



Ministerio de Salud  
PRESIDENCIA DE LA NACION

*Dirección de Calidad de los Servicios de Salud*

*Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención  
Médica*



*Resolución 306/2002*

**LA NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS  
SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS  
NEONATALES**

**Ministerio de Salud**

**SALUD PUBLICA**

**Resolución 306/2002**

**Apruébase la Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.**

Bs. As., 23/5/2002

VISTO el Expediente N° 2002-3327/02-9 del registro de este Ministerio, 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 normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales, asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION SANITARIA ha coordinado el proceso de elaboración de la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS, de acuerdo con la normativa vigente, contando con la participación de las siguientes entidades: UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA – PROGRAMA SALUD MATERNO INFANTIL Y NUTRICIONALES, HOSPITAL DE PEDIATRIA "DOCTOR JUAN P. GARRAHAN" (SAMIC), ASOCIACIONES DE FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS de la REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA), ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (A.M.A), SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA.

Que 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 Y RELACIONES SANITARIAS han tomado la intervención de su competencia y avalan su modificación e 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. 2002".

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1°** — Apruébase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

**Art. 2°** — Incorpórese la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, que se aprueba en el artículo precedente, al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

**Art. 3°** — Difúndase a través de la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION la citada Norma, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de la misma en el marco del Programa Nacional referido en el artículo precedente.

**Art. 4°** — La Norma que se aprueba por la presente Resolución podrá ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de Profesionales dentro del plazo de SESENTA (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y, en caso de no ser observada, entrará en vigencia a los NOVENTA (90) días de dicha publicación.

**Art. 5°** — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción, deberá comunicar a la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION 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. 6°** — Agradécese a las entidades participantes: HOSPITAL DE PEDIATRIA "DOCTOR JUAN P. GARRAHAM" (SAMI), ASOCIACION DE FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS de la REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA), ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (A.M.A), SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

**Art 7°** — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos. Cumplido, archívese. — Ginés M. González García.

## ANEXO I

### **NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

#### 1) FUNDAMENTOS:

La mortalidad neonatal (MN), es la fracción más importante de la mortalidad infantil (MI). Si bien se ha producido un descenso de la MN en los últimos años, esta permanece elevada con importantes diferencias entre regiones y provincias de nuestro país. Además la mortalidad postneonatal (MP), depende en una proporción importante, de causas neonatales (bajo y muy bajo peso al nacer), y de la morbilidad crónica derivada de la patología neonatal.

Por estas razones es necesario mejorar la organización y funcionamiento de los servicios neonatología con cuidados intensivos neonatales, a fin de lograr estándares mínimos que permitan un cuidado efectivo y una producción que genere una disminución de la MN y de la mortalidad en la terapia intensiva. Asimismo esta guía procura establecer las bases de una interrelación de los servicios que posibilite, teniendo en cuenta la gran variabilidad demográfica y de recursos de nuestro país lograr el máximo efecto a través de la vinculación adecuada de las instituciones.

#### 2) ORGANIZACION DE LOS NIVELES DE ATENCION

En nuestro país para establecer los niveles de atención en las terapias intensivas neonatales es necesario dada la enorme extensión geográfica considerar los aspectos demográficos del área donde funcionan los servicios, el número de partos, la distancia entre servicios que puedan funcionar en red, y la disponibilidad de recursos. Teniendo en cuenta estas consideraciones los servicios de neonatología y sus cuidados intensivos pueden clasificarse en tres niveles con diferentes límites en las actividades curativas que pueden brindar:

## **Nivel 1**

Características

1. a — Menos de 1.500 partos anuales.

1. b — Menos de 1.500 partos anuales pero pertenecientes a zonas geográficas aisladas con grandes distancias a centros de mayor complejidad.

Menos de 1.500 partos anuales pero con patología obstétrica derivada de alto riesgo y alta frecuencia de neonato patológico.

Menos de 1500 partos anuales con alta derivación de neonatos patológicos.

Para el análisis del grupo 1 debe tenerse en cuenta las siguientes variables:

A) la internación neonatal para una población sin riesgos constituye 10-15% de los nacimientos.

B) el censo promedio para estas unidades es de 6-8 neonatos.

C) los requerimientos de ARM son menores a 30 pacientes anuales en estas unidades.

