



Resolución Ministerial

Lima, 24 de DICIEMBRE del 2013

Visto, el Expediente N° 13-039117-003, que contiene el Informe N° 458-2013-DGSP-EVN/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 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. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el literal a) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, estando a cargo de establecer las normas, supervisión y evaluación de la atención de la salud de las personas en las diferentes etapas de vida, así como la categorización, acreditación y funcionamiento de los servicios de salud y la gestión sanitaria en el Sector Salud, conforme a lo previsto en el literal b) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 534-2013/MINSA, de fecha 22 de agosto de 2013, se publicó en el Portal Institucional del Ministerio de Salud el proyecto de Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, a efecto de recibir las sugerencias y aportes de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general;



J. DEL CARMEN



M. De Habich



D. CESPEDES M.



J. Zavala S.

Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, cuyo objetivo general es establecer un conjunto de disposiciones para la atención de salud durante el periodo neonatal con calidad y racionalidad científica; aplicando procedimientos e intervenciones en el cuidado neonatal, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; promoviendo la participación de la familia y la comunidad;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y;

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N°106 -Minsa/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, la difusión y supervisión del citado documento normativo.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud o la que haga sus veces, así como las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, son responsables de la difusión, implementación y supervisión de la presente Norma Técnica de Salud, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
Ministra de Salud



NTS N° 106 -MINSA/DGSP- V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
NEONATAL

I FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal (0-28 días de vida) en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud a nivel nacional.

II OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un conjunto de disposiciones para la atención de salud durante el periodo neonatal con calidad y racionalidad científica; aplicando procedimientos e intervenciones en el cuidado neonatal, según nivel de complejidad y capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; promoviendo la participación de la familia y la comunidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los procedimientos técnico-administrativos necesarios, que permitan brindar una atención integral de calidad en la etapa neonatal, basados en evidencia científica.
- Fortalecer los procesos de gestión para asegurar la disponibilidad de recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado durante la atención integral del neonato.
- Fortalecer la organización y funciones de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención y las redes de atención neonatal que permitan brindar una atención con calidad y oportunidad en el marco de los derechos humanos.

III ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud (del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales y Locales, de EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y privados), a nivel nacional, regional y local.

IV BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29885, Ley que declara de Interés Nacional la Creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

NTS N° -MINS/DGSP- V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL

- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud-AUS.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba las Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) relacionados a la calidad de atención del recién nacido en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- 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° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015".
- Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales".
- 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° 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° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"



- 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/OGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 289-2013/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013: Articulado Nutricional, Salud Materna Neonatal, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH SIDA, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No Trasmisibles, Prevención y Control del Cáncer y Reducción de la Mortalidad y Discapacidad por Emergencias y Urgencias, Inclusión Social Integral de las Personas con Discapacidad y Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres".

V DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Alojamiento conjunto

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

Atención inmediata del/la recién nacido/a

Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

Atención del/a recién nacido/a normal o vigoroso/a

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

Atención del/a recién nacido/a con complicaciones

Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que pueden desarrollarse antes, durante y/o después del nacimiento; y que son detectados en el proceso del nacimiento e inmediatamente después. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutoria de acuerdo a la complejidad de la complicación.

La intervención incluye la evaluación del riesgo antes del nacimiento, atención inmediata individualizada, estabilización y atención de emergencia, transporte si el nacimiento es en otro establecimiento o domicilio, internamiento del neonato que requieren monitoreo continuo, cuidados médicos y de enfermería especializados y seguimiento post alta con controles por consulta externa.

Categoría

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

Carné de Crecimiento Neonatal

Es un instrumento que sirve para valorar el estado de salud del recién nacido a término e incluye la evaluación del peso con las curvas de Organización Mundial de la Salud 2006. Constituye un complemento de la historia clínica utilizado por el personal de salud para educar a los padres y la



familia en el cuidado del recién nacido; siendo útil para que el promotor de salud, padres de familia y/o cuidadores del recién nacido puedan vigilar su estado de salud.

Historia Clínica

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

Muerte neonatal precoz

La que ocurre en los primeros 7 días de vida.

Muerte neonatal tardía

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

Neonato

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

Nacido vivo

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

Nivel de atención

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

Nivel de complejidad

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

Recién nacido normal

Todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual o mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología.

Recién nacido pre término

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

Recién nacido a término

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

Tamizaje neonatal

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

Visita domiciliaria

Actividad realizada con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida al neonato y su familia, priorizando a los neonatos de bajo peso y los que presentaron complicaciones perinatales.



5.2 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ATENCIÓN NEONATAL

El personal de salud de los establecimientos en todos los niveles de atención, en relación a la atención neonatal, debe tener en cuenta lo siguiente:

- El principio de anticipación en la atención neonatal debe ser aplicado por los profesionales responsables de la misma, en todos los establecimientos de salud debido a que un neonato con complicaciones se puede presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesarios para asegurar la atención de emergencia, la estabilización del neonato y posteriormente decidir la referencia al nivel correspondiente.
- Las áreas de atención neonatal son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales por lo que es necesario tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones intrahospitalarias, las que incluyen: lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen del neonato, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos (punciones, etc.), utilización de material estéril de un solo uso (perillas de goma, sondas de aspiración, etc.), limpieza primero y después desinfección del material quirúrgico y médico empleados en los procedimientos diversos en la atención neonatal (laringoscopios, mascarillas, equipos de cateterismo umbilical, etc.), limpieza de incubadoras y cunas con una frecuencia establecida, uso correcto de antibióticos, etc.



- Identificar, diagnosticar, tratar y/o referir oportunamente de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento, al neonato con complicaciones.
- Asegurar el seguimiento de los neonatos en las primeras semanas de vida para la detección oportuna de los signos de riesgo, el manejo y/o derivación, según sea el caso.

La red de establecimientos de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- Garantizar que los establecimientos de salud cuenten con la disponibilidad de material médico, medicamentos e insumos para la atención neonatal oportuna y adecuada.
- Promover la participación de la familia en la atención neonatal y la participación del padre o acompañante durante el apego o contacto piel a piel.
- Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención neonatal según nivel de atención, realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado en los establecimientos de salud.
- Garantizar que los establecimientos de salud, según el nivel de complejidad, brinden la atención inmediata del recién nacido por profesional médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano y/o enfermera, en el 100% de nacimientos.
- Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben realizar el seguimiento activo del 100% de neonatos de la comunidad.
- Las muertes neonatales y las principales morbilidades en el periodo neonatal deben ser reportadas al Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

6.1.1 ATENCIÓN INMEDIATA NEONATAL

El equipo responsable de la atención inmediata está conformado por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano o profesional de enfermería especialista en atención neonatal o con competencias para la atención del recién nacido. En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido puede ser atendido por el obstetra u otro profesional o personal de la salud capacitado.

El profesional responsable de la atención inmediata neonatal debe encontrarse presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, las condiciones inmediatas al



nacimiento del recién nacido/a, decidir y aplicar las intervenciones indicadas para reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como reducir el riesgo de complicaciones severas e invalidantes.

La atención inmediata neonatal brinda las condiciones apropiadas que permitan los cambios fisiológicos de la transición del ambiente intrauterino en el periodo inmediato al nacimiento para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de emergencia que ponen en riesgo la vida y/o puedan generar complicaciones.

Procedimientos en la atención inmediata del recién nacido

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar lo siguiente:

-Procedimientos generales antes del nacimiento:

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

Mantener ventanas y puertas cerradas.

Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

-Procedimientos específicos luego del nacimiento:

El profesional responsable de la atención inmediata del recién nacido debe:

- **Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento.** Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable de la atención inmediata neonatal deberá verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar:

-Si inmediatamente después del nacimiento el recién nacido/a no evidencia respiración, se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, o alguna malformación congénita mayor deberá realizarse el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical (por el profesional que atiende el parto) y entregar al recién nacido/a en forma inmediata al equipo profesional responsable de la atención neonatal para la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal.

-Si el niño/a se encuentran inmediatamente al nacimiento con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplicarán los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal, los que se describen en los párrafos siguientes.

Prevenir la pérdida de calor. Procedimiento para reducir las pérdidas de calor por contacto y evaporación y consiste en colocar al recién nacido en forma inmediata, sobre el vientre materno por personal que atiende el parto. El equipo de atención neonatal se encargará de secarlo con un campo precalentado.

- **Aspiración de secreciones de las vías aéreas.** Procedimiento que no debe ser realizado de manera rutinaria; solo en caso que las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas.
- **Realizar el contacto piel a piel.** Procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado; consiste en colocar inmediatamente al recién nacido sobre el vientre materno por el personal que atiende el parto y el equipo de atención neonatal se



encargará de secarlo con un campo precalentado, se procede a retirar el primer campo húmedo y cubrir al bebé con el segundo campo precalentado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz. En recién nacidos a término y en buenas condiciones, para el pinzamiento y corte del cordón umbilical se deberá esperar de 2 a 3 minutos post nacimiento. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional responsable de la atención del parto.

El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la atención neonatal.

Luego del periodo de contacto piel a piel, se procederá a completar los siguientes procedimientos de la atención inmediata neonatal:

- **Identificar al neonato:** registrar los datos en un brazalete plástico (nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido). La identificación del recién nacido deberá realizarse en presencia de la madre antes de salir de la sala de partos.
- **Prevenir la infección ocular:** usar gotas oftálmicas con antibiótico (eritromicina, tetraciclina, gentamicina, sulfacetamida sódica, etc.), aplicando una gota en cada saco conjuntival. Este procedimiento no está indicado en nacimientos por cesárea.
- **Prevenir la enfermedad hemorrágica:** aplicar Vitamina K, 1mg en recién nacidos a término y 0.5 mg en recién nacidos pretérmino, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.
- **Aplicar medidas del cuidado del cordón:** verificar la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocar una gota de alcohol etílico al 70% y cubrir con gasa estéril.
- No es necesario el paso de ninguna sonda en el periodo postnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.
- **Realizar la somatometría:** medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrar estos datos en la historia clínica neonatal.
- **Realizar el examen físico completo:** examinar en forma sistemática al recién nacido (examen general y regional); incluye la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro (Anexo 2) u otro similar. Se recomienda no omitir el examen visual de la región anal.
- **Registrar los datos en la historia clínica neonatal:** deben registrarse los datos completos en la historia clínica neonatal y en la sección correspondiente al neonato en la historia clínica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP); así como en el sistema de registros del servicio. Registrar la puntuación de Apgar (Anexo 3) al minuto y a los 5 minutos.
- **Vestir al recién nacido y trasladarlo junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato:** donde se deberá continuar la evaluación de la temperatura, los signos vitales y la condición clínica del recién nacido/a y brindarle información a la madre sobre la técnica de lactancia materna, la identificación de los signos de alarma y los cuidados del neonato.

6.1.2 ATENCIÓN NEONATAL EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

Los ambientes de los establecimientos donde se realiza el alojamiento conjunto deben mantener un ambiente térmico adecuado, evitando la presencia de corrientes de aire.

Los profesionales responsables de la atención neonatal en el periodo de alojamiento conjunto son el médico neonatólogo/pediatra, médico cirujano y enfermera.



