



PERÚ

Ministerio
de Salud

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL**

NTS N° 214 - MINSA/DGIESP-2024

R.M N° 545-2024 | MINSA





PERÚ

Ministerio
de Salud

NTS N° 214 - MINSA/DGIESP-2024

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL

R.M. N° 545-2024/MINSA

Dirección General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima – Perú
2024



Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal: NTS N° 214-MINSА/DGIESP-2024 (R.M. N° 545-2024/MINSА) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral -- Lima: Ministerio de Salud; 2024.

92 p.; ilus.

RECIÉN NACIDO / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / CUIDADO INTENSIVO NEONATAL / CRECIMIENTO Y DESARROLLO / SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO / TAMIZAJE NEONATAL

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-12436

“Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal” ” (NTS N° 214 -MINSА/DGIESP-2024 aprobada por RM N° 545-2024/MINSА).

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. (MINSА / DGIESP / DVICI)

Equipo de Trabajo:

Dr. José Emilio Aldana Carrasco, Director Ejecutivo de DVICI
Lic. Blanca Távara Campos, Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño
Lic. Liz Milagros Albornoz Ureta, Equipo técnico del componente Neonatal.
Lic. María Del Rosario Adriana Coricaza Rivas, Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Isabel Jessica Huaranga Santiago, Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Liz Alejandro Orihuela, Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Domitila Huamán Baltazar, Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Lic. Marisol Borda Belizario, Equipo Técnico Etapa de Vida Niño
Lic. Susana Hoyos Ortiz, Equipo Técnico Etapa de Vida Niño
Lic. María Elena Flores Ramirez, Equipo Técnico Etapa de Vida Niño
Dr. Jorge Alejandro Medrano Galoc, Equipo Técnico Etapa de Vida Niño

Revisor:

Dr. Luis Robles Guerrero, Secretaría General

Diseño:

Aldo Vera, UNICEF

© MINSА, noviembre, 2024

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
<https://www.gob.pe/minsa/>
webmaster@minsa.gob.pe

1ª. Edición, noviembre 2024

Versión Digital:

<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSА/7546.pdf>



PERÚ

Ministerio
de Salud

CESAR HENRY VASQUEZ SANCHEZ

Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SANCHEZ

Viceministro de Salud Pública

CIRO ABEL MESTAS VALERO

Viceministro de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

JUAN ENRIQUE ALCÁNTARA MEDRANO

Secretario General

CRISTIAN DÍAZ VELEZ

Director General de la
Dirección General Intervenciones Estratégicas en
Salud Pública

JOSE EMILIO ALDANA CARRASCO

Director Ejecutivo de la
Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y
Cuidado Integral

PARTICIPANTES Y/O COLABORADORES:**Equipo del Ministerio De Salud**

Dr. José Emilio Aldana Carrasco	Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Lic. Blanca Távara Campos	Equipo técnico de la Etapa de Vida Niño
Lic. Liz Milagros Albornoz Ureta	Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. María Del Rosario Adriana Coricaza Rivas	Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Isabel Jessica Huaranga Santiago	Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Liz Alejandro Orihuela	Equipo técnico del componente Neonatal
Lic. Domitila Huamán Baltazar	Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Lic. Marisol Borda Belizario	Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Lic. Susana Hoyos Ortiz	Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Lic. María Elena Flores Ramirez	Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Dr. Jorge Alejandro Medrano Galoc	Equipo técnico Etapa de Vida Niño
Dr. Mario Izquierdo Hernández	Equipo técnico del componente Neonatal

Sociedad Científica Peruana de Enfermeras Especialistas en Neonatología – SOCIPEN

Lic Arminda Gil Castañeda	Presidenta de la Sociedad
Lic. Vanessa Nahil Naupari Carreño	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Elizabeth Tasayco Tercero	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Irma Cecilia Grados Guerrero	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Fary Mendoza Chumbes	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Lic. Carmen Echegaray Mitac	Hospital III de Emergencias Grau EsSalud
Lic. Teresa María Nonones Julian	Hospital III de Emergencias Grau EsSalud
Lic Marlene Ordoya Bellido	Hospital III de Emergencias Grau EsSalud
Lic. Piedad Urbano Morales	Hospital Nacional Dos De Mayo
Lic. Lucy Aliaga Ordoñez	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
Lic. Doris Lupe Caballero Aquíño	Hospital Nacional Cayetano Heredia
Lic. Juana Molina Salas	Instituto Nacional Materno Perinatal
Lic. Gloria Elizabeth Corcuera Segura	Instituto Nacional Materno Perinatal
Lic. Zulma Verónica Treviño Mariño	Instituto Nacional Materno Perinatal
Lic. Teresa Torres Saldaña	Clínica Hogar de la Madre
Lic. Melva Ramírez Julcarima	Hospital de Emergencias Pediátricas
Lic. Magdalena Gladys Sánchez Fernández	CMI Santa Luzmila II

COMITÉ DE EXPERTOS EN SALUD NEONATAL

Dra. Rosario Inés López Alguar	Hospital Arzobispo Loayza
Dr. Luis Sandro Florián Tutaya	Hospital Arzobispo Loayza
Dr. Marcos Polar Castillo	Hospital Dos De Mayo
Dr. Richard Muñoz Carrasco	Hospital Dos De Mayo
Dra. Carmen Rosa Dávila Aliaga	Instituto Nacional Materno Perinatal
Dra. Julia Rosmary Hinojosa Pérez	Instituto Nacional Materno Perinatal
Dra. Nancy Olivares Marcos	Instituto Nacional De Salud El Niño - Breña
Dra. Faye Aguilar Aguilar	Instituto Nacional De Salud El Niño - San Borja
Dra. Karina Hernández Córdova	Instituto Nacional De Salud El Niño - San Borja
Dr. Julio Sánchez Tonohuye	Hospital Santa Rosa
Dra. Lilian Mercedes Díaz Regalado	Hospital San José
Dra. Irene Guadalupe Valencia Anglas	Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé"
Dra. Carmen Luisa Fernández Sierra	Seguro Social Del Perú – Essalud
Dra. Martina Leonila Zegarra Linares	Seguro Social Del Perú – Essalud

ENTIDADES QUE CONTRIBUYERON CON SUS APORTES

- Dirección General de Operaciones en Salud.
- Dirección Ejecutiva de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud
- Dirección Ejecutiva de prevención y control de la discapacidad.
- Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
- Dirección Ejecutiva de prevención y control de enfermedades no transmisibles, raras y huérfanas: componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera
- Dirección Ejecutiva de Salud bucal.
- Dirección Ejecutiva de promoción de la salud.
- Dirección Ejecutiva de inmunizaciones
- Dirección de Ejecutiva de Prevención y Control de la Discapacidad
- Centro Nacional De Epidemiología Prevención y Control De Enfermedades
- Oficina General De Tecnologías De La Información
- Dirección General De Personal De La Salud
- Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias
- Dirección General De Medicamentos Insumos Y Drogas
- Instituto Nacional Materno Perinatal
- Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”
- Hospital Nacional Dos de Mayo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Por un comienzo lleno de salud y vida



Este documento fue posible gracias a la generosa contribución del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF a través del Ministerio de Salud (MINSA). Los contenidos de este documento son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de UNICEF.

TABLA DE CONTENIDOS



RESOLUCIÓN MINISTERIAL	<u>10</u>
1. FINALIDAD	<u>12</u>
2. OBJETIVOS	<u>12</u>
2.1 Objetivo General	
2.2 Objetivos Específicos	
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	<u>12</u>
4. BASE LEGAL	<u>12</u>
5. DISPOSICIONES GENERALES	<u>15</u>
5.1 Definiciones Operativas	
5.2 Consideraciones Generales de la Atención Neonatal	
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	<u>20</u>
6.1 Atención inmediata del recién nacido	
6.2 Atención del recién nacido en alojamiento conjunto	
6.3 Atención del recién nacido hospitalizado	
6.4 Control de crecimiento y desarrollo del recién nacido	
6.5 Inmunización del recién nacido	
6.6 Seguimiento del recién nacido de riesgo	
6.7 Visita domiciliaria	
7. COMPONENTES	<u>43</u>
7.1 Componente de gestión	
7.2 Componente de gestión	
7.3 Componente de financiamiento	
7.4 Calidad de la atención	
8. RESPONSABILIDADES	<u>54</u>
8.1 Nivel nacional	
8.2 Nivel regional	
8.3 Nivel local	
9. ANEXOS	<u>55</u>
9.1 Anexo N° 1 check list de materiales e insumos para la atención inmediata del recién nacido.	

- 9.2 Anexo N° 2 lista de verificación de equipos para reanimación neonatal.
- 9.3 Anexo N° 3 check list del procedimiento de atención inmediata del recién nacido.
- 9.4. Anexo N° 4 test de capurro
- 9.5. Anexo N° 5 escala de ballard.
- 9.6. Anexo N° 6 higiene y cuidado de la piel del recién nacido.
- 9.7. Anexo N° 7 signos de alarma y manifestaciones clínicas en el recién nacido.
- 9.8. Anexo N° 8 procedimiento invasivo en UCI “instalación y mantenimiento del cateter venoso central de inserción periférica (PICC)”.
- 9.9. Anexo N° 9 ficha de visita domiciliaria al recién nacido.
- 9.10 Anexo N° 10 historia clínica neonatal: hoja de evaluación.
- 9.11 Anexo N° 11 registro de enfermería: hoja de valoración lado a y b
- 9.12 Anexo N° 12 registro de enfermería – unidad de cuidados intensivos neonatales lado a y b
- 9.13 Anexo N° 13 formato de notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos.
- 9.14 Anexo N° 14 formato notificación de sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos por los profesionales de la salud
- 9.15 Anexo N° 15 flujo de atención del recién nacido sano “atención inmediata y alojamiento conjunto”.
- 9.16 Anexo N° 16 flujo de atención del recién nacido enfermo.

10. BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD

No. 545-2024/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 14 de Agosto del 2024

Visto, el Expediente N° DGIESP-DVICI20240000442, que contiene el Informe N° D000255-2024-DGIESP-DVICI-MINSA y la Nota Informativa N° D002130-2024-DGIESP-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; y, el Informe N° D000802-2024-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas; y su artículo 4 dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él, las instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y las personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otras;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de salud pública en materia de intervenciones por curso de vida y cuidado integral, entre otras;





Que, mediante la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, se aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", la cual ha sido modificada con la Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública propone la actualización de la Norma Técnica de Salud señalada en el considerando precedente;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;



Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Personal de la Salud, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, de la Oficina General de Tecnologías de la Información, del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado mediante los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;



SE RESUELVE:



Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 214 -MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.



Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", así como la Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.



Regístrese, comuníquese y publíquese.

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud



NTS N° 214 - MINSA/DGIESP-2024

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL

1. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal en el Perú.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer disposiciones para la atención integral de salud durante el periodo neonatal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Establecer los procedimientos técnico-administrativos que permitan brindar la atención integral de salud en la etapa neonatal.

2.2.2. Fortalecer los procesos de gestión correspondientes a la atención integral de salud neonatal.

2.2.3. Fortalecer la organización y funciones en los servicios neonatales de los establecimientos de salud, correspondientes a los diferentes niveles de atención.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación a nivel nacional en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud, a cargo de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS); de los Gobiernos Regionales, a cargo de las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o las que hagan sus veces a nivel regional; de los Gobiernos Locales; del Seguro Social de Salud – ESSALUD; de la Sanidad de las Fuerzas Armadas; de la Sanidad de la Policía Nacional de Perú; y, en establecimientos de salud de administración privada y mixta que brinden atención neonatal.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 29885, Ley de Tamizaje Neonatal Universal, y su modificatoria.
- Ley N° 31975, Ley que modifica la Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N° 31856, 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, Ley que implementa y desarrolla los bancos de leche humana.

- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud 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 de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, 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° 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.
- 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.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de salud por Curso de Vida para 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”.
- 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”.
- 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.
- 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° 907-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”, 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 para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.
- 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”.

- 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 Certificado de Nacido Vivo en todos los establecimientos de salud del país.
- 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”.
- 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.
- 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”.
- 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.



Foto: Familia junto a su recién nacido.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1. 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.
- 5.1.2. 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.
- 5.1.3. 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.
- 5.1.4. 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.
- 5.1.5. 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.
- 5.1.6. 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.
- 5.1.7. 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.

- 5.1.8. 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.
- 5.1.9. 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 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.
- 5.1.10. 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.
- 5.1.11. 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.
- 5.1.12. 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.
- 5.1.13. 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.
- 5.1.14. Período neonatal:** El período neonatal comienza desde el nacimiento y termina a los 28 días después del nacimiento.
- 5.1.15. Peso al nacer:** Es el peso del recién nacido constatado por un medio estandarizado de medida; se expresa en gramos.
- 5.1.16. 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.

- 5.1.17. 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.
- 5.1.18. 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.
- 5.1.19. Recién nacido o neonato:** Nacido vivo producto de una gestación, en el periodo que abarca desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida.
- 5.1.20. 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.
- 5.1.21. 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.
- 5.1.22. 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.
- 5.1.23. Recién nacido pretérmino:** Recién nacido antes de 37 semanas de edad gestacional.
- 5.1.24. Recién nacido a término:** Recién nacido de 37 a 41 semanas de edad gestacional.
- 5.1.25. Recién nacido post término:** Recién nacido de 42 semanas a más de edad gestacional.
- 5.1.26. Recién nacido vigoroso:** Recién nacido que al momento del nacimiento llora, tiene buen esfuerzo respiratorio y buen tono muscular.

- 5.1.27. Recién nacido de bajo peso:** Es un recién nacido con un peso inferior a 2500 gramos.
- 5.1.28. Recién nacido de muy bajo peso:** Es un recién nacido con peso al nacer inferior a 1500 gramos.
- 5.1.29. Recién nacido con extremo bajo peso:** Es un/a recién nacido con peso al nacer inferior a 1000 gramos.
- 5.1.30. Referencia:** Proceso administrativo – asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades del recién nacido a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. La transferencia incluye al paciente.
- 5.1.31. 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.
- 5.1.32. Tamizaje de cardiopatía congénita:** Es la búsqueda e identificación pre sintomática de patologías cardíacas críticas empleando la oximetría de pulso que ponen en riesgo la vida del recién nacido, esta se realiza oportunamente a partir de las 12 horas de vida hasta las 24 horas de vida.
- 5.1.33. 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.
- 5.1.34. 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.



Foto: Recién nacido sano.

5.2. CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ATENCIÓN NEONATAL

5.2.1. A La DIRESA, GERESA, DIRIS, unidades ejecutoras y/o las que hagan sus veces, Gobiernos Locales, ESSALUD, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional de Perú, privados y mixtos en cuyos establecimientos de salud brinden atención neonatal, en coordinación con los directores o quienes hagan sus veces en los establecimientos de salud, les corresponde:

- Priorizar y gestionar la disponibilidad y permanencia laboral de los profesionales integrantes del equipo de atención de salud neonatal necesarios, que garantice la atención del recién nacido en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción según el nivel de atención.
- Gestionar la atención prioritaria y oportuna de todo recién nacido sano, o el recién nacido prematuro o con alguna complicación, y, de ser necesaria, la atención en otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, realizar la referencia.
- Gestionar el equipamiento e infraestructura necesarios para la atención del recién nacido en los establecimientos de salud de su jurisdicción.
- Implementar 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.
- Priorizar y gestionar 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.
- Implementar y monitorear la implementación de todos los documentos normativos orientados a la salud neonatal.
- Implementar ambientes para el fomento de la lactancia materna en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención.
- 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 resolutive para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación de ROP y sus secuelas.
- 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. El establecimiento de salud provee los recursos necesarios, como material de protección personal (mandilón, gorro, mascarilla, botas) de ser necesario.
- 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.
- Las acciones de promoción de la salud, como higiene de manos, lactancia materna, inmunizaciones, pautas de crianza, entre otras, son realizados por el personal de la salud del establecimiento de salud.

- 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.
- Cumplir con las estrictas medidas de bioseguridad y prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en toda atención neonatal.
- 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 o la que haga sus veces.
- 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.
- Supervisar la implementación del 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 o la que haga sus veces.
- Supervisar el cumplimiento estricto de todas las actividades y procedimientos contenidas en la presente norma.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. 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 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 resolutive.
- 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).

6.1.1. 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 amplia 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

FACTORES ANTEPARTO	FACTORES INTRAPARTOS	FACTORES POSTPARTO
Diabetes materna	Cesárea urgente	Hipotermia
HTA (inducida por embarazo/crónica)	Presentación anormal	Apnea
Anemia o isoimmunización	Macrosomía/RCIU	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)	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	

Fuente: adaptada de SENEIO - Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023 <https://www.seneio.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneio-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

- 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 caff, 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%.

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 resolutive.

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.

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

6.1.2.1. 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 periodo 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, aprobado con Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA 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.



Foto: Valoración en el momento del nacimiento.

- 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/ PARAMETROS	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 <small>(también llamada irritabilidad refleja)</small>	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosado

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

6.1.2.2. Procedimientos de atención de rutina (Anexo 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 el 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 el 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 le 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 el 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.



Foto: Inicio de lactancia materna durante el contacto piel a piel.

c) Identificación segura del recién nacido:

- Los datos del recién nacido para el registro del Certificado de Nacido Vivo/a se desarrolla 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.



Foto: Identificación segura del recién nacido

6.1.3. 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 las condiciones que aseguren su termorregulación y continuar con su atención:

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.

- Verificar las 2 arterias y una vena del cordón umbilical.
- La colocación de la pinza umbilical plástica (clamp), se realiza de 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.



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 salud. 2023.

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 párpado 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 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 cardíaca, 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.



Foto: Inicio de la vida, atención inmediata al recién nacido.

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 hora 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. (Anexos N°s 10 y 11).



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 transporte, cuya temperatura oscile entre 32°C y 32.5°C, y la temperatura corporal 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 resolutive.

6.2. 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.



Foto: Recién nacido y su madre en alojamiento conjunto.

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:

- Verificar constantemente la identificación** segura en cada proceso de atención.
- 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 las IAFAS correspondientes, referenciay contrarreferenciay otrostrámites 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.



Tamizaje de catarata congénita



Tamizaje metabólico



Tamizaje de cardiopatía congénita



Tamizaje de hipoacusia congénita

- 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.

6.3. 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 periodo 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 implementan en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 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, fisioterapeuta, tecnólogos médicos y técnicos para realizar los procedimientos y exámenes de apoyo, entre otros.



Foto: Recién nacido hospitalizado atendido por el equipo de profesionales multidisciplinario.

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.



Foto: Método canguro en interacción familiar.

- 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.

6.3.1 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 médica especializada.



6.3.1.1 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.

6.3.1.2 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 descartar 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, cardíaco y auditivo) y cuidados del recién nacido en método canguro, entre otros que se requiera.

6.3.2. 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.

6.3.2.1. 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.

- 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.

6.3.2.2. 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 aprobados por el Ministerio de Salud.
- 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

6.3.2.3 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 resolutive, 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.

6.3.3. Alta hospitalaria

Al 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.

6.3.3.1 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, carnet del recién nacido con las citas de control, a la madre y/o familiar responsable.

6.4. 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.

6.5. 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.



6.6. 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: Asfisia al nacer, hemorragias, convulsiones.

- Sepsis neonatal por cualquier causa y que cursó además con meningitis.
 - Prematuros con antecedente de ROP operados.
 - Cardiopatas 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 evaluaciones sistemáticas, el número de consultas y la frecuencia de las 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.

6.7. 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 el 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 tomado 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 (según ficha de observación de la mamada de la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”, aprobada con Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA o la que haga sus veces).
- 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 6.4. 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 (Anexo N° 9).
- 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.

7. COMPONENTES

7.1. Componente de gestión

Forman parte de este proceso:

- a. Planificación: Los niveles de dirección de los establecimientos de salud y unidades ejecutoras 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, en el marco del programa de Presupuesto por Resultados “Salud Materna Neonatal” y Programa Presupuestal Orientado al Resultado “Desarrollo Infantil Temprano”.
- 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, los mismos que son proporcionados por la unidad ejecutora correspondiente.

- c. Criterios de programación: Para la programación de las intervenciones, se considera al 100% de los recién nacidos que se encuentren bajo responsabilidad de todo los establecimientos de salud con cartera de servicios “Atención de partos”, de Redes Integradas de Salud - DIRIS; de los Gobiernos Regionales, a través de las DIREAS; Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional; Gobiernos Locales, el ESSALUD; la Sanidad de las Fuerzas Armadas; la Sanidad de la Policía Nacional de Perú; y privados. Los establecimientos de salud que no cuenten con población asignada/bajo responsabilidad, programan teniendo en cuenta los nacimientos atendidos en los últimos 3 años, considerando para ello, el año con el mayor número de nacimientos (Fuente de información: Padrón nominal o Certificado de Nacido Vivo - CNV).
- 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. La evaluación se realiza utilizando indicadores, con una periodicidad trimestral, semestral y anual. La evaluación se hace tanto de las metas físicas, así como, presupuestales en cada nivel. Para la evaluación, se debe contar con fuente de información oficial.

7.1.1. 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 la DIRESA/ GERESA/DIRIS/ MINSA, 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 la DIRESA/GERESA/ DIRIS/MINSA	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 capacitadas en estabilización y transporte para la referencia del recién nacido enfermo y/o en estado crítico	Nº establecimientos de salud de la DIRESA/ GERESA/ DIRIS/MINSA, con profesionales médicos y de enfermería capacitados en estabilización y transporte para la referencia del recién nacido enfermo y/o en estado crítico X 100	Total, de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/ DIRIS/MNSA	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 la DIRESA/ GERESA/DIRIS/ MINSA, que cuentan con el equipamiento necesario para realizar atención inmediata del recién nacido y RCP X 100	Total, de establecimientos de salud de la DIRESA/GERESA/ DIRIS/MNSA	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.	Nº total de días-estancia de los egresados de la UCIN del mes	Nº de alta 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	Nº 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 nacido con tamizaje neonatal completo (tamizaje metabólico, hipoacusia congénita, catarata congénita y cardiopatía congénita)	Nº 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, de la GERESA, DIRESA, DIRIS y MINSA.	Mensual	Mayor 85%
Porcentaje mensual de recién nacidos que recibieron visita domiciliaria	Nº 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 periodo neonatal

Porcentaje de recién Nacidos atendidos en el establecimiento de salud que recibieron el paquete de atención integral.	Nº de recién nacidos atendidos en el establecimiento de salud, con contacto piel a piel, lactancia materna a primera hora, corte oportuno del cordón umbilical, tamizaje neonatal, CRED, Vacunas (BCG y HVB) y visita domiciliaria, registrados en HIS MINSA con DNI o CNV en línea. X 100	Nº de recién nacidos (28 días de vida) de la jurisdicción del establecimiento de salud de la GERESA, DIRESA, DIRIS, 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 el EESS

Indicadores de resultado:

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	PERIODICIDAD
Mortalidad neonatal precoz.	Nº de defunciones neonatales (0 – 7 días de vida) en el año	Nº total de nacidos vivos del mismo año, en determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal tardía	Nº de defunciones neonatales (8 a 28 días de vida) en el año	Nº total de nacidos vivos del mismo periodo de medición del numerador, en determinado territorio	Anual
Mortalidad neonatal por bajo peso al nacer	Nº 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 asfisia	Nº de defunciones neonatales por asfisia 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	Nº 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.	Nº 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	Nº 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 el contenido del presente documento normativo.

