

ANEXO XII (BIS)

UNIDADES PERINATALES

Artículo 1: Se entiende por *Unidad Perinatal* a aquella orientada a la atención de la madre y del recién nacido, al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que la afectan durante el embarazo, parto y puerperio, en todos los niveles de riesgo. De la definición de Unidad Perinatal se desprende que *no puede existir esta Unidad sin área de Ginecología sin Obstetricia ni Neonatología*.

Dichas Unidades, para funcionar como tal, deberán contar con Areas de TOCOGINECOLOGÍA, NEONATOLOGÍA, PEDIATRÍA.

Artículo 2: CATEGORIZACIÓN: Se contemplan dos categorías de atención: unidades tipo "A", unidades tipo "B".

La categorización de estas Unidades está básicamente establecida en función de lo requerido al componente obstétrico, discriminando los ítems que se requerirían para categorizar Tipo "A" también en Ginecología.

REQUISITO OBSTÉTRICO	B o 2° NIVEL	A o 3° NIVEL
Atención Ambulatoria	SI	SI
Sala de Pre-Parto	SI	SI
Sala de Parto	SI	SI
Quirófano	SI	SI
Internación Conjunta	SI	SI
Recepción del RN	SI	SI
UCI materna	NO	SI
Diagnóstico fetal	NO	SI
UTI neonatal	NO	SI
Sala de Post-parto	opcional	opcional
Sala TPR	opcional	opcional
UCI Neonatal	SI	opcional

ES COPIA FIEL

Silvia Rita Ardiel
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

000677

REQUISITOS GENERALES

- a) Estar habilitados por la autoridad de competencia, R.U.Ge.Pre.Sa. o quien en el futuro la reemplace.
- b) Deberá:
1. Tener Protocolos escritos de procedimientos médicos y de enfermería.
 2. Informar:
 - a) Nombre, matrícula profesional, acreditación de capacitación y firma del Jefe de Servicio.
 - b) Nombre, matrícula profesional, acreditación de capacitación y firma de los Médicos de Guardia.
 - c) Nombre, matrícula profesional y firma del personal de enfermería.
 - d) Cronograma de trabajo de Laboratorio Bioquímico, del Servicio de Hemoterapia y de Radiología.
 3. Actualizar semestralmente ante la autoridad de aplicación, planillas del Recurso Humano médico y de enfermería, así como los cronogramas de trabajo de servicios auxiliares solicitados en el punto d) del inciso 2.
 4. Tener acceso al SIP (Sistema Informático Perinatal), a través del cual se mantendrá actualizada la información estadística e indicadores, a la que podrá acceder la autoridad de aplicación a su requerimiento.
 5. Registro de Historia Clínica dos veces por día, con firma y sello del médico actuante.
 6. Indicaciones médicas diarias, consignadas en planilla destinada a los fines.
 7. Registro e informe de enfermería como mínimo dos veces por día.

REQUISITOS ESPECÍFICOS

COMPONENTE OBSTÉTRICO

Requisitos comunes a las dos (2) categorías

Se establece como Areas esenciales para cualquier institución con asistencia obstétrica y neonatal:

1. Condiciones quirúrgicas: capacidad para realizar cesárea, fórceps, legrado por aborto incompleto, extracción de placenta, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, embarazo ectópico.
2. Capacidad de realizar anestesia general y regional.
3. Transfusión de sangre segura: poder realizar grupo y factor, contar con banco o reserva renovable de sangre.
4. Tratamientos médicos: eclampsia, shock, sepsis.
5. Asistencia neonatal inmediata: reanimación, control térmico
6. Evaluación del riesgo materno - feto - neonatal: listado de factores de riesgo.
7. Transporte oportuno al nivel de referencia: Contar con teléfono, radio, vehículo permanente.

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Félix González
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

I. UNIDADES TIPO "A"

Los *Unidades Tipo "A"* son aquellos con capacidad resolutive para el embarazo, parto y puerperio de alto riesgo. A su vez, deberán contar con una UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS MATERNA, en aquellos establecimientos que no estén instalados en prestadores polivalentes que ya cuenten con estas Unidades. Para aquellas Unidades perinatales instaladas de manera independiente deberán poseer la Unidades de Cuidados Intermedios Maternos y además contar con Convenios con Servicios de Terapia Intensiva polivalentes de Adultos y Servicio de Emergencia. En todos los casos deberán poseer Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal A ó B en la misma Institución.

Áreas requeridas

Los *Unidades Tipo "A"* deberán contar con las siguientes áreas y sus características y equipamiento:

a) ÁREA DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Es un ámbito destinado a la recepción de las pacientes y consultorio externo y realización de prácticas y procedimientos básicos.