La atención neonatal en alojamiento conjunto brinda cuidados integrales básicos al neonato con la participación activa de la madre y la familia dentro del ambiente hospitalario; estimulando el fortalecimiento del vínculo familiar, apoyando los procesos fisiológicos de adaptación neonatal durante los primeros días postnacimiento y brindando información a la madre y familia sobre los cuidados del neonato, reforzando el soporte físico y emocional brindado por la madre hacia su hijo/hija, así como la identificación oportuna de signos de alarma para la atención correspondiente.

Procedimientos en la atención neonatal en alojamiento conjunto

Los profesionales responsables de la atención neonatal deben:

- **Registrar los datos del recién nacido/a.** Al ingreso a los ambientes de alojamiento conjunto y verificar la identidad del recién nacido y de la madre.
- **Colocar al recién nacido al lado de su madre.** Verificar la estabilidad térmica, frecuencia cardiaca y respiratoria neonatal. Mantener condiciones de abrigo adecuadas, cubriéndolo con frazada para evitar la pérdida de calor, principalmente en ambientes con temperatura menor a 24°C. Controlar la temperatura del neonato en forma periódica.
- **Promover el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.** El recién nacido debe haber iniciado la alimentación con leche materna dentro de la primera hora de vida y debe continuar con lactancia materna a libre demanda. Enseñar a la madre las técnicas para el amamantamiento, procurando vincular en esta labor educativa al padre y la familia.

No se aprobará el uso de cualquier otro alimento que no sea la leche materna, salvo indicaciones precisas del médico neonatólogo/pediatra o médico cirujano con competencias en la atención neonatal. De no contar con ello, podrá ser indicado por el equipo de atención neonatal del establecimiento.

- **Realizar actividades de información, educación y comunicación a la madre.** Orientar a la madre durante su permanencia en la institución de salud y brindar información sobre lactancia materna exclusiva, técnica de lavado de manos, higiene del recién nacido e identificación de signos de alarma en el periodo neonatal, así como los cuidados del niño/a, inmunizaciones, pautas de crianza y la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño/a.
- **Supervisar, registrar la alimentación, hidratación, evacuaciones y micciones.** También se debe registrar el peso diario del neonato.
- **Realizar la evaluación diaria del neonato.** Posterior al examen físico del recién nacido en atención inmediata, se deberá realizar en alojamiento conjunto un primer examen del recién nacido en las primeras 12 horas de vida, luego cada 24 horas hasta el alta y dejar registro del mismo en la historia clínica del recién nacido.
- **Coordinar y verificar la administración de la inmunización del recién nacido.** De acuerdo al esquema de inmunizaciones dispuesto por el MINSA.
- **Realizar las pruebas de tamizaje neonatal.** De acuerdo a la disponibilidad de pruebas implementadas en el establecimiento, y recibiendo la derivación correspondiente en caso de no contar con esta oferta en el establecimiento de salud de origen. La Autoridad Nacional de Salud promoverá que el tamizaje neonatal sea realizado en el 100% de neonatos.
- **Orientar sobre los trámites de inscripción al sistema de aseguramiento que corresponda.** Completar los formatos de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS u otro si corresponde)
- **Brindar información a la madre y familia previa al alta neonatal.** Sobre la importancia de la lactancia materna y el apoyo familiar para su mantenimiento, cuidados del niño/a, importancia del control de crecimiento neonatal e infantil, estimulación del desarrollo, etc.
- **Aplicar protocolos de manejo en casos especiales.** Según normas vigentes, como por ejemplo: manejo del niño/a expuesto a VIH, entre otros.



6.1.3 ATENCIÓN NEONATAL EN HOSPITALIZACIÓN

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.

Los establecimientos de salud con capacidad resolutoria y de acuerdo a su nivel de complejidad, deben contar bajo responsabilidad con un equipo de profesionales (neonatólogo, pediatra o médico cirujano con competencias, enfermera con entrenamiento o especialización en neonatología o cuidados intensivos neonatales), además requieren contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos y exámenes de apoyo.

De acuerdo a la severidad del compromiso clínico, se debe proceder a la hospitalización del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para recibir cuidado médico y de enfermería permanente, intensivo y oportuno, contando con tecnología de alta complejidad; o en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, si el neonato no es crítico pero presenta patología que requiere recibir atención de salud y monitorización no invasiva, vigilancia y manejo de enfermería permanente.

La atención neonatal en hospitalización debe ser oportuna, adecuada e integral para el manejo del neonato con complicaciones de acuerdo a la severidad del compromiso clínico, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad neonatal; promoviendo los cuidados centrados en la familia.

Procedimientos en la atención neonatal en hospitalización

- La decisión del ingreso del neonato a la Unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios neonatal es responsabilidad del médico neonatólogo o médico pediatra responsable de la atención, de acuerdo a criterios de ingreso definidos.
- Los criterios de ingreso para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son los siguientes:
 - RN con Síndrome de Dificultad Respiratoria agudo que requiere oxigenoterapia con $FiO_2 \geq 0,35$ y/o SDR severo o moderado
 - RN que requiere apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo.
 - RN con inestabilidad hemodinámica y/o soporte inotrópico.
 - RN con apneas severas y repetidas de cualquier origen.
 - RN que requiere monitorización invasiva.
 - RN con síndrome convulsivo en etapa aguda.
 - RN prematuro menor de 1,500 gramos hasta su estabilización.
 - RN en su post-operatorio inmediato hasta la estabilización o recuperación postanestésica.
 - RN que requiere procedimientos invasivos especializados.
 - RN con síndrome post paro cardiorrespiratorio.
 - Otras condiciones que requieran monitorización y estabilización hemodinámica y/o respiratorias.
- Los criterios de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales son los siguientes:
 - Pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
 - Síndrome de Dificultad Respiratoria agudo con requerimientos de oxigenoterapia con $FiO_2 < 0,35$ y/o SDR leve.
 - RN que requiere vigilancia cardiorrespiratoria y/o monitorización de saturación de oxígeno.
 - RN que requiere administración parenteral de medicamentos y/o fleboclisis.

