

Dependencia:
Unidad de Desarrollo Institucional



COD
NTAS-001

Versión
0.0

Aprobación
Febrero 2023

Sección Normalización

Norma Técnica y Administrativa

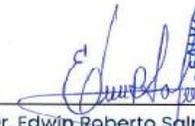
**Funcionamiento de las
maternidades del ISSS en la
atención al recién nacido**

NTA

AUTORIZADO

REVISADO

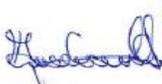
APROBADO

F. 
Dr. Edwin Roberto Salmerón

Gerente de Salud


Licda. Rosa Alba Quintana

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

F. 
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR



Contenido

- Portada
- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Disposiciones generales
- VII. Disposiciones Específicas
 - Relacionadas al personal que brinda atención al recién nacido
 - Relacionadas al ingreso de recién nacidos a alojamiento conjunto
 - Relacionadas al ingreso a los servicios de neonatología y al traslado intrahospitalario
 - Relacionadas al ingreso de recién nacidos a los servicios de neonatología proveniente de otros centros de atención
 - Relacionadas a las solicitud y dispensación de medicamentos
 - Relacionadas a la limpieza en los servicios de Neonatología
 - Relacionadas al proceso de atención del recién nacido en la emergencia de los hospitales de ISSS
 - Relacionadas al traslado de neonatos en condiciones críticas hacia hospitales que cuenten con UCIN
 - Relacionadas a la visita en los servicios neonatales
 - Relacionadas al alta del recién nacido
 - Relacionadas a la estrategia de Calostroterapia
 - Relacionadas a la estrategia canguro
- VIII. Responsabilidades en la normativa
- IX. Registros y formularios utilizados en el proceso.
- X. Personal que participó en la formulacion del documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Anexos
- XIII. Registro de Adendas



I. Propósito

Estandarizar el funcionamiento de las maternidades del ISSS en la atención del recién nacido sano y con patologías que ameriten cuidados especiales, determinando criterios que promueven el alojamiento conjunto al nacimiento y la atención oportuna fortaleciendo así las condiciones para su adaptación inmediata a la vida extrauterina.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Ley de Procedimientos Administrativos. (LPA).
- Ley de Mejora Regulatoria. (LMR).
- Acuerdo Dirección General N° 2008-01-0026:
Oficialización y cumplimiento obligatorio de los documentos técnicos creados, modificados o actualizados por el Departamento de Desarrollo Institucional.
- Ley del Seguro Social.
- Ley Nacer con Cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido.
- Protocolo de asistencia para los períodos preconcepcional, prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo perinatal.
- Lineamiento técnico para la implementación y Operativización de la estrategia de calostroterapia.

III. Alcance

La presente normativa es de aplicación obligatoria para todo el personal en la atención del recién nacido:

- Servicio de ginecobstetricia.
- Servicio de cuidados mínimos neonatales.
- Servicio de cuidados intermedios neonatales.
- Servicio de cuidados intensivos neonatales.
- Servicio de emergencia pediátrica.



IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento, sustituyendo la "Normativa de funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales del hospital materno infantil 1º de mayo enero 2013.

V. Definiciones

- **Calostroterapia:** Técnica dirigida a recién nacidos prematuros con muy bajo peso que por alguna condición no puedan ser alimentados con el seno materno, que consiste en la administración de calostro como terapia inmune en los primeros 5 días de vida.
- **Estrategia canguro:** Alternativa de cuidado del prematuro estable, que favorece la termorregulación, crecimiento adecuado con una lactancia materna exclusiva y el vínculo afectivo padres neonatos.
- **Alojamiento conjunto:** contacto inmediato y permanente del recién nacido con su madre, iniciando desde su nacimiento, el contacto piel a piel y manteniéndola durante toda su estadía en el centro asistencial.
- **Parto extrahospitalario:** todo recién nacido que su nacimiento se presentó de forma inesperada, en condiciones no del todo adecuadas y el parto no fue asistido en ningún centro de atención.
- **Neonato externo:** Todo recién nacido de término de 0 a 28 días de vida o recién nacido prematuro desde su nacimiento hasta 44 semanas de edad corregida posnatal que amerite ingreso según evaluación médica, posterior a las 72 horas de haber sido dado de alta o haber verificado parto extrahospitalario.

VI. Disposiciones generales

1. A todo recién nacido (RN) debe brindársele una atención postnatal donde se incluya una evaluación física completa, se mantendrá el contacto piel a piel con la madre y recibirá cuidados inmediatos según las directrices nacionales vigentes.
2. Se debe vigilar durante la atención postnatal las complicaciones que requieren tratamiento y cuidados adicionales según sea necesario.



VII. Disposiciones Específicas

1. El personal de salud de las maternidades del ISSS debe cumplir las normativas nacionales e institucionales vigentes relacionadas a la atención del recién nacido y las relacionadas a las medidas de bioseguridad y prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
2. Todo recién nacido hijo de un derechohabiente activo debe ser evaluado clínicamente por el médico neonatólogo/pediatra encargado al nacer y decidir si puede ingresar en alojamiento conjunto, a un servicio de neonatología o si necesita ser referido a otro nivel de atención.
3. Las maternidades del ISSS se brindará atención:
 - Recién nacido sano.
 - Recién nacido con factores de riesgo.
 - Recién nacido con patologías.

• Relacionadas al personal que brinda atención al recién nacido

4. Los Servicios de Neonatología deben contar en forma presencial, las 24 horas del día con Médico Neonatólogo y/o Médico Pediatra, cirujano pediatra, personal de enfermería especializado y personal de terapia respiratoria, con el fin de solucionar en forma oportuna las necesidades de los recién nacidos y del servicio.
5. Los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales, Cuidados Intermedios Neonatales y Cuidados Mínimos, deben contar con un médico jefe o coordinador y enfermera jefe con funciones administrativas.
6. El personal involucrado en la atención del recién nacido, debe certificarse en reanimación y transporte neonatal cada dos años por los instructores autorizados a nivel nacional.
7. Todo lo relacionado a reanimación neonatal debe ser realizado bajo las directrices del Programa de Reanimación Neonatal "RNP" (Neonatal Resuscitation Program) o del programa vigente.



8. Con el objetivo de asegurar la atención ideal del recién nacido, el personal de enfermería debe tener bajo su responsabilidad (según el estándar vigente definido por la Gerencia de Salud):
 - A. 3 recién nacidos en cuidados intensivos neonatales.
 - B. 2 recién nacidos post cirugía en cuidados intensivos neonatales.
 - C. 6 recién nacidos en cuidados intermedios.
 - D. 8 recién nacidos en cuidados mínimos.
9. El personal de enfermería asignado para coordinar el turno debe elaborar semanalmente el plan de actividades del personal del servicio, incluyendo el personal que quedará a cargo durante las noches, fines de semana y días festivos, verificar la asistencia del personal programado, asignar las actividades diarias entre el personal de enfermería, recibir el servicio por ronda, detectando y anotando el estado de los recién nacidos.
10. El personal de enfermería asignado como responsable del área durante los turnos rotativos debe recibir el servicio por ronda, recibir los censos diarios de los ingresos, llevar el control de la nutrición parenteral y entregarla al personal encargado de cada recién nacido, determinar necesidades de recursos y materiales en el turno. Completar y enviar órdenes de radiografías al servicio correspondiente y llevar el registro de los medicamentos controlados y recetarios.
11. El colaborador clínico de los servicios de neonatología o designado por director de cada centro de atención debe elaborar listados diarios de recién nacidos ingresados, realizar el proceso administrativo para obtención de alimentación parenteral, completar expediente clínico al ingreso, llenar boletas de exámenes, llenar órdenes de radiología, llenar ordenes de transfusiones de sangre, llenar recetas de medicamentos de los pacientes, enviar muestras al laboratorio, gestionar citas de los procedimientos especiales (TAC, RM, EEG, entre otros), completar existencias de papelería, pedidos de almacén, enviar los reportes a estadística y a nosocomiales, preparar el expediente clínico de los egresados y enviarlo al archivo.
12. La Jefatura de terapia respiratoria debe asignar las áreas donde permanecerán los licenciados de terapia respiratoria, así como asignar un responsable por turno para la coordinación de las áreas y resolución de problemas.
13. El personal de enfermería encargado del recién nacido debe notificar al personal de terapia respiratoria cuando el personal médico ha indicado tratamiento al recién nacido.



14. El personal de terapia respiratoria debe revisar los expedientes con tratamiento de inhaloterapia e higiene bronquial para cumplirlos según indicaciones médicas, además coordinar con el personal médico y de enfermería los ingresos que necesitan asistencia ventilatoria.
15. El personal de terapia respiratoria debe asistir al personal médico en los procedimientos de atención del recién nacido (Ventilación IPPV con bolsa mascarada, intubación orotraqueal, cumplimiento de surfactante, toma de gasometría arterial puncionada, entre otros).
16. El personal de terapia respiratoria debe capacitar a los padres sobre el uso de medicamentos presurizados, uso del espaciador de volumen y sobre técnicas de fisioterapia de tórax e higiene bronquial.
17. El personal de terapia respiratoria debe realizar el control de calidad del gasómetro cada 24 horas, limpieza y calibración según necesidad. Al procesar las gasometrías deben reportarlas inmediatamente al médico encargado del recién nacido y registrar en el libro de registro de gases.
18. El personal de terapia respiratoria debe realizar el armado, calibración y buen funcionamiento de los ventiladores a ocupar, registrar en las hojas de control de ventilación y el libro de registro los parámetros y tipos de tratamientos realizados.
19. El personal de terapia respiratoria debe realizar limpieza y desinfección ventiladores durante el turno de diurno y durante el turno nocturno dicha limpieza la debe realizar el personal de terapia respiratoria.
20. El personal de terapia respiratoria debe realizar el cambio del set del ventilador cada siete días y debe drenar el exceso de agua del circuito de tubos del ventilado.

• **Relacionadas al ingreso de recién nacidos en alojamiento conjunto**

21. Debe ingresar en alojamiento conjunto todo recién nacido mayor de 35 semanas sano o que amerite tratamiento antibiótico endovenoso y que la condición de la madre y del recién nacido no lo imposibiliten.
22. Para el manejo del recién nacido sano se debe tomar de referencia lo establecido en el protocolo nacional de asistencia del puerperio de bajo riesgo perinatal vigente y para el manejo del recién nacido con factores de riesgo y patologías se debe tener de referencia lo establecido por el sistema nacional de salud para la atención hospitalaria del recién nacido (RN).