Bajo estos supuestos, si estos centros funcionaran en centros urbanos con posibilidad de rápida derivación pueden establecerse los siguientes servicios que pueden brindar:

1a) Menor de 1500 partos anuales.

1) parto normal, cesárea.

2) recepción y reanimación del neonato de término y pretérmino. Derivar la amenaza de parto prematuro, de menos de 32 semanas de gestación.

3) infusión de soluciones endovenosas.

4) cateterización umbilical ( > a 1.000 partos). (<1000 partos sólo en emergencia para reanimación)

5) exanguinotransfusión ( > a 1.000 partos).

6) tratamiento de la dificultad respiratoria con halo cefálico o con CPAP.

1b) En los servicios de < 1500 partos que pertenecen a áreas geográficas aisladas, con dificultades de derivación o aquellos que atienden población de alto riesgo y/o alta frecuencia de derivación de neonatos patológicos se debe agregar:

7) Asistencia Respiratoria Mecánica.

## **Nivel 2**

Mayor a 1.500 partos.

Corresponde a servicios que por su número de partos tienen censos superior a 10 ptes. promedio, que aumentan proporcionalmente con el número de nacimientos. Por esta razón también aumentan en proporción los requerimientos de ARM y de la necesidad de atender RN con patología malformativa y de resolución quirúrgica.

Estos servicios deben brindar los servicios presentados para el nivel 1 (1 a 7)., y deben además resolver la patología quirúrgica y los casos complejos que requieran de especialización pediátrica (ej. oftalmológica, retinopatía del prematuro diagnóstico de cardiopatía congénita).

Para este fin los servicios de maternidad incorporados a hospitales generales con mayor número de partos y servicios de pediatría con especialidades pediátricas deben resolver en la misma institución la mayor parte de la patología compleja incluyendo la quirúrgica, con excepción de la cirugía cardiovascular.

Las maternidades aisladas son limitadas en número en el país y deben derivar a hospitales pediátricos los casos antes mencionados aunque sería razonable que las especialidades pediátricas más requeridas realicen dos visitas semanales como mínimo a la maternidad.

Esto mismo sucede con estos pacientes en áreas geográficas aisladas donde no se cuenta con especialidades pediátricas quirúrgicas.

### **Nivel 3**

Corresponde a los servicios de mayor complejidad que practican todos los servicios neonatales (1 a 7), e incluyen:

8) técnicas de rescate de SDR grave (alta frecuencia, óxido nítrico).

9) cirugía de malformaciones complejas.

10) cirugía cardiovascular.

Estos servicios funcionan en hospitales pediátricos de alta complejidad y sería deseable que hubieran por lo menos uno en ciertas regiones del país (Sur, Noreste, Noroeste, Cuyo y cuatro en la zona Central), de acuerdo al número de partos y a la demanda potencial por estas patologías complejas.

### **Registros**

Todos los servicios deben poseer:

1 — registro manual e informatizado de ingresos, egresos, defunciones, diagnósticos, peso al nacimiento, derivaciones. Tasa de neonatos <1.500 grs. < 2.500 grs.

2 — resultados:

a) mortalidad por intervalos de peso de 500 grs.

b) mortalidad en ARM por diagnósticos e intervalos de peso.

c) Tasa de infección hospitalaria.

## **ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA CON CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

### **AREAS FISICAS GENERALES**

— Sector de recepción y reanimación del RN en sala de partos (Nivel 1 y 2).

— Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (1b, 2, 3) UTIN .

— Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (1a, 1b, 2, 3) UCIN.

— Sector de Crecimiento (1, 2, 3)

— Cuidados mínimos (1, 2, 3).

— Internación conjunta madre-hijo (1, 2).

La diferencia entre la UTIN y UCIN está dada por los diferentes niveles de complejidad de los pacientes y no por diferente complejidad y cantidad de los equipos de control y atención.

Los servicios de Neonatología deberían ubicarse preferentemente cerca del Centro Obstétrico (1,2) y deben contar con una adecuada unidad de transporte para los casos que requieren traslado estable del neonato a la UTIN.

El servicio de Neonatología debe constituir una unidad funcional aislada físicamente del resto de los servicios y áreas de la institución.

Debe existir salida de emergencia del área total, equipo antiincendio y comunicación electrónica y telefónica completa.

#### ESTRUCTURA COMUN DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA

— Antesala de recepción para padres y hermanos del RN y el personal con lavatorios, toalleros de papel, armarios y percheros.

— Sala de reunión de padres y familiares (>1500 partos).

— Comodidades para la estadía de madres para prematuros en crecimiento e internaciones prolongadas.

Nivel 1, 2 y 3.

— Superficie habilitada por plaza de cada paciente de 2,8 m<sup>2</sup>. Temperatura ambiental 25 - 26°C.

Adecuada luz natural. Pisos y paredes lavables hasta 2,80 mts. en todas las zonas.

— Estación de enfermería en UTIN y UCIN que comunique con todos los ambientes con una superficie mínima de 6m<sup>2</sup>.

— Depósito en el área para instrumental, equipos, medicamentos, ropa.

— Sala de reunión /aula para capacitación del equipo de salud.

— Los lavatorios deben poseer canillas que no requieran la mano para su apertura y cierre. Las piletas deben estar ubicadas dentro de cada sector y no deben obligar a recorrer más de 6 metros.

#### SECTOR DE RECEPCION Y REANIMACION DEL RECIEN NACIDO EN SALA DE PARTOS (Nivel 1 y 2)

Area destinada exclusivamente a la recepción/reanimación del RN contigua a las salas de partos/ quirófanos (dentro de la misma zona de acceso restringido) con una superficie no menor a 6 mts.<sup>2</sup>

\*Un área cada 3 salas de partos/quirófanos

\*Cada área debe tener:

— Mesada fija o servocuna con acolchado lavable, que permita atender a dos (2) RN en forma simultánea.

— Lavatorio con agua caliente las 24 hs., que permita bañar al RN.

— Dos tomas de Oxígeno, una de aire comprimido y una de aspiración.

- Instalación eléctrica adecuada con 6 enchufes. Luces de emergencia. Conexión a grupo electrógeno.
- Sistema de calorificación que asegure 37°C sobre mesada o servocuna.
- Comunicación con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

#### INTERNACION CONJUNTA MADRE-HIJO (Nivel 1, 2).

Ambientes con 9 m<sup>2</sup> por cama con su cuna.

Oficina exclusiva de enfermería

Un lavabo cada cuatro neonatos

Un recinto para actividades de promoción de la salud (opcional).

#### SECTOR CUIDADOS MINIMOS Y CRECIMIENTO (Niveles 1, 2, 3).

Superficie de 2,8 m<sup>2</sup> por paciente en cuna o incubadora.

Oficina de enfermería propia.

Unidad separada funcionalmente de cuidados intensivos e intermedios.

Ambiente familiar con activa participación de los padres.

Monitoreo (saturometría) de neonatos de <2000 gramos o que tengan indicación clínica por su enfermedad de base.

Un lavatorio cada cuatro neonatos.

Una boca de oxígeno, una de aire y una de aspiración cada tres plazas.

Temperatura estable 25-26°C.

#### SECTOR DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y CUIDADOS INTENSIVOS (Niveles 1,2, y 3)

— Constituyen unidades funcionales aisladas físicamente del resto del área de Neonatología con acceso restringido.

— Antecámara de recepción para padres y personal con dos lavatorios, toalleros de papel, recipiente de residuos, percheros, armarios.

— Sala de reunión de padres y planillas del neonato.

— Pasillos amplios que permiten el paso de equipos necesarios.

— Estación de enfermería de más de 6 m<sup>2</sup> en cada sector con comunicación con todos los ambientes.

— Habitaciones de aislamiento de 24 m<sup>2</sup>.

— Sectores de 24 m<sup>2</sup> con un máximo de seis pacientes.

— Depósitos para instrumental, medicamentos, ropa.

— Señalización adecuada.

- Salida de emergencia.
- Comunicación electrónica y/o telefonía con distintos sectores del área y la institución.
- Vestuario para personal propio.
- Sala de trabajo de médicos y dormitorio de médicos en la planta.
- Estación de lavado y preparación de materiales.
- Uso de fórmulas estériles de producción central.
- Cocina de leche con sector limpio con esterilización terminal y sector sucio.
- Sector de lactario de leche humana.
- Espacio para charla con los padres.
- Residencia de madres (recomendable).
- Area de preparación de soluciones parenterales y medicación o farmacia con dispensación central de dosis.
- Sala de procedimientos.