Deberá contar con:

- Sala de espera con asientos en cantidad suficiente para la demanda. Superficie mínima 4 m².
- Sanitarios adecuados para mujeres y hombres en la sala de espera (con inodoro, lavamanos y elementos de higiene).
- Consultorios para atención individual, consulta y examen de embarazadas y púerperas. Debe incluir lavatorio. Superficie mínima será de 7,5 m².
- Consultorio separado para procedimientos (curaciones, vacunación). Superficie mínima igual al anterior.
- Espacio para pesar, medir y tomar la presión arterial.
- Iluminación adecuada para las actividades tanto diurna como vespertina.
- Las áreas descriptas pueden ser compartidas con otras áreas ambulatorias, adecuando la superficie según el volumen de la demanda, siempre en ámbitos próximos. Condiciones de temperatura y humedad adecuada a necesidades locales. En términos de confort por ejemplo, la temperatura del aire debería oscilar entre 22 y 26 °C.

Equipamiento mínimo:

- Camilla de examen ginecológico, lámpara, taburete y escalerilla.
- Escritorio con tres sillas (para la embarazada, su acompañante y el profesional asistente).
- Balanza de pie para adultos, con tallímetro.
- Mesita de curaciones.
- Caja de curaciones.

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- Caja para colocación de DIU.
- Recipiente para residuos con tapa y para residuos patológicos según normas de bioseguridad.
- Cinta métrica inextensible, gestograma de pared.
- Estetoscopio de Pinard.
- Detector de latidos fetales.
- Estetoscopio biauricular.
- Tensiómetro.
- Termómetro.
- Espécúlos vaginales de tamaños variados.
- Espátulas de Ayre, portaobjetos, bajalenguas, jeringas y agujas descartables.
- Colposcopio e insumos para colposcopia.
- Descartadores de objetos punzantes.
- Negatoscopio.
- Tambores de Acero inoxidable.
- Material para hisopado vaginal y rectal.
- Frascos estériles para urocultivo.
- Refrigerador con termómetro y hoja de control diario (para vacunas)
- Tablas de valores normales de altura uterina y ganancia de peso en el embarazo.

b) SALA DE PRE-PARTO

Es un ámbito destinado al control del desarrollo de las diferentes etapas en la embarazada en trabajo de parto, y donde se realizarán los procedimientos necesarios (monitoreo, etc) hasta el momento del parto.

El espacio debe ser lo suficientemente amplio para permitir la deambulacion de la embarazada y debe contar con acceso directo a un baño de uso exclusivo para estas. El espacio mínimo deberá ser de 4,5 mts² por cama.

Deberá poseer como mínimo dos camas, y luego 1 cada 500 nacimientos por año ⁽²⁾ y deberá contar, además, con provisión de oxígeno, aspiración y aire comprimido mediante sistema central, o por tubos y aparatos portátiles, con dispositivos para medir y controlar el flujo.

Equipamiento:

- Camas, mesitas de cama, taburetes y sillas, etc.
- Provisión de material estéril
- Material para practicar exámenes vaginales (guantes y espécúlos descartables o esterilizados).
- Equipo para infusión de soluciones parenterales.
- Estetoscopio de Pinard
- Cardiotocógrafo.
- Camillas y sillas de ruedas.
- Dispositivos para protección del personal expuesto a fluidos.
- Estetoscopios y tensiómetros.

ES COPIA FIEL

Silvia Maria Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Felix Gonzalez
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

c) SALA DE PARTOS

Es el ámbito destinado al desarrollo del parto a partir del período expulsivo y hasta la finalización del mismo.

El establecimiento deberá contar con 1 sala de partos cada 1000 nacimientos anuales ⁽²⁾

Debe estar contiguo al sector de pre-parto con facilidad de acceso y privacidad para la mujer y el familiar continente. El resto de los familiares contará con un área de espera confortable próxima a la sala de partos.

La habitación para el parto normal debe tener 16 m² de superficie y 2,20 metros de altura, y cada Sala de Partos debe estar destinada a la atención de una sola mujer.

Deberá contar con provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración (central en el establecimiento o por tubos y apañatología adecuada con medición y control de flujos); piletas para el lavado quirúrgico; área especial para el lavado y preparación del instrumental y estación de enfermería.

Deberá haber protección electromagnética, con descarga a tierra. La iluminación interior no podrá ser inferior de 500 luxes y de 5.000 luxes sobre la camilla.

Las salas deben estar adecuadamente iluminadas y la climatización será frío - calor de tipo central o por acondicionadores individuales. No se permitirán circuladores de aire, estufas, etc.

Equipamiento

- Camilla/sillón de partos que permitan variar la posición de la mujer en el parto.
- Mesa de instrumental.
- Taburete.
- Escalera de dos peldaños.
- Soportes para sueros.
- Tensiómetro
- Estetoscopio biauricular
- Instrumental, equipo y ropa para atención del parto vaginal, reparación de laceraciones o desgarros
- Provisión de material estéril.
- Equipamiento para administrar anestesia.
- Reloj de pared con segundero.
- Equipo para monitoreo cardiotocográfico fetal
- Estetoscopio de Pinard
- Lámpara para sutura.
- Carro o caja de emergencia.