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.

7.1.2. Gestión del conocimiento

La capacitación del recurso humano se realiza en el marco de los procesos de mejora de la calidad de los servicios de manera continua; esta es realizada desde la gestión de la DIRESA/ GERESA/DIRIS, unidades ejecutoras, hospitales y los que hagan sus veces en los otros prestadores de salud.



Todo establecimiento de salud, según la cartera de servicio que oferte, incluye en el plan de desarrollo de personas – PDP institucional, las capacitaciones, presenciales o virtuales, a través de la telecapacitación, de manera obligatoria en temas relacionados a la salud neonatal, como son atención inmediata del recién nacido normal y con complicaciones, tamizaje neonatal, evaluación física y neurológica del recién nacido en el CRED, lactancia materna, atención del recién nacido en las Unidades de Cuidados Intermedios, método canguro, tamizaje y manejo de retinopatía de la prematuridad, oxigenoterapia en recién nacidos, atención del recién nacido en las UCIN, cuidados del recién nacido prematuro, entre otros, estabilización y transporte neonatal, así mismo y de manera periódica la capacitación presencial y obligatoria al equipo de atención de salud neonatal en RCP neonatal.

El jefe de departamento o del servicio neonatología en los establecimientos de salud realizan el requerimiento de capacitación para su incorporación en el PDP institucional, considerando los temas antes mencionados.

Las capacitaciones programadas deben orientarse a la resolución de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, así como de los problemas críticos identificados en el nivel local, regional o nacional.

La DIRESA, GERESA, DIRIS o quienes hagan sus veces, monitorea el cumplimiento del PDP de los establecimientos de salud, según lo precisado en el párrafo anterior. Asimismo, incluyen en su PDP, capacitaciones presenciales o telecapacitación para fortalecer la gestión de la salud neonatal en el ámbito regional.

El MINSA, a través de la Dirección General de Personal de la Salud, monitorea el cumplimiento del PDP de los institutos especializados que brinden atención neonatal.

7.1.3. Gestión de la información

En el nivel local, los establecimientos de salud realizan la recolección, procesamiento y análisis de la información de las actividades de atención neonatal, esta actividad se realiza de acuerdo a la normativa emitida por el Ministerio de Salud; para ello, se hace uso de las diferentes fuentes de información: Libros de atención inmediata neonatal, certificado de nacido vivo - CNV, certificado de defunción, libros y registros de muertes neonatales, historias clínicas, libros de atención de emergencias, libros de hospitalización de las unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios neonatales, libro de egresos, base de datos del Seguro Integral de Salud (SIS), HIS y otros según corresponda. Asimismo, dichas fuentes de información consignan diagnósticos con los códigos CIE 10 y sus actualizaciones, procedimientos según Documento Técnico “Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud”, aprobado por Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA o la que haga sus veces; y, los diagnósticos de enfermería según los catálogos de diagnósticos correspondientes (por ejemplo, el NANDA - North American Nursing Diagnosis Association).

Asimismo, realizan la detección y notificación de las muertes fetales y neonatales, de acuerdo con los contenidos de la NTS N° 078-MINSA/DGE-V.01 “Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal”, aprobada con Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA o la que haga sus veces.

El Ministerio de Salud, DIRESAS/GERESAS/DIRIS o las que hagan sus veces en el ámbito regional, fortalecen los sistemas de información para mejorar el registro y notificación de la morbilidad y mortalidad neonatal.

7.1.4. Investigación en salud neonatal

El Ministerio de Salud, las DIRESA/GERESA y DIRIS o las que hagan sus veces en el ámbito regional; Gobiernos Locales; ESSALUD; la Sanidad de las Fuerzas Armadas; la Sanidad de la Policía Nacional de Perú; y, privados que brinden atención neonatal fomentan el desarrollo de investigación operativa y epidemiológica que contribuyan a mejorar la calidad de atención de la salud neonatal.



Los establecimientos de salud, en el marco de sus competencias, deben destinar el horario necesario para el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar la salud neonatal.

7.2. Componente de gestión

7.2.1. 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 15 y 16) 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.

7.2.2. Instrumentos de registro de la atención neonatal:

- a. Todo registro de la atención neonatal es realizado por el equipo de atención neonatal, de forma completa, con letra legible y sin enmendaduras.
- b. Las atenciones del recién nacido se registran obligatoriamente en la historia clínica, conforme a la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobada con Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA”, aprobada con Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA o la que haga sus veces, considerando los documentos de los Anexos N° 10, 11 y 12.
- c. Todo nacimiento ocurrido en los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, 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. 
- d. Todo establecimiento de salud de las GERESA, DIRESA y DIRIS, registra información relacionada a la atención neonatal en el Sistema de Información– HIS MINSA.
- e. Los establecimientos de salud del ESSALUD; la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional de Perú; así como en los establecimientos de salud privados y mixtos registran información relacionada a la atención neonatal en los instrumentos propios de la institución.
- f. 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- SINAEF.

7.2.3. 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.

7.2.4. 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.

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 6.1.1. 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.

7.2.5. 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 Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 633-2023/

MINSA o la que haga sus veces, en documentos normativos aprobados por el Ministerio de Salud y documentos de elaboración propia de hospitales e institutos aprobados con acto resolutivo (guías de prácticas clínica, protocolos entre otros).

Los establecimientos de salud pueden adquirir y utilizar medicamentos no considerados en el PNUME, en casos debidamente justificados y conforme al procedimiento establecido en 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”, aprobada con Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA o las que hagan sus veces.

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 al Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas – DIGEMID (Anexos N°s 13 y 14).

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.

7.2.6. Mantenimiento preventivo, correctivo y renovación de equipos

Es responsabilidad de las DIRIS; DIREAS, GERESAs o las que hagan sus veces a nivel regional; de los gobiernos locales, del ESSALUD; de la Sanidad de las Fuerzas Armadas; de la Sanidad de la Policía Nacional de Perú; y establecimientos de salud de administración privada y mixtas, 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.

7.2.7. Referencia y contrarreferencia

Todo establecimiento de salud realiza la referencia del recién nacido cuando su capacidad resolutive 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 la NT N° 018-MINSA/DGSP-V01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, aprobada con Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA o la que haga sus veces.

7.3. Componente de financiamiento

El MINSA, DIRESAs, GERESAs y DIRIS o las que hagan sus veces a nivel regional, los gobiernos locales, ESSALUD, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y otros establecimientos de salud de régimen privado y mixtos, brindan las atenciones al recién nacido que se detallan en la presente norma, bajo el financiamiento de las IAFAS correspondientes.

Los establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales programan sus intervenciones en el marco de los siguientes programas presupuestales:

- PPR 0002 Salud Materno Neonatal
- PPR para el Desarrollo Infantil Temprano:
- PPR 0016 TBC-VIH/SIDA
- PPR 0018 Enfermedades no Transmisibles, y otras de considerarlo pertinente.

7.4. Calidad de la atención

Los directores de la DIRESA, GERESA, DIRIS y 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 Auditoría 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 | i. Accesibilidad. |
| b. Calidez | j. Comodidad. |
| c. Integralidad | k. Eficiencia. |
| d. Oportunidad | l. Disponibilidad. |
| e. Continuidad | m. Pertinencia. |
| f. Seguridad | n. Efectividad. |
| g. Respeto al usuario | o. Coordinación. |
| h. Información completa. | p. Competencia. |

8. RESPONSABILIDADES

8.1. Nivel nacional

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica, y supervisar su cumplimiento.

Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integren el Sector Salud son responsables de la difusión y de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de bajo su competencia.

8.2. Nivel regional

Las GERESAs, DIREAS, DIRIS o la que haga sus veces en el ámbito regional son responsables de implementar, difundir, brindar asistencia técnica, monitoreo y supervisión del cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud en sus respectivas jurisdicciones.

8.3. Nivel local

La dirección o jefatura de cada establecimiento de salud, público o privado, según el nivel de complejidad, es responsable de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en lo que corresponda.

9. 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 CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFERICA (PICC)”.
- ANEXO N° 9 FICHA DE VISITA DOMICILIARIA AL RECIÉN NACIDO.
- ANEXO N° 10 HISTORIA CLÍNICA NEONATAL: HOJA DE EVALUACIÓN.
- ANEXO N° 11 REGISTRO DE ENFERMERÍA: HOJA DE VALORACIÓN LADO A Y B
- ANEXO N° 12 REGISTRO DE ENFERMERÍA – UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES LADO A Y B
- ANEXO N° 13 FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACEUTICOS.
- ANEXO N° 14 FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
- ANEXO N° 15 FLUJO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO “ATENCIÓN INMEDIATA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO”.
- ANEXO N° 16 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 mínimo para la atención inmediata del recién nacido.	Historia clínica neonatal completa y formato HIS		
	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 unguento 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 resolutoria de cada establecimiento de salud.

NECESIDAD	SUMINISTROS Y EQUIPOS	CHECK
Calor	▪ Cuna radiante precalentado	▪
	▪ Toallas o mantas calientes	
	▪ Sensor de temperatura y tapa del sensor para reanimaciones prolongadas	▪
	▪ Gorro	▪
	▪ Bolsas plásticas 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.º 8,10,12Fr.	▪
	▪ Aspirador de secreciones empotrado o portátil, fijado (80 a 100 mmHg) de acuerdo a nivel de complejidad del centro de salud	▪
Saturación	▪ Oxímetro de pulso, monitor cardíaco, 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.º 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	▪
	▪ Detector de dióxido de carbono(CO2)	▪
	▪ Cinta métrica y/o tabla de profundidad de inserción de T.E.T	▪
	▪ Cinta adhesiva a prueba de agua o dispositivo para asegurar el tubo	▪
	▪ Tijeras	▪

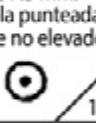
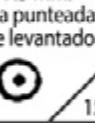
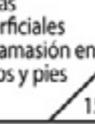
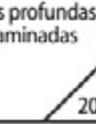
ANEXO N° 3: CHECK LIST DEL PROCEDIMIENTO DE LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

		Verificador	
		SI	NO
ANTES: PREPARACION DE SALA DE PARTOS Y SALA DE OPERACIONES			
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 entrara 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: RECEPCION DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS Y/O SALA DE OPERACIONES		SI	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		