23. El personal de enfermería de reanimación debe notificar al neonatólogo/pediatra responsable del turno y al personal de enfermería del servicio de neonatología y ginecobstetricia responsable cuando un recién nacido ingrese a alojamiento conjunto para el debido cumplimiento de las indicaciones médicas.
24. El personal de enfermería del servicio que recibe a la madre y al recién nacido en alojamiento conjunto debe verificar las indicaciones en el expediente clínico y solicitar al servicio de neonatología responsable su seguimiento y cumplimiento de indicaciones médicas lo más pronto posible.
25. Según protocolo nacional de atención del puerperio todo recién nacido que no necesite tratamiento y que se encuentre en alojamiento conjunto debe recibir por un médico pediatra/neonatólogo como mínimo dos evaluaciones clínicas completas diariamente, realizar indicaciones médicas diarias, completar papelería de alta y una vigilancia rutinaria cada 6 horas por parte del personal de enfermería de servicio de ginecobstetricia.
26. Debe registrarse como ingreso al servicio de cuidados mínimos el recién nacido en alojamiento conjunto que amerite tratamiento con antibiótico endovenoso y el personal de enfermería del servicio de cuidados mínimos debe realizar revisión diaria de indicaciones médicas en el expediente, cumplimiento de tratamiento y entregar papelería de alta de los recién nacidos ingresados en alojamiento conjunto con factores de riesgo.
27. Los factores de riesgo maternos que permiten el alojamiento conjunto:
 - A. Madre Rh (-).
 - B. Ruptura de membranas.
 - C. Hipotiroidismo.
 - D. Oligohidramnios.
 - E. Madre con tratamiento de antibiótico por patologías infecciosas.
 - F. Trastornos hipertensivos del embarazo.
 - G. Antecedentes de Síndrome de Anticuerpos Antifosfolipidos y Lupus Eritematoso Sistémico.
 - H. Cardiopatía compensada.
 - I. Enfermedad renal compensada.
 - J. Madre PVVS.
 - K. Antecedente de sífilis.
 - L. Plaquetopenia.
 - M. síndrome convulsivo.



- N. Enfermedades infecciosas transmisibles.
 - O. Otras condiciones maternas que no impidan el alojamiento conjunto.
- El número de factores de riesgo de la madre no es criterio de ingreso del recién nacido.

28. Los factores de riesgo perinatales y del recién Nacido que permiten el alojamiento conjunto:
- A. Malformación congénita identificada en control prenatal o al momento del nacimiento que no impida el alojamiento conjunto.
 - B. Presentación anormal al momento del nacimiento.
 - C. Presencia del líquido amniótico anormal.
 - D. Parto vaginal instrumentalizado.
 - E. Parto abdominal.
 - F. Parto extrahospitalario potencialmente séptico.
 - G. Peso al nacer mayor o igual a 2300 g.
 - H. Prematuro que no requiera intervenciones específicas que ameriten hospitalización.

• **Relacionadas al ingreso a los servicios de neonatología y al traslado intrahospitalario**

29. Todo recién nacido con factores de riesgo o patologías puede ingresar a los servicios de neonatología de UCIN, cuidados intermedios y/o cuidados mínimos debiendo ser avalado por un médico Neonatólogo/Pediatra.
30. El Médico Neonatólogo/Pediatra se encargarán de evaluar al recién nacido en forma integral y continua para establecer el manejo más adecuado de acuerdo con la patología y evolución de este según las guías nacionales de manejo hospitalario del recién nacido vigentes.
31. Cuando sea un embarazo de riesgo y se crea que el recién nacido necesite ser ingresado a UCIN o Cuidados Intermedios, el médico obstetra de la unidad de partos debe informarle al Neonatólogo/pediatra, para preparar con anticipación el manejo adecuado del mismo.
32. Los factores de riesgo maternos que ameritan ingreso al servicio de Neonatología:
- A. Trastornos hipertensivos del embarazo que dificulten el alojamiento conjunto.
 - B. Otras condiciones maternas que dificulten el alojamiento conjunto.
33. Los factores de riesgo perinatales y del Recién Nacido que ameritan ingreso al servicio de Neonatología:
- A. Peso menor 2300 g.
 - B. Retardo del crecimiento simétrico.



- C. Prematuro que requiera intervenciones específicas que ameriten hospitalización.
 - D. Anomalías congénitas que requieran cuidados especiales.
 - E. Otras condiciones que a criterio médico ameriten hospitalización.
34. El médico de la reanimación es el encargado de estabilizar al recién nacido, coordinar el ingreso con el Neonatólogo/pediatra e informar a los padres o responsables/acompañantes la condición clínica del recién nacido, debiendo registrar el destino de ingreso.
35. El Médico Neonatólogo/Pediatra se encargarán de evaluar al recién nacido en forma integral y continua para establecer el manejo más adecuado de acuerdo con la patología y según las guías nacionales del manejo hospitalario del recién nacido vigentes.
36. Los criterios de ingreso a UCIN son:
- A. Recién nacido con peso menor o igual de 1,100 gramos independientemente de la edad gestacional.
 - B. Recién nacido con inestabilidad cardiopulmonar que requiera manejo con: oxigenación membrana extracorpórea (ECMO), óxido nítrico, ventilación mecánica invasiva y ventilación no invasiva.
 - C. Todo recién nacido con apnea persistente que amerite soporte ventilatorio.
 - D. Recién nacido con cardiopatía congénita o alteraciones del ritmo que amerite monitoreo continuo
 - E. Alteraciones neurológicas como asfixia perinatal, encefalopatía hipóxico- isquémica, convulsiones neonatales.
 - F. Alteraciones hematológicas por RH o grupo con necesidad de ex sanguínea transfusión total, Coagulación Intravascular Diseminada (CID).
 - G. Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas asociadas a otras patologías que requieren corrección aguda y monitoreo continuo.
 - H. Recién nacido con indicación de intervención quirúrgica que amerite monitoreo continuo.
 - I. Recién nacido en post- operatorio inmediato hasta su estabilización.
 - J. Otras patologías que de acuerdo con condición clínica y criterio médico requieran atención en UCIN.
 - K. Todo centro de atención de segundo nivel que por su capacidad instalada o portafolio de servicio no pueda brindar el tratamiento requerido debe realizar referencia oportuna a un centro de mayor complejidad.



37. Los criterios de ingreso a cuidados intermedios:
- A. Recién nacido a término o prematuro que requiera oxigenoterapia suplementaria sin requerir ventilación mecánica invasiva.
 - B. Recién nacido en ayuno que requieran líquidos endovenosos o alimentación parenteral.
 - C. Recién nacido con peso mayor 1100 gr a 1800 gr con estabilidad respiratoria, hemodinámica, metabólica y que no requiera ventilación invasiva.
 - D. Recién nacido procedente de UCIN que según criterio médico pueda continuar manejo establecido.
 - E. Recién nacido con Inestabilidad térmica.
 - F. Recién nacido prematuro / término con necesidad de procedimiento invasivo.
 - G. Recién nacido a término o prematuro de evolución crónica que requiera ventilación mecánica no invasiva que se encuentra hemodinámicamente estable y en ganancia de peso sin indicación de monitoreo continuo.
 - H. Recién nacido catalogado fuera del alcance terapéutico con la intención de fortalecer el confort y el acompañamiento de los familiares.
 - I. En el caso de ocupación total del cupo de UCIN se podrá manejar según criterio médico recién nacido que requieran ventilación no invasiva u otros procedimientos.
38. Los criterios de ingreso del recién nacido a cuidados mínimos en alojamiento en los servicios de obstetricia:
- A. Necesidad de tratamiento endovenoso con peso mayor de 1800 gr con estabilidad hemodinámica y metabólica que tenga tolerancia a la vía oral.
 - B. Indicación de completar tratamiento posterior al alta materna.
 - C. Indicación de estudios complementarios, por factores de riesgo maternos o antecedentes prenatales.
 - D. Recién nacidos con indicación de evaluación por otra subespecialidad.
 - E. Tratamiento de fototerapia por hiperbilirrubinemia.
 - F. Riesgo social.
 - G. Malformación congénita menor o trastornos genéticos que ameritan estudios.

Recién nacidos con peso mayor de 2300 gr procedente del área de reanimación o procedentes de otros servicios deberán recibir los cuidados mínimos en el servicio de alojamiento conjunto y que cumplan los criterios antes descritos.



39. El personal de enfermería de la reanimación debe comunicarse con el personal de enfermería del servicio para coordinar el ingreso y una vez evaluado y estabilizado, relajar el traslado en incubadora de transporte con el expediente clínico completo, debiendo registrar el destino de ingreso en los libros respectivos.
40. En los servicios de neonatología se debe llevar registros de los recién nacidos ingresados, de morbi-mortalidad, procedimientos e interconsultas realizadas, el cual servirá para elaborar el informe estadístico mensual.
41. Todo el personal que ingrese a los Servicios de Neonatología, debe cumplir todas las medidas de bioseguridad establecidas por IAAS; usar cabuchón limpio o estéril y si permanecerá en una sola área más de 4 horas debe vestirse con ropa específica de los servicios.
42. El Médico Neonatólogo/Pediatra se encargará de evaluar a los recién nacidos en forma integral y continua para establecer el manejo más adecuado de acuerdo a la patología y evolución del mismo.
43. Se debe realizar una visita general con la finalidad de evaluar a todos los recién nacidos de los servicios y participarán el jefe del Departamento/Servicio de Neonatología, el personal médico y de enfermería asignados. Esta visita podrá solicitarse en el momento que se considere necesario por la Jefatura correspondiente.
44. El personal de los servicios de neonatología debe cuidar el ambiente acústico, evitando ruidos excesivos que alteren el bienestar del recién nacido, como ejemplo: Radios, risas y gritos inadecuados, timbres de celulares altos, alarmas de los equipos, entre otros.
45. El personal de los servicios de neonatología debe cuidar la intensidad de la luz directa al recién nacido, colocando protectores oculares y cubiertas sobre las incubadoras.
46. Cuando el recién nacido necesite ser trasladado hacia o desde cuidados intermedios o intensivos de o a otras áreas de menor complejidad, el personal de enfermería encargado del recién nacido debe solicitar cupo a la enfermera del servicio de destino. Posteriormente lo trasladará en incubadora o cunero, junto con el expediente clínico completo, incluyendo los estudios realizados, medicamentos y un resumen clínico elaborado por el médico tratante del recién nacido quien debe informar a los padres el motivo del traslado.



47. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de los recién nacidos deben realizarse por el médico agregado asignado al caso y deberán ser efectuados durante su jornada laboral. Los procedimientos que competen a otras especialidades médicas serán realizados por los médicos contratados bajo la modalidad vigente.
48. Cuando se soliciten interconsultas de urgencia con otras especialidades, se hará a través de una solicitud escrita y paralelamente por el medio de comunicación más ágil; dicha interconsulta deberá de ser realizada a la brevedad posible, respetando los procesos regulados por los documentos técnicos normativos vigentes y la modalidad de contratación estipulada en el marco legal de la institución.
49. Cuando el recién nacido necesite un procedimiento quirúrgico el médico neonatólogo o el cirujano pediatra solicitará quirófano. La coordinación del traslado será entre el personal de enfermería del servicio y del quirófano.
50. El recién nacido debe trasladarse en una incubadora por el médico tratante, la enfermera asignada y auxiliar de servicio, junto al expediente clínico completo, estudios radiológicos y autorización firmada por los padres. El personal de enfermería encargado identifica y entrega al paciente al personal de enfermería del quirófano.
51. El equipo médico que utilizará el recién nacido (incubadora, bomba de infusión o perfusión, carretilla con cilindro de oxígeno completa y bolsa auto inflable u otros), deben ser llevados al momento de la cirugía.
52. El personal de enfermería de quirófano y anestesiólogo trasladaran al recién nacido a UCIN, en incubadora limpia proporcionada por UCIN y deben entregar al Neonatólogo/pediatra y al personal de enfermería responsable del recién nacido.
53. Los especialistas que atendieron al recién nacido en el quirófano, deben realizar y detallar el reporte operatorio utilizados y plan de manejo completo. Además, el cirujano pediatra debe continuar evaluando en su postoperatorio y verificar los resultados del procedimiento, dejando constancia en el expediente clínico.



54. Criterios de Traslado de UCIN a otros servicios:
- A. Patología que motivo su ingreso a UCIN se encuentra resuelta, compensada o solo tiene pendiente completar estudio y tratamiento.
 - B. Recién nacido estable que no requiere soporte ventilatorio invasivo.
 - C. Recién nacido con antecedente de apnea de origen central sin episodio, al menos 24 horas.
 - D. Recién nacido con estabilidad hemodinámica, sin aminas vaso activas.
 - E. Recién nacido con peso mayor a 1100 gr.
 - F. Recién nacido con alteración metabólica en corrección sin compromiso de su estado general.
 - G. Recién nacido neurológicamente estable.
 - H. Recién nacido con antecedente de convulsiones neonatales, con 48 horas sin haber presentado ningún episodio.
 - I. Cardiopatía compleja hemodinámicamente estable.
 - J. Recién nacido postquirúrgico hemodinámicamente estable 24 horas posterior al procedimiento.
55. Criterios de traslado de cuidados intermedios a otros servicios:
- A. Patología que motivo su ingreso a cuidados intermedios se encuentra resuelta, compensada o solo tiene pendiente completar estudio y tratamiento.
 - B. Recién nacido que no requiera suplemento de oxígeno.
 - C. Recién nacido tolerando la vía oral plena.
 - D. Recién nacido con peso mayor de 1800 g con tendencia de ganancia de peso adecuada y estabilidad térmica.
56. Criterios de egreso de cuidados mínimos:
- Todo recién nacido independientemente de la edad gestacional y con un peso mayor de 1800 gr, que a criterio médico haya completado su tratamiento por la causa que originó su ingreso, con adecuada tolerancia de la vía oral por succión, buena ganancia de peso registrada en el recién nacido prematuro, estabilidad térmica y hemodinámica, así como recién nacido con patologías crónicas controladas con tratamiento y seguimiento ambulatorio.
57. Todo recién nacido que cumpla criterio médico de estabilidad hemodinámica, metabólica, tolerancia a la vía oral con estudios completos de laboratorio y gabinete, podrá ser trasladado a la maternidad de menor complejidad; según portafolio de servicio para continuar tratamiento según el área geográfica de procedencia de los padres o responsable.



- **Relacionadas al ingreso del recién nacido a los servicios de neonatología proveniente de otros centros de atención**

58. Todo ingreso de un recién nacido a los servicios de neonatología de otro centro de atención, debe ser avalado por un médico neonatólogo/pediatra agregado del servicio, según los requisitos respectivos:

A. Ingresos desde un hospital del ISSS hacia otro centro de atención del ISSS:

- ✓ Hijo(a) de un derechohabiente activo.
- ✓ Con patología que amerite ingreso en un servicio de neonatología y que se encuentre en cualquier área del hospital, de acuerdo al portafolio de servicio establecido en los documentos regulatorios vigentes.
- ✓ Que no haya sido dado de alta del hospital referente.

B. Ingreso desde hospitales no institucionales:

- ✓ Hijo(a) de un derechohabiente activo.
- ✓ Que el traslado se realice durante las primeras 72 horas después del parto; después de ese tiempo cada caso se evaluará en forma individual.
- ✓ Para el ingreso de estos niños se deberá contar con la autorización del Jefe de Servicio, Coordinador de turno o director/subdirector del Hospital receptor.

C. Ingresos de partos extrahospitalarios:

- ✓ Hijo(a) de un derechohabiente activo.
- ✓ Recién nacido menor de 72 de nacido, con una patología que amerite tratamiento de cuidados intensivos, intermedios y mínimos.
- ✓ Recién nacido con más de 72 horas de nacido y amerite tratamiento en cuidados intermedios y mininos y que el centro de atención cuente con el portafolio de servicios de neonato externo.

Los que no cuenten con estos criterios se deberán evaluar cada caso en particular y referir a un centro del Sistema Nacional de Salud Pública.

D. Reingresos post-alta:

- ✓ Los niños egresados de cualquier hospital del ISSS, podrán reingresar siempre y cuando no hayan cumplido 72 horas post-alta, después de ese tiempo se evaluará cada caso en particular de acuerdo al portafolio de servicio establecido en los documentos regulatorios vigentes.
- ✓ Los centros que cuenten con portafolio de servicio de neonato externo podrán ingresarlos siempre y cuando no hayan cumplido 28 días de nacido.



59. Si el niño no es hijo de derechohabiente y es traído a un hospital del ISSS, se estabiliza y se traslada con referencia médica al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom o al Hospital del sistema nacional más cercano que cuente con atención pediátrica.

- **Relacionadas a la solicitud y dispensación de medicamentos**

60. El personal médico debe elaborar las recetas de los medicamentos por recién nacido para su uso durante 24 horas, dichas recetas deben ser completadas con los datos del recién nacido por el colaborador clínico o secretaria del servicio y solicitar los medicamentos a farmacia según el procedimiento establecido de forma local.

61. En los centros de atención donde se establezca el uso de unidosis, el personal de farmacia consolida las cantidades de medicamentos que serán utilizados en la atención diaria de los neonatos, luego realiza la entrega de los medicamentos a la coordinadora de enfermería y esta confirma que los medicamentos vengan completos, y firma de recibido.

62. En los centros de atención que no se trabaja con unidosis el personal de enfermería consolida las cantidades de medicamento a utilizar y el Auxiliar de Servicio debe llevar a la hora determinada por farmacia, los expedientes clínicos, recetas y el libro de control, farmacia debe entregar los medicamentos al auxiliar de servicio y la coordinadora de enfermería confirma que los medicamentos vengan completos, y firma de recibido.

63. En caso de emergencia sin distinción del procedimiento local de solicitud de medicamento, el Auxiliar de Servicio llevará las recetas a la farmacia y entregará los medicamentos a la enfermera encargada del recién nacido.

64. Los medicamentos e insumos médico quirúrgicos deben ser resguardados por el personal de enfermería de los servicios de neonatología.

- **Relacionadas a la limpieza en los servicios de Neonatología**

65. El personal de enfermería debe realizar limpieza diaria de las incubadoras después de realizar el baño del recién nacido.

66. Cuando a un recién nacido se le dé el alta de los servicios de neonatología o fallezca, deberá hacerse limpieza completa e inmediata, del área donde estuvo el recién nacido. La incubadora será lavada completamente, de acuerdo al procedimiento dado por el fabricante.



67. El personal de enfermería debe verificar los días de uso de las incubadoras y cada 8 días debe trasladar al recién nacido a una incubadora limpia y solicitar al auxiliar de servicio institucional realizar lavado de incubadoras y limpieza terminal del área. La incubadora debe tener fecha y nombre de la persona que realiza la limpieza del equipo.

• **Relacionadas al proceso de atención del recién nacido en la emergencia de los hospitales de ISSS**

68. El neonato externo que se presente a la unidad de emergencia pediátrica debe ser evaluado por médico pediatra; quien deberá presentar caso y plan de ingreso a médico neonatólogo responsable del turno.

69. El neonato externo deberá ser ingresado al área destinada según la capacidad instalada de cada centro de atención.

70. Se ingresará en el área de neonato externo:

- A. Neonato febril.
- B. Hiperbilirrubinemia que amerite tratamiento con fototerapia.
- C. Sospecha de sepsis neonatal.
- D. Intolerancia a la vía oral.
- E. Enterocolitis.
- F. Dificultad respiratoria del RN.
- G. Alteraciones neurológicas sin compromiso respiratorio.
- H. Alteraciones metabólicas que ameriten ser corregidas.
- I. Deshidratación que amerite tratamiento.
- J. Síndrome diarreico agudo.
- K. Riesgo social.
- L. Patologías infecciosas que requieran ingreso para tratamiento endovenoso.
- M. Otras patologías que por criterio médico amerite ingreso.

• **Relacionadas al traslado del recién nacido en condiciones críticas hacia hospitales que cuenten con UCIN**

71. Todo recién nacido que cumpla los criterios de ingreso de cuidados intensivos y que el centro de referencia no cuente con este debe ser trasladado a un centro de mayor complejidad.