#### INSTALACION ELECTRICA

- Grupo electrógeno de capacidad completa para el área.
- Circuitos alternativos.
- Doce enchufes por unidad de cuidados intensivos y seis enchufes por plaza de cuidados intermedios.
- Llaves por sectores. Existen disyuntores, circuitos alternativos, luces de emergencia y de intensidad regulable.

#### INSTALACION SANITARIA

- Los lavatorios poseen canillas que no requieren la mano para apertura y cierre.
- Las piletas son de profundidad suficiente para no salpicar y drenar adecuadamente.
- Baños suficientes para personal, padres y visitantes.
- Agua potable, caños no embutidos.

#### INSTALACION DE OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO Y ASPIRACION

- Sistema de provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración centrales, con alarmas de volumen o visuoacústicas.
- Tanque de oxígeno líquido y una batería de cuatro tubos para emergencia.
- Posee al menos dos compresores a pistón seco con ciclo refrigerante, toma de aire exterior con drenaje del agua condensada y filtros bacterianos.



— Bomba de vacío para aspiración.

— Dos bocas de oxígeno, una de aire y una de aspiración por cada plaza de cuidados intensivos e intermedios.

— Matafuegos de distintas clases (eléctricos y otras).

#### SALIDAS DE EMERGENCIA

#### SISTEMA DE TEMPERATURA AMBIENTE

— Ventanas grandes y fijas con vidrios especiales o dobles.

— Sistema de ventilación y refrigeración/calefacción con aire filtrado que evite la recirculación del aire y control de temperatura con termostatos.

— Control periódico del ruido ambiental

#### EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL

#### RECEPCION DEL RECIEN NACIDO

— Balanza, pediómetro, cinta métrica inextensible.

— Toallas, compresas estériles y ropa quirúrgica para la atención del neonato.

— Gorra y láminas de plástico estériles para el neonato pretérmino.

— Termómetro de pared y reloj grande.

— Fuente de luz sobre la mesa de reanimación.

— Equipo para correcta identificación del neonato que incluya pulsera codificada para madre y niño.

— Bolsa tipo ambú con reservorio con válvula de seguridad de presión, mascarillas, tubos endotraqueales (2.5-4), laringoscopio de rama recta con distinto tamaño, caja de canalización umbilical. Los tubos endotraqueales son descartables. Debe haber provisión para reanimar dos neonatos simultáneos.

— Posee material para efectuar grupo, Rh, Coombs, hematocrito, gases en sangre y glucemia y cultivos.

— Hay dos bocas de oxígeno, una de aire y una de aspiración. Calentador/humedificador.

— Disponibilidad de medicamentos a la mano para reanimación.

— Equipo de transporte (incubadora de transporte o servocuna).

#### INTERNACION CONJUNTA

— Cuna de acrílico, pié cromado con estante y/o cajón, con colchón con funda lavable.

— Balanza, pediómetro, cinta métrica.

— Recipiente de desperdicios de plástico con tapas y bolsas de polietileno para residuos con colores identificatorios.

— Toallas descartables.

- Suministro de oxígeno, aspiración.
- Equipo de resucitación.
- Aparatos o sistemas utilizables para educación de la salud.

#### CUIDADOS TRANSICIONALES

- Neonatos sanos con madres internadas.
- Neonatos con ictericia que requieran luminoterapia.
- Equipamiento igual a internación conjunta añadiéndose equipos de luminoterapia.

#### CRECIMIENTO DE PREMATUROS

- Incubadora de circuitos cerrado cada 250 nacimientos/año.
- Monitoreo de cabecera (ECG y/o saturimetría) para neonatos <37 semanas de edad post concepcional sin antecedentes de apnea.
- Cunas de acrílico, pié cromado.
- Bandeja individual (estetoscopio, termómetro) para cada plaza.
- Equipo de resucitación.
- Equipos de luminoterapia de 8 tubos, spot o luz azul, 1 c/2 - 3 incubadoras.
- Balanzas, pediómetros.
- Bombas de perfusión.
- Balanza de pañales.
- Stock de medicamentos completos para la dosificación de 24 horas.
- Stock de material descartable para 24 horas.

#### CUIDADOS INTERMEDIOS, CUIDADOS INTENSIVOS.

- Servocunas: 1 cada 4 incubadoras (nivel 1 y 2) ó 1 cada 800 - 1000 nacimientos
- Servocunas: 2 cada 100 ingresos (nivel 3).
- Incubadoras: 1 cada 250 nacimientos/año (nivel 1 y 2).
- Incubadoras: 4 cada 100 ingresos (nivel 3).
- Incubadora de transporte intra/extrainstitucional (nivel 1, 2 y 3).
- Equipos de luminoterapia: 1 cada 300 nacimientos (nivel 1 y 2) 1 cada 100 ingresos (nivel 3).
- Balanza de 10000 grs. (electrónica): 1 cada 4 plazas.
- Oxímetro de pulso: 1 por cada plaza en cuidados intensivos e intermedios (nivel 1, 2 y 3).

— Dos bombas de infusión a "cassette" o jeringa por plaza de cuidados intensivos y 1 por plaza de Cuidados intermedios.

— Equipo de exsanguíneo transfusión.

— Monitor de cabecera con medición de ECG, 1 cada 2 plazas en cuidados intensivos y cuidados intermedios.

— Medición de tensión arterial invasiva (1 cada 2 ó 3 plazas) en cuidados intensivos (nivel 3) 1 cada 6 plazas ( nivel 2).

— Medición de tensión arterial no invasiva, 1 cada 3 plazas en cuidados intensivos (nivel 2 y 3).

— Medición de tensión arterial no invasiva 1 cada 4-6 plazas en cuidados intermedios (nivel 1b, 2 y 3 ).

— Bolsa ambú cada plaza de terapia intensiva y cada 4 plazas de terapia intermedia.

— Electrocardiógrafo.

— Equipo completo de reanimación.

— Equipo de drenaje de neumotórax.

— Transiluminador.

— Refrigerador.

— Ecografía Doppler disponible.

— Oftalmoscopio-Otoscopio.

— Densitómetro.

— Equipo Rx. Portátil disponible.

— Desfibrilador.

— Respirador de presión ciclado por tiempo, 1 por cada plaza de cuidado intensivo (nivel 2 y 3) y 1 cada 4 plazas de cuidado intermedio (nivel 3).

— Respirador de transporte.

— Equipo de respiración sincronizada (opcional – nivel 2 y 3)

Monitor de función respiratoria (opcional - nivel 2 y 3)

Ventilador de alta frecuencia (opcional - nivel 2 - más de 2000 partos, nivel 3).

— Equipo de presión positiva continua.

— Halos: 1 por cada 4 plazas de cuidados intensivos e intermedia.

— Bomba de aspiración negativa: 1 cada 3 respiradores.

— Oxímetro ambiental: 1 cada 6 incubadoras.

- Calentadores humidificadores: 1 por cada plaza de cuidados intensivos e intermedios.
- Stock de medicamentos y material descartable para 24 horas.

## MEDICAMENTOS

Adrenalina

Albúmina desalada 5%.

Amikacina

Ampicilina.

Anfotericina

Atenolol

Bicarbonato de sodio molar

Cloruro de potasio molar.

Cloruro de sodio hipertónico.

Digitalicos

Dobutamina

Dopamina

Enalapil

Furosemida

Gentamicina.

Heparina

Indometacina

Meropenen

Milrinona

Prostaglandinas.

Salbutamol

Solución fisiológica.

Solución glucosada 5, 10, 25, 50%. .

Surfactante

Vancomicina

## INSUMOS MINIMOS

Abocath diferentes medidas

Agujas tipo Butterfly 21, 23.

Bombas de infusión continua a jeringa para alimentación enteral.

Cobertor estéril de plástico para neonatos de muy bajo peso.

Correctores y prolongadores de tubuladuras.

Domo de medición de presión arterial invasiva y presión venosa central.

Equipo de drenaje pleural

Guías y tubuladuras de suero.

Jeringas 1, 2, 5, 10 y 20 ml.

Llaves de tres vías.

Ropa de neonatos de diferente peso al nacer.

Set de cateterización percutánea.

