

Lima, 31 de diciembre del 2014

VISTOS:

12956

La Carta N° -GCPS-ESSALUD-2014 y el Informe Técnico N° 124-GPH-GCPS-ESSALUD-2014 de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, referida al proyecto de Directiva "Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD", la Carta N° 3557-OCAJ-ESSALUD-2014 y el Informe N°492 -GAA-OCAJ-ESSALUD-2014 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que correspondan al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, la Séptima Política establecida en el numeral 5 del Punto V del documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, establece que: *"las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo bajo su administración cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención"*;



Que, de acuerdo al literal a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-ESSALUD-2010, se establece como función de este Órgano la de formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal y la Gerencia de Oferta Flexible;



Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1021-GG-ESSALUD-2002 se aprobó la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2002 "Normas para la Implementación y Funcionamiento de las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos e Intermedios" cuyo objetivo es establecer las normas para la implementación y funcionamiento de las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos e Intermedios en ESSALUD;

Que, conforme a sus atribuciones, con Carta N° 9483-GCPS-ESSALUD-2014 la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remitió el proyecto de Directiva "Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD", que actualiza la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2002;

Que, el citado proyecto de Directiva tiene por objetivo establecer los requerimientos mínimos para la organización, implementación y funcionamiento, estandarizando los procesos y procedimientos de salud de acuerdo al nivel atención y complejidad a través de una Red Neonatal eficiente del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, de igual modo, adjunta el Informe Técnico N° 124-GPH-GCPS-ESSALUD-2014 emitido por la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de la citada Gerencia Central, en coordinación

con el Comité Nacional de Neonatología conformado mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 023-GCPS-ESSALUD-2014, el cual está integrado por profesionales de la Gerencia de Prestaciones Primarias, Gerencia de Prestaciones Hospitalarias y las Redes Asistenciales Rebagliati, Almenara y Sabogal, en el cual se concluye que el citado proyecto de Directiva amerita su aprobación por que no solo actualiza la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2002, sino que constituye un instrumento técnico administrativo para el mejoramiento de la atención de los Recién Nacidos en los establecimientos de salud y en el nuevo contexto en que se encuentra la Institución;

Que, en el mencionado Informe se advierte que resulta necesario actualizar y contar con un documento técnico normativo que estandarice los procesos y procedimientos, garantice la calidad y oportunidad de las prestaciones a los Recién Nacidos y Neonatos en riesgo y en estado crítico, promoviendo el uso eficiente de los recursos de acuerdo al nivel atención y complejidad de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Asesoría Jurídica;

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 16 -GG-ESSALUD-2014, "Gestión e Implementación de las Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud efectúe la difusión y la asesoría técnica, así como la conducción del proceso de implementación, monitoreo, supervisión y control del cumplimiento de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
3. **DISPONER** que los Gerentes y/o Directores de las Redes Asistenciales son los responsables de la ejecución de la Directiva aprobada.
4. **DEJAR** sin efecto la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2002 "Normas para la Implementación y Funcionamiento de las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos e Intermedios", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 1021-GG-ESSALUD-2002. ([Ir a Resolución](#))
5. **ENCARGAR** a la Secretaría General notificar a la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a efectos de la publicación de la Directiva aprobada con la presente Resolución en el Compendio Normativo Institucional.

REGISTRESE y COMUNIQUESE.



ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES
GERENTE GENERAL
ESSALUD



DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 16 GG-ESSALUD-2014

**“GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS UNIDADES
NEONATALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD”**



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

DICIEMBRE 2014

**PRESIDENTA EJECUTIVA
DRA. VIRGINIA BAFFIGO TORRE DE PINILLOS**

**GERENTE GENERAL
ECO.MIGUEL LA ROSA PAREDES**

**GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
DRA. ADA PASTOR GOYZUETA**

**GERENTE DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
DR. LUIS MIGUEL LOPEZ LEON**

**GERENTE DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
DR. JULIO MEDINA VERASTEGUI**



COMITÉ RESPONSABLE:

Dr. LUIS SANTIAGO CAM CHANG	Representante de la Red Asistencial Sabogal -Presidente
Dra. CARMEN FERNANDEZ SIERRA	Representante de la Red Asistencial Rebagliati,
Dra. LILIANA CUBA DIAZ	Representante de la Red Asistencial Almenara
Dra. RUTH COLCA CRUZ	Representante de la Red Asistencial Rebagliati
Dra. KARINA MONTANO FERNANDEZ	Representante de la Gerencia Prestaciones Primarias
Dra. BERTHA CHAVEZ PERALTA	Representante de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias- Coordinadora Técnica



INDICE

I.	OBJETIVO	07
II.	FINALIDAD	07
III.	BASE LEGAL	07 , 08, 09
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	09
V.	RESPONSABILIDAD	09
VI.	DISPOSICIONES	10
	6.1 Disposiciones Generales.....	10
	i. Unidad de Cuidados Básicos	10
	ii. Unidad de Cuidados Intermedios	11
	iii. Unidad de Cuidados Intensivos	12
	6.2 Disposiciones Específicas	13
	6.2.1 Infraestructura	13, 15
	6.2.2 Recursos Humanos	16
	6.2.3 Procedimientos en la Atención Neonatal.....	16
	6.2.4 Monitoreo, Supervisión, Evaluación	16
	6.3 Disposiciones Complementarias	17
	6.3.1 Seguimiento del Recién Nacido	18
VII.	CONCEPTOS DE REFERENCIA.....	19
VIII.	ANEXOS	20
	a. N° 01: Calculo de Recursos Humanos.....	21,22
	b. N° 02: Criterios de Ingreso a UCI y UCIN.....	23, 24
	c. N° 03 Equipamiento.....	25 , 26
	d. N° 04 Factores de Riesgo.....	27,
	e. N° 05 Indicadores	28
	f. Bibliografía.....	29



“GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS UNIDADES NEONATALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD”

El nacimiento es un acontecimiento que trae alegría, felicidad y estrés a las familias, sin embargo cuando este nacimiento se produce antes del tiempo esperado o nace un recién nacido (RN) enfermo, puede ser más estresante, por muchas razones. La familia puede percibir la sensación de fracaso de tener un niño enfermo, el temor a la muerte del niño, el cuidado, protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él.

Las Unidades Neonatales creadas e implementadas con alta tecnología, donde se realiza un trabajo en equipo con capacitación permanente; brindan atención especializada a los Recién nacidos en riesgo, de bajo peso, prematuros o con patologías congénita. Estas Unidades otorgan más oportunidades en todos los aspectos al RN, tanto de sobrevivencia como de disminuir la discapacidad, la angustia y desesperanza de los padres, al otórgales mayores expectativas de vida. Las Unidades de Neonatología garantizan la asistencia a los pacientes neonatos, incluyendo: la asistencia y reanimación en sala de partos, la atención del neonato en alojamiento conjunto, en las unidades de cuidado intensivo neonatal, cuidado intermedio, cuidados básicos y en las salas de observación transitoria. El alcance de los servicios de neonatología incluye también la participación de los neonatólogos en los equipos interdisciplinarios para el manejo de embarazos de alto riesgo, en el abordaje de los problemas surgidos en las áreas de diagnóstico fetal y en el seguimiento ambulatorio de niños prematuros. Desde un enfoque amplio de cuidados centrados en la familia, la participación multidisciplinaria en apoyo de las madres o familias de bebés prematuros es esencial para garantizar resultados apropiados.

En países como el nuestro es importante determinar las tasas de morbi-mortalidad perinatal, neonatal e infantil al igual que la materna, aun elevadas en relación a otros países, con la finalidad de establecer estrategias y recomendar políticas a las autoridades que permitan reducir su prevalencia

A pesar de haberse logrado adelantos técnicos, clínicos y de infraestructura en neonatología, la morbimortalidad neonatal sigue representando un gran problema, en ESSALUD, en primer lugar se encuentra el grupo de los que padecen malformaciones congénitas, seguido de prematuridad, y en tercer lugar las infecciones adquiridas por causa de diversos factores madre-feto.

En los últimos años la Institución ha saturado su oferta de servicios, al haber aumentado las gestantes con factores de riesgo; adolescentes y mujeres mayores de 35 años. Los factores de riesgo asociados son: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, pre eclampsia, hemorragia del tercer trimestre, rotura prematura de membranas, mayor frecuencia de cesáreas. Estos generan en el Recién nacido riesgo de defectos congénitos, prematuridad, infecciones entre otros problemas.

Diversas experiencias en distintos países del mundo han demostrado que para mejorar estas cifras es importante organizar el cuidado neonatal de modo que se pueda entregar el mejor tratamiento y de la manera más oportuna, lo que es particularmente difícil en países de geografía como la nuestra. Para ello se han definido distintos niveles de cuidado perinatal, los que tratan RN de acuerdo al riesgo idealmente definido antes de nacer, concentrando los niños de mayor riesgo y aquellos que presentan patologías

graves en grandes centros regionales. Gracias a estas estrategias se han conseguido importantes mejorías en la sobrevivencia de estos pacientes complejos.

Si bien los RN de alto riesgo requieren cuidados especiales puede identificarse prenatalmente, aproximadamente un 25% de los niños que requieren cuidado intensivo no tiene factores de riesgo identificados antes de nacer. Es por esto que todos los niveles de atención perinatales deben estar capacitados para diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. Junto con esto, disponer de un sistema de transporte bien equipado y con personal altamente capacitado para trasladar al RN que lo requiera en las mejores condiciones. Siempre que sea posible, debe preferirse el transporte prenatal de la madre y facilitar el nacimiento en un centro de mayor complejidad.

Es fundamental asegurar la formación continua de todos los profesionales de la salud que realizan la asistencia perinatal, estableciendo la comunicación y la coordinación continuada entre los diferentes servicios, disponiendo de un sistema común de control de calidad común, que asegure la óptima utilización de los recursos y la igualdad de oportunidades.

Este trabajo nos obliga a optimizar resultados especialmente si consideramos elementos de modernización en el trabajo, plasmados en muchos de los aspectos planteados en Organización, Sistema de Registro y Evaluación de Calidad.



“GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS UNIDADES NEONATALES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD”

I. OBJETIVO:

Establecer los requerimientos mínimos para la organización, implementación y funcionamiento, estandarizando los procesos y procedimientos de los Servicios / Unidades Neonatales en los Establecimientos de Salud de acuerdo al nivel atención y complejidad a través de una Red Neonatal eficiente del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

II. FINALIDAD:

Fortalecer y desarrollar el funcionamiento de las Unidades Neonatales, garantizando la calidad y oportunidad de las prestaciones de salud a los recién nacidos sanos, de riesgo y en estado crítico, en todos los niveles de atención, promoviendo el uso eficiente de los recursos.

III. BASE LEGAL:

1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud –ESSALUD- y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Reglamento Decreto Supremo N° 009-97-SA; D. S. N° 001-98-SA; Ampliatorias y Complementarias.
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud y Reglamento de Ley N° 27604.
4. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias a los Servicios de Salud.
5. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA
6. Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de Lactarios en las instituciones del Sector Público y del Sector Privado Promoviendo la Lactancia Materna.
7. Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
8. Decreto Supremo N°003-2008-SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la desnutrición Crónica Infantil y Salud Materna Neonatal
9. Resolución Ministerial N° 997-2014/MINSA, que aprueba el documento técnico Plan Nacional “Bienvenidos a la Vida”.
10. Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba 13 Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos de Neonatología
11. Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NT N° 106-MINSA / DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”.
12. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/dGSP-V.01 para la Atención Integral de Salud Materna.

13. Resolución Ministerial N° 539-2009/MINSA, que aprobó la NT N° 031-MINSA / DGSP-V.01: " Documento Técnico: Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Usos de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales"
14. Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 078-MINSA/DEE-V01 que establece el Sub Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
15. Resolución Ministerial N° 2007-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal"
16. Resolución Ministerial N° 569-2006/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad
17. Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA / DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales, en los establecimientos de salud".
18. Resolución Ministerial N° 489/2005 –MINSA, que aprobó la NT N° 031-MINSA / DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".
19. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014, del 09.05.2014, que aprueba la Directiva N° 05-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud- ESSALUD.
20. Resolución de Gerencia General N° 1261 –GG-ESSALUD -2013, que aprobó la Directiva N° 013–GG-ESSALUD-2013, "Normas para la Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas en ESSALUD".
21. Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD -2013 que aprueba la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2012. "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social- ESSALUD".
22. Resolución de Gerencia General N° 210-GG-ESSALUD -2012 que aprueba la Directiva N° 003-GG-ESSALUD-2012. "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencia de ESSALUD".
23. Resolución de Gerencia General N° 464-GG-ESSALUD -2011 que aprueba la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011. "Normativa para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
24. Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011, que aprobó la Directiva N° 28 – GG - EsSalud-2011, "Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y Órganos Desconcentrados del Seguro Social de salud-ESSALUD".
25. Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento N° 034-GCAS- ESSALUD-2011. Establecen que la cobertura de los derechos habientes hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo afiliado al Seguro Regular y al Seguro de Salud Agrario, comprende las prestaciones de salud por maternidad y sus diagnósticos relacionados.
26. Resolución de Gerencia General N° 232 GG-ESSALUD-2010, que aprueba la Directiva N° 005 GG-ESSALUD-2010, "Normativa de uso del Petitorio Farmacológico de EsSalud".
27. Resolución de Gerencia General N° 855 GG-ESSALUD-2009, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Directiva N° 002 GG-ESSALUD-2009 "Normas para elaborar la Programación Asistencial de los Trabajadores de Salud

Profesionales y no Profesionales en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD”.

28. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 59–GCPS-ESSALUD-2012, que aprobó la Directiva N° 02-GCPS-ESSALUD-2012, “Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud”.
29. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 27–GCPS-ESSALUD-2008, que aprobó la Directiva N° 02-GCPS-ESSALUD-2008, “Programa Nacional de Prevención de la Ceguera Infantil por Retinopatía de la Prematuridad-ROP”.
30. Resolución de Gerencia de División de Prestaciones de Salud N° 044 –GDP-ESSALUD-2006, que aprobó la Directiva N°007 -GDP-ESSALUD-2006, “Norma para la detección y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas – Tamizaje Neonatal “.
31. Resolución de Gerencia General N° 1021-GG-EsSalud-2002; que aprobó la Directiva N° 010-GG-EsSalud-2002, “Normas para la Implementación y Funcionamiento de las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos e Intermedios en EsSalud”.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Directiva es de aplicación a nivel nacional en los Hospitales de las Redes Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD, que cuenten con Unidades y / Servicios donde se brinde atención al recién nacido, así como en instituciones privadas y públicas que cuenten con convenio o /contratos de intercambio prestacional.

V. RESPONSABILIDAD:

Son responsables de dar cumplimiento de la normativa e implantación de las disposiciones y de su ejecución:

- Gerente Central de Prestaciones de Salud
- Gerente Central de Recursos Humanos
- Gerente Central de Finanzas
- Gerente Central de Logística
- Gerentes/ Directores de Red Asistencial, Instituto Especializado.
- Coordinador de Prestaciones y Atención Primaria de Red Asistencial.
- Gerente / Director o Médico responsable de Centro Asistencial.
- Jefe de la Oficina de Administración de Red Asistencial.
- Jefe de Departamento / Jefe de Servicio Asistencial.

De la implementación, ejecución, supervisión y su cumplimiento:

- Gerente Prestaciones Hospitalarias
- Gerente de Operaciones de Salud
- Jefe de la Oficina de Recursos Médicos

- Gerente de Control de Prestaciones de Salud
- Gerente / Sub- Gerente / Oficina de Coordinación de Prestaciones de Salud
- Gerentes/ Directores de Redes Asistenciales
- Gerente / Dirección de Hospitales Base de Red Asistencial
- Jefe de Departamento y/o Servicio Pediatría, Neonatología, Materno Infantil.
- Jefe de Departamento/ Servicio de enfermería

VI. DISPOSICIONES.-

6.1. DISPOSICIONES GENERALES:

6.1.1 Las Unidades Neonatales se establecen de acuerdo a los siguientes criterios:

- a. Número de nacimientos al año en el establecimiento de salud.
- b. Accesibilidad geográfica
- c. Capacidad instalada para brindar el servicio en la Red Asistencial.

6.1.2 Las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos e Intermedios, deben funcionar las 24 horas del día durante los 365 días del año.

6.1.3 Los Centros Asistenciales que de acuerdo a los precitados criterios, cuenten con una Unidad Neonatal de Cuidados: Básicos, Esenciales o Especializados, tendrá un responsable de su organización y funcionamiento.

6.1.4 Las Unidades Neonatales, se adscriben al Servicio o Departamento Asistencial donde mejor puedan cumplir con los estándares establecidos en el presente documento.

6.1.5 Todos los Recién Nacidos de las Unidades Neonatales deben estar reportados en el registro informatizado del Sistema de Vigilancia Perinatal (SVP).

6.1.6 Las Unidades Neonatales deben asegurar la continuidad asistencial de la madre y del RN después del alta (CAS de seguimiento).

6.1.7 Todo paciente RN hospitalizado que ha superado las 44 semanas de edad corregidas debe ser derivado a los Servicios de Pediatría por haber superado el periodo neonatal y corresponde al paciente crónico pediátrico.

6.1.8 Las Unidades Neonatales pueden organizarse como:

- a.- Unidad Neonatal de Cuidados Básicos
- b.- Unidad Neonatal de Cuidados de Mediana Complejidad o Intermedios
- c.- Unidad Neonatal de Cuidados Especializados o Intensivos.

i.- Unidad Neonatal de Cuidados Básicos.-

Se encuentran ubicadas en las Unidades Productoras de Medicina /Pediatría de Hospitales con **menos de 1,000** recién nacidos (RN) Vivos y/o en hospitales

ubicados en zonas geográficas aisladas y/o distantes a hospitales de mayor complejidad.

Estas unidades serán manejadas por el médico pediatra con capacitación en neonatología y enfermera con experiencia no menor de seis meses en un servicio de neonatología o pediatría. Anexo N° 1

Debe haber 4 cupos de cunas tipo bacinete y una incubadora de transporte.

Oferta de Prestaciones:

- Atención del RN con patología de baja complejidad, cuidados básicos y manejo (termorregulación, fototerapia, glicemias límites, tamizaje Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis fibroquística, galactosemia, catarata congénita, hipoacusia).
- Mayor de 36 semanas de edad gestacional estables.
- Reanimación inmediata y estabilización del recién nacido con patologías, en espera de traslado.
- Capacidad para referir y contrarreferir al recién nacido.
- Asegurar la continuidad asistencial de la madre y del RN después del alta (CAS de seguimiento).
- Manejo del neonato con hiperbilirrubinemia (ictericia no complicada no hemolítica), con valores en ascenso que amerita fototerapia.
- Pacientes en preparación para ser dados de alta que no cumplen criterios de cuidado intermedio.

ii.- Unidad Neonatal de Cuidados de Mediana Complejidad / Esenciales/ Intermedios

Se encuentran ubicadas en los Servicios de Medicina /Pediatría de los Hospitales con más de **1, 000 recién nacidos vivos**, que ofrezcan apoyo de ventilación mecánica convencional y con posibilidad para la resolución de problemas quirúrgicos

Estas unidades serán manejadas por médico especialista en Neonatología / Médico Pediatra con capacitación en neonatología, enfermera con experiencia no menor de seis meses en un servicio de pediatría o neonatología. Anexo N° 1

