

MINISTERIO DE SALUD
2012-05-28

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 641/2012

**Apruébase la Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales.
Derógase la Resolución N° 306/02.**

Bs. As., 22/5/2012

VISTO el expediente N° 2002-13115/10-0 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de Guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y Directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas Guías y Directrices se elaboran con la participación de entidades Académicas, Universitarias y Científicas Profesionales asegurando de esa forma la intervención de todas las áreas involucradas en el Sector Público.

Que por la Resolución Ministerial N° 306 del 23 de mayo de 2002 se aprobó la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS NEONATALES.

Que desde el momento de la formulación de la anterior recomendación y el presente se han producido múltiples modificaciones en la concepción de la eficacia, eficiencia y efectividad de los cuidados perinatales.

Que de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 1087/2010, publicada en el Boletín Oficial del 22 de junio de 2010 se proponen modificaciones a la organización perinatal para lograr la disminución de la Mortalidad Infantil, Materna, de las mujeres y las Adolescentes.

Que resulta necesario adecuar los niveles de atención neonatal a los niveles existentes de atención materna, y en tal sentido actualizar el ANEXO I aprobado por la Resolución Ministerial N° 306/02.

Que la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA, dependiente de la SECRETARIA DE PROMOCION Y

PROGRAMAS SANITARIOS, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, Coordinadora General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA y la SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS, han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992, modificada por la Ley 26.338".

Por ello,

EL MINISTERIO DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Derógase la Resolución Ministerial N° 306 de fecha 23 de mayo de 2002 que aprobó la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS NEONATALES.

Art. 2º — Apruébase la DIRECTRIZ DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS NEONATALES que como ANEXO I forma parte integrante de la presente.

Art. 3º — Invítase a las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y Entidades Académicas, Universitarias y Científicas Profesionales a efectuar observaciones dentro de un plazo de SESENTA (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º — En el caso de que la Autoridad Jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente Directriz, para su aplicación a nivel de la Jurisdicción, deberá comunicar a la Coordinación General del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su registro a Nivel Nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 5º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

DIRECTRIZ DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS NEONATALES

Niveles de Atención

Debido a la evolución de los Cuidados Intensivos Neonatales y de la evidencia científica que en los últimos años vincula los resultados con la complejidad de los cuidados y el volumen de internación de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, resulta necesario modificar la normativa existente asegurando que los niveles de complejidad de los Servicios se fundan en las condiciones maternas y neonatales.

Fundamentos

La mortalidad neonatal, según las últimas cifras reportadas por la DEIS para el año 2008, representa el 66% de la mortalidad Infantil. De los niños que mueren en el primer mes de vida el 72% muere dentro de la primera semana de vida y casi el 60% pesó menos de 2000 gramos al nacer.

La evidencia internacional muestra que la mortalidad neonatal es mayor cuando los niños de riesgo

nacen en maternidades de baja complejidad. Pero además, el riesgo de muerte es 3 veces superior, cuando además de baja complejidad, el censo diario de la “terapia intensiva neonatal” es inferior a los 15 pacientes/día.

Para mejorar los resultados perinatales y caminar en el sentido apropiado para cumplir con los Objetivos del Milenio es imprescindible redefinir las competencias de los diferentes niveles de complejidad para adaptarlos a los estándares internacionales.

Para unificar la manera de clasificar los niveles de atención, teniendo en cuenta la denominación empleada por los servicios de Obstetricia, los servicios de neonatología tendrán 2 niveles de complejidad: Niveles 2 y 3. Asimismo, resulta prudente jerarquizar el Nivel 3 en por 2 subniveles, - A y B. El nivel B a su vez constará de 3 estamentos según pueda brindar cuidados críticos, realizar cirugías complejas y/o cirugía cardiovascular.

Todas las instituciones de salud en las que se realicen partos, independientemente del nivel en que se las haya categorizado, deberán poder proveer de los siguientes servicios:

- Atención en sala de partos;
- Disponibilidad de un referente pediátrico (ver más adelante) que pueda guiar la atención de un recién nacido prematuro o crítico que haya nacido en forma imprevista en un nivel de complejidad diferente al que le correspondería por riesgo;
- Disponibilidad de un sistema de referencia y contrarreferencia para traslado a unidades de mayor complejidad y vuelta a la unidad de origen superado el período crítico.