72. Todo lo relacionado al transporte neonatal debe ser realizado bajo las directrices del "Taller de habilidades para estabilización y transporte del neonato en El Salvador –TESALVA–" 2017 o del programa vigente según el Sistema Nacional Integrado de Salud.
73. Todo recién nacido que necesite cuidados intensivos debe ser trasladado de un centro a otro por personal médico y paramédico capacitado en reanimación y transporte neonatal del hospital que refiere.
74. El recién nacido que no requiera cuidados intensivos, debe ser trasladado de un centro a otro por el personal paramédico capacitado en reanimación y transporte neonatal del centro asistencial que solicite el traslado, previa evaluación del médico que refiere al paciente.
75. El médico responsable que refiere, debe comunicarse telefónicamente con el neonatólogo del hospital receptor, el cual debe obtener la suficiente información acerca de la condición del recién nacido y orientar al referente en su manejo primario.
76. Para los traslados debe elaborarse una referencia que contenga los datos siguientes:
 - A. Del Recién nacido:
 - ✓ Nombre o apellidos
 - ✓ CUN (Código Único de Nacimiento) /NUI (Número único de identidad)
 - ✓ Edad gestacional
 - ✓ Historia prenatal de la madre
 - ✓ Descripción del momento del parto
 - ✓ APGAR
 - ✓ Peso, talla, perímetro cefálico y perímetro abdominal
 - ✓ Edad en Horas
 - ✓ Signos vitales (incluye además temperatura y tensión arterial)
 - ✓ Examen físico completo
 - ✓ Diagnósticos principales y secundarios
 - ✓ Condición general
 - ✓ Valor de glucosa (glucómetro o glicemia central), otros resultados de exámenes de laboratorio y gabinete realizados.
 - ✓ Tratamiento médico administrado
 - ✓ Procedimientos médicos y de enfermería realizados.



- B. De los padres
- ✓ Nombre de ambos (si aplica)
 - ✓ Dirección y Teléfonos de contacto
 - ✓ N° de DUI

- C. Del centro de referencia:
- ✓ Nombre y dirección del centro.
 - ✓ Teléfono del centro.
 - ✓ Nombre del médico que refiere.

77. Todo traslado debe cumplir con los requisitos administrativos siguientes:

- A. Certificado Médico de Nacimiento original.
- B. CUN (Código Único de Nacimiento) asignado.
- C. El recién nacido debe traer sus brazaletes de identidad en una de sus muñecas y tobillos correctamente identificado con el nombre de sus padres.
- D. Ser hijo de una derechohabiente activo o beneficiario.

En caso de un recién nacido cuya madre no sea una derechohabiente o beneficiaria con derecho el médico responsable del recién nacido, debe trasladarlo a un hospital del Sistema Nacional de Salud Público.

78. Se debe anotar en el libro de ingresos del servicio, especificando que es traslado y su procedencia.

79. Para el traslado de la UCIN a centros de atención fuera del hospital para realizar estudios, procedimientos especiales o referencia, debe:

- A. Tener autorizado el estudio, de acuerdo al portafolio de servicio establecido en los documentos regulatorios vigentes y la cita correspondiente con Fecha y Hora, Lugar y Requerimientos especiales.
- B. Hoja de consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica llena y autorizada por los padres o encargados.
- C. Llenar el formulario solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia y coordinar el transporte para el recién nacido.
- D. Debe acompañarlos el médico, enfermera especializada, el anestesiólogo o el técnico de terapia respiratoria, si aplica.



- **Relacionadas a la visita en los servicios neonatales**

80. Los horarios de visita y la permanencia en los servicios serán de acuerdo a los recursos y disposiciones establecidas por cada centro de atención.
81. La cantidad de personas que podrán entrar simultáneamente a los servicios de neonatología a visitar al recién nacido dependerá de la complejidad del servicio y del centro de atención.
82. Todo visitante de los servicios de neonatología debe portar vestimenta adecuada (zapatos cerrados, pantalón, camisa, sin gorra, entre otras), debiéndose quitar las joyas o alhajas de las manos, dejar sus pertenencias en el área de resguardo fuera de los servicios, colocarse un gabachón estéril o desechable y realizar el lavado de manos respectivo, antes de entrar al servicio. Cualquier otra medida para prevención y control de infecciones debe ser determinada según la complejidad del servicio o de cada centro de atención.
83. El visitante podrá manipular al recién nacido bajo supervisión y autorización del personal médico y de enfermería.
84. El personal de neonatología debe orientar al visitante, que al salir de los servicios deposite los implementos utilizados en los recipientes asignados e identificados para su desecho.
85. El personal médico o de enfermería debe dar la información al visitante sobre el estado del recién nacido. La información debe contener el diagnóstico principal y secundario, el tratamiento realizado, exámenes de laboratorio y gabinete realizados, procedimientos, interconsultas y manejo a corto y largo plazo.

- **Relacionadas al alta del recién nacido**

86. El recién nacido podrá ser dado de alta directamente de cada uno de los servicios de neonatología sin necesidad de ser trasladados a algún servicio de menor complejidad, según el criterio del médico tratante.
87. El personal de enfermería en la entrega de alta será el responsable de:
 - A. verificar que coincidan los datos de Certificado médico de nacimiento y los brazaletes del recién nacido.
 - B. Confirmar el sexo del recién nacido frente a los padres o responsables.
 - C. Solicitar firma y huellas de quien recibe al recién nacido en el libro de altas y expediente clínico.



88. El personal de enfermería al entregar alta debe verificar que el recién nacido cuente con:
- A. Cartilla de vacunación llena.
 - B. Hoja de alta de recién nacido.
 - C. CUN (Código Único de Nacimiento) /NUI (Número Único de identidad).
 - D. Tamizaje cardiaco realizado y registrado en la cartilla de vacunación.
 - E. Citas de tamizajes pendientes (Auditivo, metabólico, cadera, visual).
 - F. Referencias a interconsultas a otras especialidades.
 - G. Certificado médico de nacimiento.
 - H. Exámenes de gabinete realizados.
 - I. Educación en signos y síntomas de alarma.
 - J. Consejería en lactancia materna exclusiva.
 - K. Orientación de inscripción temprana del recién nacido.
 - L. Capacitación en fisioterapia respiratoria y administración de medicamentos ambulatorios
 - M. Papelería y citas acorde a la patología del recién nacido.
89. El personal de enfermería debe registrar en el libro de altas:
- A. Fecha de alta
 - B. Hora de alta
 - C. CUN/NUI
 - D. Número de afiliación
 - E. Nombre de responsable
 - F. Número DUI de responsable
 - G. Nombre del recién nacido
 - H. Sexo
 - I. Área o servicio que egresa
 - J. Nombre y sello de Personal que entrega
 - K. Firma o huella de quien recibe.

• **Relacionadas a la estrategia de Calostroterapia**

90. La estrategia de calostroterapia debe ser indicada por el médico neonatólogo/pediatra según Lineamiento técnico nacional para la implementación y Operativización de la estrategia de calostroterapia, dentro de los primeros 5 días de vida y debe registrarse en el expediente clínico.



91. El personal encargado de la estrategia debe notificar a la madre, brindar charla educativa y asistirle en el proceso de extracción bajo las medidas de bioseguridad, identifica el calostro, transporta bajo cadena de frío, realizar el fraccionamiento en dosis y se entrega a los servicios.
92. El personal de enfermería encargado del área donde se encuentra ingresado el recién nacido debe notificar al personal encargado de la estrategia la indicación médica y registrar en el libro de estrategia de calostroterapia, dejando detallando en el formulario incluido en el expediente la dosis administrada y el cumplimiento.

- **Relacionadas a la estrategia canguro**

93. La estrategia canguro debe ser implementada en todas las maternidades del ISSS por personal debidamente formado en la estrategia y lactancia materna en el recién nacido que sea requerido por el estado de salud, lo cual debe ser coordinado por la jefatura de neonatología de cada centro.
94. La estrategia canguro es aplicada a los recién nacidos prematuros estables, manteniéndolos en contacto piel a piel que favorece el mantenimiento de la temperatura y crecimiento adecuado, lactancia materna y el vínculo afectivo.
95. El médico tratante del recién nacido debe ser el que evalúa y determina si es candidato para entrar o salir de la estrategia y debe coordinar con el encargado de la estrategia ya que este también debe evaluarlo, explicar a los padres o representantes en que consiste la estrategia y gestionar el llenado de la hoja de consentimiento informado.
96. Los horarios de estancias de los padres o el encargado y la forma de implementación de la estrategia dependerá de la capacidad de resolución local de cada centro de atención.
97. Cada centro debe gestionar localmente la alimentación para el familiar incluido dentro de la estrategia, así como los implementos necesarios para la adecuada aplicación de la misma.
98. El encargado de la estrategia debe llenar el formulario "Hoja de inscripción al programa canguro" y el personal de enfermería diariamente debe llenar la "hoja de atención de estrategia canguro hospitalaria" y anexarlos al expediente clínico del recién nacido.



VIII. Responsabilidades en la normativa

1. Neonatólogo/Pediatra:
 - Evaluación clínica del recién nacido.
 - Determinar en base a criterios clínicos el servicio de ingreso.
 - Indicación de tratamiento.
 - Indicar el alta.

2. Personal de enfermería:
 - Coordinación en el traslado del recién nacido a los servicios de ingreso.
 - Recepción de recién nacido en los servicios.
 - Vigilancia rutinaria del recién nacido que incluye los signos vitales.
 - Revisión de expediente y cumplimiento de indicaciones médicas.

3. Jefe de terapia respiratoria:
 - Asignar áreas a los licenciados de terapia respiratoria.

4. Personal de terapia respiratoria:
 - Revisar expedientes y cumplir tratamiento.
 - Asistir al personal médico en los tratamientos que requieran.
 - Capacitar a los padres o encargados del recién nacido en la continuidad del tratamiento en casa.
 - Armado, calibración y mantenimiento a los equipos asignados.
 - Desinfección y limpieza de equipos asignados.

5. Personal de colaborador clínico:
 - Administración de existencias de papelería.
 - Apoyo en el proceso administrativo para realizar llenado de papelería.
 - Envío de muestras al laboratorio.
 - Gestionar citas de procedimientos especiales.
 - Realizar pedidos al almacén.
 - Envías reportes estadísticos y nosocomiales.
 - Preparar expedientes clínicos egresados y enviar al archivo.



6. Jefe de Neonatología:
 - Supervisión y control del cumplimiento de Normativa y procedimiento.
 - Implementar acciones correctivas en los casos de incumplimiento del procedimiento.
 - Informar al Director sobre incidencias del procedimiento.
7. Director del centro:
 - El director de cada centro es el responsable de garantizar el cumplimiento de la normativa.

IX. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Certificado médico de nacimiento (código SAFISS 130201718)
2. Hoja de referencia y retorno (código SAFISS 130201331)
3. Hoja ingreso, observación, hospitalización y alta (código SAFISS 130201132)
4. Orden médica y observación de la enfermería (código SAFISS 130201133)
5. Solicitud de traslado de pacientes en vehículos tipo ambulancia (código SAFISS 130201349)
6. Hoja control condición de transporte neonatal (código SAFISS STABLE 130201624)
7. Hoja de registro transporte de paciente crítico ventilación médica (código SAFISS 130201635)
8. Hoja de monitoreo ventilación mecánica no invasiva (código SAFISS 130201136)
9. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos o intervención quirúrgica (código SAFISS 130201002)
10. Cartilla de seguimiento para la niña y niño prematuro con peso de 2000 gramos al nacer. Libro (código SAFISS 130205072)
11. Hoja de registro de tamizaje auditivo (código SAFISS 130201694)
12. Hoja de registro tamizajes cardiacos positivos (código SAFISS 130201695)
13. Hoja de registro tamizaje neonatales (código SAFISS 130201696)
14. Libro registro de atenciones neonatales (código SAFISS 130205061)
15. Constancia de entrega de recién nacido a madre (código SAFISS 130201646)
16. Nota a vigilancia para el retiro de recién nacido (código SAFISS 130201533)
17. Hoja de inscripción a estrategia canguro hospitalario (código formula 522503 053 10 22)
18. Hoja de seguimiento egresado estrategia canguro (código formula 522503 054 10 22)
19. Hoja de atención en la estrategia canguro hospitalario (código formula 522503 055 10 22).



X. Personal que participó en el desarrollo del documento

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Licda. Renata M. Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de la Calidad
Dra. Silvia G. Mendoza	Jefa de Sección	Sección Normalización
Licda. Ruth Cecibel Recinos	Analista de Desarrollo Institucional	Sección Desarrollo y Gestión de Proceso
Dra. Ana Torres de Funes	Colaborador Técnico de salud	Sección Normalización
Dra. Mery Cardoza de Parada	Colaborador Técnico de salud	Sección Normalización

Equipo que elaboró el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Luis Estrada Regalado	Colaborador Técnico en Salud	Comisión de implementación Ley Nacer con Cariño
Dra. María Magdalena Martínez	Colaborador Técnico en Salud	Comisión de implementación Ley Nacer con Cariño
Dra. Karla Campos de Cañada	Coordinadora Institucional de Pediatría	Gerencia de Salud
Dr. Víctor Mauricio Espinoza	Jefe de Departamento	Departamento de Neonatología
Dr. Oscar Rolando Montesino	Jefe Médico de Servicio	Hospital Regional San Miguel
Dr. Mario Alfonso Pacheco	Jefe Médico de Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Dra. Rocío Marisell Romero	Coordinador Neonatología	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Gerardo Osmani Mejía	Jefe Médico de Servicio de Neonatología	Hospital Regional de Sonsonate
Dr. Yako Vigil Quan	Coordinador Neonatología	Hospital Amatepec
Licda. Evelyn Guadalupe de Chávez	Colaborador Técnico de salud	Departamento de Enfermería
Dr. Oscar Melara Zaldaña	Jefe de Departamento Docencia de Neonatología	Hospital 1º de Mayo
Dra. Silvia Carolina Girón Orellana	Coordinadora Médica Servicio Cuidados intensivos	Hospital 1º de Mayo
Dra. Andrea María Ayala	Médico Neonatólogo	Hospital 1º de Mayo
Dra. Laura Evangelina Avelar	Médico Neonatólogo	Hospital 1º de Mayo
Dra. Yanira Lisette Orellana	Coordinadora Médica Servicio Cuidados Mínimos	Hospital 1º de Mayo
Dr. Ricardo Cea	Coordinador Médico Servicio Cuidados Intermedios	Hospital 1º de Mayo
Dr. José Fernando Orellana	Colaborador Técnico	Coordinación Nacional de Pediatría
Lic. Magdiel Antonio López	Jefe de Enfermería Cuidados intermedios	Hospital 1º de Mayo



NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Licda. Maria Florinda Zelaya	Jefe de Enfermería Servicio Cuidados Intensivos	Hospital 1º de Mayo
Licda. Berta Yanira Gómez Rodríguez	Jefe de Enfermería Servicio de Cuidados Mínimos	Hospital 1º de Mayo
Licda. Soraida Soledad Reyes	Personal de enfermería	Hospital 1º de Mayo
Licda. Iris Beatriz Castro de Boteo	Jefe de Enfermería Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Iliana Morales Castro	Jefe de Enfermería Servicio de Ginecobstetricia	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Miriam Catalina Lopez Quijano	Terapista Respiratorio	Hospital 1º de Mayo
Licda. Viviana Cecilia Olivo	Jefe de Terapia Respiratoria	Hospital 1º de Mayo
Licda. Sandra Elizabeth Flores de Moreno	Jefe de Enfermería Servicio de Ginecobstetricia	Hospital Regional Sonsonate

Equipo que revisó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Guadalupe Torres Rivera	Médico Neonatólogo	Hospital Regional Sonsonate
Licda. Sonia Noemi Rojas Ortiz	Jefe de Enfermería	Hospital Regional Sonsonate
Licda. Julia Griselda Garcia Lemus	Jefe de Enfermería	Hospital Regional Sonsonate
Licda. Sonia Margarita Munguía	jefe de terapia respiratoria	Hospital Regional Sonsonate
Oswaldo Enrique Castillo Arana	Jefe de Terapia Respiratoria	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Ruth Nory Avalos Mejía	Jefe de Enfermería Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Silvia Margarita Flores	Jefe de Enfermería	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Ester Eugenia Campos Pérez	Personal de Enfermería de servicio de neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Iliana Morales Castro	Jefe de Enfermería servicio de neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Soraida Soledad Reyes Ponce	Personal de Enfermería de servicio de neonatología	Hospital 1º de Mayo
Licda. Maria Zelaya Lemus	Jefe de Enfermería	Hospital 1º de Mayo
Licda. Magdalena Calderon Clavel	Personal de Enfermería de servicio de neonatología	Hospital 1º de Mayo
Licda. Gloria Luz Mejía	Jefe de enfermería de neonatología	Hospital Regional San Miguel
Licda. Irma Haydee Sandoval	Jefe de servicio	Hospital Policlinico Zacamil
Licda. Cecilia Elizabeth Portillo	Jefe de Terapia respiratoria Hospital Amatepec	Hospital Amatepec
Licda. Evelyn de Mármol	Jefe de Enfermería	Hospital Amatepec



Equipo que validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Herbert Antonio Dinarte Molina	Médico Neonatólogo	Servicio de Neonatología Hospital Regional San Miguel
Dra. Carlota María Cruz Benítez	Médico Pediatra	Hospital Regional San Miguel
Dr. Mauricio Alfonso Lopez Ortiz	Médico Pediatra	Hospital Regional Santa Ana
Dra. Luz Angélica Rivas	Médico Neonatólogo	Hospital Regional Santa Ana
Dra. María Benítez	Médico Pediatra	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Ester Eugenia Campos Perez	Personal de enfermería Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Lic. Osvaldo Enrique Castillo	Jefe de Terapia Respiratoria Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Licda. Elisa Mercedes Aguilar	Personal de enfermería Servicio de Neonatología	Hospital Regional Santa Ana
Dra. Addison Cáceres Paz	Médico Neonatólogo	Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Fanny Gonzalez Baquero	Médico Neonatólogo	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Mario Quinteros	Médico Neonatólogo	Hospital Amatepec
Dra. María Quiteño	Médico Neonatólogo	Hospital Amatepec

XI. Registro de actualización del documento

		Norma técnica y administrativa del Funcionamiento de las maternidades del ISSS en la atención al recién nacido		NTAS-001
Modificaciones				
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado	
0	Febrero 2023	Se actualiza formato a Norma Técnica y Administrativa. Se deja sin efecto la "Normativa de funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales del hospital materno infantil 1º de mayo enero 2013). Integrando en esta actualización el componente administrativo y de salud.	Dra. Mónica Ayala	



XII. Anexos

Anexo 1: Certificado médico de nacimiento (código SAFISS 130201718)

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	República de El Salvador Sistema Nacional Integrado de Salud CERTIFICADO MÉDICO DE NACIMIENTO	Serie _____
Número correlativo: _____ Número de CUN _____ Número de NUI _____ No. Expediente/No. de afiliación de la madre _____		
Institución: MINSAL <input type="checkbox"/> ISSS <input type="checkbox"/> COSAM <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Nombre del establecimiento: _____ Lugar del parto: Hospitalario <input type="checkbox"/> Extrahospitalario <input type="checkbox"/> Lugar del parto extrahospitalario: Comunitario <input type="checkbox"/> Casa de habitación <input type="checkbox"/> En tránsito <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud _____ Sin asistencia: <input type="checkbox"/> Con asistencia: <input type="checkbox"/> Asistió el parto: Personal de Salud <input type="checkbox"/> Partera Comunitaria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
I. DATOS DEL RECIEN NACIDO		
Lugar de nacimiento: Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Cantón: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____ Minutos: _____ Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Peso al nacer (gramos): _____ Longitud (centímetros) _____ Perímetro cefálico (centímetros) _____ Anencefalia/Encefalocele: <input type="checkbox"/> Semanas de gestación: (Escala de Ballard) _____ Semana _____ Días _____ Cantidad de recién nacidos: Único <input type="checkbox"/> Gemelo <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Cuádruple o más <input type="checkbox"/> Tipo de Parto: Normal <input type="checkbox"/> Abdominal/cesárea <input type="checkbox"/>		
II. DATOS DE LA MADRE		III. DATOS DEL PADRE
Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad (años): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ País de nacimiento: _____ Dirección actual: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Cantón: _____ Área Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Tipo de documento DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Número: _____ Firma: _____ Nombre y firma de la persona que aportó datos: _____		Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad (años): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ País de nacimiento: _____ Dirección actual: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Cantón: _____ Área Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Tipo de documento: DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Número: _____ Firma: _____
IV. PERSONAS QUE ATENDIERON EL PARTO		
Nombre de la persona que atendió el parto _____		Firma _____ Sello _____
Nombre de la enfermera que circuló el parto _____		Firma _____ Sello _____
Nombre de la persona que registro el nacimiento extrahospitalario _____		Firma _____ Sello _____
V. EN CASO DE COMPARECENCIA DE TESTIGOS		
PRIMER TESTIGO		SEGUNDO TESTIGO
Apellidos: _____ Nombres: _____ Tipo de documento: DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número: _____ Firma: _____		Apellidos: _____ Nombres: _____ Tipo de documento: DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número: _____ Firma: _____
VI. IMPRESIONES PLANTARES DEL RECIEN NACIDO		VII. HUELLAS PULGARES DEL PADRE
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> IZQUIERDO DERECHO </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> IZQUIERDO DERECHO </div>	
VIII. HUELLAS PULGARES DE LA MADRE		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; height: 100%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> IZQUIERDO DERECHO </div>		
Nombre del establecimiento para seguimiento: _____		

Fom. 522503-058-12-22



DATOS GENERALES: Esta ficha médica solo se llenara a los nacidos vivos independientemente donde haya sido verificado el parto
Número de CUN: Número unico de nacimiento que se utiliza como Número de expediente del RN
Número de NUJ: Número Único de Identificación proporcionado por el RNPN
Institución: Marcar con X la institución a la que pertenece el establecimiento que certifica el nacimiento MINSAL, ISSS, COSAM, Privado o Comunitario
Nombre de Establecimiento: Anotar el nombre del establecimiento que certifica el nacimiento del RN
No. de Expediente/No. de afiliación de la madre: anotar el número de expediente de la madre o afiliación para establecimientos del ISSS, SM, BM u otro establecimiento de salud público o privado donde verificó parto. No aplica para nacidos vivos comunitarios.
Lugar del parto: marcar con "X" Hospitalario si el niño nació un servicio hospitalario. Extrahospitalario si el niño nació, fuera del Hospital
Asistió el parto: marcar con "X" la opción que corresponda, Con asistencia Personal de salud, Partera comunitaria y otros o Sin asistencia

I. DATOS DEL RECIÉN NACIDO
En este apartado debe escribir todos los datos correspondientes al recién nacido (relacionado Art. 8,9,10,11,14,15 y 35 Ley de Nombre de la Persona Natural)
Primer Apellido: anotar el primer apellido del RN. (Arts. 13,14 y 15 Ley del Nombre de la Persona Natural). Todo debe ser conforme lo que prescribe la Ley del Nombre de la Persona Natural y según aparece en el Documento Único de Identidad.
Segundo Apellido: anotar el segundo primer apellido del RN.
Primer Nombre: Anotar primer nombre aportado por la madre o el padre
Segundo Nombre: Anotar primer nombre aportado por la madre o el padre
Lugar de nacimiento: Anotar el nombre del departamento, municipio y cantón en donde nació el niño o la niña.
Fecha de nacimiento: anotar según el orden día, mes y el año en que ocurrió el nacimiento.
Hora y minutos: anotar la hora y minutos en que nació el niño o la niña, se usará la hora oficial (en formato de cero a sesenta minutos y de cero a veinticuatro horas)
Sexo: marcar con "X" el recuadro que corresponda, según el sexo del niño o niña, en Masc. si es masculino, en Fem. si el sexo es femenino y en indeterminado si el sexo no está visiblemente definido.
Peso: anotar el peso en gramos, si la báscula está calibrada en libras, hacer la conversión a gramos
Longitud: debe anotar el valor en centímetros de la primera medida de la longitud del niño/a, tomada después de nacer, es decir, talla al nacer.
Perímetro cefálico: anotar el valor en centímetros de la primera medida de la circunferencia cefálica del niño /niña, tomada después de nacer.
Anencefalia/encefalocelo: Marcar si esta presente la malformación, para que no sea obligatorio el dato de perímetro cefálico
Semana de gestación escala de Ballard: escribir el registro fraccionado de la semana de la edad gestacional
Cantidad de Recién Nacidos: marcar con "X" según corresponda. Unico, Gemelo, Triple o cuadruple o mas. Solo marcar una opción.
Tipo de parto: marcar con "X" la vía de evacuación por la cual la madre verificó parto, Vaginal o abdominal/césarea. Sólo podrá marcar una opción.

II. DATOS DE LA MADRE
En este rubro se anota toda la información correspondiente a la madre. Dicha información debe ser verídica, congruente con el Documento Único de Identidad.
Primer Apellido: anotar el primer apellido de la madre, tal como aparece en el Documento Único de Identidad. (Arts. 13,14 y 15 Ley del Nombre de la Persona Natural). Todo debe ser conforme lo que prescribe la Ley del Nombre de la Persona Natural y según aparece en el Documento Único de Identidad.
Segundo Apellido: anotar el segundo primer apellido de la madre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Primer Nombre: Anotar primer nombre de la madre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Segundo Nombre: Anotar primer nombre de la madre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Edad: años cumplidos de la madre.
Fecha de nacimiento: escribir la fecha de nacimiento de la madre en formato DD/MM/AAAA
Nacionalidad: anotar el país de origen o nacionalidad registrada de la madre.
País de nacimiento: Registrar el país de nacimiento de la madre
Dirección actual: escribir la dirección completa del lugar donde reside actualmente la madre, en el renglón según corresponda: colonia o barrio, calle o avenida, número de casa. Esta dirección es importante para realizar las visitas por parte de personal de salud para el seguimiento del recién nacido y la madre.
Departamento, Municipio y Cantón: Anotar el nombre del departamento, municipio y cantón donde reside la madre del recién nacido.
Área geográfica: marcar con "X" área urbana o rural según corresponda.
Tipo de Documento: marcar con "X" la casilla correspondiente de acuerdo a la identificación: Documento Único de Identidad, Pasaporte u Otro Documento .
Número: escribir el número que corresponde al documento de identidad que presentó la madre del RN.
Firma: la madre debe firmar tal cual está en el Documento de Identidad que presenta o no poder firma, se debe anotar no aplica ya que las huellas se estampan al final.
Nombre y firma de la persona que aportó datos: debe anotarse el nombre de la persona que acompaña a la mujer embarazada al hospital, en caso que llegue la madre inconsciente, con dificultad para hablar y sin documentos, madre en trabajo de parto o en parto inminente y colocará su firma o huella.

III. DATOS DEL PADRE
En este rubro se anotará, todos los datos correspondientes al padre. Dicha información debe ser verídica, congruente con el Documento Único de Identidad (DUI)
Primer Apellido: anotar el primer apellido del padre según aparece en el Documento Único de Identidad.
Segundo Apellido: anotar el segundo primer apellido del padre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Primer Nombre: Anotar primer nombre del padre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Segundo Nombre: Anotar primer nombre del padre tal como aparece en el Documento Único de Identidad.
Edad: años cumplidos del padre
Fecha de nacimiento: escribir la fecha de nacimiento del padre en formato DD/MM/AAAA
Nacionalidad: anotar el país de origen o nacionalidad registrada del padre
País de nacimiento: Registrar el país de nacimiento del padre
Dirección actual: escribir la dirección completa del lugar donde reside actualmente el padre, en el renglón según corresponda: colonia o barrio, calle o avenida, número de casa.
Departamento, Municipio y Cantón: Anotar el nombre del departamento, municipio y cantón donde reside el padre del recién nacido.
Área geográfica: marcar con "X" área urbana o rural según corresponda.
Tipo de Documento: marcar con "X" la casilla correspondiente de acuerdo a la identificación: Documento Único de Identidad, Pasaporte u Otro Documento .
Número: escribir el número que corresponde al documento de identidad que presentó el padre del RN.
Firma: el padre debe firmar tal cual está en el Documento de Identidad que presenta o no poder firma, se debe anotar no aplica ya que las huellas se estampan al final. Este numeral no se llenará en caso de parto comunitario.

IV. PERSONAS QUE ATENDIERON EL PARTO
En este apartado escribir todos los datos relacionados al lugar y la personas involucradas con el nacimiento del recién nacido.
Nombre de la persona que atendió el parto: debe escribirse el nombre completo de la persona que atendió el parto
Firma y sello: La firma del profesional que atendió el parto
Nombre de la enfermera que circuló el parto: debe escribirse el nombre completo de la persona que circuló el parto al momento del nacimiento y debe colocar su firma y sello.
Nombre de la persona que registro el nacimiento (parto Extrahospitalario):

V. EN CASO DE COMPARECENCIA DE TESTIGOS
Aplica en aquellos casos de parto extrahospitalario de madres menores de edad, padres que por motivos justificados no cuente con el documento de identidad.
En casos de menores de edad, los testigos deben ser adultos, alfabetos con documentos de identidad, pudiendo ser personal de salud.
Apellidos: escribir los apellidos, según Documento Único de Identidad.
Nombres: escribir los nombres, según Documento Único de Identidad.
Documento de Identidad: marcar con "X" el tipo del documento de identidad.
Número: escribir el número del documento de identidad.
Firmar: el testigo firmará de la misma forma como aparece en el Documento de identidad que presente.
Este numeral no se llenará en caso de parto comunitario

VI. IMPRESIONES PLANTARES DEL RECIÉN NACIDO: colocar las huellas plantares en los recuadros izquierdo y derecho. Es importante que las huellas estén claras y se marquen todos los dedos del recién nacido. Este numeral no se llenará en caso de parto comunitario
VII. HUELLAS DE LOS PULGARES DEL PADRE: estampar la huella de ambos pulgares del padre. Este numeral no se llenara en caso de parto comunitario.
VIII. HUELLAS DE LOS PULGARES DE LA MADRE: estampar la huella de ambos pulgares de la madre. Este numeral no se llenara en caso de parto comunitario.
Nombre del establecimiento para seguimiento: Anotar el nombre del establecimiento al cual se refiere para el seguimiento



Anexo 2: Hoja de Ingreso, Observación, Hospitalización y Alta (código SAFISS 130201132)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
HOJA DE INGRESO, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

CENTRO DE ATENCIÓN		N° DE AFILIACIÓN		RN		CUN (Código Único de Nacimiento)																
D A T O S	TIPO DE ASEGURADO								SECTOR		EDAD			SEXO								
	COFESANTE ACTIVO	PENSIONADO	CÓNYUJE O CV	HIJOS	PADRES DE EMPLEADOS ISSS	NO ASEGURADO	NO ASEGURADO (Por convenio MENSAL)	HIJOS DE EMPLEADOS ISSS	Público	Privado	AÑOS	MESES	DÍAS	F	M	I						
	NOMBRE DEL PACIENTE										N° DE DUI/ CARNET DE MINORIDAD											
	DIRECCIÓN DEL PACIENTE																					
P A C I E 	NOMBRE DEL AFILIADO (SOLAMENTE CUANDO ES BENEFICIARIO)										CENTRO QUE REPIERE											
	NOMBRE DEL RESPONSABLE (SI ES MENOR DE EDAD O EN CASO DE EMERGENCIA)										N° DE DUI DEL RESPONSABLE											
	DIRECCIÓN										TELÉFONO DE CONTACTO											
I N G R E S O	N° DE REGISTRO		FECHA DE INGRESO		HORA DE INGRESO		RIESGO		ENFERMEDAD COMÚN		ENFERMEDAD PROFESIONAL											
									<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
									ACCIDENTE COMÚN		ACCIDENTE TRABAJO		MATERNIDAD									
DIAGNÓSTICO DE INGRESO																						
SERVICIO AL QUE INGRESA				NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ INGRESO								N° DE REGISTRO (ESTADÍSTICA)										
R U T A	FECHA		HORA		SERVICIO		TRASLADO DE:		TRASLADO A:		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZÓ EL TRASLADO											
A L T A	FECHA DE ALTA		HORA DE ALTA		CAUSA DEL ALTA						TOTAL DÍAS HOSPITALIZACIÓN											
	DIAGNÓSTICO DEL ALTA (DIAGNÓSTICO PRINCIPAL)										CIE(Estadística)											
	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO										CIE(Estadística)											
	DIAGNÓSTICO DE CAUSA EXTERNA										CIE(Estadística)											
O B S E R V A C I O N	CONDICIÓN DE SALIDA										FECHA						CIE9 (Estadística)					
	<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MEJORADO <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> FALLECIDO ANTES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/> FALLECIDO DESPUÉS DE 48 HORAS										DO/MM/AA											
	PROCEDIMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS																					
P A R T O	EMBARAZO < 37 SEMANAS				EMBARAZO ≥ 37 SEMANAS				SEXO		NACIDO VIVO		NACIDO MUERTO		NORMAL		PREMATURO		PESO AL NACER (Grs)		EDAD GESTACIONAL SEGÚN BALLARD	
									M F I								-2500		+2500			
	TIPO DE PARTO				D A T O S				M F I													
	CESÁREA <input type="checkbox"/> PARTO VAGINAL <input type="checkbox"/>				M F I				M F I													
SI FUE CESÁREA				M F I				M F I														
SERA VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>				M F I				M F I														
REFERENCIA <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> CENTRO HOSPITALARIO:																						
OBSERVACIONES:																						
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL ALTA																						

C. SAFISS 130201132



INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE INGRESO, OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y ALTA

Este instructivo tiene como propósito orientar al personal administrativo, así como de los servicios y médicos, respecto al llenado efectivo del formulario, con el fin de registrar el ingreso, la ruta del paciente dentro del centro de atención y el egreso del mismo; el cual debe ser utilizado en el momento que el personal médico decida el ingreso del paciente a los diferentes servicios hospitalarios.

I. DESCRIPCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL FORMULARIO

- **Centro de atención:** Nombre del centro de atención que está registrando el ingreso del paciente.
- **Nº de afiliación:** Anotar en este campo el número de afiliación del paciente tomado del Expediente Clínico del cotizante, pensionado o beneficiario (hijos de empleado del ISSS, cónyuge o compañero de vida, padres de empleados ISSS), el cual está formado por 9 dígitos.
- **CUN:** Anotar en este campo el Código Único de Nacimiento del recién nacido
- **RN:** Marcar con un "X" la casilla, cuando el ingreso se trate de un Neonato.

II. DATOS DE PACIENTE

- **Tipo de asegurado:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique al tipo de asegurado, el cual puede ser: cotizante, pensionado, cónyuge o compañero de vida, hijos, padres de empleados ISSS, No asegurados, Cesantes, No asegurado (Por convenio MINSAL) o Hijos de empleados ISSS.
- **Edad:** Se documentará la edad del asegurado o beneficiario.
- **Sexo:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el sexo del asegurado o beneficiario el cual puede ser: Masculino o Femenino. El campo de sexo indeterminado aplica únicamente para niños menores de 6 meses, que por malformaciones congénitas no pueda determinarse a que sexo pertenece (genitales ambiguos)
- **Sector:** Marcar con una "X" en la casilla que identifique el lugar en donde labora, ya sea dependencia de gobierno o empresa privada.
- **Nombre del paciente:** Escribir el nombre como aparece en el Documento Único de Identidad, carnet de minoridad, tarjeta de afiliación (según sea el caso). Para el caso de los neonatos, estos se identificarán como: RECIÉN NACIDO DE y el nombre de la madre
- **Nº de DUI/Carnet de Minoridad:** Se documentará el número del documento de identificación que presente según sea el caso.
- **Dirección del paciente:** Se escribirá la dirección actual del paciente, siempre y cuando sea trabajador activo, pensionado o beneficiario.
- **Nombre del afiliado:** Si el paciente es beneficiario, deberá escribirse el nombre del cotizante.
- **Centro que refiere:** Nombre del centro de atención de donde es remitido.

III. INGRESO

- **Nº de Registro:** Control exclusivo de la recepción del centro de atención. Es la numeración correlativa que se asigna a los pacientes que ingresan según fecha y hora de ingreso. Dicha numeración es exclusiva de cada centro de atención, inicia y finaliza cada año.
- **Fecha y hora de ingreso:** Fecha y hora en la que se da el ingreso, este llenado lo hace la recepción.
- **Riesgo:** Este campo se subdivide en riesgos comunes (Enfermedad y Accidente Común), riesgos profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional) y maternidad, en donde el médico deberá marcar con una "X" según corresponda: Enfermedad común, Accidente común, Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional o Maternidad.
- **Diagnóstico de Ingreso:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Servicio al que ingresa:** Servicio al que el médico decida ingresarlo.
- **Nombre, sello y firma del médico que autorizó el ingreso:** Médico que autoriza el ingreso.

IV. RUTA (Llenado por el personal médico)

En este apartado se registrarán todos los movimientos realizados por el asegurado o beneficiario dentro de un mismo centro de atención. Desde su ingreso hasta el egreso (alta). Cada movimiento deberá contar con la fecha y hora, lugar desde donde y hacia donde se realizara el traslado y la firma, nombre y sello del médico que autoriza el traslado.

V. ALTA O DEFUNCIÓN

- **Fecha y Hora de Alta:** Fecha y hora en la que se le da de alta al paciente.
- **Causa del alta:** Circunstancias por la que se da de alta al paciente. Ejemplo: "Por indicación Médica", "Ya no amerita hospitalización", "Alta Exigida", "Traslado a otro centro".
- **Total días hospitalización:** El número de días calendario transcurridos desde la fecha de ingreso, hasta el alta o defunción. Se obtiene restandole a la fecha del alta, la fecha de ingreso. Cuando el paciente ingresa y es dado de alta el mismo día, se registrará como un día de hospitalización.
- **Diagnóstico de alta:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico principal (Causante primario de la necesidad de tratamiento, el mayor uso de recurso o sintoma principal), designándolo de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud (CIE). De cada diagnóstico deberá anotarse todos los calificativos posibles, para la codificación apropiada de la CIE vigente.
- **Diagnóstico Secundario:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico secundario (aquellos que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de la consulta o las afecciones previas que no coincidían con el episodio actual), designándolo de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE).
- **Diagnóstico de causa externa:** Anotar la circunstancia o mecanismo (causa externa) que ocasionó el diagnóstico principal si este aplica. Ejemplo: Herida de cuero cabelludo (Diagnóstico principal), **Agresión con arma punzante (causa externa)**.
- **Condición de salida:** Marcar con una "X" la condición de salud en que el paciente abandona el centro.
- **Procedimientos o intervenciones quirúrgicas:** Anotar en forma clara el tipo de intervención practicada al paciente y la fecha, de acuerdo a la Clasificación de Operaciones Quirúrgicas y otros procedimientos terapéuticos (CIE9-MC).

VI. PARTO

- Marcar con una "X" si el embarazo fue menor o mayor e igual a 37 semanas
- **Tipo de parto:** Marcar con una "X", para identificar si el parto fue por cesárea o parto vaginal
- **Si fue Cesárea:** Deberá marcar con una "X" si es una cesárea de primera vez o subsecuente

VII. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- En este apartado se documentaran los datos de hasta 4 recién nacidos, uno por cada fila.
- **Sexo:** Marcar con una "X" el sexo del recién nacido: Femenino, Masculino o Indeterminado (aplica únicamente a los neonatos con genitales ambiguos).
 - **Nacido vivo o nacido muerto:** Marcar con una "X" la condición del nacimiento del niño o niña.
 - **Normal o Prematuro:** Marcar con una "X" según el detalle siguiente:
 - * Normal si el nacimiento ocurre a las 37 o más semanas de gestación.
 - * Prematuro si el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación.
 - **Edad gestacional según Ballard:** Ubicar en números la edad gestacional según evaluación clínica y neurológica.
 - **Peso al nacer:** Marcar con una "X" si el peso del recién nacido es menor o mayor de 2500 gramos.

Observaciones

El médico o personal de enfermería, deberá colocar las observaciones que se consideren necesarias.

Médico que autoriza el alta

Deberá colocar su nombre, firma y sello al momento de conceder el alta al paciente.



Anexo 3: Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos o intervención quirúrgica (código SAFISS 130201002)

		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD	
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			
INGRESO <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN QUIRURGICA <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	HORA: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL			
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		
<p>1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así: DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado VERBAL y/o POR ESCRITO los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):</p> <p>Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste: Radiaciones Ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
C. SAFISS 130201002			



CONSENTIMIENTO DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si ____ No ____) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____, Y (SOLICITO ____ NO SOLICITO ____) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega Firma y huellas.

Nombre de testigo: _____ Edad: ____ Años. Profesión: _____
Domicilio: _____ N° DUI: _____ Firma Testigo: _____

Nombre, Firma y Sello del Médico: _____

En _____, a las _____ horas del día _____
del mes de _____ de _____.

C. SAFISS 130201002



Anexo 4: Hoja de inscripción a estrategia canguro hospitalaria (código formula 522503 053 10 22)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD HOJA DE INSCRIPCIÓN A ESTRATEGIA CANGURO HOSPITALARIO														
Fecha <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>														
DATOS GENERALES														
Nombre del Prematuro(a) <input style="width: 60%;" type="text"/>														
Nombre de la Madre <input style="width: 60%;" type="text"/>														
Dirección <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Departamento <input style="width: 25%;" type="text"/>	Municipio <input style="width: 30%;" type="text"/>													
Teléfono <input style="width: 40%;" type="text"/>														
Hospital de nacimiento <input style="width: 60%;" type="text"/>														
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>														
Hospital de Referencia <input style="width: 60%;" type="text"/>														
DATOS PERINATALES														
DE LA MADRE	Edad <input style="width: 20%;" type="text"/>	Amenorrea <input type="checkbox"/>	Control Prenatal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Lugar <input type="checkbox"/>					Fórmula Obstréctica G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>				
	Vía del parto	Hospital 3° nivel <input type="checkbox"/>		Hospital 2° nivel <input type="checkbox"/>		U. Médica <input type="checkbox"/>		Domiciliar <input type="checkbox"/>		Otro (especificar) <input style="width: 50%;" type="text"/>				
	Abdominal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
	Ruputura prematura de membranas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Horas <input style="width: 20%;" type="text"/>		Patología asociada al parto <input style="width: 50%;" type="text"/>					Patología crónica previa <input style="width: 50%;" type="text"/>			
DEL PREMATURO(A) AL PARTO	Asfisia Perinatal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Reanimación al nacer Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		APGAR 1m <input type="checkbox"/> 5m <input type="checkbox"/> 10m <input type="checkbox"/>			Vigoroso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
	Concentración de oxígeno <input style="width: 50%;" type="text"/>		Surfactante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ventilación asistida Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Edad gestacional por Ballard <input style="width: 50%;" type="text"/>							
	Patologías previas a la estrategia canguro <input style="width: 100%;" type="text"/>													
	EVALUACIÓN DE NEONATOLOGÍA AL INICIO DE LA ESTRATEGÍA CANGURO													
Fecha <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Hora <input style="width: 20px;" type="text"/>														
Evolución <input style="width: 80%;" type="text"/>														
Exámenes (Ht, Hb, leucograma, PCR, cultivos) <input style="width: 80%;" type="text"/>														
Examen Físico <input style="width: 80%;" type="text"/>														
Nombre, Firma y sello del médico responsable <input style="width: 80%;" type="text"/>														

Form. 522503-053-10-22



Anexo 5: Hoja de seguimiento estrategia canguro (código formula 522503 054 10 22)

HOJA DE SEGUIMIENTO ESTRATEGIA CANGURO						
DATOS GENERALES						
Fecha de nacimiento	Fecha de inicio ECI	Fecha finalización ECI	Fecha alta ECA	Fecha 40 semanas EGC		
Fecha a lo 6m E. Cronológica	E. Cronológica al inicio de ECI	E. Cronológica al final de ECI	E. Cronológica al alta	E. Cronológica 40 semanas EGC		
Edad Gestacional al Nac	EGC al inicio ECI	EGC Finalización ECI	EGC al alta ECA	Total de semanas en EC		
Peso al Nacimiento	Peso al inicio del ECI	Peso Finalización ECI	Peso al Alta	Peso 40 semanas EGC		
Talla al Nacimiento	Talla al inicio del ECI	Talla Finalización ECI	Talla al Alta	Talla 40 semanas EGC		
Perimetro cefálico al Nac.	PC al inicio del ECI	PC Finalización ECI	PC al Alta	PC 40 semanas EGC		
Días EIH	Días en ECI CM <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> UCIN <input type="checkbox"/>	Días ECA	Días totales EC	Semanas en EC		
Aumento gr/d EIH	Aumento gr/d ECI	Aumento g/k/d ECI	Aumento gr/d ECA	Aumento gr/d EC	Aumento long/sem EC	Aumento PC/sem EC
Tipo de alimentación al alta hospitalaria		PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DURANTE PMC HOSPITALARIO				
Tipo de Alimentación al alta EC		Sepsis o neumonía neonatal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Urosepsis por hongos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Causa de la no lactancia exclusiva		Sepsis o neumonía nosocomial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Urosepsis bacteriana	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Enterocolitis necrosante	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros (especificar)	_____
Control ambulatorio EC Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Causa del no seguimiento en EC				
Número de controles ambulatorios <input type="text"/>						
Hospitalización durante EC Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fallecimientos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Peso al año de vida	<input type="text"/>
Hospitalizaciones hasta los 12 meses de edad corregida						
1. Fecha de hospitalización	<input type="text"/>	Hospital	Diagnóstico			
2. Fecha de hospitalización	<input type="text"/>	Hospital	Diagnóstico			
3. Fecha de hospitalización	<input type="text"/>	Hospital	Diagnóstico			
4. Fecha de hospitalización	<input type="text"/>	Hospital	Diagnóstico			
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA						
	Normal	Transitorio	Anormal			
			Tetraparesia Espática	Hemiparesia Espática	Displejia Espática	Hipotonía
3 meses						
6 meses						
9 meses						
1 año						
Comentarios _____						
<small>EC: Estrategia Canguro/ ECI: Estrategia Canguro Intrahospitalaria ECA: Estrategia Canguro Ambulatorio EIH: Estrategia Intrahospitalaria CMI; Cuidado Mínimos/ CI: Cuidados Intermedios / UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales</small>						
						Nombre, Firma y sello del médico responsable



Anexo 6: Hoja de seguimiento del Prematuro Egresado de Estrategia Canguro
(código formula 522503 054 10 22)

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD HOJA DE SEGUIMIENTO DEL PREMATURO EGRESADO DE ESTRATEGIA CANGURO				
PRIMER CONTROL			N° de Afiliación _____	
Nombre de la madre _____				
Fecha DD / MM / AA	Hora : <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado		Fecha de nacimiento DD / MM / AA
Fecha de egreso DD / MM / AA	EG. Corregida	Peso Nac.	Peso egreso	Peso actual
Aumento gr/d	Aumento gr/kg/d	Talla	Perimetro cefálico	
¿Problemas con el bebe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
Patologías concomitantes _____				
Hospitalización <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha DD / MM / AA Hospital _____				
Causa de la hospitalización _____				
Signos de enfermedad grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique _____				
Alimentación actual <input type="checkbox"/> LME <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> Fórmula ¿Cuál fórmula? _____				
Intervalo cada toma _____ Dilución _____				
Problema de alimentación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
Apliación de vacunas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____				
Esquema completo para la edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pendientes _____				
Medicamento o vitamina al alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles y en que dosis? _____				
¿Ha logrado colocárselo en posición canguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Porqué no? _____				
Horas al día en canguro _____ ¿Le ayuda alguien? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____				
Problemas con el método <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____				
CITAS DE SEGUIMIENTO				
USG transfontanelar		Fecha DD / MM / AA	Lugar _____	Resultado _____
Oftalmología		Fecha DD / MM / AA	Lugar _____	Resultado _____
Audición y lenguaje		Fecha DD / MM / AA	Lugar _____	Resultado _____
CRINA <input type="checkbox"/> CRIO <input type="checkbox"/> CRIOR <input type="checkbox"/>		Fecha DD / MM / AA	Resultado _____	
Fisioterapia		Fecha DD / MM / AA	Lugar _____	Resultado _____
Hospital		Fecha DD / MM / AA	Lugar _____	UM DD / MM / AA Lugar _____
Otra Especialidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cual _____	Fecha DD / MM / AA	Resultado _____
Examen Físico _____				
Problemas Identificados _____				
Plan _____				
Próximo control		DD / MM / AA	Responsable _____	

Form 522503-054-10-22



2do CONTROL		Fecha	EG. Cronológica	EG. Corregida	Peso actual
		DD / MM / AA			
Aumento gr/d	gr/kg/d		Talla	Perimetro cefálico	
¿Problemas con el bebe?					
Hospitalización <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha DD / MM / AA Hospital _____					
Causa de la hospitalización _____					
Signos de enfermedad grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique _____					
Alimentación actual <input type="checkbox"/> LME <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> Fórmula ¿Cuál fórmula? _____					
Intervalo cada toma _____ Dilución _____					
Apliación de vacunas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____					
Esquema completo para la edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pendientes _____					
Medicamento o vitamina _____					
Metodo canguro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Porqué no? _____					
Horas al día en canguro _____ Problemas _____					
Citas de Seguimiento CRINA <input type="checkbox"/> CRIO <input type="checkbox"/> CRIOR <input type="checkbox"/> _____					
USG transfontanelar _____ Oftalmología _____					
Audición y lenguaje _____ Fisioterapia _____					
Hospital _____ Unidad Médica _____					
Otra especialidad _____					
Examen Físico _____					
Problemas Identificados _____					
Plan _____					
Próximo control DD / MM / AA					
Responsable _____					
3er CONTROL		Fecha	EG. Cronológica	EG. Corregida	Peso actual
		DD / MM / AA			
Aumento gr/d	gr/kg/d		Talla	Perimetro cefálico	
¿Problemas con el bebe?					
Hospitalización <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha DD / MM / AA Hospital _____					
Causa de la hospitalización _____					
Signos de enfermedad grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique _____					
Alimentación actual <input type="checkbox"/> LME <input type="checkbox"/> LMP <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> Fórmula ¿Cuál fórmula? _____					
Intervalo cada toma _____ Dilución _____					
Apliación de vacunas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____					
Esquema completo para la edad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pendientes _____					
Medicamento o vitamina _____					
Metodo canguro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Porqué no? _____					
Horas al día en canguro _____ Problemas _____					
Citas de Seguimiento CRINA <input type="checkbox"/> CRIO <input type="checkbox"/> CRIOR <input type="checkbox"/> _____					
USG transfontanelar _____ Oftalmología _____					
Audición y lenguaje _____ Fisioterapia _____					
Hospital _____ Unidad Médica _____					
Otra especialidad _____					
Examen Físico _____					
Problemas Identificados _____					
Plan _____					
Próximo control DD / MM / AA					
Responsable _____					



Anexo 7: Hoja de atención en la estrategia canguro hospitalario (código formula 522503 055 10 22)

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD	
HOJA DE ATENCIÓN EN LA ESTRATEGIA CANGURO HOSPITALARIO	
NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO _____	
NOMBRE DE LA MADRE _____	
FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AA	AL NACIMIENTO:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO	EDAD GESTACIONAL _____ PESO _____
	TALLA _____ *PC _____
FECHA	
PARÁMETRO	
EDAD CRONOLÓGICA	
EDAD CORREGIDA	
TEMPERATURA	
PESO	
AUMENTO GRAMOS/ DÍA	
AUMENTO GRAMOS/ K/ DÍA	
LONGITUD	
PERÍMETRO CEFÁLICO	
ANTIBIÓTICOS (SI/NO)	
CAUSA DE ANTIBIÓTICOS	
TIPOS DE ALIMENTACIÓN	
FORMA DE ALIMENTACIÓN	
CAUSA DE NO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
HORAS CANGURO	
ADAPTACION A LA ESTRATEGIA CANGURO	
SERVICIO ACTUAL: **UCIN,CM,CI.	
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE	
OBSERVACIONES _____	

*PC: Perímetro cefálico
** UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos. **CM: Cuidados Mínimos. **CI: Cuidados Intermedios



XIII. Registro de Adendas

	Norma técnica y administrativa del Funcionamiento de las maternidades del ISSS en la atención al recién nacido		NTAS-001
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			