- RN que requiere gastroclisis o alimentación enteral por bomba y/o nutrición parenteral.
- RN con problemas metabólicos e hidroelectrolíticos.
- RN prematuro estabilizado en crecimiento.
- RN con requerimiento de fototerapia y/o incubadora.
- RN potencialmente crítico o con una condición que amenace su estabilidad o bienestar.
- RN que requiere cuidados especiales de enfermería.
- Recién nacidos con malformaciones congénitas que requieren monitorización y/o cuidados especiales de enfermería.

Procedimientos generales:

Los profesionales responsables de la atención neonatal deben:

- **Registrar los datos del recién nacido/a.** Al ingreso a los ambientes de hospitalización neonatal.
- **Realizar la evaluación clínica y estabilización inicial.**
- **Monitorizar al neonato hospitalizado, según condición clínica.**
- **Realizar la evaluación médica permanente del neonato hospitalizado.** La frecuencia de las evaluaciones médicas del neonato hospitalizado dependerá de la condición clínica y severidad del compromiso del paciente; pudiendo requerir en los casos más severos de evaluación médica permanente para monitorizar la evolución y respuesta a las intervenciones realizadas y decidir cambios en las indicaciones terapéuticas.
- **Brindar cuidados integrales al neonato hospitalizado,** a través de la evaluación y monitoreo del neonato, a cargo de los profesionales de enfermería con el apoyo del personal técnico de enfermería. Se busca integrar a la familia para su participación activa en la atención del neonato hospitalizado. Brindar cuidados integrales al neonato hospitalizado, a través de la evaluación y monitoreo del neonato, a cargo de los profesionales de enfermería con el apoyo del personal técnico de enfermería. Se busca integrar a la familia para su participación activa en la atención del neonato hospitalizado.
- **Promover y proteger el inicio precoz de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva.**
- **Informar en forma oportuna, completa y veraz a la familia.** Sobre la condición del neonato: diagnósticos actualizados, necesidad de tratamientos indicados y pautas sobre el pronóstico a mediano y largo plazo; así como la importancia de la lactancia materna y necesidad de apoyo familiar al neonato durante su hospitalización; así como la integración de la familia en la atención neonatal, etc.
- **Orientar y/o realizar los trámites de inscripción al sistema de aseguramiento que corresponda.** Completar los formatos de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento (SIS u otro si corresponde).

6.1.4 ATENCIÓN NEONATAL EN SEGUIMIENTO

El seguimiento neonatal consta necesariamente de 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente 1 control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en el domicilio (mediante la visita domiciliaria); siempre con presencia y participación activa de la familia.

Los profesionales responsables de la atención neonatal en seguimiento son el médico neonatólogo/pediatra, médico cirujano y enfermera, con apoyo del personal técnico, quienes desarrollan acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del neonato y su familia;



evaluando el cuidado esencial que recibe el neonato, verificando y fortaleciendo las prácticas claves en el cuidado del niño/a: lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidados del cordón, inmunizaciones, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma, estimulación del desarrollo, etc.

La atención en seguimiento neonatal debe realizarse con el fin de evaluar periódicamente el crecimiento del niño/a durante la etapa neonatal, permitiendo la detección oportuna de riesgos, factores determinantes o signos de enfermedad neonatal; con el propósito de implementar acciones de prevención e intervención; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado del niño/a y enlazando el seguimiento con el control de crecimiento y desarrollo del niño/a menor de cinco años. Se debe considerar que en el caso de neonatos de alto riesgo, el seguimiento debe ser realizado con la participación de un equipo multidisciplinario, en establecimientos con capacidad resolutive apropiada.

Se debe promover la participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud.

Procedimientos en la atención neonatal en seguimiento

Los profesionales responsables del seguimiento neonatal deben:

- **Realizar la anamnesis.** En todo control de seguimiento neonatal se debe realizar la anamnesis haciendo énfasis en los factores de riesgo y signos de enfermedad neonatal.
- **Registrar información en la historia clínica.** En el formato de consulta o control neonatal correspondiente.
- **Tomar las medidas antropométricas del neonato.** Realizar la medición del peso, talla y perímetro cefálico del neonato.
- **Realizar el examen físico completo del neonato.** Debe ser realizado en forma sistemática.
- **Registrar la tendencia de la curva de crecimiento neonatal.** Se utilizará el Carné de Crecimiento o gráfico correspondiente a la condición del niño/a. (Anexo N° 04)
- **Verificar que se realizó la toma de muestra para el tamizaje neonatal.**
- **Verificar la administración de vacunas de acuerdo al esquema vigente.**
- **Reforzar la educación de la familia sobre cuidados integrales del neonato:** lactancia materna exclusiva, técnica de lactancia, cadena de calor, higiene, detección de signos de alarma, pautas de estimulación del desarrollo, etc.
- **Completar la ficha de violencia familiar y maltrato infantil.**
- **Programar las visitas domiciliarias para seguimiento neonatal.** Si el neonato no es llevado a su control oportunamente; cuando se ha detectado problemas en la ganancia de peso en los controles previos; cuando se han identificado factores de riesgo que requieren seguimiento o si el domicilio de la familia se ubica en una comunidad o sector a más de 3 horas de distancia del establecimiento de salud (principalmente en las zonas de menor desarrollo); se realizará la visita domiciliaria. Para el desarrollo de esta actividad se deben realizar las coordinaciones necesarias con la familia y/o autoridades locales para que el día de la visita, la familia espere al personal de salud en el domicilio.

6.2 COMPONENTE DE GESTIÓN

Los niveles de dirección de los establecimientos de salud y unidades ejecutoras deben incluir en el Plan Operativo Anual y en la programación de Presupuesto por Resultados del Programa Estratégico Materno Neonatal las actividades correspondientes a la atención neonatal, gestionando su inclusión en el presupuesto anual.