Resulta redundante aclarar que toda institución en que nazcan niños deberá tener conectividad a Internet y sistemas ágiles de comunicación.

La atención en sala de partos debe asegurar la recepción del recién nacido según las recomendaciones de buenas prácticas en los casos de los partos normales. Debe también garantizar que el personal que trabaja en la recepción del recién nacido está entrenado y certificado para la reanimación cardiopulmonar (RCP) del niño asfixiado de acuerdo con el Programa Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal y Pediátrico.

Para aquellos casos en los que se pueda producir el nacimiento imprevisto de un niño con complicaciones no incluidas dentro de las patologías previstas en ese nivel de atención, las unidades de menor complejidad o que teniendo alta complejidad no pueden realizar cierto tipo de intervenciones (ej.: cirugías) los servicios deben tener un protocolo estandarizado para la derivación oportuna del paciente. Las unidades de menor complejidad deberán tener convenios formales con las unidades de mayor complejidad, dentro de su región o área programática, que aseguren la estabilización de acuerdo con las recomendaciones de la unidad de destino, y el traslado del paciente en tiempo y forma. Es aconsejable que las unidades de destino realicen los traslados neonatales con equipos entrenados al efecto.

Para asegurar el cuidado durante las horas previas al traslado, las unidades de nivel 2 deberán contar con:

- Incubadora,
- Posibilidad de realizar un monitoreo de signos vitales (saturómetro, monitor de signos vitales),
- Laboratorio de rutina,
- Posibilidad de colocar accesos venosos para administración de suero y medicación,

- Radiología simple,
- Procedimientos de extrema urgencia (drenaje de neumotórax).

Todas las instituciones, independientemente de su complejidad, deberán contar con el siguiente equipamiento para las salas de partos:

- Fuente de calor radiante en un lugar acondicionado para reanimación
- Reloj de pared con segundero
- Termómetro de pared para medir temperatura
- Saturómetro para monitoreo de oxígeno
- Bolsas y máscaras para RCP
- Laringoscopios
- Oxígeno, Aire Comprimido, Aspiración centrales
- Mezcladores de oxígeno y aire comprimido
- Balanzas, pediómetros y cintas métricas

Todas las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deberían contar con un sistema de traslado. Este puede ser propio o corresponder a la unidad de mayor complejidad ya que el mejor sistema es aquel en el que las unidades receptoras van a buscar los niños y los devuelven en aquellos casos en los que se resolvió la patología que motivó su ingreso o cuando alcanzaron las condiciones clínicas que permiten su internación en los niveles de menor complejidad y más próximos al domicilio.

El sistema de traslado deberá contar con ambulancia especialmente equipada a tal efecto. El equipamiento deberá adecuarse a los estándares internacionales (respiradores de traslado, incubadoras, bombas de infusión, etc.) con autonomía suficiente o baterías recargables en tránsito.

En caso de que las unidades de niveles de menor complejidad tengan su propio sistema de traslado, el mismo deberá ser realizado por la persona con mayor entrenamiento en traslado. En todos los casos dicho traslado deberá ser realizado por un médico y una enfermera.

Toda las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deberán contar con una planta física adecuada a las características de complejidad y que cumpla con todas las normativas sobre seguridad hospitalaria, incluyendo —pero no limitado a— salidas de emergencia, ventilación y climatización adecuada, luces de emergencia, instalaciones eléctricas ajustadas a normas, grupos electrógenos, señalización y equipamiento antiincendios.

Todas las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deben tener un sistema organizado para la provisión de ropa, insumos, descartables, fungibles y medicamentos que asegure la provisión continua de todos los elementos necesarios para la atención del parto y del recién nacido.

Es aconsejable que todas las instituciones de salud en que nazcan niños posean dentro de sus instalaciones o en instalaciones cercanas, vinculadas al hospital, a organizaciones no gubernamentales o a organizaciones de la comunidad, locales para el alojamiento de las madres antes del parto y/o durante la internación de sus hijos.

Caracterización de los servicios según su complejidad

Nivel 2

Se corresponde con el las Maternidades de Nivel 2 que sólo brindan atención de bajo riesgo materno.