Sondas de alimentación oral.

Sondas de aspiración de la vía aérea.

Sondas de aspiración digestiva.

Sondas de evacuación vesical.

## RECURSOS HUMANOS

Se establece una diferencia según el nivel de los servicios de Neonatología en relación a la dedicación de los médicos de planta sosteniéndose estable los requerimientos de enfermería según la complejidad de los pacientes.

## ASPECTOS GENERALES

Examen psicofísico de ingreso que incluye Rx.de torax, serología (hepatitis, rubéola, HIV).

Examen médico post enfermedad y anual.

Personal con infección respiratoria no puede atender pacientes.

Legajo con evaluaciones periódicas de desempeño.

Certificación del nivel profesional por autoridad nacional y/o provincial y curriculum vitae actualizado.

MEDICOS (Nivel 1a)

Jefe de Servicio con título de pediatría y formación neonatológica o certificación en Neonatología con dedicación al menos de 30 horas semanales designado por concurso. Debería poseer formación en administración y gestión sanitaria.

Médico pediatra de planta (>500 partos anuales) cada 4-6 plazas de cuidados intensivos o intermedios y además hasta 15 plazas de menor complejidad incluyendo recién nacidos sanos.

Dedicación de una hora médica por cada 3 neonatos en crecimiento o cuidados intermedios y por cada neonato en cuidados intensivos.

Médico pediatra de guardia con experiencia en neonatología activo, uno por cada 10 plazas (cuidados intensivos).

#### ENFERMERAS

Jefa de enfermería con capacitación en Neonatología.

Enfermería profesional (>=60%).

Distribución de número y formación igual en todos los turnos.

Una enfermera cada 2 pacientes de cuidados intensivos, 4 de cuidados intermedios y crecimiento, 8 en cuidados transicionales y 12 en internación conjunta.

La distribución de enfermeras puede modificarse según la gravedad de los pacientes y las demandas de horas de atención con independencia de los niveles de internación (cuidados intensivos e intermedios.)

El personal de enfermería rota, se adiestra en todas las secciones, recibe educación continua y evaluación periódica.

#### SERVICIOS 1b y 2.

Jefe de Neonatología con certificación Nacional y/o de la SAP con dedicación de 36 horas semanales.

Médicos pediatras de planta con certificación neonatal 1 cada 4-6 plazas de cuidados intensivos y uno cada 10 plazas de cuidados intermedios y 30 horas semanales y además 1 médico cada 15 plazas de menor complejidad incluyendo recién nacidos sanos.

Dedicación de una hora médica por 3 neonatos de cuidados intermedios o crecimiento y 1 de cuidados intensivos.

Médico pediatra de guardia con formación neonatal permanente por cada 12 plazas de cuidados intermedios e intensivos.

Un médico pediatra en sala de partos por cada 2000 partos anuales

#### ENFERMERIA

Supervisora cubierta por enfermera diplomada con formación en gestión y salud pública, en cuidados intensivos neonatales y designada por concurso abierto.

Relación enfermería profesional /total mayor 75%.

Distribución igual en todos los turnos.

Hay una enfermera por cada uno o dos pacientes en cuidados intensivos, cada cuatro en cuidados intermedios y prematuros, diez en cuidados transicionales y doce en internación conjunta.

Rota el personal por todas las áreas.

Recibe adiestramiento continuo y evaluación periódica.

Hay enfermera epidemiológica (>2500 partos anuales).

Hay enfermera de transporte (transporte intrahospitalario necesario).

#### MEDICOS (Nivel 3)

Jefe con certificación neonatológica nacional o SAP con dedicación de por lo menos 36 horas semanales.

Médicos pediatra de planta con certificación neonatal cada cuatro plazas de cuidados intensivos y 36 horas semanales.

Dedicación de 1 hora médica cada dos neonatos de cuidados intermedios y cada neonato de cuidados intensivos.

Un médico pediatra de guardia con certificación de postgrado en cuidados intensivos neonatales cada 12 plazas de terapia intensiva y de cuidados intermedios.

#### ENFERMERIA

Supervisora cubierta por enfermera diplomada con formación en neonatología, cuidados intensivos, gestión y salud pública.

Jefa de enfermería de cuidados intensivos, intermedios y recuperación.