6.2.1 PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN NEONATAL

La planificación local tiene como objetivos:



- Facilitar la toma de decisiones del nivel local para la formulación del plan de acción.
- Dirigir la oferta de servicios de manera articulada con los diferentes niveles de atención.
- Favorecer la intervención oportuna en la disminución de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal.
- Adecuar la oferta de salud a las necesidades reales de la población con criterio de eficiencia, eficacia y efectividad.
- Priorizar y focalizar el presupuesto en función a resultados (Presupuesto por Resultados del Programa Estratégico Materno Neonatal).

Criterios para la planificación

- Evolución histórica de la demanda.
- Recursos disponibles.
- Factores socio económicos, geográficos y culturales.

Resultados esperados

- Incrementar la cobertura de neonatos atendidos.
- Reducir los casos de muertes neonatales precoces y tardías.
- Disminuir los casos de muertes por hipoxia perinatal.
- Disminuir los casos de muertes por sepsis neonatal.
- Disminuir la morbilidad neonatal.

Recursos necesarios

- Historia clínica neonatal.
- Carné de Control de Crecimiento Neonatal.
- Paquetes para la atención neonatal.
- Tarjetas de identificación del recién nacido
- Pulseras de identificación del recién nacido

6.2.2 MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA

Es responsabilidad de los profesionales de salud a cargo de la atención neonatal realizar según corresponda:

El monitoreo de la atención neonatal que debe ser de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente los considerados críticos en los establecimientos de salud y es de aplicación en los diferentes niveles: local, regional y nacional.

La supervisión que debe orientarse a mejorar el desempeño del personal y la calidad de la atención neonatal en los establecimientos de salud, por lo tanto son programadas con una periodicidad de acuerdo al nivel de complejidad. 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 debe verificar el avance de los objetivos alcanzados con respecto a los programados. La evaluación se realizará utilizando indicadores, con una



periodicidad trimestral, semestral y anual, por niveles (nacional, regional y local). La evaluación se hace tanto de las metas físicas, así como, presupuestales en cada nivel.

La información utilizada para la evaluación proviene del sistema de información oficial vigente.

Las actividades de asistencia técnica que deben ser programadas en base al análisis e identificación de problemas en la atención neonatal en los diferentes niveles de atención.

6.2.3 INDICADORES

Indicadores de estructura:

- Proporción de establecimientos de salud con equipamiento completo para realizar la atención inmediata neonatal, de acuerdo a las funciones neonatales y capacidad resolutive del establecimiento.
- Proporción de establecimientos de salud con equipamiento completo para realizar la atención neonatal en alojamiento conjunto, de acuerdo a las funciones neonatales y capacidad resolutive del establecimiento.
- Proporción de establecimientos de salud con equipamiento completo para realizar la atención neonatal en hospitalización de acuerdo a las funciones neonatales y capacidad resolutive del establecimiento.
- Proporción de establecimientos de salud con equipamiento completo para realizar la atención en seguimiento neonatal, de acuerdo a las funciones neonatales y capacidad resolutive del establecimiento.
- Proporción de establecimientos de salud con profesionales médicos y de enfermería capacitados en procedimientos de atención inmediata neonatal.
- Proporción de establecimientos de salud con profesionales médicos y enfermeros capacitados en reanimación neonatal.
- Proporción de establecimientos de salud con profesionales médicos y enfermeros capacitados en estabilización neonatal y transporte.

Indicadores de proceso:

- Proporción de neonatos que requieren reanimación en atención inmediata.
- Proporción de neonatos que requieren hospitalización, según edad gestacional.
- Proporción de neonatos que requieren referencia por presentar complicaciones
- Proporción de neonatos contrarreferidos a establecimientos de origen
- Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (peso < 2500 g)
- Promedio de estancia en Cuidados Intermedios.
- Promedio de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos
- Porcentaje de ocupación de servicios de hospitalización neonatal.
- Intervalo de sustitución en servicios de hospitalización neonatal.
- Rendimiento de cama de hospitalización neonatal.
- Proporción de neonatos en alojamiento conjunto con lactancia materna exclusiva.
- Proporción de neonatos con control de seguimiento neonatal completo.

Indicadores de resultado:

- Mortalidad neonatal precoz x 1000 recién nacidos vivos.



- Mortalidad neonatal tardía x 1000 recién nacidos vivos.
- Mortalidad neonatal por grupos de peso.
- Mortalidad neonatal por grupos de edad gestacional
- Mortalidad neonatal por dificultad respiratoria
- Mortalidad neonatal por malformaciones congénitas
- Mortalidad neonatal en recién nacidos de bajo peso
- Mortalidad neonatal por sepsis.
- Mortalidad neonatal por hipoxia perinatal.
- Tasa de infecciones intrahospitalarias
- Proporción de neonatos con desnutrición en la etapa neonatal.
- Proporción de neonatos con lactancia materna exclusiva al primer mes de vida.



6.2.4 INFORMACIÓN

En el nivel local, los establecimientos de salud deben realizar la recolección, procesamiento y análisis de la información de las actividades de atención neonatal se hace de acuerdo a la normatividad vigente, para lo cual se utiliza las diferentes fuentes de información: libros de atención inmediata neonatal, certificados de nacimiento, certificados 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 SIS y otros disponibles y remitirla según corresponda al nivel regional o nacional.

Así mismo realizan la detección y notificación de las muertes fetales y neonatales, de acuerdo a los contenidos de la Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.

El MINS, las DISAS y DIRESAS o las que hagan sus veces en el ámbito regional, fortalecerán los sistemas de información para mejorar el registro y notificación de la morbilidad y mortalidad neonatal.