- Debe tener 4 a 6 cupos de incubadoras para intermedios y 1 cupo UCI por cada 1000 RN vivos

Oferta de Prestaciones:

Atención de RN vivo con patologías de mediana complejidad, es decir con problemas que se espera se resuelvan rápidamente, que pueden ser atendidos por médicos pediatras capacitados o neonatólogos y enfermeras capacitadas en neonatología. (anexo 2)

- Atención a los RN con patologías tales como:

- Prematuros ≥ 34 semanas de edad gestacional ó $\geq 1,800$ gramos de peso al nacer con estabilidad hemodinámica y metabólica y paciente estable procedente de UCI.
- Manejo de trastornos metabólicos o hidroelectrolíticos no severos que no reúnan los criterios para ser atendidos en UCI.
- Suministro de alimentación enteral por sonda gástrica o duodenal.
- Monitoreo metabólico frecuente por glucometrías y/o toma de muestras sanguíneas en pacientes clínicamente estables.
- Pacientes postquirúrgicos luego de estabilidad clínica.
- Recién nacido pre término en recuperación nutricional hasta cuando alcance los 1800 gr.
- Cirujías menores a recién nacidos.
- Neumopatía crónica estable. (ganancia de peso, saturaciones estables, $FiO_2 < 30\%$).
- Sepsis Neonatal Asintomática luego de estabilización clínica, hasta completar tratamiento antibiótico.

- Recepción de recién nacidos de las unidades básicas neonatales.
- Estabilizar recién nacidos menos 1,800 gramos de peso al nacer y menos de 34 semanas y derivarlo a EESS de mayor complejidad.
- Atención de pacientes estables procedentes de Unidades Cuidados Intensivos (UCI), Emergencia, referidos de otros EESS.
- Recién nacidos con necesidad de oxigenoterapia, CPAP (fase I y II).
- Recién nacidos con necesidad de ventilación mecánica convencional mientras se estabiliza y espera su traslado a EESS de mayor complejidad.
- Exsanguíneo transfusión.

iii.- Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos / Especializados

Se encuentran ubicadas en el Servicio de Neonatología de Hospitales de mayor capacidad resolutive que cuenten con especialidades o sub especialidades pediátricas y más de 3,000 RN vivos. Estas unidades serán manejadas por médico especialista en Neonatología / excepcionalmente Médico Pediatra con capacitación en neonatología y enfermera con sub especialidad en neonatología. (Anexo N° 1)

Oferta de Prestaciones:

- Lo que corresponde al nivel de mediana complejidad.
- Atención neonatal a prematuros < 34 semanas de edad gestacional ó $< 1,800$ gramos de peso al nacer.
- RN con necesidad de ventilación mecánica convencional.
- RN con anomalías congénitas mayores que requiere especialista.

- Atención a RN con problemas quirúrgicos y la posibilidad de realizar procedimientos más complejos como drenaje pleural, cateterismo umbilical y/o central percutáneo.
- Posibilidad de realizar cirugía neonatal en hospitales que dispongan de servicios de Cirugía pediátrica dentro del mismo hospital
- Suministro de alimentación parenteral.
- Brindar soporte a las unidades de cuidados básico y mediana complejidad de los hospitales.

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.-

6.2.1 Infraestructura

6.2.1.1 Las Unidades Neonatales, deben ubicarse cerca de los Servicios Perinatales (Salas de partos y centro quirúrgico), con fácil accesibilidad a ascensores y medios de ayuda al diagnóstico y estar separadas de las áreas de mayor tráfico hospitalario. Esto permitirá el acceso rápido del personal y una mínima movilización de los pacientes cuando haya necesidad de transportarlos a otro lugar.

6.2.1.2 La capacidad de las Unidades Neonatales está determinada por la demanda en el EESS y de la Red a la que proporciona el servicio, además de la accesibilidad del lugar.

6.2.1.3 Las Unidades de Cuidados Neonatales, deben tener el espacio mínimo para proveer un ambiente individualizado para el paciente y su familia. Este espacio puede ser ampliado de acuerdo a la complejidad de los servicios prestados; circulación de equipos portátiles de rayos x, ecógrafo, procedimientos especiales, etc.

6.2.1.4 Estos criterios aplicados derivan en lo siguiente:

- Un cupo de cuidados intensivos por cada 1000 nacimientos al año en la Red Asistencial y se ubicaran en el hospital base de Red.
- Cuatro cupos de cuidados intermedios por cada cupo de cuidados Intensivos Neonatales que serán distribuidos en los EESS y hospital base de la Red.
- Esta capacidad será incrementada de forma progresiva en razón del número de neonatos referidos de otros EESS de la Red Asistencial.
- El área total de las unidades neonatales de cuidados intensivos e intermedios, es la sumatoria del área destinada a los pacientes propiamente, más las áreas complementarias.
- El espacio mínimo es de 9 – 11 mtrs² por cada cupo de Cuidados Intensivos.
- El espacio mínimo es de 4 – 6 mtrs² por cada cupo de Cuidados Intermedios.



- La distancia entre cunas debe ser como mínimo de 1 metro por lado, 1,2 m en incubadoras de nivel intermedio y esta distancia aumenta a 1,5 m por lado en caso de cupos de intensivo.
- Pasillo central que varía según estándares entre 1.2-1.8 y 2.4 metros, (este último en cuidados intensivos), espacio suficiente para acceder al cuidado del neonato al menos por tres lados.
- Las Unidades deben tener espacio mínimo para proveer un ambiente individualizado para el paciente y su familia, el mismo que puede ser ampliado de acuerdo a la complejidad de los servicios prestados: rayos X, ecografía, procedimientos especiales etc.
- Además se debe minimizar la circulación de personas entre cunas y/o incubadoras.

Para el lavado

- El área del lavado de manos debe estar localizada a la entrada de las unidades neonatales.
- Dentro de las unidades debe existir como mínimo un lavatorio por cada 6 cupos, así como grifos con cuello de cisne, control de codos y rodilla o sensor.
- Los lavatorios deben estar a una distancia no mayor de 7 metros de cada paciente. El tamaño mínimo del lavatorio debe ser 60 ancho x40 largo y 25-30cm de profundidad.
- Debe haber un espacio suficiente para colocar los dispensadores de jabón y toallas de papel desechable. (No es recomendable el uso del secado de manos con flujos de aire caliente).