La enfermería rota por todas las áreas.

Distribución igual en todos los turnos.

Hay una enfermera por cada paciente en ARM y/o inestable en cuidados intensivos y cada 3-4 pacientes de cuidados intermedios y cada 8 pacientes en recuperación neonatal.

#### OTROS RECURSOS DE PERSONAL

Farmacéutico para preparación de monodosis (unidades tipo 2 y 3).

Nutricionista a cargo de lactario de fórmulas y de leche humana (unidades tipo 2 y 3).

Mucama cada 10-15 pacientes en todos los turnos.

Auxiliar de servicio 1 cada 15 pacientes (unidades tipo 2 y 3).

Asistente social cada 20 pacientes especial del servicio.

Salud mental (1 profesional c/20 plazas).

Un empleado administrativo c/15 plazas.

Un técnico electrónico asignado al servicio.

#### **SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

##### LABORATORIO

Se usan sólo microtécnicas y atiende las 24 horas.

Equipo de análisis rápido en el área (>2000 partos-servicios tipo 3).

El laboratorio central puede informar en menos de 1 hora (gases en sangre, glucemia, urea, calcio).

Control de calidad periódico de las determinaciones.

#### IMAGENES

Servicio de radiografías las 24 horas.

Servicio de ecografía 6 horas con supervisión profesional (1b y 2) y 24 horas (3).

Técnico de guardia activa 24 horas (1b, 2 y 3).

Controles de radiación periódicas en el área y 3 delantales de plomo para protección del personal.

#### HEMOTERAPIA

Técnico de guardia activa 24 horas.

Examen de rutina para chagas, lues, hepatitis, HIV, CMV.

Programa de donantes para prematuros (2 y 3).

Programa de transfusiones pequeñas (2 y 3).

Banco de sangre.

#### NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

Normas del área fundadas en medicina basada en la evidencia evaluando resultados y modificaciones periódicas.

Guías de atención de RN sano y patológico en sala de partos.

Guías de estimulación madre/hijo y lactancia materna.

Guías de atención de las principales patologías.

Guías clínicas y protocolos.

Normas escritas de control de infección nosocomial.

Normas de bioseguridad.

Normas de seguridad para evitar el robo/cambio de niños.

Normas de pedidos y toma de muestras del laboratorio y otros exámenes complementarios.

Normas de preparación de materiales y circulación del material limpio y sucio.

Normas accesibles a toda hora.



Existe integración y reunión periódica frecuente de los obstetras y neonatólogos para la atención perinatal y funcionamiento conjunto.

Normas de criterio de admisión y alta.

Normas para la derivación de los pacientes.

Sistema informativo (SIP, Epiinfo) para registrar datos de los pacientes internados y su resumen anual.

Indicadores centinelas

Capacitación continua del personal.

## REGISTROS

Mortalidad perinatal.

Mortalidad neonatal, precoz y tardía.

Mortalidad neonatal por intervalos de peso de 500 gramos.

Tasa de infección nosocomial.

Mortalidad en ARM.

Frecuencia de complicaciones más importantes.

## OTROS PROGRAMAS

Programa de atención de egresados de cuidados intensivos (<1500 gramos, cardiopatías congénitas, pacientes quirúrgicos, displasia broncopulmonar y otras).

## HISTORIA CLINICA, OTROS

Evaluar riesgo psicosocial.

Se evalúa por problemas y su evolución.

Registro diario o por horas en pacientes críticos. Modelo cerrado de registro.

Comité de Ética hospitalario y participación de Neonatología.

Comité de docencia e investigación.

Control de Bioseguridad.

Pase de sala diario por médico de planta y/o jefe de servicio.

Reuniones periódicas de padres con médicos de planta y supervisores del área.

## GUIAS PARA LA PARTICIPACION DE LA FAMILIA

Debe incluir posibilidad de acompañante en sala de partos. Contacto precoz madre/hijo.

No separación innecesaria del binomio madre/hijo (internación conjunta). Ingreso irrestricto de madres/padres a los sectores de internación neonatal. Visitas de horario amplio para el resto de 1 familia

(hermanos, abuelos). Comodidades para la estadia prolongada de las madres de los RN internados y Residencia para madres (Hogares maternos con alojamiento).