6.2.5 GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD NEONATAL

El nivel nacional, regional y local, según corresponda debe realizar actividades para el fortalecimiento de competencias del personal de salud responsable de la atención neonatal en los diferentes niveles. Los contenidos de la capacitación deben estar en relación con las principales causas de morbimortalidad neonatal, así como con los problemas críticos identificados en los niveles local, regional o nacional; según el nivel de complejidad de la atención que brinde el establecimiento.

Los contenidos mínimos de capacitación son: atención inmediata del recién nacido normal, reanimación neonatal, ayudando a los bebés a respirar, prevención y manejo de infecciones y patologías neonatales frecuentes, estabilización neonatal, transporte neonatal, lactancia materna, tamizaje neonatal, control de crecimiento y desarrollo - CRED neonatal, visita domiciliaria, sistema de información y vigilancia, etc.

6.2.6 INVESTIGACIÓN EN SALUD NEONATAL

El MINS, las DISAS y DIRESAS o las que hagan sus veces en el ámbito regional fomentarán el desarrollo de investigación operativa en temas relacionados a la salud neonatal.



6.3 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

6.3.1 Organización por niveles de atención

Los establecimientos de salud están organizados para brindar atención integral neonatal de acuerdo a las funciones obstétricas y neonatales definidas en la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.

Se identifica la siguiente organización de los establecimientos de salud en cuanto a la atención neonatal:

6.3.2 Establecimientos de salud con funciones neonatales primarias

Funciones:

- Atención del recién nacido normal por parto inminente.
- Identificación y referencia oportuna de recién nacidos con riesgo de complicaciones.
- Diagnóstico, estabilización y referencia en caso de emergencias neonatales.

Recursos Humanos

- Personal profesional o técnico con competencias para atención neonatal, programado durante el horario de atención.

6.3.3 Establecimientos de salud con funciones neonatales básicas

Funciones:

- Atención básica del recién nacido normal y con problemas menores.
- Diagnóstico, estabilización y referencia del recién nacido con complicaciones
- Diagnóstico, estabilización y referencia del recién nacido con sepsis neonatal.

Recursos Humanos:

- Médico general con competencias en atención neonatal, disponible durante el horario de atención de 24 horas.
- Enfermera con competencias en atención neonatal, disponible durante el horario de atención de 24 horas.
- Técnico de Enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal, disponible durante el horario de atención de 24 horas.

6.3.4 Establecimientos de salud con funciones neonatales esenciales

Funciones:

- Atención del recién nacido con complicaciones.
- Atención de la sepsis neonatal.
- Atención de patología quirúrgica neonatal no complicada.

Recursos Humanos:

- Pediatra o médico calificado en neonatología disponible las 24 horas.
- Enfermera con competencias en atención neonatal con presencia las 24 horas.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal.



6.3.5 Establecimientos de salud con funciones neonatales intensivas

Funciones:

- Atención de recién nacido complicado que requiere cuidados intensivos.
- Atención de sepsis neonatal en unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Atención de patología quirúrgica neonatal complicada que requiere cuidados intensivos.

Recursos Humanos:

- Médico neonatólogo/pediatra, disponible las 24 horas.
- Enfermera con competencias en UCI neonatal, disponible las 24 horas
- Técnico de Enfermería con competencias para apoyar la atención neonatal, disponible las 24 horas.

6.3.6 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se debe establecer de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia un sistema de comunicación, definiéndose responsabilidades en relación al traslado neonatal entre los establecimientos de diferentes niveles de complejidad dentro de la misma jurisdicción o área de responsabilidad a fin garantizar el traslado oportuno, cuando sea requerido el manejo neonatal en el nivel de complejidad superior.

En el caso de haber superado la situación clínica que motivó el traslado, se coordinará para realizar la contrarreferencia del paciente al establecimiento de origen u otro en la misma red o ámbito. Para la referencia y contrarreferencia se requiere un adecuado Transporte Neonatal.

Los procedimientos para la referencia y contrarreferencia de los neonatos se deben realizar según la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

El MINSA, las DISAS, DIRESAS o las que hagan sus veces en el ámbito regional, así como las redes, microrredes y establecimientos de salud bajo su administración garantizarán la implementación del conjunto de intervenciones para la atención neonatal en el Programa Estratégico "Salud Materno Neonatal" Presupuesto por Resultados (PpR).

La atención neonatal es una intervención que forma parte de la cobertura regular de los regímenes subsidiados y semicontributivo que brinda el Seguro Integral de Salud.

Las instituciones de salud públicas no pertenecientes al MINSA, gobiernos regionales y las instituciones de salud privadas, deberán garantizar el financiamiento del conjunto de intervenciones a las que hace referencia en la presente norma.

VII RESPONSABILIDADES

7.1 NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Atención Integral de Salud, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional; así como de la supervisión y de brindar asistencia técnica para su aplicación.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en cumplimiento de sus funciones implementará la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de su competencia.



Los niveles de dirección institucional de los establecimientos de salud de los subsectores (EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, gobiernos regionales, gobiernos locales, y privados) a nivel nacional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud; así como de la supervisión de su aplicación, en los diferentes servicios de atención neonatal del ámbito de su competencia.

7.2 NIVEL REGIONAL

Las direcciones de salud y las direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud en sus respectivas jurisdicciones; así como de la implementación, y supervisión de su aplicación en los establecimientos públicos y privados.

7.3 NIVEL LOCAL

La dirección o jefatura de cada establecimiento de salud público o privado, según el nivel de complejidad, es responsable de la implementación y cumplimiento de la presente Norma Técnica.

VIII ANEXOS

Anexo 1: Factores de riesgo neonatal

Anexo 2: Test de Capurro

Anexo 3: Puntuación APGAR

Anexo 4: Carné de Crecimiento Neonatal

IX BIBLIOGRAFÍA

- 1) Liu L, Johnson HL, Cousens S, et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 379: 2151-61
- 2) OMS. Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva N° 178. Junio 2012
- 3) UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
- 4) UNICEF. AECID. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido en un área rural andina y amazónica del Perú. Capítulo I: Componente Estadístico. Setiembre 2010.
- 5) Organización Panamericana de la Salud "AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia". Segunda edición. Washington, D.C. OPS 2010
- 6) McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD004074.
- 7) McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD004210.
- 8) Ali Z, Khadije D, Elahe A, Mohammad M, et al. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum: comparison of betadine, erythromycin and no prophylaxis. *J Trop Pediatr.* 2007 Dec; 53(6):388-92.
- 9) McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD004210.

- 10) WHO and UNICEF Joint Statement. Home visits for the care of the newborn child: a complementary strategy to improve newborn survival. 2008.
- 11) Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth. 2009 Jun;36(2):97-109
- 12) American Academy of Pediatrics. Helping babies breathe-The Golden minute. 2010.
- 13) American Heart Association and American Academy of Pediatrics. Neonatal Resuscitation Program. 6th edition. 2010.
- 14) Bang AT, Bang RA, Baitule SB, et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. Lancet 1999 Dec 4;354(9194): 1955-1961.
- 15) Tylek-Lemaska D, Kumorowicz-Kopiec M, Starzyk J. Screening for congenital hypothyroidism: the value of retesting after four weeks in neonates with low and very low birth weight. J Med Screen. 2005;12(4):166-169.
- 16) WHO and UNICEF Joint Statement. Home visits for the care of the newborn child: complementary strategy to improve newborn survival. 2008
- 17) Black, Robert E., et al., Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, The Lancet, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243–248.
- 18) Infección nosocomial, vigilancia y control de la infección en Neonatología. Anales Españoles Pediatría Navarra 2000, 23 (Supl. 2): 177-184
- 19) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos 2000-2011. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. 103 pp.
- 20) Darmstad, Gary; Bhutta, Z.; etc Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? www.the lancet.com March 2005
- 21) Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012.
- 22) MINSA. DGE. Subsistema de Vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal. 2009
- 23) Acolet D. Quality of neonatal care and outcome. Arch Dis Fetal Neonatal Ed 2008;93:F69-F73
- 24) Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, et al. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. JAMA. 2004 Jan 14; 291(2):202-209.



ANEXO 2: TEST DE CAPURRO

FORMA DE LA OREJA	Crasa-deforme Pabellón no incurvado 3	Pabellón posticielo que insinúa en el borde superior 6	Pabellón incurvado en el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
TAMANO DE LA BUBULA MAMARIA	No palpable 0	Palpable Mayor de 5mm 5	Palpable entre 5 y 10 mm 10	Palpable Mayor de 10 mm 15	
FORMACION DE PEZON	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5mm Área lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5mm Área partida Borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7.5mm Área o anillo Borde levantado 15	
TEXTURA DE PIEL	Muy fina de serosa 0	Fina Lisa 5	Más gruesa Desorientación superficial discreta 10	Gruesa Grutas superficiales Desorientación en manchas y tipos 15	Gruesa Eructos profundos apertgamadas 20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior 5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en el 1/3 anterior 10	Surcos en la 1/2 anterior 15	Surcos en más de la 1/2 anterior 20

LA EDAD GESTACIONAL SE CALCULA SUMANDO TODOS LOS PUNTAJES PARCIALES
 +204/7 TIENE UN ERROR DE ± 9 DIAS

Puntaje	Edad Gestacional
0 - 0	29 semanas
5 - 5	30 semanas
10 - 16	31 semanas
18 - 23	32 semanas
24 - 30	33 semanas
31 - 36	34 semanas
38 - 44	35 semanas
45 - 51	36 semanas

Puntaje	Edad Gestacional
53 - 58	37 semanas
59 - 65	38 semanas
66 - 71	39 semanas
73 - 79	40 semanas
84 - 86	41 semanas
89 - 89	42 semanas
94 - 94	43 semanas



ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO NEONATAL

Factores en el periodo prenatal:

- Diabetes materna
- Hipertensión arterial inducida por el embarazo
- Hipertensión crónica
- Sensibilización Rh
- Hemorragia del segundo o tercer trimestre
- Infección materna
- Polihidramnios, oligohidramnios
- Ruptura prematura de membranas
- Enfermedad materna cardiaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica
- Gestación post-termino
- Embarazo múltiple
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Abuso de drogas
- Tratamiento medicamentoso: carbonato de litio, magnesio, bloqueadores adrenérgicos, etc.
- Malformaciones fetales
- Disminución de la actividad fetal
- Edad materna menor de 16 años y mayor de 35 años

Factores en el periodo intranatal:

- Cesárea de emergencia
- Parto instrumentado
- Distocia de presentación
- Trabajo de parto prematuro
- Parto precipitado
- Parto prolongado
- Expulsivo prolongado
- Latidos cardiacos fetales alterados
- Uso de anestesia general en la madre
- Hipertonía uterina
- Liquido amniótico meconial
- Prolapso de cordón
- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto.