Áreas Complementarias:

a) Para entrada y recepción.-

La planta física debe contar con un ambiente que sirva para dar la bienvenida a los familiares, esta área es importante porque favorece el contacto inmediato y adecuado con los padres, ofreciéndoles la oportunidad de estar cerca de su hijo/a y seguir su evolución. Con resultados favorables demostrados (producción de leche materna, alta en menor tiempo, seguridad en el manejo post alta del niño, etc). Y por ende en beneficio del cuidado centrado en la familia.

El ambiente debe contar con servicios higiénicos.

b) De soporte

- Área limpia: Almacenamiento de material que se utiliza diariamente en la Unidad, tal como insumos, medicamentos, pañales, etc.
- Área sucia: Almacenamiento de material contaminado y desechos.

c) De transición e informe

- Es un ambiente adjunto a la Unidad, cuyo propósito es el de dar un lugar de espera a los padres, familiares y al paciente antes de irse a su casa.

- Debe ser un espacio que brinde privacidad para permitir reuniones e informes confidenciales entre el personal médico y los familiares.

d) Sala de reuniones

- Debe satisfacer las necesidades administrativas, profesionales de los médicos y enfermeras de la Unidad.
- Esta área debe incluir: sala de estar, biblioteca, equipos de cómputo, proyector.

e) Para los Servicios de Soporte

- Espacio adecuado para las actividades de los terapeutas respiratorios, radiología, laboratorio y otros servicios que participen en el funcionamiento de la Unidad.

g) Otros Espacios

- Espacio para los administradores (Jefe de Neonatología, Jefe de Enfermería y secretaria).
- Áreas para la lactancia, nutrición.
- Cada cupo debe estar provisto de los siguientes módulos aéreos:

TIPO DE SERVICIO	TOMAS PARA ELECTRICIDAD (*) POR CUPO	TOMAS PARA GASES: AIRE POR CUPO	TOMA PARA GASES: OXIGENO POR CUPO	TOMAS PARA ASPIRACIÓN POR CUPO
Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos	14	2	3	2-3
Unidad Neonatal de Cuidados Intermedios	10	1	1	1
Unidad de Cuidados Neonatales Básicos	08	1	1	1

*La mitad de las tomas para electricidad deben estar conectadas a un grupo electrógeno

Condiciones Ambientales

El paciente recién nacido tiene labilidades/vulnerabilidades específicas que determinan que requiera condiciones ambientales especiales. Estas condiciones están referidas al ruido, temperatura, humedad e iluminación.

Temperatura y Humedad

La temperatura del aire debe ser de 22 a 26 ° C, humedad relativa de 30 a 60 %,

la filtración de aire debe tener una eficiencia de 90%. Evitar condensación de las paredes y ventanas.

Iluminación

En el área de pacientes, la iluminación debe ser natural, disponiendo el alumbrado artificial de varios tipos de iluminación y con capacidad para atenuarse por la noche, todos los cupos deben tener alumbrado individual, se recomienda iluminación indirecta, y su intensidad ajustable entre 10 a 600lux.

La intensidad de la luz natural y artificial debe ser controlable.

El espectro de luz debe ser balanceado para apreciar los cambios de color de la piel de los neonatos.

Dentro de otros aspectos de iluminación se debe considerar lo siguiente:

- La intensidad de la iluminación para procedimientos debe ser independiente y estar en un rango de 1500 a 2000 lux.
- Iluminación adecuada en las áreas de soporte.
- Una fuente de luz natural es indispensable.
- Las ventanas externas deben ser opacas, estar localizadas a más de 60 cm de las incubadoras, provista de panel de doble vidrio o una cubierta aislante para minimizar las pérdidas o ganancias de calor.

Puertas y ventanas

Las puertas deben ser lo suficientemente grandes de 1.2m de ancho por 2 m. de alto sin mecanismos de bloqueo.

A menor número de ventanas abiertas al exterior haya, más fácil será el control térmico. No debe utilizarse material de difícil limpieza

Control de ruido

La intensidad del ruido debe mantenerse por debajo de los 50-55 decibeles y los sonidos transitorios no deben excederse a los 70 decibeles.

Se debe usar material absorbente en los cielorrasos y zonas donde el revestimiento sea posible.

Techo, suelo y paredes:

La superficie del techo, suelo y paredes debe ser fácil de limpiar para evitar crecimiento bacteriano y resistir el uso de químicos. Las pinturas lavables, cubiertas de vinilo, no tóxicos, material durable y propiedades acústicas (resguardar del ruido, sonidos).

Seguridad:

La unidad debe estar diseñada bajo un programa de seguridad para proteger la seguridad física de los recién nacidos, su familia y miembros del equipo de salud. Las necesidades de seguridad deben ser balanceadas con las necesidades de confort y privacidad de las familias.

6.2.2. Recursos humanos

El recurso humano es decisivo en la implementación de las unidades neonatales. es éste el que marca la diferencia en la sobrevivencia y calidad de vida futura de los

pacientes. El personal debe ser calificado, entrenado, estable y con mística en la atención de este tipo de pacientes. El perfil y cálculo del personal asistencial debe ser realizado de acuerdo al Anexo N° 01

6.2.3. Procedimientos en la atención neonatal

La decisión del ingreso del neonato a las unidades neonatales es responsabilidad del médico especialista en neonatología o médico pediatra responsable de la atención, de acuerdo a criterios de ingreso definidos Anexo N° 2

6.2.4. Monitoreo, supervisión, evaluación y asistencia técnica

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 EESS y es de aplicación en los diferentes niveles de atención.

La supervisión debe orientarse a mejorar el desempeño del personal y la calidad de la atención neonatal en los EESS, 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, se realiza utilizando indicadores del SVP Anexo N°3.

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.

6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Seguimiento del recién nacido egresado de las unidades:

- 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 EESS 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 especialista en Neonatología /pediatra / médico de Familia/médico general 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.
- El 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.

- En el caso de neonatos de alto riesgo, el seguimiento debe ser realizado con la participación de un equipo multidisciplinario.

VII. CONCEPTO DE REFERENCIA:

Atención Neonatal en Hospitalización

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

Los EESS 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 UCI Neonatal para recibir cuidado médico y de enfermería permanente, intensivo y oportuno, contando con tecnología de alta complejidad; o en la UCIN Neonatal, si el neonato no es crítico pero presenta patología que requiere recibir permanente atención de salud y monitorización no invasiva, vigilancia y manejo de enfermería.

Unidad de Neonatología:

Es la Unidad Clínica Pediátrica especializada, que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en sala de partos y quirófano. Desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatales:

Es una unidad orgánica (Servicio ó Unidad-UCI), que brinda atención de salud especializada en Neonatología a los pacientes neonatales críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente.