ÁREA DE INTERNACIÓN CONJUNTA MADRE - NIÑO

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

Es el ámbito destinado a alojar a los recién nacidos sanos junto a sus madres, pero puede ser destinado a alojar embarazadas con patologías que justifiquen el control intrainstitucional. La proporción de camas que se asigna a cada grupo debe ser flexible.

Por la naturaleza de los casos atendidos se pondrá especial atención en separar áreas limpias de áreas sépticas.

Puede constar de salas (habitaciones) individuales o compartidas para 2 o más pacientes; en este último caso, se deberá contar con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres.

El espacio asignado debe ser suficiente para alojar al recién nacido en su cuna junto a la cama de su madre, y para permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos, para lo que se calcula un espacio ideal de 9 mts² (mínimo 5) por cada cama con su cuna. Por lo tanto, la distancia entre camas adyacentes será de 1,5 a 2 mts., y entre camas enfrentadas la distancia será de 2 m entre una y otra.

La cantidad de camas será de una cama cada 100 partos anuales más un 20% para internaciones del embarazo ⁽²⁾

Deberá contar con:

- Estación de enfermería
- Área de estar para médicos, obstétricas, enfermeras y otros profesionales.
- Área de seguridad y almacenamiento de medicamentos
- Área para ropa limpia
- Área de ropa sucia
- Área para limpieza de instrumental
- Chatero
- Un baño completo con ducha, como máximo, cada 4 camas de internación
- Baño separado para el personal
- Lavatorios, 1 cada 4 camas, o uno por habitación
- Iluminación natural y artificial
- Temperatura y ventilación adecuada
- Pisos y paredes lavables
- Sala de espera para familiares.

Equipamiento

- Camas con colchones con fundas lavables.
- Cunas de acrílico con pie cromado y colchones de fundas lavables.
- Mesas de luz con comodidad para guardar pertenencias de la madre e hijo.
- Sillas.
- Balanza para niños y madres, tallímetros, cintas métricas inextensibles.
- Carro de curaciones
- Pies de suero.
- Chatas.

• Tensiómetros, Estetoscopios.
• Termómetros.

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Felix Gonzalez
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- Estetoscopios de Pinard/detectores de latidos fetales.
- Recipientes de plástico con tapa con bolsas de polietileno para residuos.
- Historias clínicas.
- Negatoscopio.
- Camilla de traslados y sillas de ruedas.
- Heladera.
- Anafes de cocina.

e) QUIRÓFANO

Constituye un componente esencial del servicio de obstetricia y debe programarse para estar en disponibilidad permanente para las intervenciones Obstétricas.

Sus requisitos de estructura deberán ser los mismos que para los quirófanos de las instituciones polivalentes; y además del equipamiento habitual de los mismos, deberá contar con el siguiente **equipamiento específico**: cajas de cesárea, punción, colpotomía, fórceps, parto, curaciones, cirugía mayor y menor, taponaje vaginal, cuello, legrado, canalización, traqueotomía, bloqueo anestésico.

f) ÁREA DE RECEPCIÓN DEL RN

Ver normas de Resolución Ministerial N° 015/09 y 0130/2010

g) UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS MATERNOS

La *Unidad de Cuidados Intermedios Maternos* es aquella destinada a la atención de pacientes que necesitan cuidados constantes y permanentes de enfermería, que no pueden ser brindados en áreas de internación general.

Constituye un área de atención intermedia entre internación general y terapia intensiva.

Es de destacar que el parto es un evento que no debe ser considerado una patología, por lo cual los ámbitos destinados a su atención (descritos en el Área de Internación Conjunta Madre-Niño) sólo poseen las características médicas indispensables para brindar seguridad en la asistencia de la madre y el RN.

Esta la razón por la cual se requiere que los Servicios Tipo "A" cuenten con un ámbito separado para los casos que requieran cuidados mayores que los habituales.

Requisitos Generales:

Deberán cumplimentar con lo establecido en la Resolución Ministerial 015/09.

Requisitos específicos:

Las características físicas y equipamiento de una UCIM pueden ser similares a las de las UCI generales, pero dadas las características propias de las Instituciones

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

DR. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

Polivalentes, se enumeran a continuación los requisitos específicos mínimos solicitados.

a) Deberán estar en zonas de circulación semirrestringida, con comunicación y acceso directo a quirófano y sala de partos.