ANEXO 3: PUNTUACIÓN APGAR


Signos	0	1	2
Color de la piel	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado
Frecuencia cardiaca	Ausente	FC menor de 100 latidos por minuto	FC mayor de 100 latidos por minuto
Respuesta ante estímulos (irritabilidad refleja)	Sin respuesta a la estimulación	Mueca	Estornudos/llanto vigoroso
Tono muscular (actividad)	Flácido	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración o llanto	Ausente	Llanto débil, respiración irregular	Llanto fuerte, respiración normal



ANEXO 4: CARNÉ DE CRECIMIENTO NEONATAL

FACTORES DE RIESGO NEONATAL		SI	NO
ANTECEDENTES DE DÉBITO Y/O ENFALLECIDO			
PARTO DOMICILIARIO			
NO RESPIRO Y/O REQUISITO REANIMACIÓN AL NACER			
ENCEFALOPATIA NEONATAL			
BAJO PESO AL NACER			
HOSPITALIZACIÓN PREVA			

SIGNOS DE ENFERMEDAD NEONATAL SEVERA	1ª SEMANA		2ª SEMANA		3ª SEMANA		4ª SEMANA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NO SUCCIONA O SUCCION DEBIL								
CONVULSIONES								
MOVIMIENTOS SOLO AL ESTIMULO								
FRECUENCIA RESPIRATORIA > 60/MIN								
TIRAJE INTERCOSTAL SEVERO								
TEMPERATURA > 38.5 °								
TEMPERATURA < 37.5 °								



MINISTERIO DE SALUD
 CARNET DE CRECIMIENTO NEONATAL – NIÑA

E.S.: N° H. CL.:

NOMBRE DE LA NIÑA:

FECHA DE NACIMIENTO: / / APGAR: 1° 5°

PESO AL NACER: TALLA: PC: EG:

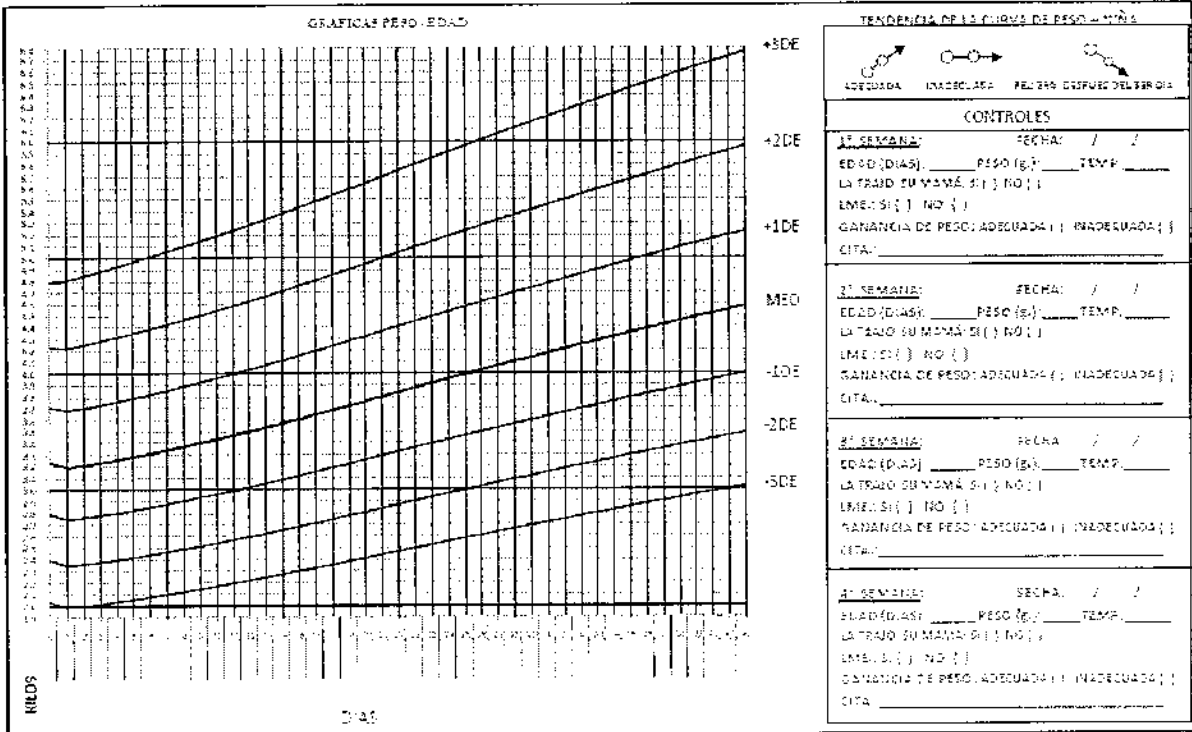
BCG: / / HVB: / / T.H.C: / /

DNI: NO () SI () Nro.:

NOMBRE DE LA MADRE:

DOMICILIO:

COMUNIDAD/SECTOR:



NTS N° -MINSADGSP- V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL



FACTORES DE RIESGO NEONATAL		SI	NO
ANCLAJE ANTERIOR DE CEBILLOS EN FALLECIDO			
PARTO DOMICILIARIO			
NO RESPIRO Y/O NUESTRO REANIMACION AL NACER			
ENCEFALOPATIA NEONATAL			
EMIS FETO AL NACER			
HOSPITALIZACIÓN PREVIA			

SIGNOS DE ENFERMEDAD NEONATAL SEVERA	1ª SEMANA		2ª SEMANA		3ª SEMANA		4ª SEMANA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
NO EXCICIONA O EXCICION DEFIL. CONTROLACIONES								
MOVIMIENTOS EGLO AL ESTIMULO								
FRECUENCIA RESPIRATORIA < 30/MIN								
CIENATE INTERCOSTAL SEVERO								
TEMPERATURA < 35.5°								
TEMPERATURA > 37.5°								

MINISTERIO DE SALUD

CARNET DE CRECIMIENTO NEONATAL - NIÑO

ES: [] N.º H. CL: []

NOMBRE DE LA CUNA: []

FECHA DE NACIMIENTO: [] / [] / [] APOGARI: [] S []

PESO AL NACER: [] TALLA: [] PC: [] EG: []

BOS: [] HVR: [] T.H.C: []

DM: NO [] SI [] PRO: []

NOMBRE DE LA MADRE: []

DIRECCION: []

COMUNIDAD/SECTOR: []

