

Ministerio de Salud Pública

Montevideo, 23 NOV. 2012

VISTO: que dentro de los Programas de atención a la Salud que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, se encuentra el Programa de Salud Perinatal:

RESULTANDO: I) que los indicadores de Salud Perinatal y el relevamiento de servicios que se viene llevando a cabo, ponen en evidencia la inequidad en el proceso de atención del embarazo, del nacimiento y del puerperio, así como del recién nacido;

II) que dichas inequidades obedecen a diferencias en la accesibilidad, la calidad de la atención y las diferentes realidades territoriales;

CONSIDERANDO: I) que las afecciones del período perinatal vinculadas con la prematuridad constituyen la principal causa de mortalidad neonatal (MN);

II) que en el Uruguay los casos de mortalidad materna (MM) son bajos y esencialmente relacionadas al control del embarazo y a la progresión del proceso de nacimiento;

III) que existe un uso inadecuado de los recursos materiales;

IV) que la evidencia internacional señala que la regionalización de los cuidados perinatales y el transporte oportuno y adecuado materno y/o neonatal son procesos fundamentales para mejorar los resultados de la salud perinatal;

V) que la historia de la asistencia del parto en el Uruguay y en la mayoría de los países, ha demostrado que el parto institucionalizado y humanizado ha disminuido la morbimortalidad materna feto-neonatal;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en las Leyes N° 9.202, Orgánica de salud Pública, de 12 de enero de 1934 y N° 18.426 de 1 de diciembre de 2008 y Decreto Reglamentario N° 293/010 de 30 de setiembre de 2010;


EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:


- 1º) Apruébase el **DOCUMENTO TÉCNICO MATERNIDADES**, que contiene los requisitos necesarios para el mejor funcionamiento y monitoreo de los servicios de atención a la salud perinatal y los lineamientos para redactar las Guías de Buenas Prácticas basadas en evidencia científica, que se anexa y forma parte integral de la presente Ordenanza.
- 2º) Las recomendaciones contenidas en el referido Documento, se instrumentarán progresivamente.
- 3º) Derógase la Ordenanza Ministerial N° 43 de 18 de noviembre de 1983.
- 4º) Comuníquese. Publíquese en la página Web de esta Secretaría de Estado. Tomen nota la Dirección General de la Salud y el Área de Salud Sexual y Reproductiva. