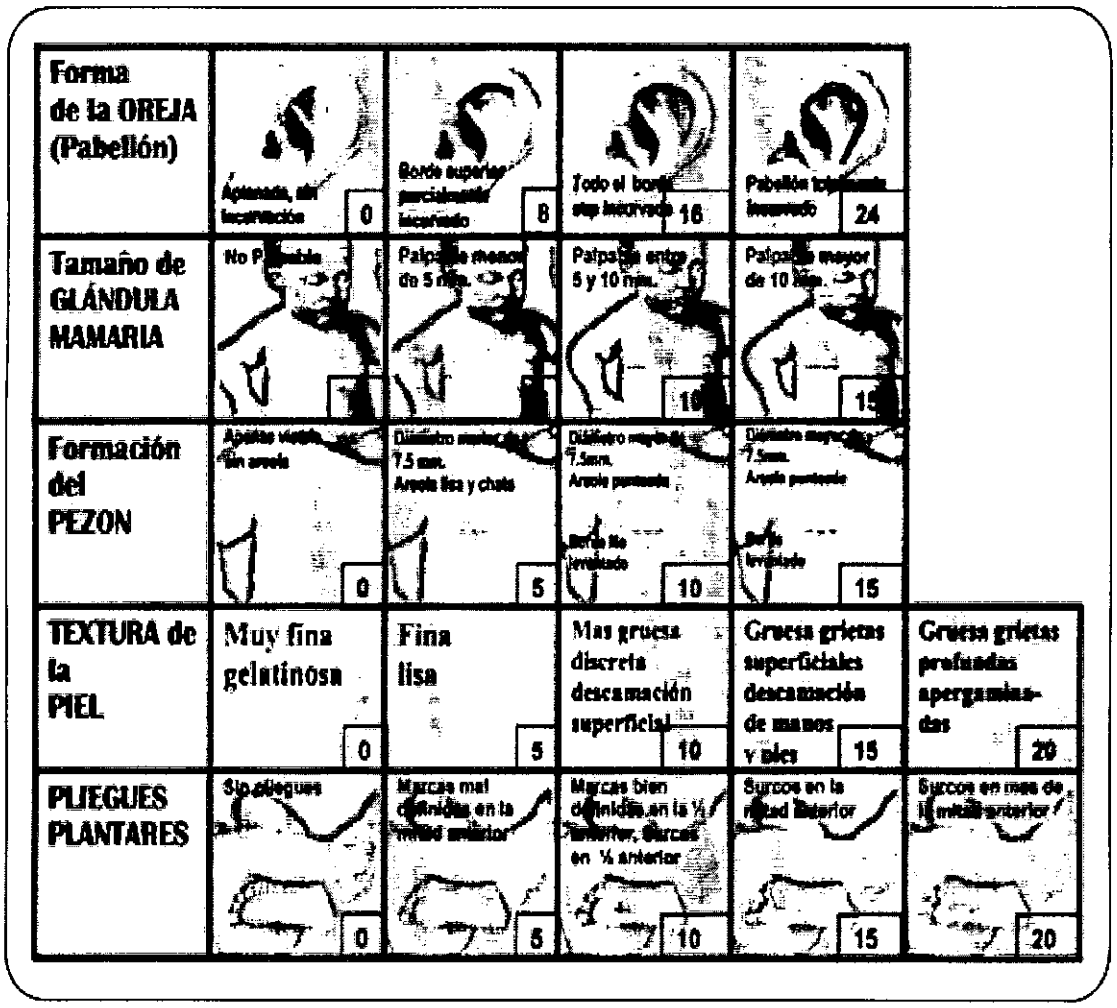
- Recién nacido con 0 puntos, no dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

EVALUACION EN DISTRES RESPIRATORIO: TEST SILVERMAN



ANEXO N° 4

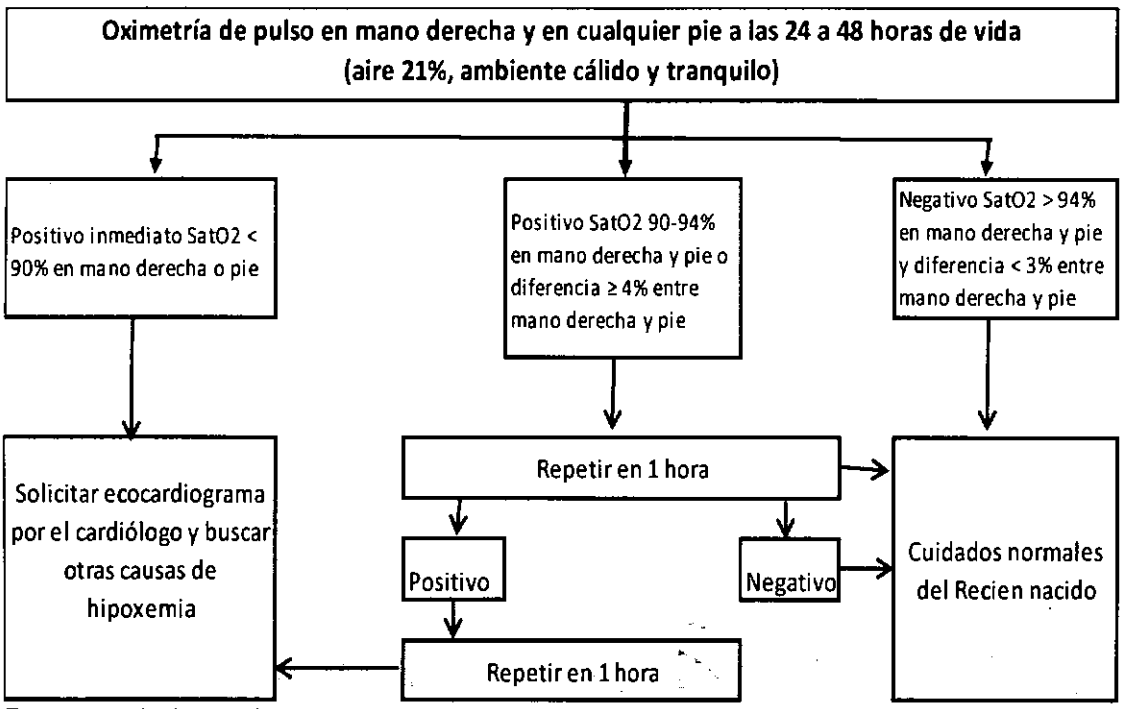
TEST DE CAPURRO



Edad Gestacional: Se suma 204 + puntaje parcial y se divide entre 7

ANEXO N° 5

TAMIZAJE NEONATAL PARA CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS (TNCCC)



Recomendado por la Academia Americana de Pediatría

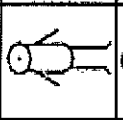
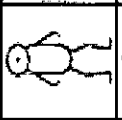
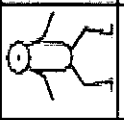
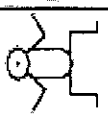
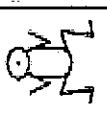
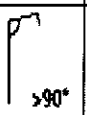
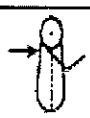
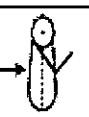
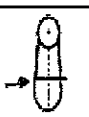
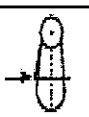
Para el TNCCC se debe utilizar un oxímetro de pulso; se realizan las determinaciones con sensores colocados en la mano derecha y uno de los pies (cualquiera de los dos) del recién nacido. La prueba suele durar diez minutos. Realizar en recién nacidos mayores de 24 horas y antes del alta.

Es normal cuando la saturación de oxígeno es mayor de 95% en la mano o el pie y la diferencia entre la saturación de la mano y el pie es menor o igual a 3%. Si es dudosa, se repite en dos ocasiones, con diferencia de una hora cada una.

Si la saturación de oxígeno continúa siendo menor de 90% o está entre 90 y 95% y la diferencia entre las mediciones del pie y de la mano es mayor de 3%, el tamiz se considera anormal, en cuyo caso el niño debe ser referido al Servicio de Cardiología.