Definición

Son aquellos servicios de neonatología que sólo brindarán cuidados para niños de término o casi término (>35 semanas y/o > 2500 g) que no requieran cuidados especiales.

1. Tipo de pacientes:

- Niños de bajo riesgo con por los menos 35 semanas de Edad Gestacional y fisiológicamente estables.
- Niños con complicaciones menores tales como hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria transitoria que requiera oxigenoterapia de corta duración (hasta 48 hs).
- Recién nacidos con hipertermia en buen estado general que deben ser estudiados.
- Recién nacidos de término o casi término que se reinternen por bronquiolitis leves.
- Niños contrarreferidos una vez solucionada su patología de base y que cumplan con las condiciones anteriores.

2. Personal

- Médico: deberá contar con pediatras que hayan tenido por lo menos 4 meses de rotación por neonatología durante su formación.

El/los pediatra/s que atiendan a estos niños deberán contar con un centro de referencia regional (Nivel 3A o 3B de la región/área programática correspondiente) para las consultas que consideren necesarias.

- Personal de enfermería: deberá contar con enfermería capacitada para el manejo del recién nacido — incluyendo la certificación en RCP (ver condiciones de sala de partos)— y para fomentar y apoyar la lactancia materna, educación y puericultura. El N° de enfermeras estará determinado por el posible censo diario teniendo en cuenta una relación de 1:4 (un enfermero cada 4 pacientes).

- Otro personal de apoyo:

i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario: certificados de nacimiento, carga de SIP, procesamiento de datos, etc.

ii. Servicios de apoyo: radiólogos o técnicos radiólogos, laboratoristas, trabajadoras sociales.

iii. Servicio de Limpieza: deberá tener personal exclusivo en todos los turnos. El mismo puede ser propio de la institución o tercerizado. En ambos casos deberá ser permanente y supervisado, preferiblemente, por el servicio de epidemiología o de control de infecciones de la institución.

3. Equipamiento:

- Cunas para la internación conjunta.

- Saturómetros —además de los ya mencionados para sala de partos— para eventual estabilización pretraslado de pacientes que lo requieran y para pacientes que reciban oxígeno por los breves períodos permitidos para este nivel.
- Incubadoras
- Halos y tubuladuras para la administración de oxígeno
- Instalaciones centrales de gases medicinales y aspiración
- Reductores, flujímetros, mezcladores de oxígeno, calentadores-humidificadores, oxímetros ambientales y aspiradores
- Equipos para luminoterapia
- Equipos Rx portátil
- Bombas de infusión
- Balanzas
- Bolsas y máscaras en cantidades suficientes

Las cantidades necesarias estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo:

- Radiología
- Hemoterapia
- Laboratorio clínico y bacteriológico
- Farmacia y preparación de sueros
- Lavandería
- Centro de lactancia
- Servicio Social

5. Organización funcional:

Los servicios de maternidad de nivel 2 deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante toda su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio —Pediatra con por lo menos 4 meses de entrenamiento en neonatología— y una Enfermera jefe de Servicio que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 2 no requieren de neonatólogos. El personal médico puede estar integrado por generalistas o pediatras que deben contar con la posible colaboración de personal especializado en casos de urgencias. Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día ya sea mediante una guardia activa o con una guardia pasiva, en aquellas localidades pequeñas en las que las distancias no presentan un problema. El N° de médicos de planta dependerá del

Nº de partos y del censo diario del Servicio. Para asegurar el cuidado y la asistencia longitudinal, los médicos del servicio deberán cumplir con un horario prolongado. Se quiere asegurar que, por lo menos durante 8 horas diarias, la atención de los pacientes internados esté bajo supervisión de médicos de planta.

Nivel 3

Se corresponde con el nivel 3 dentro de la clasificación de maternidades. Desde el punto de vista neonatal se subdivide en 2 subniveles de acuerdo con la complejidad de la atención brindada

Nivel 3A

Definición:

Son aquellos servicios de neonatología que pueden brindar atención para niños que requieren cuidados especiales de corto plazo, incluyendo oxígeno terapia, y que no tengan menos de 32 semanas de edad gestacional o menos de 1500 gramos de peso al nacer. La posibilidad de realizar Asistencia Respiratoria Mecánica breve dependerá de la región en que se encuentre este servicio.