El número de camas será de 2 (dos) como mínimo, y luego 1 (una) cada 10 (diez) camas de Internación Conjunta.

b) Deberá contar con:

- Grupo electrógeno propio o sistema seguro de continuidad de administración de energía eléctrica (UPS y triple sistema lumínico de emergencia)
- Lavamanos para visitas al ingreso
- Lavamanos para el personal, 1 cada 2 camas
- Pisos y paredes de material lavable
- Medidas antiincendio (matafuegos y plan de evacuación)
- Sistema de calefacción
- Sistema de refrigeración con filtros renovables
- La iluminación artificial deberá contar con una fuente central de 500 lux y fuentes individuales en la cabecera de cada cama.

c) Deberá poseer las siguientes áreas y sus características:

- Área de Internación: la misma deberá contar con:
 - Superficie mínima de 4,5 mts² por cama
 - Un botiquín de medicamentos que cubra la dosificación de veinticuatro (24) horas para las patologías propias de ser tratadas en la Unidad, incluyendo una caja de paro cardiorespiratorio.
 - Las camas deberán ser de tipo ortopédico o articulado, doble comando por los pies, laterales, cabecera y pies rebatibles para tener libre acceso desde las cuatro posiciones. Serán rodantes y con plano de apoyo rígido.
 - Deberá poseer como mínimo una cama de tipo adaptable a camilla de parto
 - Cada cama deberá contar como mínimo con:
 - 1 bocas de O₂
 - 1 boca de aire comprimido
 - 1 boca de aspiración
 - 6 tomas eléctricas
- Estación de enfermería
- Área de material e instrumental estéril
- Área de depósito y lavado de material
- Sanitario para el personal

d) El equipamiento mínimo requerido será de:

- 1 respirador cada 2 camas (No menos de dos en la Unidad)
- 1 monitor de frecuencia cardíaca por cama
- 1 oxímetro de pulso cada 2 camas
- 1 bombas de infusión continua por cama
- Electrocardiógrafo

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Félix González
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- Desfibrilador
- Tensiómetro
- Nebulizador
- Equipos completos con elementos para: cateterización venosa, vesical y nasogástrica; punción raquídea.
- Cardiotocógrafo

Recurso Humano

1. RRHH MÉDICO:

- a) La jefatura de la UCIM estará a cargo del Jefe del Servicio de Tocoginecología
- b) La guardia de la UCIM será cubierta en forma activa por el médico de guardia del Servicio de Tocoginecología.

2. RRHH ENFERMERÍA:

- a) La supervisión del plantel podrá estar a cargo de la Supervisora del Servicio de Tocoginecología.
- b) 1 enfermera por turno de 8 hs por cada 4 camas

3. RRHH DE MATENIMIENTO:

Será el mismo que el descripto para el Servicio de Tocoginecología

4. SERVICIOS AUXILIARES:

Será el mismo que el descripto para el Servicio de Tocoginecología

h) SECTOR DE DIAGNÓSTICO FETAL

Ámbito destinado a prácticas, procedimientos o intervenciones, tales como: monitoreo electrónico y cardiotocográfico, ecografías de alta complejidad, punciones de líquido amniótico, punciones dirigidas bajo control ecográfico, cuya complejidad amerita contar con un ámbito adecuado, distinto del consultorio ambulatorio.

La estadía en este lugar será la adecuada para realizar cada procedimiento con seguridad. La infraestructura brindará condiciones de confort y privacidad a la paciente y su familia (sala de espera con asientos en cantidad adecuada

a la demanda, sanitarios para mujeres y varones, condiciones de temperatura 22 a 26 °C).

Además del equipamiento equivalente al del consultorio ambulatorio, este sector contará con el equipo específico a utilizar (ecógrafo, monitor cardiotocográfico, equipamiento para punciones, microscopio, ecodoppler, etc.)

i) SECTOR DE CUIDADOS INMEDIATOS POST-PARTO (OPCIONAL)

Destinado a promover una estrecha vigilancia de la madre y su hijo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato (luego de un parto normal u operatorio).

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Félix González
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

Esta sala deberá poseer un número similar de camas a la sala de Pre-parto.

Posibilitará una estada confortable de las madres y sus hijos, brindando la posibilidad que madre e hijo puedan ser visitados por sus familiares. Cada habitación contará con baño con lavabo, inodoro, ducha.

Este ámbito podrá ofrecer flexibilidad funcional para permitir una función alternativa, adecuándolo a la demanda. (es decir, ante la demanda podrá funcionar como una Sala más de Pre-parto, o como Internación Conjunta)

j) UNIDADES COMBINADAS O TPR (TRABAJO DE PARTO, PARTO Y RECUPERACIÓN) (OPCIONAL)

La concepción clásica basa la asistencia de cada uno de los periodos del parto en lugares diferentes.

Esta modalidad de organización ofrece las siguientes desventajas:

- Contribuye a aislar a la embarazada de su grupo familiar y del familiar continente.
- Implica dificultosos e incómodos traslados entre los diferentes sectores involucrados.
- Exige mayor cantidad de recursos humanos: camilleros, enfermeras y personal de limpieza, al no concentrarlos en un solo lugar.
- Condiciona mayor consumo de ropa, material, tareas de limpieza y esterilización.
- Atemoriza a la futura madre por los reiterados cambios y la ambientación hospitalaria.