ANEXO N° 6
TEST DE BALLARD

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE							RECORD SCORE HERE
	-1	0	1	2	3	4	5	
POSTURE								
SQUARE WINDOW (Wrist)	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
ARM RECOIL		 180°	 140 - 180°	 110 - 140°	 90 - 110°	 <90°		
POPLITEAL ANGLE	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°	
SCARF SIGN								
HEEL TO EAR								
							TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE	

PHYSICAL MATURITY

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

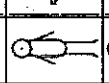
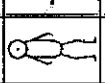
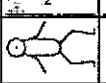
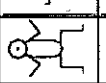
MADURACIÓN FISICA

Puntaje	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Pegajosa, friable, transparente	Gelatinosa, Roja , Transparente	Lisa, Rosa, Venas Visibles	Descamación superficial y/o erupción Pocas Venas	Grietas áreas pálida Venas raras	Apergaminado Grietas profundas Sin Venas	Gruesa Grietas Arrugas
Lanugo	No hay	Esparcido	Abundante	Fino	Áreas lampiñas	Casi todo lampiño	
Superficie Plantar	Talón-dedo 40-50mm-1 <40mm - 2	>50mm No surcos	Tenues marcas rojas	Surco transverso anterior solo	Surcos anteriores 2/3	Surcos sobre toda la planta	
Mamas	Imperceptibles	Escasamente perceptible	Areola plana sin nódulo	Areola punteada Nódulo 1-2mm	Areola levantada Nódulo 3-4 mm	Areola Completa Nódulo 5-10 mm	
Ojo/Oreja	Ojos cerrados Débil 1 Fuerte 2	Ojos abiertos Oreja plana plegada	Lig. Curva Blanda, rebote lento	Bien Curva, Blanda rebote fácil	Formada firme, rebote instantáneo	Oreja rígida y gruesa	
Genitales masculinos	Escroto plano y liso	Escroto vacio arrugas tenues	Testículo canal superior, arrugas raras	Testículos descendido, pocas arrugas	Testículos bajos arrugas definidas	Testículos péndulos arrugas profundas	
Genitales Femeninos	Clitoris prominente Labios planos	Clitoris prominente Labios menores pequeños	Clitoris prominente Labios menores más grandes	Labios mayores = menores	Labios mayores > menores	Labios mayores cubren clitoris y menores	

MATURATIONAL ASSESSMENT OF GESTATIONAL AGE (New Ballard Score)

NAME _____ SEX _____
HOSPITAL NO. _____ BIRTH WEIGHT _____
RACE _____ LENGTH _____
DATE/TIME OF BIRTH _____ HEAD CIRC. _____
DATE/TIME OF EXAM _____ EXAMINER _____
AGE WHEN EXAMINED _____
APGAR SCORE: 1 MINUTE _____ 5 MINUTES _____ 10 MINUTES _____

NEUROMUSCULAR MATURITY

NEUROMUSCULAR MATURITY SIGN	SCORE -1	0	1	2	3	4	5	RECORD SCORE HERE
POSTURE								
SQUARE WINDOW (Wrist)	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°		
ARM RECOIL		 180°	 140–180°	 110–140°	 90–110°	 <90°		
POPLITEAL ANGLE	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°	
SCARF SIGN								
HEEL TO EAR								

TOTAL NEUROMUSCULAR MATURITY SCORE

SCORE
Neuromuscular _____
Physical _____
Total _____

MATURITY RATING

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

GESTATIONAL AGE (weeks)
By dates _____
By ultrasound _____
By exam _____

PHYSICAL MATURITY

PHYSICAL MATURITY SIGN	SCORE -1	0	1	2	3	4	5	RECORD SCORE HERE
SKIN	sticky friable transparent	gelatinous red translucent	smooth pink visible veins	superficial peeling & / or rash, few veins	cracking pale areas rare veins	parchment deep cracking no vessels	leathery cracked wrinkled	
LANUGO	none	sparse	abundant	thinning	bald areas	mostly bald		
PLANTAR SURFACE	heel-toe 40–50 mm: -1 < 40 mm: -2	>50 mm no crease	faint red marks	anterior transverse crease only	creases ant. 2/3	creases over entire sole		
BREAST	imperceptible	barely perceptible	flat areola no bud	stippled areola 1–2 mm bud	raised areola 3–4 mm bud	full areola 5–10 mm bud		
EYE / EAR	lids fused loosely: -1 tightly: -2	lids open pinna flat stays folded	sl. curved pinna; soft; slow recoil	well-curved pinna; soft but ready recoil	formed & firm instant recoil	thick cartilage ear stiff		
GENITALS (Male)	scrotum flat, smooth	scrotum empty faint rugae	testes in upper canal rare rugae	testes descending few rugae	testes down good rugae	testes pendulous deep rugae		
GENITALS (Female)	clitoris prominent & labia flat	prominent clitoris & small labia minora	prominent clitoris & enlarging minora	majora & minora equally prominent	majora large minora small	majora cover clitoris & minora		