1. Tipo de pacientes. Igual a nivel 2 más.

- Niños con más de 32 semanas de edad gestacional.
- Niños con SDR del prematuro que requieran Surfactante.
- Niños que requieran oxígeno/CPAP y/o ARM en los que la patología sea considerada leve y que no vayan a requerir más de 48-72 hs de soporte respiratorio.
- Niños con alimentación parenteral/suero, en los que se considere que la realimentación podría iniciarse dentro de las 48-72 hs.
- Niños que requieran hemodilución o exsanguinotransfusión.
- Niños de término o casi término con bronquilitis que requieran oxígeno o soporte respiratorio y con evolución favorable rápida. Deberán cumplirse las normas de aislamiento respiratorio, aunque sería importante que hubiera un sector de internación diferenciado para estos pacientes de manera de impedir el contagio de prematuros internados.

2. Personal

- Médico: las unidades de nivel 3A deberán tener por lo menos 1 neonatólogo de planta para conducir la atención de los pacientes. El personal médico de planta, como así también de guardia, podrá estar integrado por pediatras con formación neonatológica (por lo menos 6 meses de rotación por servicios de Neonatología durante su residencia/concurrencia, o en cualquier otro momento de su formación).
- Enfermeras: el personal de enfermería deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo. De acuerdo con los estándares, una enfermera en una unidad de nivel 3A no podrá atender a más de 2 pacientes que estén recibiendo oxígeno o suero, y hasta 6 pacientes de cuidados mínimos. Una enfermera no podrá atender a 2 pacientes en soporte ventilatorio (CPAP/ARM).
- Otro personal de apoyo:

i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario: certificados de

nacimiento, carga de SIP, procesamiento de datos.

ii. De servicios de Apoyo: radiólogos, laboratoristas, farmacéuticos, trabajadoras sociales, kinesiólogos, nutricionistas y consultores de especialidades tales como infectólogos, nefrólogos, cardiólogos, oftalmólogos, etc.

iii. Limpieza: deberá tener personal exclusivo en todos los turnos. El mismo puede ser propio de la institución o tercerizado. En ambos casos deberá ser permanente y supervisado, preferiblemente, por el servicio de epidemiología o de control de infecciones de la institución.

3. Equipamiento: Igual a nivel 2 más

- Servocunas
- Incubadoras de mayor complejidad
- Respiradores, CPAP
- Monitores multiparamétricos
- Aparatos para medir gases en sangre
- Ecógrafo (en la institución - no exclusivo de la neonatología)
- electrocardiógrafo, oftalmoscopios binoculares indirectos

Las cantidades necesaria estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo

- Diagnóstico por imágenes
- Hemoterapia
- Laboratorio clínico y bacteriológico
- Farmacia y preparación de sueros
- Nutrición Parenteral
- Lavandería
- Centro de lactancia materna
- Cocina
- Servicio Social
- Psicología

5. Organización Funcional

Las unidades de nivel 3A deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio —Neonatólogo formado con

residencia o concurrencia de por lo menos 5 años en un servicio de reconocido prestigio— y una Enfermera jefe de Servicio —con especialidad en neonatología o pediatría— que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 3A no requieren de neonatólogos de guardia como condición sine qua non. El personal médico puede estar integrado por pediatras o neonatólogos que deben contar con la colaboración de personal especializado de consulta para casos de urgencias. Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día. Lo recomendable es que los médicos de planta aseguren la continuidad de la asistencia garantizando la cobertura diaria diurna de por lo menos 12 horas asistenciales (divididos en 2 turnos). Las guardias serán activas y lo aconsejable es que se computen a partir de la finalización del horario diurno de planta.

La cantidad de médicos de planta y de guardia dependerá del número de plazas habilitadas, calculadas teniendo en cuenta el N° de partos y derivaciones esperados y para una ocupación promedio del 70%.

Nivel 3B

Definición

Son aquellas unidades con capacidad de proveer todo tipo de cuidado neonatal, incluyendo los requeridos por niños extremadamente prematuros.

El nivel 3B podrá eventualmente, y de acuerdo con las características regionales, subdividirse en 3B1, B2 o B3 según su disponibilidad para realizar cirugía general, cirugía SNC y/o cirugía cardiovascular.