Las Salas TPR (Trabajo de parto, Parto y Recuperación inmediata), o TPRP (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), nacen como una alternativa a lo anterior, respondiendo a conceptos de humanización tales como el parto centrado en la familia.

Se basa en la idea de que, en el nivel de cuidados básicos, el parto no debe ser considerado como un acto médico-quirúrgico sino como un acontecimiento normal de la especie, que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido.

Se trata de salas de internación individuales, que permiten la atención del período de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación, arreglada como un dormitorio común con muebles adecuados, ventanas, cortinas y cuadros, pero con acceso a la aparatología y otros elementos tecnológicos que permanecen ocultos hasta su uso. Cuenta además con el panel mural adecuado para toma de oxígeno, succión, etc.

La cama de partos permite a la parturienta colocarse en la posición más cómoda, pudiendo transformarla, desde la posición horizontal de una cama de una plaza, a la de un sillón obstétrico apto para el parto vertical con el respaldo a 90°, pasando por la posición obstétrica intermedia con el respaldo a 120°. Esta cama de partos, dotada de ruedas, admite el traslado de la parturienta al

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

quirófano en caso de cesárea y su devolución a la habitación luego de la intervención.

Las salas TPR deben ser amplias, con una superficie mínima de 16 m², sin contar los sanitarios y un sector, destinado a guardar y ocultar los equipos.

En la sala TPR se puede compartir el baño y disponer de un sector de recepción-reanimación del recién nacido cada dos o cuatro salas TPR.

Las salas TPR deben estar dentro del centro obstétrico y cumplir las normas de bioseguridad, de circulación del personal y provisión de elementos propios de estos sectores.

La mesa de recepción y reanimación del recién nacido puede ser transportable a estas unidades de internación en el momento requerido.

Cuando no se cuenta con el espacio suficiente para satisfacer los requisitos de las salas TPRP que incluyen el puerperio, existe una alternativa aun más razonable: consiste en enviar las puérperas con sus hijos recién nacidos sanos, desde las salas TPR (donde se atendió el período de dilatación y el parto), a las salas de internación conjunta ⁽³⁾

k) CONVENIOS CON UTI DE ADULTOS Y SERVICIO DE EMERGENCIAS

Los Servicios de Obstetricia Tipo "A" que no estén incluidos en Instituciones Polivalentes categorizadas con nivel de UTI adultos deberán, además, contar con un Convenio con Instituciones Polivalentes que cuenten con **Unidad de Terapia Intensiva (UTI) convencional**, a los fines de la asistencia oportuna de las complicaciones de embarazadas o puérperas que las requieran; y un Convenio de Derivación con un **Servicio de Emergencias Médicas de nivel adecuado** a fin de asegurar el traslado oportuno de las mismas. El Servicio de Obstetricia derivante garantizará el apoyo ginecoobstétrico durante el eventual traslado.

(2) Sugerido por la *Guía para la Atención del Parto en Maternidades Centradas en la Familia* – Ministerio de Salud de la Nación – Dirección Nacional de Salud Materno Infantil

(3) *Guía para la Atención del Parto en Maternidades Centradas en la Familia* – Ministerio de Salud de la Nación – Dirección Nacional de Salud Materno Infantil

Recurso Humano:

1. RRHH MÉDICO:

- Un jefe especialista en Tocoginecología u Obstetricia
- Un médico de planta, especialista en Tocoginecología u Obstetricia o Generalista con experiencia y desempeño no menores a 2 años en obstetricia.
- Médico de guardia activa las 24hs, especialista en Tocoginecología u Obstetricia, o con experiencia y desempeño no menores a 1 año en obstetricia.

2. RRHH ENFERMERÍA:

- Supervisora exclusiva del servicio.

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- b) 1 enfermera por turno de 8 hs por cada 10 camas
- c) 1 enfermera exclusiva por turno de 8 hs para el área de pre-parto
- d) 1 enfermera exclusiva por turno de 8 hs para la atención de los RN normales en internación conjunta y para recepción.
- e) En caso de optarse por la Sala de Post-Parto, esta deberá contar con una enfermera exclusiva por turno de 8 hs

3. RRHH DE MATENIMIENTO:

- a) Servicio de limpieza mañana y tarde
- b) Personal de mantenimiento mañana y tarde, y de guardia pasiva por la noche

4. SERVICIOS AUXILIARES:

- a) Guardia activa de laboratorio mañana y tarde, pasiva por la noche
- b) Guardia pasiva de radiología las 24 hs

COMPONENTE GINECOLÓGICO

Los requisitos de orden ginecológico indispensables para un Servicio de Tocoginecología Tipo "A" son:

- a) Poseer capacidad para realizar diagnóstico precoz de cáncer de cuello y controles de rutina en la mujer sana en edad fértil: PAP, colposcopia, etc.
- b) Contar con departamentos de Ginecología Infanto-Juvenil y Esterilidad
- c) Contar con capacidad de diagnóstico y terapéutica Uroginecológica
- d) Ecografía ginecológica
- e) Cirugía ginecológica

II. UNIDADES TIPO "B"

Las Unidades Tipo "B" son aquellos destinados a la asistencia del embarazo, parto y puerperio de gestaciones de mediano a bajo riesgo.

Las características que los diferencian de las Unidades de Tipo "A" son:

- Se exige la UCI Neonatal en el mismo establecimiento
- No se exige la UCI materna en el mismo establecimiento
- No se exige la UTI Neonatal en el mismo establecimiento
- No es indispensable que cuenten con capacidad de realizar diagnóstico fetal de complejidad

Por lo tanto, deberán cumplir con los requisitos enumerados como comunes a todas las categorías, debiendo contar además con las áreas descriptas en el punto I.

Recurso Humano

1. RRHH MÉDICO:

- c) Un jefe especialista en Tocoginecología u Obstetricia

ES COPIA FIEL
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO AGUIRRE
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- d) Médico de guardia activa las 24hs, especialista en Tocoginecología u Obstetricia, o con experiencia y desempeño no menores a 1 año en obstetricia.
- 2. RRHH ENFERMERÍA:
 - c) Supervisora exclusiva del servicio.
 - d) 1 enfermera por turno de 8 hs por cada 10 camas
 - e) 1 enfermera exclusiva por turno de 8 hs para el área de pre-parto
 - f) En caso de optarse por la Sala de Post-Parto, esta deberá contar con una enfermera exclusiva por turno de 8 hs
- 3. RRHH DE MATENIMIENTO:
 - a) Servicio de limpieza mañana y tarde.
 - b) Personal de mantenimiento mañana y tarde, y de guardia pasiva por la noche
- 4. SERVICIOS AUXILIARES:
 - a) Guardia activa de laboratorio mañana y tarde, pasiva por la noche
 - b) Guardia pasiva de radiología las 24 hs

II. NEONATOLOGÍA: los requisitos y condiciones están expresadas en la Resolución Ministerial N° 130/2010 y que deberán ser tomadas a pleno para cumplimentar con la calificación de Unidad Perinatal

III. PEDIATRÍA

El tercer componente de las UNIDADES PERINATALES lo constituye el área de Pediatría.

En el mismo contemplamos tres tipos de asistencia:

- I. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
- II. UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICOS
- III. SALAS DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

Según los capítulos de la Resolución Ministerial 015/09.

ES COPIA FIEL

Silvia Maria Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Octavio Figueroa
EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. Oscar Felix Gonzalez
Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

1. CATEGORIZACIÓN DE PATOLOGÍAS DEL PERÍODO PERINATAL

La presente categorización no pretende una clasificación desde los puntos de vista académicos habituales, sino que su concepción y aplicación se fundamentan en la necesidad de normatizar y protocolizar la aplicación de criterios de derivación oportuna y calificada a Unidades Perinatales Categorizadas con el fin de conformar una red de contención ordenada desde los niveles de menor a los de mayor complejidad.

PATOLOGÍAS CRÍTICAS: REQUIEREN DERIVACIÓN A UNIDADES PERINATALES DE CATEGORÍA A

- Cardiopatías congénitas
- Malformaciones congénitas no cardíacas, excepto las descritas en las otras categorías
- Enfermedades metabólicas congénitas
- Peso al nacer < 1500 grs., independientemente de la edad gestacional.
- RCIU > 1500 grs. con otras patologías concomitantes: policitemia, SDR, etc.
- RN postérmino, con otras patologías concomitantes
- Hijo de madre diabética con otras patologías concomitantes y/o complicaciones del parto
- Hijo de madre con patologías infecciosas parasitarias o bacterianas con sospecha o confirmación de afectación fetal o neonatal.
- Hijo de madre con patologías diversas ⁽¹⁾ con sospecha o evidencia de afección fetal o neonatal
- RN con trastornos relacionados al parto severos:
 - RPM en RN < 35 semanas, con o sin evidencias de infección materna
 - RPM en RN de término, con evidencia de infección materna
 - RN de término afectado por distocia de parto con evidencia de hipoxia perinatal
 - RN < 35 semanas afectado por distocia de parto, con o sin evidencia de hipoxia perinatal
 - RN de término producto de embarazo con oligo o polihidramnios, con evidencia de compromiso fetal
 - RN < 35 semanas producto de embarazo con oligo o polihidramnios, con o sin evidencia de compromiso fetal
 - RN de término con presentación anómala, con evidencia de hipoxia perinatal
 - RN < 35 semanas con presentación anómala, con o sin evidencia de hipoxia perinatal
- RN producto de embarazo múltiple > 35 semanas, con otras patologías asociadas
- RN producto de embarazo múltiple < 35 semanas, con o sin otras patologías asociadas