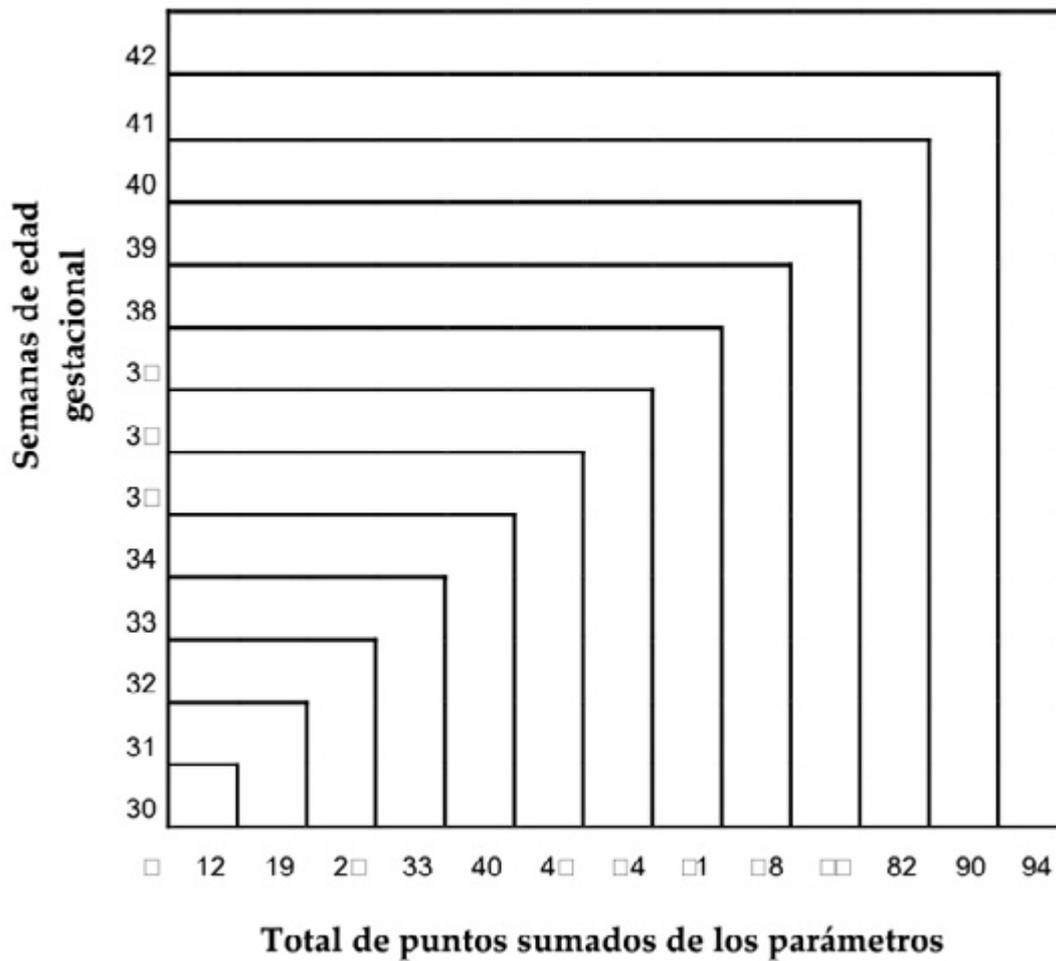
6	Realizar la identificación del recién nacido (Brazaletes, tarjeta, entre otros)		
7	*Procedimiento de RCP si fuera necesario		
8	Realizó Somatometría al recién nacido		
9	Realizó el examen físico y neurológico del recién nacido		
10	Realizó profilaxis ocular y administración de Fitomenadiona al recién nacido		
	<p><u>De ser necesario:</u></p> <p>Administrar oxígeno y mantener rango de saturación según tabla y tiempo</p> <p>Mantener rango de saturación entre 88-94%, después de los 10 minutos de vida</p>		
DESPUES: TRASLADO DEL RECIÉN NACIDO			
	Trasladar al recién nacido de acuerdo a condición:	SI	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).

<p>FORMA DE LA OREJA</p>	<p>Chata-Deforme Pabellón no incurvado</p>  <p>0.</p>	<p>Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior</p>  <p>8.</p>	<p>Pabellón incurvado en todo el borde superior</p>  <p>16.</p>	<p>Pabellón totalmente incurvado</p>  <p>24.</p>	
<p>TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA</p>	<p>No palpable</p>  <p>0.</p>	<p>Palpable: Menor de 5 mm</p>  <p>5.</p>	<p>Palpable: Entre 5 y 10 mm</p>  <p>10.</p>	<p>Palpable: Mayor de 10 mm</p>  <p>15.</p>	
<p>FORMACIÓN DEL PEZÓN</p>	<p>Apenas visible Sin areola</p>  <p>0.</p>	<p>Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata</p>  <p>5.</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde no elevado</p>  <p>10.</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde levantado</p>  <p>15.</p>	
<p>TEXTURA DE PIEL</p>	<p>Muy fina Gelatinosa</p>  <p>0.</p>	<p>Fina Lisa</p>  <p>5.</p>	<p>Más gruesa Descamación Superficial Discreta</p>  <p>10.</p>	<p>Gruesa Grietas Superficiales Descamación en manos y pies</p>  <p>15.</p>	<p>Gruesa Grietas profundas apergaminadas</p>  <p>20.</p>
<p>PLIEGUES PLANTARES</p> <p>Surcos ~ Lineas bien definidas ~ Lineas mal definidas ~</p>	<p>Sin pliegues</p>  <p>0.</p>	<p>Marcas mal definidas en la 1/2 anterior</p>  <p>5.</p>	<p>Marcas bien definidas en la 1/2 anterior Surcos en la 1/2 anterior</p>  <p>10.</p>	<p>Surcos en la 1/2 anterior</p>  <p>15.</p>	<p>Surcos en más de la 1/2 anterior</p>  <p>20.</p>

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	Desramación superficial y/n eritema, pocas venas	Áreas pálidas, agrietadas, venas raras	Engrosada, agrietada, no venas	Corrioso, 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 anteriores	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	Cartilago 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	Clitoris prominente, labios aplanados	Clitoris prominente, labios menores pequeños	Clitoris prominente, labios menores de mayor tamaño	Labios mayores y menores igualmente prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Labios mayores cubren el clitoris y los labios menores		
TOTAL MADUREZ FÍSICA								

SIGNO DE MADUREZ NEUROMUSCULAR	PUNTAJACIÓN							PUNTAJE TOTAL
	-1	0	1	2	3	4	5	
Postura								
Ventana cuadrada								
Rebote								
Angulo popliteo								
Bufanda								
Talón - oreja								
TOTAL MADUREZ NEUROMUSCULAR								

PUNTAJACIÓN	-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 RECIÉN NACIDO	
Responsable de la actividad: Enfermera.	
Apoyo: Técnica/o de Enfermería.	
1.- Materiales – equipos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Agua temperada. • 1 toalla. • 1 paquete de gasa 10 x 10. • 1 frasco de alcohol de 70°. • 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 clínica neonatal.
11	Dejar limpio y ordenado el ambiente al término del procedimiento (Técnica/o de enfermería).
OBSERVACIONES:	
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener puertas y ventanas cerradas evitando corrientes de aire que puedan alterar la temperatura del recién nacido. - La temperatura ambiental debe estar entre 22- 25° 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	<p>Signo de alarma inespecífico, común a una serie de trastorno metabólicos, infecciosos y congénitos.</p> <p>Es secuela de muchas patologías como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 dimorfo genéticos.
DIFICULTAD RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea (frecuencia respiratoria mayor o igual a 60/minuto). - Retracciones xifoidea e intercostal. - aleteo nasal y/o cianosis. - Tiraje supraesternal y subcostal.
APNEA	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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.</p>
PALIDEZ	<p>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 cardíacos débiles, letargia o mal de estado general.</p>
CIANOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Coloración azulada de la piel y mucosas, puede ser periférica (manos, pies) o central (perioral, tórax y mucosas). - La cianosis periférica es frecuente en el recién nacido sano; ocurre por pérdida de calor en un ambiente térmico inadecuado, también puede ser por hipotermia por infección o shock.
RIBICUNDEZ (PLETORA)	<ul style="list-style-type: none"> - Es el aumento de glóbulos rojos en sangre del recién nacido por encima del 65%. <p>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.</p> <p>Síntomas: Somnolencia, problema de alimentación y convulsiones.</p>

<p>PIEL MARMÓREA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 frío o por disminución de perfusión de la piel por shock. - La exposición al frío 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.
<p>HIPOTERMIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>La hipotermia severa y sostenida puede causar problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipoglicemia. - Hipocalcemia. - Acidosis metabólica. - Daño renal. - Coagulación intravascular diseminada. - Escleroderma (trastorno fibrosante autoinmune).
<p>FIEBRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es el incremento temporal de la temperatura corporal en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento. - Se considera fiebre si la temperatura axilar y/o rectal se encuentra por encima de 38°C.
<p>FONTANELA ABOMBADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> • Hematoma. • Efusión subdural. • Pseudoautor cerebral. • Tumores intracraneanas. • Errores innatos del metabolismo.
<p>CONVULSIONES</p>	<p>Son movimientos involuntarios que no cesan al sostener la extremidad afectada. Las patologías que pueden ocasionar convulsiones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto traumático. - Asfixia perinatal. - Prematuridad.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>En las convulsiones se puede presentar movimientos oculares anormales; los movimientos son estereotipados repetitivos y continúan a pesar de tener el lugar afectado.</p> <p>Los tipos de convulsiones que se presentan en el recién nacido son 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 necesario la evaluación de un neurólogo para tratar de reestablecer la causa; mientras esto ocurre, iniciar rehabilitación precoz (estimulación temprana) para tratar de mejorar pronóstico.
ONFALITIS	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 convierte en una o más lesiones amarillas doradas, costrosas exudativas que aparecen luego de los 3-5 días de vida.

<p>REGURGITACIÓN Y VÓMITOS EN LOS RECIÉN NACIDOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>DISTENSIÓN ABDOMINAL</p>	<p>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.</p>
<p>TEXTURA Y EL COLOR DE LAS DEPOSICIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La presencia de sangre en las heces puede ser manifestado 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 disintérica; 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:

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kit completo de catéter percutáneo. ✓ Catéter percutáneo de 1 French o 2 French, de doble lumen ✓ Gasa estéril ✓ Jeringa de 5cm ✓ Tijeras ✓ Pinza de disección sin dientes ✓ Ligadura estéril ✓ Solución antiséptica (Clorhexidina 0,5%, yodopovidona 10%, alcohol 70%) ✓ Cintas papel autoadhesivas. ✓ Guantes estériles (3 pares) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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, 1 fenestrado)
--	--

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 basilíca.	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 zona a puncionar.	Enfermera 2
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	Al terminar de insertar el catéter la longitud deseada, comprobar la permeabilidad infundiéndolo 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) por 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 1y2
Paso 42	Ponerse los guantes	Enfermera 1y2
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
<p>Medidas de Seguridad: Mantenimiento del CVCIP</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 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 asepticar 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: FICHA DE VISITA DOMICILIARIA AL RECIÉN NACIDO

Presentarse, identificarse muy cordialmente y en todo momento mantenga un trato respetuoso, amigable y empático

DATOS GENERALES:

Datos del Profesional que realiza la Visita:

.....

Datos del recién nacido:

- Apellidos y Nombres:
- CNV o DNI:.....
- Fecha de Nacimiento y Edad en Días:
.....
- Antecedentes (BPN, Prematuro, Etc.):
.....

Datos de la madre:

.....

Datos del domicilio:

.....

Referencia:

.....

Distancia del domicilio visitado al EESS:

.....

Fecha de Visita:

¿Fue coordinado?: Si() No()

DESARROLLO DE LA VISITA

Observación:

- 1. Lactancia materna: según ficha de observación de la mamada de la Guía técnica para la Consejería en Lactancia Materna aprobada con RM N° 462-2015/MINSA o la que haga sus veces.**
- 2. Verificar el cumplimiento del calendario de vacunación**
- 3. Cordón umbilical: Marque con un aspa**
 - a) Secreción amarillenta y mal oliente del muñón: SI () NO ()
 - b) Sangrado: SI () NO ()
 - c) Enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de la piel alrededor del muñón:
SI () NO ()
 - d) Presencia de granuloma: SI () NO ()
 - e) Fiebre: SI () NO ()
- 4. Signos de alarma: realizar la Anamnesis y examen físico del recién nacido y observar**
 - a) Bebé muy adormilado, letárgico, flácido: SI () NO ()
 - b) Temperatura corporal del bebé menor de 36°C o mayor de 38°C: SI () NO ()
 - c) Alteraciones en la respiración /dificultad para respirar: SI () NO ()
 - d) Color de la piel anormal: SI () NO ()
 - e) Lacta menos de lo normal/succión pobre: SI () NO ()
 - f) Llanto inconsolable, malestar general: SI () NO ()
 - g) Distensión abdominal: SI () NO ()
 - h) Dificultad respiratoria SI () NO ()



5. Actividades que realizar:

- a) Demostrar la forma correcta de limpieza y curación del cordón umbilical (solo en menores de 10 días de vida)
- b) Brindar consejería en lactancia materna y abrigo del recién nacido
- c) Brindar consejería según hallazgos o necesidad identificada (indique el tema)

.....
.....

- d) Referir en caso sea necesario

e) Acuerdos y compromisos:

.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA DE LA MADRE Y/O FAMILIA VISITADA

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL QUE REALIZA LA VISITA

ANEXO N° 10: HOJA DE EVALUACIÓN MÉDICA NEONATAL

HOJA DE EVALUACIÓN MÉDICA																																		
APELLIDOS DEL RN:					CNV:		CAMA N°																											
ACOMPañANTE:					INGRESO: REINGRESO () REFERIDO () OTROS:																													
FECHA DE NACIMIENTO					HORA DE NAC:.....		SEXO: F () M () I ()																											
TIPO PARTO: EUTOCICO () DISTOCICO ()					LUGAR DEL PARTO: EESS () DOMICILIO ()		OTROS: ESPECIFICAR																											
CLASIFICACIÓN:					AEG () PEG () GEG () RNAT () RNPT () RNPst T () EG:		LÍQUIDO AMNIOTICO:.....																											
APGAR: 1': () 5': () 10': ()					ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: SI () NO ()		CARACTERÍSTICAS																											
RCP: SI () NO ()					BÁSICO: () AVANZADO ()		OXIGENO: SI () NO () ESPECIFICAR.....																											
PESO AL NACER:					TALLA:		PC:		PT:																									
FUNCIONES VITALES:					FC:		FR:		T°																									
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR:					DE LA MADRE ()		DEL RECIÉN NACIDO: ()																											
FACTORES DE RIESGO MATERNO					SI () NO ()		Especifique:																											
					RPM MAYOR O IGUAL A 18 HORAS: SI () NO ()		MADURACIÓN PULMONAR COMPLETA: SI () NO ()																											
EXAMENES DE LABORATORIO DE LA MADRE:					SIFILIS: + () - ()		HEPATITIS B: + () - ()		VIH: + () - ()																									
PROCEDENCIA DE LA MADRE:																																		
EXÁMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO																																		
DETALLE				NORMAL		DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO ANORMAL																												
				SI	NO																													
ASPECTO GENERAL																																		
CABEZA (cuero cabelludo, hinchazón (caput succedaneum, cefalohematomas y hemorragia subgaleal), huesos del cráneo, suturas, fontanelas)																																		
OJOS (coloración del iris, movimiento de los músculos extraoculares y tamaño, igualdad, reactividad y centrado de la pupila, párpados)																																		
OREJAS (tamaño, forma, posición y presencia de los conductos auditivos, senos preauriculares, fosas o papilomas cutáneos.)																																		
NARIZ (permeabilidad de las narinas o evidencia de lesión del tabique)																																		
BOCA (fisura palatina, mucosa oral, frenillo, entre otros)																																		
CUELLO (rango de movimiento, bocio y tractos sinusales tirogloso y branquial)																																		
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO (color, patrón respiratorio, corazón (ubicación, ritmo y ruido cardiaco, soplos) entre otros)																																		
TORAX (clavicula (crepitaciones y fracturas) y torax (forma, simetría, mamas, pezones entre otros.)																																		
ABDOMEN (visualización o palpación de órganos como hígado, bazo, intestino, ombigo (presencia de vena y arteria, signos de infección, hernias) entre otros.)																																		
GENITALES Y RECTO (Masculino/femino, longitud y características del pene, características del escroto, características de los testículos) Femenino (características: de los labios mayores y menores, clitoris, flujo vaginal) Ano (permeabilidad, posición y tamaño, fistula)																																		
PIEL (hidratación, resequeidad, papulas blancas, eritema tóxico, dermatitis, melánsis (mancha mongólica), ictericia, entre otros.)																																		
EXTREMIDADES (características de manos y dedos, pliegues palmares, características y alteraciones de miembros inferiores)																																		
ARTICULACIONES (articulaciones (maniobra de Barlow, Ortolan), búsqueda de alteraciones del desarrollo, displasia de caderas)																																		
COLUMNA VERTEBRAL (espalda, especialmente la zona lumbar inferior y áreas sacras, deben ser examinadas, ver alguna anomalía (meningocoele)																																		
EXAMINACIÓN NEUROLOGICA (gestos, movimientos de manos y pies, reflejos y actividades motoras, estado de alerta, respuesta a estímulos, entre otros)																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th rowspan="5">DIAGNÓSTICO MÉDICO:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">BCG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">HVB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">VIT. K</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Prof. Ocular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.....</td> </tr> </tbody> </table>												SI	NO	DIAGNÓSTICO MÉDICO:	BCG				1.....	HVB				2.....	VIT. K				3.....	Prof. Ocular				4.....
		SI	NO	DIAGNÓSTICO MÉDICO:																														
BCG					1.....																													
HVB					2.....																													
VIT. K					3.....																													
Prof. Ocular					4.....																													
INDICACIONES MÉDICAS:																																		
1.....																																		
2.....																																		
3.....																																		
4.....																																		
								FIRMA MÉDICO QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN																										



ANEXO N° 11: REGISTRO DE ENFERMERÍA: HOJA DE VALORACIÓN (LADO A)

REGISTRO DE ENFERMERIA											
I. VALORACION											
APELLIDOS DEL RN:				CNV:				CAMA N°			
FECHA DE NACIMIENTO				H. DE NACIMIENTO:				APGAR: 1' () 5' () 10' ()		RCP: SI () NO ()	
CLASIFICACIÓN: AEG () PEG () GEG () RNAT () RNPT () RNPST () Parto: Eutócico () Distócico () P. Extra hospitalario () SEXO: F () M () Ambiguo ()											
ACOMPAÑANTE.....											
PESO AL NACER:		TALLA:		PC:		PT:		P.ABD:		T°: Edad por Ex. Físico:	
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR: DE LA MADRE () DEL RECIÉN NACIDO: ()				CORTE DE CORDON UMBILICAL: OPORTUNO: SI () NO () PRECOZ: SI () NO ()							
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				CONTACTO PIEL A PIEL: SI () NO ()							
FACTORES DE RIESGO MATERNO Si () No () Especifique:				LACTANCIA A PRIMERA HORA: SI () NO ()							
N° DE CONTROLES PRE NATALES:											
EXÁMEN FÍSICO											
LUGAR DE EVALUACIÓN:			LUGAR DE EVALUACIÓN:			LUGAR DE EVALUACIÓN:			LUGAR DE EVALUACIÓN:		
FECHA			FECHA			FECHA			FECHA		
HORA			HORA			HORA			HORA		
* Cabeza			Asimétrico			Lacteo			Flacidez		
* Sutures			Pectum excavatum			Porraceo			* Actitud		
Moldeadas			* Ruidos Respiratorios			Sanguinolento			Semiflexion Extremidades		
Amplias			Murmullo Vesic Adecuado			Verde fluido			Extension Extremidades		
Cabalgadas			Crepitos-Roncantes			Meconial			Rigidez		
Caput Succedaneum			Sibilantes			* Piel			* Reflejos		
Cefalohematoma			Estridor			Rosada			Busqueda		
* Fontanelas			* Actividad Respiratoria			Palida			Deglucion		
Normotensa			Respiracion espontanea			Ictericas			Presion Palmar		
Abombada			Respiracion periodica			Cianosis			Presion Plantar		
Deprimida			Pausa respiratoria			Pletorica			Succion		
* Ojos			Apnea			Marmorea			Moro		
Edema palpebral			Bradipnea			Acrocianosis			Marcha Automatica		
Esclerotica blanca			Taquipnea			Reticulada			Reaccion Pupilar		
Hemorragia conjuntival			polipnea			Vermix Caseosa			* Cadera		
* Orejas			* Silverman			Lanugo			Abduccion Total		
Simetrica			Retracción xifoidea			Millium Facial			Orbino		
Asimetrica			Quejido espiratono			Mancha Mongolica			Bartow		
Implantación baja			Tiraje intercostal			Nevus y Angiomas			* Extremitades		
Buena implantación			Aleteo Nasal			* Actividad			Simetria		
* Nariz			Movimiento Toracoabdominal			Llanto vigoroso			Polidactilia		
Permeabilidad coanas			* Abdomen			Llanto debil			Sindactilia		
Secreciones			Blando deprecible			Llanto irritable			* Genito Urinario		
* Boca			Globuloso			Activo			Labios y clitoris prominente		
Normal			Distendido			Hipoactivo			Membrana Himeneal		
Paladar hendido			Tenso			Letargico			Vermix Caseosa		
Labio leporino			* Cordon umbilical			Concilia Sueño			Seudomenstruacion		
Frenillo lingual			1Vena/2Arterias			Tremoroso			Excretos Pigmentados y rugoso		
* Cuello			Vasos completos			Convulsion			Adherencias Balanoprepuciales		
Cilindrico y movil			Alantoides			* Tono Muscular			Hidrocele		
Corto y grueso			Conducto vitelino			Normal			Año permeable		
* Torax			* Residuo Gastrico			Hipotonico			Año imperforado		
Simetrico			Claro			Hipertonico			Criptorquidea		
Enfermera que hizo la evaluación (iniciales)			Enfermera que hizo la evaluación (iniciales)			Enfermera que hizo la evaluación (iniciales)			Enfermera que hizo la evaluación (iniciales)		
LEYENDA											
SP SALA DE PARTOS		CT CUIDADOS TRANSICIONALES		LUGAR DE EVALUACIÓN:		FECHA:		HORA:			
SOP SALA DE OPERACIONES		EE EVALUACIÓN DE EGRESO									
AC ALQJAMIENTO CONJUNTO											
II DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA											
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c											
Riesgo de aspiración r/c											
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c											
Patrón respiratorio ineficaz r/c											
Riesgo del nivel de glicemia inestable r/c											
Riesgo de caída del niño r/c											
Riesgo de infección r/c											
Riesgo de sangrado de cordón umbilical r/c											
Riesgo de ictericia neonatal r/c											
Lactancia materna ineficaz r/c											
Protección ineficaz r/c											
Interrupción de la lactancia materna r/c											
Riesgo de deterioro de la vinculación madre niño r/c											
Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c											
FIRMA ENFERMERA											

(LADO B)

HOJA DE ENFERMERÍA

III. PLANEAMIENTO

CODIGO	NIC	CODIGO	NOC
0410	Estado Respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas (capacidad de eliminar secreciones)	0804	Función Metabólica: Glic, Na, Bilir, Ca, Creatinina.
1935	Control de riesgo: Aspiración	1800	Conocimiento: Lactancia Materna
0801	Termorregulación: Recién Nacido	1002	Mantenimiento, Efectivizar la lactancia Materna.
0403	Estado Respiratorio: Mejora de la ventilación	1500	Lazos afectivos padres-hijos
2300	Nivel de Glicemia: En sangre y orina en valores normales	1001	Establecimiento de la lactancia materna: Madre
1101	Integridad Tisular: piel y membranas mucosas (Lesión de mucosa, cutánea, necrosis)	1900	Conducta de Vacunación
0118	Adaptación del recién nacido: Apgar, T°, Sat, Peso, Reflejos, FR, FC, Perfusion tisular, Flujo urinario, Asepsia del cordón Umbilical.	1015	Función Gastro Intestinal: Depos, RG, T.O
		1939	Control del riesgo: Caídas

IV. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

4.1) ACCIONES EN ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO **FECHA:** **HORA:**
 Recepción del recién nacido () aspirado () secado () Estimulación táctil () Maniobra de RCP () Proporcionar calor () Oxigenoterapia () Monitorización ()
 Clampaje oportuno: si () no () motivo? Contacto piel a piel: si () No () tiempo: Identificación correcta: ()
 Ex. físico de RN () T° FC FR SpO2 Oftalmoprofilaxis () Vit.K () Somatometría: Peso: Talla: PC: PT: Adm. Calostro: ()
 Toma de huellas madre y RN () higiene de la piel () Cuero cabelludo y vestido: si () no ()
 Lavado gástrico Si () No () características :
 Inició lactancia materna: Si () no () Atendido por Lic. pasa al servicios de:

NOTAS DE ENFERMERÍA:

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA

4.2) ACCIONES EN SALA DE OBSERVACION **FECHA:** **HORA:**
 Verificación identificación correcta () Control de funciones vitales () Lactancia materna precoz () Consejería en Lactancia Materna () Monitoreo de signos de alarma ()
 Monitoreo de LM: Técnica de amamantamiento () Evaluación de calostro: Escaso () Regular () Bueno () Succión: Ávida () Regular () Débil ()
 Control de glucosa: hora Atendido por Lic. pasa a los servicios de:

NOTAS DE ENFERMERÍA:

FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA

4.3) ACCIONES EN ATENCIÓN CUIDADOS TRANSICIONALES:

TURNO	FECHA	HORA
Recepción del recién nacido en cuna térmica		
Verificación de la identificación correcta del RN		
Evaluación de signos de alarma		
Control de funciones vitales:		
. Temperatura		
. Frecuencia Cardiaca		
. Frecuencia respiratoria		
. Saturación de oxígeno		
Control de Funciones Vitales		
Control de glucosa		
Peso		
Higiene del recién nacido		
Comodidad y confort		
Alimentación del recién nacido con leche materna		
Extracción y/o recolección de muestras (según prescripción médica en caso de ser necesario)		
Enfermera que realiza la atención		

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA:

INMUNIZACIONES	FECHA	HORA
BCG		
HVB		
INMUNIOGLOBULINA		

Pasa al servicios de: FECHA: HORA:

FIRMA Y SELLO
ENFERMERA QUE REALIZA LA ATENCIÓN

FIRMA Y SELLO
ENFERMERA QUE REALIZA
LA INMUNIZACIÓN



ANEXO Nº 12: REGISTRO DE ENFERMERÍA – UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (LADO A)

REGISTRO DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE: _____

Nº H. CL.: _____ **Nº SEGURO:** _____ **Nº CND/DNI:** _____ **SALA:** _____ **CAMA:** _____ **FECHA DE EVALUACIÓN:** ____/____/____

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

EDAD: _____ días de vida ESC: _____ años DNI EN LUCH: _____ años

FECHA INICIO: _____ hora SEXO: _____ E.G.: _____ años

APAREAR: 1 () 2 () 10 () 15 () PESO MAC: _____ gr PC: _____ cm TALA: _____ cm

P. TORAX: _____ cm GS Y FS RN: _____ GS Y FS MADRE: _____ PC ACTUAL: _____ gr PC ACTUAL: _____ gr

FECHA DE INGRESO: _____ hora PROCEDENCIA: _____

B) MONITOREO RESPIRATORIO/VENTILATORIO

QUEJIDO

TALETO NASAL

DISBALANCE TORACO

RETORCIÓN XIFÓDEA

TRALE INTERCOSTAL

T SILVERMAN ANDERSON

MOO DE VENTILACIÓN

FASE DE VENTILACIÓN

COLR INFERIORES

COLR SUPERIORES

COLOR DE PIEL

LEMLADO CARLAR

SATUR. O2

POST. DUCRAL

DISTOLCA

SATUR. O2 PRE

P. SISTOL. P.

DISTOLCA

P. P.M.

FRECUENCIA CARDIACA

TEMPERATURA

A) MONITOREO HEMODINAMICO

FASE DE VENTILACIÓN

MOO DE VENTILACIÓN

T SILVERMAN ANDERSON

TRALE INTERCOSTAL

RETORCIÓN XIFÓDEA

DISBALANCE TORACO

TALETO NASAL

QUEJIDO

P. MÁXIMA/PIE

PEP

TIEMPO

INFLATORIO

REGICION

HERIZ

FIQZ

RELACION IE

P. MEDIA/MAP

FLUO OZ

PSV / V0

AMPLTUD

DOCOZ

EXHALDO

COMPLANCE

RESISTENCIA

VOL. TIDAL/VOL. MINUTO

SENSIBILUDO

DEXT

INPT

LIPIDOS

GLORMO DE SOOIO

DOPAMINA

DOBUTAMINA

ADRENALINA

FENTANILO

OTRA

TRATAMIENTO EV

TRANSFUSION

DEFIA

TTO. ORAL

ORNA

HECS

RESIDUO GASTRICO

SECRETION

SECRETION OROFARINGEA

DEBEULTE

OSTOMA

MUESTRA SANGUINEA

OTRO

PERIDIAS INSENSIBLES

EGRESOS

INGRESOS

C) BALANCE HIDRICO

HORA	EGRESOS	INGRESOS	C) BALANCE HIDRICO
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

BHE 12 HORAS

BHE 24 HORAS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS		PROCEDIMIENTOS INVASIVOS		PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	
PROCEDIMIENTOS	FECHA	DIAS	CURACIÓN	CAMBIO	DIAS
Via EV periférica					
CIV () CUA ()					
PICC					
Fibrotomia () CVC ()					
Catéter vesical					

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS		PROCEDIMIENTOS INVASIVOS		PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	
PROCEDIMIENTOS	FECHA	DIAS	CURACIÓN	CAMBIO	DIAS
Sonda orofaríngea/gastrostomía					
Sonda aspiración circuito cerrado					
Drenaje torácico					
Drenaje ventricular Peritoneal externo					
Bolsa de colestámit					

BALANCE HIDRICO		BALANCE HIDRICO	
EGRESOS	INGRESOS	EGRESOS	INGRESOS
TURNO	MORNING	TURNO	MORNING
YARDE	AFTERNOON	TURNO	AFTERNOON
DIA	EVENING	TURNO	EVENING
NOCHE	TOTAL	TURNO	TOTAL
TOTAL		TOTAL	

ANEXO N° 13: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

A. DATOS DEL PACIENTE									
Nombres o iniciales (*):									
Edad (*):	Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso (Kg):	Historia Clínica y/o DNI:					
Establecimiento (*):									
Diagnóstico Principal o CIE10:									
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS:									
Marcar con "X" si la notificación corresponde a : <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro (Especifique).....									
Describir la reacción adversa (*)				Fecha de inicio de RAM (*): / / _					
				Fecha final de RAM: / / _					
				Gravedad de la RAM (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave					
				Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ___ / ___ / ____ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita					
				Desenlace (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido					
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):									
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)									
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)									
Nombre comercial y genérico (*)	Laboratorio	Lote	Dosis/Frecuencia (*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio (*)	Fecha final (*)	Motivo de prescripción o CIE 10		
Suspensión (Marcar con X)		Si	No	No aplica	Reexposición (Marcar con X)		Si	No	No aplica
(1) ¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?					(1) ¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?				
(2) ¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?					(2) ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?				
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:									
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: Fecha de vencimiento ___/___/____.									

D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)					
Nombre comercial y genérico	Dosis/frecuencia	Vía de Administración.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción

E. DATOS DEL NOTIFICADOR		
Nombres y apellidos (*):		
Teléfono o Correo electrónico (*):		
Profesión (*):	Fecha de notificación_	N° Notificación:

Los campos (*) son obligatorios

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Notifique, aunque usted no tenga la certeza de que el medicamento u otro producto farmacéutico causó la reacción adversa. La sospecha de una asociación es razón suficiente para notificar.
2. Notifique todas las sospechas de reacciones adversas conocidas, desconocidas, leves, moderadas y graves relacionadas con el uso de Productos Farmacéuticos (medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorantes, productos biológicos, productos galénicos).
3. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.
4. En caso de embarazo, indicar el número de semanas de gestación al momento de la reacción adversa.
5. Utilice un formato por paciente.
6. En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales.
7. **Las sospechas de reacciones adversas graves deben ser notificadas dentro de las veinticuatro (24) horas de conocido el caso, y si son leves o moderadas, en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas y deberán ser enviadas según el flujo de notificación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud correspondiente.**

A. DATOS DEL PACIENTE

Nombres o iniciales: Registrar los nombres o iniciales del paciente.

Edad: Expresar en números e indicar si son días, meses o años. En caso de no contar con este dato se colocará el grupo etario.

Cuando se trate de anomalías congénitas informar la edad y sexo del hijo en el momento de la detección y la edad de la madre.

Sexo: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Peso: Indicar el peso del paciente en Kg.

Historia Clínica y/o DNI: Si se conoce colocarlo.

Establecimiento: Indicar el nombre completo del establecimiento (hospital, centro de salud, puesto de salud, farmacia/botica u otra institución) donde se detecta la RAM.

Diagnóstico principal o CIE 10: Indicar la enfermedad de base del paciente (ejemplo: Cáncer, enfermedad de Alzheimer) o su respectivo código CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades).

B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS

El formato también puede ser utilizado para notificar errores de medicación, problemas de calidad, u otros (uso fuera de indicación autorizada, uso del medicamento u otro producto farmacéutico durante el embarazo o lactancia, sobredosis o exposición ocupacional) si están asociadas a sospechas de reacciones adversas.

Reacción adversa: Describa detalladamente la(s) reacción(es) adversa(s) incluyendo localización e intensidad y toda la información clínica relevante (estado clínico previo a la reacción adversa, signos y/o síntomas reportados, diagnóstico diferencial) para la reacción adversa. Si se modifica la dosis, registrar la nueva dosis administrada. Indicar el desenlace de la(s) reacción(es) adversa(s) y en el caso de un desenlace mortal especificar la causa de la muerte.

Fecha de inicio de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual inició la reacción adversa.

Fecha final de RAM: Indicar la fecha (día/mes/año) exacta en la cual desaparece la reacción adversa.