1. Tipo de pacientes. Igual a nivel 3A más

- a. Niños con menos de 32 semanas de edad gestacional.
- b. Niños con patología quirúrgica general
- c. Niños con patología quirúrgica compleja incluyendo patología del SNC
- d. Niños con patología quirúrgica cardiológica
- e. Niños con patología neonatal crítica

2. Personal

f. Médico: las unidades de nivel 3B, en cualquiera de sus subdivisiones deberán tener neonatólogos de planta para la atención de los pacientes. Los médicos de guardia también deberán ser especialistas. Las unidades de nivel 3 deberán tener acceso a consultores para todas las especialidades pediátricas incluyendo, pero no limitado a, infectólogos, oftalmólogos, cardiólogos, urólogos, nefrólogos, neurólogos, genetistas y dismorfólogos, cirujanos generales, cirujanos especialistas y cardiocirujanos, etc.

g. Enfermeras: el personal de enfermería deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo. Para la asignación de pacientes de enfermería se deberá tener en cuenta la gravedad y/o inestabilidad de los pacientes. Lo ideal es que en pacientes inestables la relación sea de 1:1. En los casos especiales, tales como pacientes postquirúrgicos o particularmente inestables, puede ser necesarios asignar 2 enfermeras a un paciente. En las áreas de menor complejidad dentro de la unidad una enfermera podrá atender a más de un paciente. Independientemente de la estabilidad de los pacientes, una enfermera no podrá atender a 2 pacientes en soporte ventilatorio (CPAP/ARM).

h. Otro personal de apoyo:

i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario: certificados de nacimiento, carga de SIP, procesamiento de datos.

ii. Limpieza: ídem nivel 3A

iii. De servicios de Apoyo: radiólogos, laboratoristas, trabajadoras sociales, kinesiólogos, nutricionistas

3. Equipamiento:

i. Igual a nivel 3A más

j. Servocunas

k. Incubadoras de mayor complejidad

l. Respiradores complejos incluyendo de alta frecuencia

m. Monitores multiparamétricos con tensión arterial invasiva

n. Aparatos para medir gases en sangre disponible las 24 hs

o. Ecógrafo

p. Bombas de infusión

Para aquellas unidades que califiquen para un nivel 3B deberá haber disponibilidad de óxido nítrico.

Las cantidades necesaria estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo

• Diagnóstico por imágenes

• Hemoterapia

• Laboratorio clínico y bacteriológico

• Farmacia y preparación de sueros

• Nutrición Parenteral

• Lavandería

• Centro de lactancia materna

• Cocina

• Servicio Social

• Psicología

• Asistencia religiosa

Todos estos servicios de apoyo deben funcionar las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Si la región considerara adecuado tener un banco de leche, éste deberá estar asociado a la Unidad de Nivel 3B.

5. Organización Funcional

Las unidades de nivel 3B deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio —Neonatólogo formado con residencia o concurrencia de por lo menos 5 años en un servicio de reconocido prestigio— y una Enfermera jefe de Servicio —con especialidad en neonatología o pediatría— que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 3B requieren de neonatólogos de guardia como condición sine qua non. El personal médico puede estar integrado por neonatólogos que hayan completado la residencia de especialidad en sus modalidades de postbásica o básica con orientación (2 años de pediatría general y 2 de Neo). Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día. Lo recomendable es que los médicos de planta aseguren la continuidad de la asistencia garantizando la cobertura diaria diurna de por lo menos 12 horas asistenciales (divididos en 2 turnos). Las guardias serán activas y lo aconsejable es que se computen a partir de la finalización del horario diurno de planta.

La cantidad de médicos de planta y de guardia dependerá del número de plazas habilitadas, calculadas teniendo en cuenta el N° de partos y derivaciones esperados, y para una ocupación promedio del 70%.

Dentro de la organización funcional de una unidad de Nivel 3B, el cirujano y el cardiólogo deben estar disponibles en todo momento, ya sea por medio de guardias activas —especialmente en los hospitales pediátricos— o como guardias pasivas.

6. Consultorio de Seguimiento:

Todas las Unidades de Nivel 3B deberán contar con un Consultorio de Seguimiento para el Recién Nacido de Riesgo egresado de la misma. El consultorio de riesgo deberá regirse por las recomendaciones vigentes en cuanto a instalaciones, personal, protocolos y registros.

[Volver](#)