TOTAL PHYSICAL MATURITY SCORE

Reference
Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119:417–423. Reprinted by permission of Dr Ballard and Mosby–Year Book, Inc.

ANEXO N° 7

TABLA DE EDAD GESTACIONAL POR PESO AL NACER (CLAP)

CLAP		
EG	**P10**	**P90**
26	564	1155
27	634	1354
28	703	1552
29	854	1776
30	1004	1999
31	1161	1296
32	1304	2373
33	1507	2592
34	1772	2901
35	2055	3206
36	2324	3513
37	2529	3690
38	2696	3826
39	2816	3906
40	2916	4003
41		
42		
43		

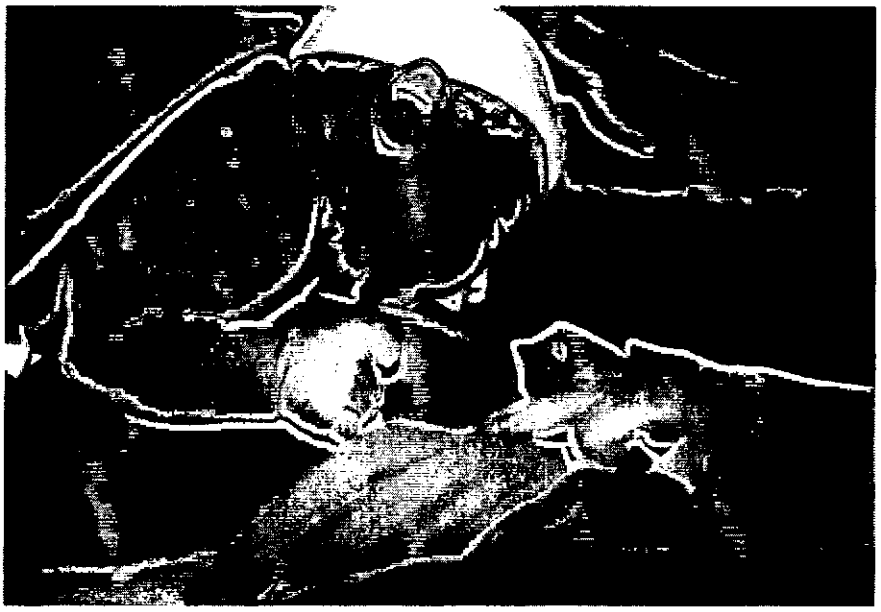
V°B° J. CHAMARRIA A. Sub Gerente ESSALUD

V°B° M. VILLAR L. Gerente (e) ESSALUD

ANEXO N° 8

TRÍPTICO DE LACTANCIA MATERNA PARA EL ALTA DEL RECIÉN NACIDO





Contacto precoz piel con piel: porque no hay un lugar mejor - **EsSalud**

Bibliografía

1. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Ministerio de la Protección Social de Colombia 2009 November 23; Available from: URL: www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-1.pdf

2. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1.Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J ClinEpidemiol 2011 April;64(4):383-94.

3. The ADAPTE Collaboration. Resource toolkit for guideline adaptation. 1 ed.2007. New Zealand Gudelines Group. Notes on the adaptation / Synthesis of guidelines.www nzgg org nz 2007; Available from: URL: www.nzgg.org.nz

4. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P et al. GRADEguidelines 11-making an overall rating of confidence in effect estimates for asingle outcome and for all outcomes. J Clin Epidemiol 2012 April 27.

5. Guyatt GH, Oxman AD, Santesso N, Helfand M, Vist G, Kunz R et al. GRADE guidelines12. Preparing Summary of Findings tables-binary outcomes. J Clin Epidemiol2012 May 18.