En caso de existir más de una reacción adversa, escriba la fecha de inicio y final de cada una de ellas cuando describa la reacción adversa.

Gravedad de la RAM: Marcar con "X" la gravedad de la reacción adversa. La valoración de la gravedad se realiza a todo el caso notificado.

Solo para RAM grave: en el caso de una reacción adversa grave, marcar con una "X" la(s) opción(es) correspondiente(s).

Desenlace: Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas): Resultados de pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de la reacción adversa y, si está disponible, las concentraciones séricas del medicamento u otro producto farmacéutico antes y después de la reacción adversa (si corresponde).

Otros datos importantes de la historia clínica: Indicar condiciones médicas previas de importancia, así como patologías concomitantes (ejemplo: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, disfunción renal/hepática, etc.) u otras condiciones en el paciente (ejemplo: Alergias, embarazo: número de semanas de gestación, consumo de tabaco, alcohol, etc.)

C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre comercial y genérico: Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) indicado en el rotulado del medicamento u otro producto farmacéutico administrado incluyendo la concentración y forma farmacéutica (ejemplo: Amoxicilina 500mg tableta).

Si el medicamento u otro producto farmacéutico es genérico, no deje de mencionar el nombre del laboratorio fabricante.

Laboratorio: Colocar el nombre del laboratorio fabricante o del titular del registro sanitario.

Lote: Registrar las letras y/o números que indica el “lote” en el envase del producto.

Dosis/frecuencia: Indicar la dosis en cantidad y unidades de medida suministrada y los intervalos de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (por ejemplo: 20 mg cada 12 horas).

Vía de administración: Describa la vía de administración del medicamento u otro producto farmacéutico (ejemplo: VO, IM, IV).

Fecha inicio y final: Indicar la fecha (día/mes/año) en que inició y finalizó o se suspendió el tratamiento con el medicamento u otro producto farmacéutico. En caso que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra “Continúa”.

Motivo de prescripción o CIE 10: Describa el motivo o indicación por el cual el medicamento u otro producto farmacéutico fue prescrito o usado en el paciente o su respectivo código CIE 10.

Para conocer el efecto de la suspensión y reexposición: Marcar con una “X” la opción que corresponda.

El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa: Indicar si la reacción adversa requirió tratamiento (farmacológico, quirúrgico, etc.) y de ser positivo, especificar el tratamiento.

En caso de sospecha de problemas de calidad: Completar la información solicitada.

En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote.

D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES

Registrar el nombre comercial y genérico (DCI) de los medicamentos u otros productos farmacéuticos prescritos o automedicados utilizados en los 3 últimos meses antes de la aparición de la reacción adversa. Excluir los medicamentos u otros productos farmacéuticos usados para tratar la reacción adversa. En el caso de anomalías congénitas, indicar todos los medicamentos u otros productos farmacéuticos utilizados hasta un mes antes de la gestación. En caso de que el tratamiento continúe al momento de la notificación, colocar la palabra “Continúa”.

E. DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombres y apellidos, profesión, teléfono, correo electrónico (de contacto de la persona): Su objetivo es para solicitar información adicional y/o para canalizar una respuesta del caso notificado si es necesario.

Fecha de notificación: Indicar la fecha (día/mes/año) en que se completó el formato.

N° notificación: Este casillero será para uso exclusivo del Centro de Referencia Regional o Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.

ANEXO N° 14: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA

FORMATO				
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD				
CONFIDENCIAL				
N° de notificación :		Fecha : / /		
I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE :				
Iniciales del paciente:				Edad
Historia clínica y/o DNI :		Sexo	F ()	M ()
Diagnóstico principal o CIE10:				
II. DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (DM)				
Nombre común				
Nombre comercial y/o marca				
Registro sanitario	Lote	Modelo		
Serie	Fecha de fabricación	Fecha de expiración		
Nombre del sitio de fabricación				Pais
Nombre del fabricante				Pais
Nombre del importador y/o distribuidor				
Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez		SI ()	NO ()	
III. DATOS DE LA SOSPECHA DE INCIDENTE ADVERSO				
1. Detección de la temporalidad del incidente adverso:				
Antes del uso del DM ()		Durante el uso del DM ()	Después del uso del DM ()	
Área y/o servicio donde se produjo el incidente adverso:				
2. Tipo de afectado:				
Paciente ()		Operario ()	Otros (especificar)	
3. Descripción de la sospecha del incidente adverso				
4. Clasificación de la sospecha del incidente adverso				
		Leve ()	Moderado ()	Grave ()
5. Consecuencia :				
Muerte ()		Lesión permanente ()	Lesión temporal ()	Requiere intervención quirúrgica ()
Produjo o prolongó su hospitalización ()			No tuvo consecuencias ()	
Otros (especificar)				
6. Causa probable				
Mala calidad ()		Error de uso ()	Condiciones de almacenamiento ()	Mantenimiento ()
Ambiente inapropiado ()		Condición del paciente ()	Otros (especificar)	
7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas				
IV. DATOS DEL NOTIFICADOR				
Nombre y apellidos:				
Profesión/ocupación:		Teléfono	e-mail	
V. LUGAR DONDE SE PRESENTO EL INCIDENTE ADVERSO				
Nombre de la institución/organismo/centro de trabajo:				
Dirección:		Ciudad	Región	
		e-mail	Teléfono	

* Todos los datos del recorte deben ser llenados conforme el instructivo

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CÓMO NOTIFICAR

- Llene el formato de notificación con letra legible, de ser posible con letra de imprenta.
- Utilice el formato para cada reporte.
- Utilice papel adicional si es necesario.
- Complete, dentro de lo posible, toda la información que contempla la notificación.

CÓMO LLENAR EL FORMATO

- **Número de notificación:** Colocar el número a la notificación según el correlativo correspondiente.
- **Fecha:** La fecha en que ocurrió el incidente adverso. Datos imprescindibles.

PARTES DEL FORMATO

I. Identificación del paciente (consignar)

1. Iniciales del paciente Datos imprescindibles.
2. Edad y sexo del paciente. Datos imprescindibles.
3. Historia clínica y/o DNI. Si corresponde y se cuente con la información.
4. Diagnóstico principal o CIE10. Si corresponde y se cuente con la información.

II. Datos del dispositivo médico (consignar):

1. Nombre común del dispositivo médico que se sospecha ocasionó el incidente adverso (consigne toda la información que se encuentre en la rotulada por ejemplo seda negra trenzada 10/0 con doble aguja 3/8 circulo espatulada de 6.4 mm). Dato imprescindible.
2. Nombre comercial y/o marca Si corresponde y se cuente con la información.
3. N° de registro sanitario y lote. Datos imprescindibles.
4. Modelo, serie y fecha de fabricación del dispositivo médico Si corresponde y se cuente con la información.
5. Fecha de expiración Dato imprescindible.
6. Nombre del sitio de fabricación y el país Si corresponde y se cuente con la información.
7. Nombre del fabricante y el país Si corresponde y se cuente con la información.
8. Nombre del importador y/o distribuidor. Si corresponde y se cuente con la información.
9. Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez SI / NO Si corresponde y se cuente con la información.

III. Datos de la sospecha de incidente adverso

1. **Detección de la temporalidad del incidente adverso** Marcar: Antes del uso /durante el uso/después del uso del DM. Datos imprescindibles
2. **Tipo de afectado.** Marcar: Paciente /operario / otros (consignar en esta parte si no hubo afectado u otro que usted considere). Datos imprescindibles
3. **Descripción de la sospecha de incidente adverso** **Explicar** mínimamente: El problema que presentó el dispositivo médico y si hubo consecuencias en el paciente. Datos imprescindibles
4. **Clasificación del incidente adverso** Marcar: Leve/ moderado / grave Datos imprescindibles.
5. **Consecuencia:** Marcar: Muerte /lesión permanente/ lesión temporal/ requiere intervención quirúrgica/ produjo o prolongó su hospitalización / no tuvo consecuencias/ otros (especificar) Datos imprescindibles
6. **Causa probable.** Marcar la causa probable que considere. Datos imprescindibles

Mala calidad: Incluye todos los problemas de calidad referidos al dispositivo médico (error de diseño, error de fabricación, error de empaquetado, etc.)

Error de uso: Un acto u omisión de un acto por parte del usuario u operador del dispositivo médico, que tiene un resultado diferente al previsto por el fabricante o esperado por el operador causando una falla en el dispositivo.

Condiciones de almacenamiento: Condiciones de almacenamiento del dispositivo médico que no se cumplieron (temperatura, humedad, exposición a la luz inapropiada), dando como resultado una falla del dispositivo médico; es decir cuando no se cumplió las buenas prácticas de almacenamiento.

Mantenimiento: Mantenimiento rutinario o periódico inadecuado, que causa mal funcionamiento o falla de un dispositivo médico o componente, excluyendo causas de diseño.

Ambiente inapropiado: Uso de un ambiente que produce la falla o mal funcionamiento de un dispositivo médico.

Condición del paciente: Hace referencia una serie de características propias del paciente que conducen a una falla o desempeño deficiente del dispositivo médico, por ejemplo, tornillo de un implante se desprende debido a osteoporosis.

Otros (especificar): Mencionar otra causa detectada durante la investigación realizada del incidente adverso.

- 7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas** Escriba las acciones correctivas y preventivas planteadas para contrarrestar el incidente adverso. Datos imprescindibles

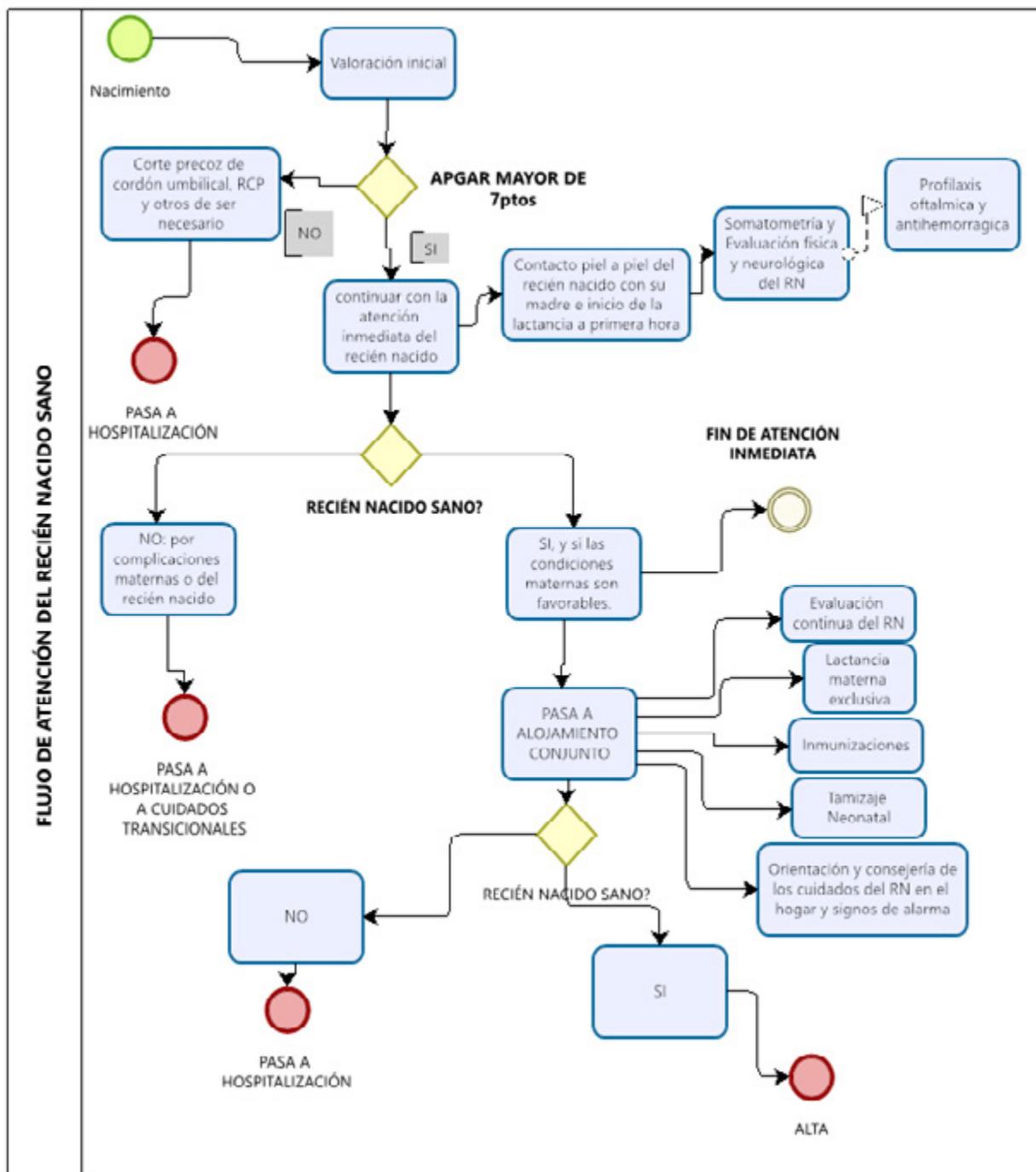
IV. Datos del notificador (consignar):