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

DR. OSCAR FELIX GONZALEZ
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- RN afectado por síndrome de transfusión placentaria o feto – fetal
- RN afectado por prolapso de cordón con evidencias de hipoxia perinatal
- RN afectado por infección de las membranas
- Hipoxia perinatal de cualquier etiología:
 - Evidenciada por gases de cordón
 - Que requirió reanimación, cualquiera sea el Apgar
 - Que no requirió reanimación pero mantiene Apgar < 6 a los 5'
- Síndrome alcohólico del RN
- Hijo de madre drogadicta
- Hemorragia intracraneal o intracerebral constatada, cualquier etiología
- Trastornos nerviosos periféricos constatados por traumatismo del parto (parálisis facial, elongación de plexo braquial)
- Traumatismo de órganos internos constatado por lesiones relacionadas al parto
- Síndrome de aspiración meconial, independientemente de la edad gestacional
- Síndrome de Distress Respiratorio:
 - RN < 34 semanas con SDR
 - RN > 34 semanas con RX sospechosa de neumonía o EMH
 - RN de término con SDR y que no mantiene $\text{Sat O}_2 = \text{o} > 85\%$ con Halo de O_2 húmedo y $\text{FiO}_2 = \text{o} > 50\%$
- Neumonía congénita, independientemente de la EG
- RN de cualquier EG con neumotórax constatado radiológicamente, cualquier etiología
- RN de cualquier EG con neumopericardio constatado radiológicamente, cualquier etiología
- Hemorragia pulmonar, cualquier etiología
- Hijo de madre con enfermedades virales con evidencia de compromiso fetal
- Sepsis neonatal descompensada, cualquier etiología
- Infección por estreptococo B hemolítico grupo B constatada
- Meningitis bacteriana constatada
- Tétanos neonatal
- Enfermedad hemorrágica del RN
- Hiperbilirrubinemia:
 - Hemolítica, independientemente del peso y EG
 - Por incompatibilidad Rh constatada
 - En valores de exanguíneotransfusión
- Hipotiroidismo congénito constatado
- Enterocolitis necrotizante, cualquier etiología
- Convulsiones neonatales
- Intolerancia alimentaria que no responde a tratamiento habitual

ES COPIA FIEL

Silvia Maria Rita Ardiles
SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Eduardo Ojeda Figueroa
EDUARDO OJEDA FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Oscar Felix Gonzalez
DR. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

**PATOLOGÍAS POTENCIALMENTE CRÍTICAS: FACTIBLES DE SER
CONTENIDAS EN UNIDADES PERINATALES DE CATEGORÍA B**

- Malformaciones congénitas no cardíacas leves ⁽²⁾
 - Labio leporino con o sin paladar hendido sin otras malformaciones asociadas
- RCIU > 1500 gr. sin otras patologías concomitantes
- RN pretérmino > 34 semanas, sin otras patologías concomitantes
- RN postérmino, sin otras patologías concomitantes
- Hijo de madre diabética sin otras patologías concomitantes ni complicaciones del parto
- Hijo de madre hipertensa sin complicaciones
- Hijo de madre con patologías infecciosas parasitarias o bacterianas, sin evidencias de afectación fetal
- Hijo de madre con patologías diversas ⁽¹⁾ sin evidencia de afección fetal o neonatal
- RN con trastornos relacionados al parto:
 - RPM más de 24hs en RN de término, sin evidencias de infección materna
 - RN de término afectado por distocia de parto sin evidencia de hipoxia perinatal
 - RN de término producto de embarazo con oligo o polihidramnios, sin evidencia de compromiso fetal
 - RN de término con presentación anómala, sin evidencia de hipoxia perinatal
- RN producto de embarazo múltiple > 35 semanas sin otras patologías asociadas
- RN afectado por prolapso de cordón sin evidencias de hipoxia perinatal
- RN nacido con fórceps, sin evidencia de hipoxia ni lesiones mayores
- Cefalohematoma por traumatismo del parto, sin otra patología asociada
- Caput succedáneum por traumatismo del parto, sin otra patología asociada
- Fractura de clavícula por traumatismo del parto, sin otra patología asociada
- Síndrome de Distress Respiratorio:
 - RN de término con taquipnea transitoria que no requirió reanimación, sin antecedentes de RPM y que mantiene Sat. O₂ = o > 90% con Halo de O₂ húmedo y FiO₂ = o < 40%
 - RN pretérmino = o > 34 semanas con RX sin evidencia de EMH, que no requirió reanimación, sin antecedentes de RPM y que mantiene Sat. O₂ = o > 90% con Halo de O₂ húmedo y FiO₂ = o < 40%
- Hijo de madre con enfermedades virales sin evidencia de compromiso fetal
- Parto domiciliario sin otras patologías asociadas