Unidad Cuidados Intermedios de Neonatales:

Es una Unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Neonatología a pacientes neonatales críticamente enfermo en condición de estabilidad, pero que su estado aún reviste gravedad. Proporciona atención que no puede ser brindada en las Unidades de hospitalización común pero no justifica su admisión ó continuidad en Cuidados Intensivos.

Unidad de Cuidados Básicos Neonatales:

Es una Unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en Neonatología a pacientes neonatales inestables o en riesgo.



Cupo:

Es la unidad de medida en neonatología para la disponibilidad de camas complejas/ especiales de la Unidad.

VIII. ANEXOS



ANEXOS

ANEXO N° 1

PERFIL Y CÁLCULO DEL PERSONAL DE ASISTENCIAL

ESTABLECIMIENT O DE SALUD	MEDICO	ENFERMERA	TÉCNICO
HOSPITAL GENERAL II-1	<p>Médico Pediatra/ de Familia ó General con entrenamiento en cuidado Neonatal, por no menos de seis (06) meses.</p> <p>Para pasar visita clínica, entrega de turno, manejo integral de la HHCC, ingreso de información al SVP e informe médico</p> <p>Cuidados Básicos: 30 minutos x paciente</p> <p>Alojamiento conjunto: 15 minutos x paciente</p>	<p>Enfermera con experiencia no menor de seis meses en un servicio de neonatología.</p> <p>Cuidado Básicos: Una x cada 8-10 cupos, durante las 24 horas del día.</p> <p>Alojamiento Conjunto: Una x cada 15-20 Recién Nacidos (RN) durante las 24 horas del día.</p> <p>Tener acreditado y actualizado RCP Neonatal.</p>	<p>Técnico de Enfermería: con experiencia no menor de 6 meses en neonatología/ Pediatría</p> <p>Cuidado Básicos: Uno x cada 10 cupos, durante las 24 horas del día.</p> <p>Alojamiento Conjunto: Uno x cada 20 Recién Nacidos durante las 24 horas del día.</p>
HOSPITAL GENERAL II-2 / ESPECIALIZADO	<p>Médico Neonatólogo/Pediatra con entrenamiento en cuidado Neonatal por no menos de seis (6) meses.</p> <p>Para pasar visita clínica, entrega de turno, manejo integral de la HHCC, ingreso de información al SVP e informe médico</p> <p>Alojamiento conjunto: 15 minutos x paciente</p> <p>Cuidados Básicos: 30 minutos x paciente</p> <p>Cuidados Intermedios: Uno por cada 8 cupos, durante las 24 horas del día. Unidad de Soporte Vital; brinda ventilación mecánica para estabilizar al paciente mientras espera su traslado a EESS de mayor complejidad</p>	<p>Enfermera: Entrenamiento previo en destrezas y competencias específicas de la especialidad:</p> <p>Cuidado Básicos: Una Enfermera x cada 8-10 cupos, durante las 24 horas del día.</p> <p>Alojamiento Conjunto: Una enfermera por cada 15- 20 RN durante las 24 horas del día.</p> <p>Cuidados Intermedios: Una enfermera por cada 06 cupos durante las 24 horas del día.</p> <p>Tener acreditado y actualizado RCP Neonatal.</p>	<p>Alojamiento Conjunto: Uno x cada 20 RN durante las 24 horas del día.</p> <p>Cuidado Básicos Uno x cada 10 cupos durante las 24 horas del día.</p> <p>Cuidados Intermedios: Un técnico de enfermería por cada 6 cupos durante las 24 horas del día.</p>
	<p>Médico especialista en Neonatología / excepcionalmente Pediatra con entrenamiento en cuidado intensivo Neonatal no menor 12 meses, exclusivo para la Unidad.</p> <p>Alojamiento Conjunto: 15 minutos x paciente</p> <p>Cuidados Básicos: 30 minutos x paciente</p>	<p>Alojamiento Conjunto: Una enfermera por cada 15--20 RN en durante las 24 horas del día.</p> <p>Los requerimientos mínimos son los siguientes*:</p> <p>*Cuidados Intensivos: Una enfermera x cada 02 cupos.</p> <p>Cuidados Intermedios: Una enfermera por cada 05 cupos,</p>	<p>01Técnico x cada 04 Pacientes UCI</p> <p>01Técnico x cada 6 Pacientes UCIN</p>

<p>HOSPITAL NACIONAL*</p> <p>III- 1</p>	<p>Cuidados Intermedios (UCIN): Uno x cada 8 cupos durante las 24 horas del día.</p> <p>Cuidados intensivos (UCI): uno x cada 6 cupos durante las 24 horas del día.</p> <p>Un Médico de guardia las 24 horas del día para la asistencia de partos y cesáreas <=3000 nacimientos anuales.</p> <p>Un médico de apoyo durante 12 horas al día* (UCI), si el caso lo requiera.</p> <p>Un responsable del servicio en el turno de mañanas.</p>	<p>durante las 24 horas.</p> <p>* En caso de neonatos extremadamente críticos, se requiere 1 enfermera por cada Recién Nacido.</p> <p>Una enfermera coordinadora de la Unidad x más de 8- 10 con cupos, turno mañana.</p>	
--	--	---	--

PERFIL DEL PERSONAL.-

El paciente RN en estado crítico requiere de una atención especialmente personalizada, de la que depende directamente el resultado en cuanto a sobrevida y calidad de vida futura

Médico: Neonatólogo / Pediatra / Médico General o de Familia deben tener acreditación en reanimación cardiopulmonar neonatal actualizada. El personal médico debe dominar técnicas y procedimientos específicos de la subespecialidad y de cuidados intensivos Neonatales: ventiloterapia, toracocentesis, cateterismo arterial y venoso, nutrición parenteral, entre otras. Así mismo, capacidad para la investigación y docencia: Certificada por trabajos de investigación o docencia ejercida en tópicos de la especialidad.

Enfermera: tener entrenamiento previo en destrezas y competencias específicas de la especialidad, una pasantía no menor de seis (6) meses en un servicio donde se realice un programa formal de capacitación y demuestre haber adquirido las destrezas y competencias mínimas necesarias, acreditación en RCP Neonatal y tenerlo actualizado.

* Para laborar en las Unidades de Neonatología en un Establecimiento de Salud del III nivel de atención, debe acreditar estudios en Enfermería en neonatología con mención en neonato crítico y demuestre haber adquirido las destrezas y competencias mínimas necesarias, manejo del niño menor de 1500 grs, manejo del niño con ventilación mecánica, , colocación de catéteres venosos periféricos y centrales, manejo y calibración de equipamiento biomédico, manejo y mantenimiento de equipos de termorregulación, manejo y prevención de Retinopatía de la Prematuridad (ROP), terapia respiratoria.

De la enfermera Coordinadora de la Unidad: Debe ser designada de entre las enfermeras asistenciales, teniendo en cuenta su capacidad docente, su experiencia asistencial y su liderazgo.

Coordinador de Unidad de Neonatología:

Neonatólogo /Pediatra con más de 5 años de experiencia en una Unidad

ANEXO N°2

CRITERIOS DE INGRESO PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES

Pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

RN con 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 inestable.



CRITERIOS DE INGRESO PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

RN con Síndrome de Dificultad Respiratoria agudo que requiere oxigenoterapia con FiO_2 mayor o igual a 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.



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. 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. 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.
- 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.



ANEXO N° 3

EQUIPAMIENTO DE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA						
EQUIPAMIENTO EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA	UNIDAD BASICA	UNIDAD INTERMEDIOS	UNIDAD INTENSIVOS	SALA DE PARTOS POR CADA CUPO DE REANIMACION	LACTARIO	ALOJAMIENTO CONJUNTO
No DE CUPOS DISPONIBLES POR CADA 1000	CUPOS CUIDADOS BASICOS	4-6 CUIDADOS ESPECIALES O INTERMEDIOS	1 CUPO CUIDADOS INTENSIVOS	1 - 2 CUPOS		
ANALIZADOR DE GASES SANGUINEOS, PH, ELECTROLITOS, HEMATOCRITO, GLUCOSA, BILIRRUBINA	LABORATORIO CENTRAL	LABORATORIO CENTRAL (resultados en 20 mint)	1 X UNIDAD PORTATIL Y LABORATORIO CENTRAL			
BALANZA ELECTRONICA DIGITAL GRAMO A GRAMO	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 5 A 6 CUPOS	1 X CADA 3 A 4 CUPOS	1 POR UNIDAD		1 POR UNIDAD
BASE CALECFACOR PARA OXIGENOTERAPIA PARA OXIHOOD- CASCO CEFALICO		1 POR CADA 2 CUPOS	1 POR CADA 3 CUPOS			
BILIRRUBINOMETRO TRANSCUTANEO	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			1 POR UNIDAD
BOLSA DE REANIMACION AUTOINFLABLE	2 POR UNIDAD	1 POR CADA 2 CUPOS	1 POR CUPO	1-2 POR CADA CUPO		1 POR UNIDAD
BOMBAS DE INFUSION INTRAVENOSA PERISTALTICAS O VOLUMETRICAS	1 POR CADA 4 CUPOS	1 A 2 POR CADA CUPO	6-8 POR CADA CUPO			
BOMBAS EXTRACTORAS DE LECHE					1 POR CADA 3 CUPOS DE HOSPITALIZACION	
CALENTADOR DE BIBERONES TERMOREGULADO	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			1 POR UNIDAD
CALENTADOR DE FLUIDOS		1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			
CAPNOGRAFO NASAL			1 POR CADA 4 CUPOS			
COCHE DE CURACION DE MATERIAL ACERO	1 POR CADA 4 - 6 CUPOS	1 POR CADA 4- 6 CUPOS	1 POR CADA 3 CUPOS			1 POR CADA 4 - 6 CUPOS
COCHE DE PARO CARDIORESPIRATORIO	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			1 POR UNIDAD
COLCHON DE AIRE TERMOREGULADO	1 POR UNIDAD	2 POR UNIDAD	2 POR UNIDAD			
CUNAS TIPO BACINETE CON CAJONES	70%	20%		2 X CADA 1000 NACIMIENTO		1 POR CUPO
DESFIBRILADOR CON PLACAS NEONATALES	DISPONIBLE	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			
ECOGRAFO - ECOCARDIOGRAFO DOPPLER COLOR CON 2 TRANSDUCTOR NEONATAL	DISPONIBLE	DISPONIBLE	1 POR UNIDAD			
ELECTROCARDIOGRAFO CON PLACAS NEONATALES Y PRECORDIALES SIN SUCCION	DISPONIBLE	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			
ELECTROENCEFALOGRAFO		DISPONIBLE	DISPONIBLE			
EQUIPO DE FOTOTERAPIA LED	1 POR CADA 3 CUPOS	1 POR CADA 3 CUPOS	1 POR CADA 2 CUPOS			
EQUIPO DE RAYOS PORTATIL DIGITAL	DISPONIBLE	DISPONIBLE	1 POR UNIDAD			
EQUIPO DE TAMIZAJE AUDITIVO- EMISIONES OTOACUSTICAS	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD			1 POR UNIDAD
ESTETOSCOPIO NEONATAL	1 POR CADA CUPO	1 POR CADA CUPO	1 POR CADA CUPO			1 POR CADA 10
FLUJOMETRO	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 3 CUPOS	1 POR CUPO			
GLUCOMETRO	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 6 CUPOS	1 POR CADA 6 CUPOS	1 POR UNIDAD		1 POR UNIDAD



HOSPITAL GENERAL DE ES SALUD
 Dr. L. J. P. L. L.
 Gerente



HOSPITAL GENERAL DE ES SALUD
 Dr. J. Medina
 Gerente

INCUBADORA DE CUIDADOS INTENSIVOS:			70%		
INCUBADORA DE TRANSPORTE BASICA PARA TRANSPORTE LOCAL O DE BAJA COMPLEJIDAD	1 POR UNIDAD	2 POR UNIDAD	3 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD
INCUBADORA DE TRANSPORTE CON VENTILADOR NEONATAL DE TRANSPORTE, 2 BOMBAS DE INFUSION Y MONITOR DE SIGNOS VITALES DE 5 PARAMETROS; TODOS LOS EQUIPOS CON AUTOMIA		1 POR UNIDAD	2 POR UNIDAD		
INCUBADORAS ABIERTA DE CALOR RADIANTE SERVOCONTROL		10%	30%		
INCUBADORAS ABIERTA DE CALOR RADIANTE SERVOCONTROL ATENCION DEL RN				2 X CADA 1000 NACIMIENTOS QUE INCLUYA REANIMADOR NEONATAL CIRCUITO EN T, APGAR TIME, BALANZA INTEGRADA, BLENDER	
INCUBADORAS ESTANDAR	30%	70%			
JERINGA PERFUSORA		1 POR CADA CUPO	4 - 5 POR CADA CUPO		
LAMPARA DE PROCEDIMIENTOS LED	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 6 CUPOS	1 POR CADA 3 A 4 CUPOS		
LARINGOSCOPIO CON HOJAS NEONATALES	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 6 CUPOS	1 POR CADA 3 CUPOS	2 X CADA 1000 NACIMIENTOS	1 POR UNIDAD
MARCAPASO EXTERNO			DISPONIBLE		
MASCARRILLA LARINGEA NEONATAL	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		1 POR UNIDAD
NEGATOSCOPIO LED	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		1 POR UNIDAD
MEZCLADOR DE AIRE-OXGENO (BLENDER)	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 2 CUPOS	1 POR CUPO		
MICROFLUJOMETROS		30% DE LOS CUPOS	60% DE LOS CUPOS		
MONITOR DE FUNCION CEREBRAL			1 POR CADA 3 CUPOS		
MONITOR DE SIGNOS VITALES 5 PARAMETROS: FC, FR, T, PA, SAT, APNEA	1 POR LA UNIDAD	1 POR CUPO		1 POR UNIDAD	
MONITOR DE SIGNOS VITALES 7 PARAMETROS: FC,FR, T, PA, SAT, APNEA; TA INVASIVA 2 CANALES, CO2tcp Y O2tcp, GASTO CARDIACO			1 POR CUPO		
MONITOR FIO2 - ANALIZADOR DE O2 AMBIEN	2 POR UNIDAD	1 POR CADA 2 CUPOS	1 POR CUPO		
NEBULIZADOR ULTRASONICO	1 POR UNIDAD	1 POR CADA 8 A 12 CUPOS	1 POR CADA 4 CUPOS		
OXHOOD - CASCOS CEFALICOS 3 TAMAÑOS	1 JUEGO POR UNIDAD	1 JUEGO POR CADA 3 CUPOS	1 JUEGO POR CADA 2 CUPOS		
OXIMETRO DE PULSO	50% DE LOS CUPOS	1 POR CUPO	1 POR CUPO	2 X CADA 1000 NACIMIENTOS	2 POR UNIDAD
OFALMOSCOPIO (OTO-OFTALMOCOPIO)	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		1 POR UNIDAD
ORTASUEROS	1 POR CADA CUPO	1 POR CADA CUPO	3 POR CADA CUPO		
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS, VISUALES Y SOMATOSENSORIALES		OPCIONAL	DISPONIBLE		OPCIONAL
REFRIGERADOR PARA MEDICAMENTOS	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD EXCLUS	
RELOJ DIGITAL	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 X CADA CUPO DE REANIM	1 POR UNIDAD
SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO Y CALEFACCION CON FLUJO DE AIRE DIRECTO E INVERTIDO		1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		
SISTEMA DE MEMBRANA EXTRACOPOREA			DISPONIBLE		
SISTEMA DE OXIDO NITRICO			1 POR CADA 4 CUPOS		
SISTEMA DE PRESSION CONTINUA DE LAS VIAS AEREAS (CPAP)	1 POR UNIDAD	1 POR CADA CUPO	1 POR CUPO		
TALLIMETRO				2 X CADA 1000 NACIMIENTOS	1 POR UNIDAD
VENTILADOR NEONATAL + ALTA FRECUENCIA			1 POR CADA 4 CUPOS		
VENTILADOR NEONATAL CON PANTALLA DE CURVAS RESPIRATORIAS		1 POR UNIDAD	1 POR CUPO		
TRANSILUMINADOR NEONATAL		1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		
CANALIZACION EV	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		
Oftalmoscopio Indirecto	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		
Lupa 20 dioptrias		1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		
Lupa 28 dioptrias		1 POR UNIDAD	1 POR UNIDAD		

COLEGIO DE PRESTACIONES
VAFED
Dr. L. LOPEZ L.
Gerente

INSTANCIAS PRIMARIAS
VPB
Dr. J. Medina V.
Gerente

DE LOS SERVICIOS DE APOYO

Las Unidades Neonatales de Cuidados Intermedios deben implementarse donde exista servicio de rayos X portátil y laboratorio con micro técnicas y gasometría las 24 horas del día.

Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos, deben implementarse en lugares donde exista, además de lo anterior, ecografía neonatal y apoyo multidisciplinario en neurología, oftalmología, cardiología, cirugía pediátrica etc...

ANEXO N°4

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 cardíaca, 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 cardíacos fetales alterados
- Uso de anestesia general en la madre
- Hipertonía uterina
- Líquido 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 N°5

INDICADORES

Indicadores de proceso: SVP

- Proporción de neonatos que requieren reanimación en atención inmediata.
- Proporción de neonatos que requieren referencia por presentar complicaciones
- Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (peso < 2500 g)

Indicadores de resultado: SVP

- 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 dificultad respiratoria
- Mortalidad neonatal por malformaciones congénitas
- Mortalidad neonatal en recién nacidos de bajo peso
- Mortalidad neonatal por sepsis.
- Mortalidad neonatal por hipoxia perinatal.

Fuente : Sistema de Vigilancia Perinatal.

Responsable: Profesionales de la Salud (Médico, Enfermera, Obstetriz).

Periodo de Evaluación: Trimestral



INDICADORES Y ESTÁNDARES

INDICADOR	ESTÁNDAR
Mortalidad Neonatal Precoz	4.5
-Mortalidad Neonatal Tardía	1
-Mortalidad Post Neonatal	3.5
Mortalidad Fetal Tardía	9.8
-Mortalidad Perinatal	14.3
Índice de bajo Peso al Nacer	8.5
Índice de Cesáreas	15

Tasa por 1000 Nacidos Vivos

CAUSAS DE MORTALIDAD	ESTÁNDAR
ASFIXIA	0.7
MEMBRANA HIALINA	0.5
DIFICULTAD RESPIRATORIA	0.4
SEPSIS	0.4
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	2
INMADUREZ	0.3
TRAUMA AL NACER	0.1



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Revista Chilena de Pediatría 2009; 80(2):168,187
Recomendaciones de Organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología.
- 2.- An Pediatr (Barc) 2004; 60(1):56-64
Niveles Asistenciales y Recomendaciones de mínimos para la Atención Neonatal.
- 3.- An Pediatr (Barc) 2007; 67(6):594-602
Revisión de los Estándares y Recomendaciones para el Diseño de una Unidad de Neonatología.
- 4.- An Pediatr (Barc) 2013; 79(1):51e1 – 51e 11
Niveles Asistenciales y Recomendaciones de mínimos para la Atención Neonatal.
- 5.- Robert D. White, MD, Chair January 26-2012 Clearwater, Beach, FL
Report of the Eighth Census Conference on Newborn ICU Design Committee to Establish Recomend Standards for Newborn ICU design.
6. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2013. Programa para evaluar servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología.