1. Nombre y apellidos de la persona que notifica la sospecha de incidente adverso. Datos imprescindibles.
2. Profesión/ocupación. Dato imprescindible
3. Teléfono y e-mail del notificador. Datos imprescindibles

V. Lugar donde se presentó el incidente adverso (consignar):

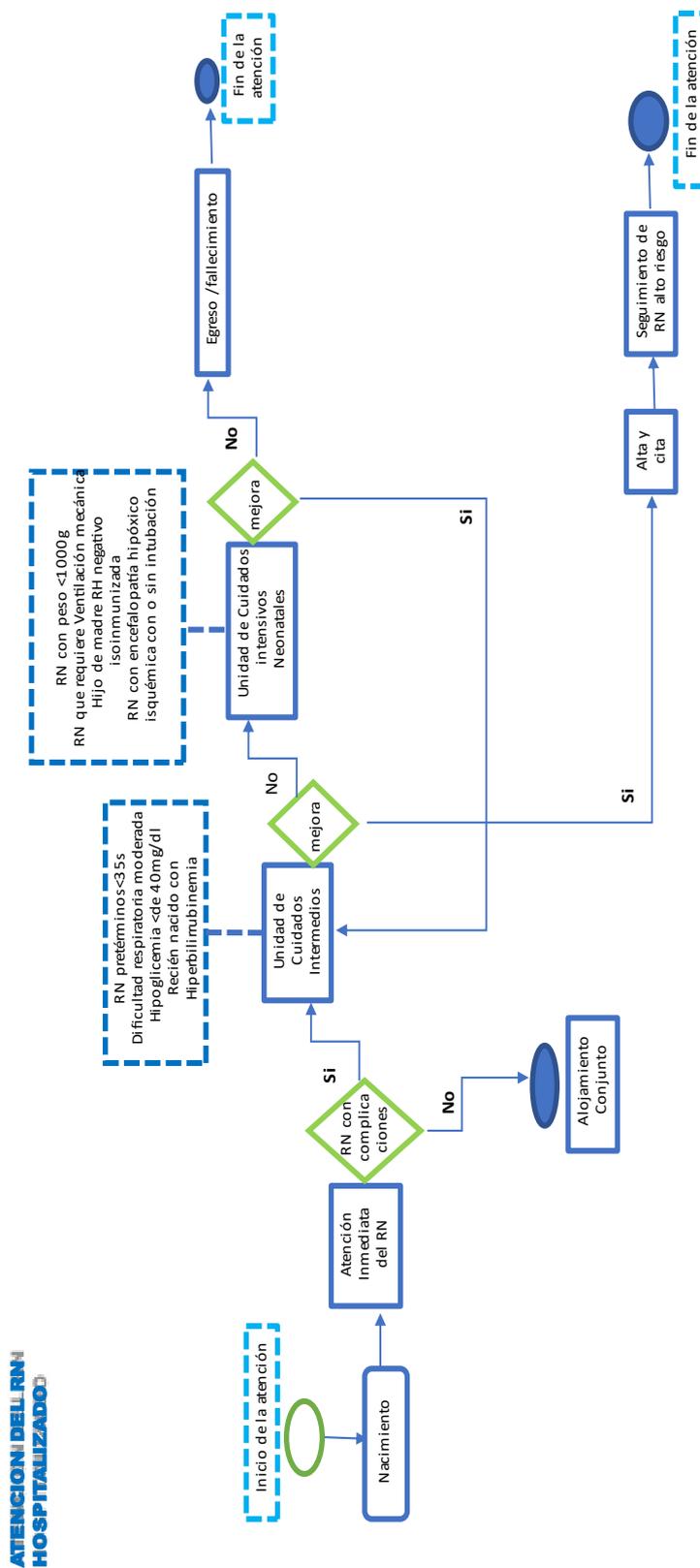
1. Nombre de la institución/ organismo/centro de trabajo al que pertenece el reporte. Dato imprescindible.
2. Dirección, ciudad, región, e-mail y teléfono. si corresponde y se cuente con la información

**ANEXO N° 15: FLUJO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SANO
“ATENCIÓN INMEDIATA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO”**



ANEXO N° 16: FLUJO DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ENFERMO

ATENCIÓN DEL RN HOSPITALIZADO



ATENCIÓN DEL RN HOSPITALIZADO

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Hansen AR, Stark AR, Eichenwald EC, Martin CR. Cloherty and stark's manual of neonatal care. 9th ed. Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health; 2023.
2. AlcantaraChavarria_Carhol.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2021]. Disponible: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarria_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y
3. García May PK, Coronado Zarco IA, Valencia Contreras C, Nuñez Enríquez JC. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatol Reprod Humana*. 1 de diciembre de 2017;31(4):170-3.
4. Boardman J, Groves A, Ramasethu J. Avery y Macdonald. *Neonatología*. 8a ed. La Villa y Corte de Madrid, España: Ovid Technologies; 2020.
5. Kliegman RM, Geme J, Blum N, Shah SS, Tasker RC, editores. *nelson Tratado de Pediatría*. 21a ed. Elsevier; 2020.
6. MacDonald MG, Seshia MM. *avery Neonatología*. Diagnóstico y Tratamiento del recién nacido, 7. 7a ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2016.
7. Carmona-Jiménez D, Remington CU, Jaramillo-Parra E, Moreno AM, Gil-Villa AM, López-Herrera FE, et al. Prácticas clave y conocimientos de la Estrategia AIEPI en el Ambiente Comunitario. *Rev Fac Nac Salud Pública*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a13>
8. Abanto J. Hemoglobina y Hematocrito del recién nacido y Tipo de Clampaje del Cordon Umbilical. Centro de Salud Materna Perinatal Simón Bolívar - Cajamarca. publicación de la sonrisa; 2016.
9. Academia Americana de Pediatría. Libro de texto para la Reanimación Neonatal. Elk Grove Village, IL: Academia Estadounidense de Pediatría Itasca, IL; 2022.
10. MacDonald MG, Seshia MMK. *avery Neonatología*. 7a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
11. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). *Neonatal skin care: Evidence-based clinical practice guideline (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
12. Lund, C. (2016). Bathing and beyond: Current bathing controversies for newborn infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(Suppl. 5S), S13–S20. doi:10.1097/ANC.0000000000000336
13. Brogan J, Rapkin G. Implementing evidence-based neonatal skin care with parent-performed, delayed immersion baths. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 15];21(6):442–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29223208/>
14. Franck LS, RN, Axelin A, RN, Van Veenendaal NR, Bacchini F. Improving Neonatal Intensive Care Unit Quality and Safety with Family-Centered Care. *Clin Perinatol* 50 (2023) 449–472
15. North K, Whelan R, Folger LV, Lawford H, Olson I, Driker S, Bass MB, Edmond K, Lee AC. Family Involvement in the Routine Care of Hospitalized Preterm or Low Birth Weight Infants: A Systematic Review and Meta-analysis. *PEDIATRICS* Volume 150, number S1-S8, August 2022: e20220570920
16. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Semin Perinatol* 35:20-28 © 2011
17. Jolley J, Shields L. The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 24, No 2 (April), 2009. pp164-169
18. Ullan, A, Volver, M. Humanización del Hospital pediátrico. Perspectiva psicosocial. 2020. <https://es.scribd.com/document/507721981/Humanizacio-n-del-hospital-pedia-trico-Perspectiva-psicosocial>

19. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*. 2019;1–16.

Algunas revisiones sistemáticas utilizadas para la elaboración de la presente NTS

- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Libr* [Internet]. 2013. Available from: https://www.cochrane.org/es/CD004074/PREG_efecto-del-momento-de-pin-zamiento-del-cordon-umbilical-en-recien-nacidos-termino
- Momento óptimo para pinzar el cordón umbilical para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/cord-clamping>
- Sullivan, Debora Henline and McGuiness, Courtney, "Natural Labor Pain Management" (2015). Walden Faculty and Staff Publications. 383. <https://scholarworks.waldenu.edu/facpubs/383>
- Cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. (s/f). *Intramed.net*. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89981>
- Guía de Práctica Clínica: Los Cuidados Rutinarios del cordón umbilical en recién nacido sanos <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-cordon-umbilical/>
- Identificación inequívoca del paciente y verificación – Estrategia para la Seguridad del Paciente. (s/f). *Seguridadpaciente.es*. <https://www.seguridadpaciente.es/areas-clave/area-3-atencion-integral-segura/practicas-seguras/identificacion-inequivoca-del-paciente-y-verificacion/>
- Web y Universidad de Notre Dame. (s/f). NICU standard 23: Ambient lighting in infant care areas . *NICU Recommended Standards*. <https://nicudesign.nd.edu/nicu-standards/nicu-standard-24-ambient-lighting-in-infant-care-areas/>
- Rivas, G., Marcalain, V., Recousó, J., Silveira, V., Bentos, J., Alonso, V., Correa, V., Sauleda, M., Garat, F., Gómez, LM, De Agostini, M., Cordano, C., Rey, G., Rodríguez, I. y Blasina, F. (2021). Guía de manejo obstétrico y recién nacido en madre aloinmunizada. *La Revista médica del Uruguay*, 37 (3). <https://doi.org/10.29193/rmu.37.3.15>
- (S/f). *Draeger.com*. https://www.draeger.com/es_es/Hospital/Neonatal-Care/NICU-Lighting-Influence-Of-Light-On-Premature-Babies
- Sola, A., & Golombek, S. (2018). Detección temprana con oximetría de pulso de condiciones neonatales hipoxémicas. Desarrollo de la IX declaración de consenso clínico de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN). *Revista Internacional de Cribado Neonatal* , 4 (1), 10. <https://doi.org/10.3390/ijns4010010>.



unicef 
para cada infancia