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Arbiles
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

- Hiperbilirrubinemia no hemolítica en valores de LTP
- Hipoglucemia no sintomática
- Hipocalcemia no sintomática
- Hipotermia que responde a tratamiento sintomático, sin otras patologías asociadas
- Hipertermia sin evidencias de sepsis estudiada por protocolo (hemocultivo – cultivo urinario – punción lumbar)
- Intolerancia alimentaria en RN = o > 34 semanas

PATOLOGÍAS NO CRÍTICAS: FACTIBLES DE SER CONTENIDAS EN UCIN

- Malformaciones congénitas:
 - Labio leporino con o sin paladar hendido sin otras malformaciones asociadas
- RN postérmino, sin otras patologías concomitantes
- Hijo de madre hipertensa sin complicaciones
- RN con trastornos relacionados al parto:
 - RPM en RN de término, sin evidencias de infección materna
 - RN de término afectado por distocia de parto sin evidencia de hipoxia perinatal
 - RN de término producto de embarazo con oligo o polihidramnios, sin evidencia de compromiso fetal
 - RN de término con presentación anómala, sin evidencia de hipoxia perinatal
- RN producto de embarazo múltiple > 35 semanas sin otras patologías asociadas
- RN afectado por prolapso de cordón sin evidencias de hipoxia perinatal
- RN nacido con fórceps, sin evidencia de hipoxia ni lesiones mayores
- Cefalohematoma por traumatismo del parto, sin otra patología asociada.
- Caput succedáneum por traumatismo del parto, sin otra patología asociada
- Fractura de clavícula por traumatismo del parto, sin otra patología asociada
- Hijo de madre con enfermedades virales sin evidencia de compromiso fetal ⁽²⁾
- Parto domiciliario sin otras patologías asociadas
- Hiperbilirrubinemia no hemolítica en valores de LTP
- Hipoglucemia no sintomática
- Hipocalcemia no sintomática
- Hipotermia que responde a tratamiento sintomático, sin otras patologías asociadas
- Intolerancia alimentaria en RN = o > 34 semanas

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OCHOA FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

CATEGORIZACIÓN DE EMBARAZOS DE RIESGO

Al igual que las patologías neonatales, esta categorización está destinada a la decisión de derivar a la madre a un centro con UTIN 3° nivel o no. Es de destacar que la presente categorización *pone el énfasis en la necesidad de UTIN para el RN.*

Se toma como base la Clasificación de la Sociedad Española de Obstetricia, agregando algunas salvedades acordes al objetivo del proyecto:

EMBARAZOS CATEGORÍA "A" (CORRESPONDE A EMBARAZO RIESGO II O ALTO RIESGO):

Estos embarazos pueden ser controlados y llevados a término en centros con UCIN *excepto* aquellos que presentan complicaciones o APP antes de las 34 semanas:

- Abuso de drogas
- Polihidramnios u Oligoamnios sin evidencias ecográficas de malformación fetal
- Amenaza de parto prematuro (APP)
- Anemia grave
- Cardiopatías grado III o IV
- Diabetes tipo I
- Embarazo gemelar
- Endocrinopatías
- Hemorragias del 2° y 3° trimestre
- Hipertensión arterial crónica sin evidencia de afectación fetal
- Preeclampsia sin evidencia de afectación fetal
- Infección materna sin RPM
- Malformación uterina
- Malos antecedentes obstétricos: 2 o más abortos, 1 o más hijos pretérminos

EMBARAZOS CATEGORÍA "B" (CORRESPONDE A EMBARAZO RIESGO III O MUY ALTO RIESGO):

- RCIU confirmado
- APP que no responde a útero-inhibición < 34 semanas
- Malformación fetal confirmada
- Incompetencia cervical confirmada
- Placenta previa < 34 semanas
- Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae)
- Hipertensión arterial grave
- Eclampsia
- Embarazo prolongado
- Muerte fetal anteparto
- Patologías materna asociada grave

ES COPIA FIEL

Silvia María Rita Ardiles
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

EDUARDO OJEDA FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

000677

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

GLOSARIO

RPM: Rotura prolongada de membranas
RN: Recién nacido
RNPT: Recién nacido pretérmino
RCIU: retardo del crecimiento intrauterino
APP: amenaza de parto prematuro
SDR: síndrome de dificultad respiratoria
ARM: asistencia respiratoria mecánica
O2: oxígeno
Sat O2: saturación de oxígeno
FiO2: fracción inspirada de oxígeno
LTP: luminoterapia

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD

Dr. OSCAR FELIX GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD

000677

ES COPIA FIEL

SILVIA MARIA RITA ARDILES
JEFE SECCION PROYECTOS
Y CONTROL DE EXPEDIENTES
DEPARTAMENTO DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD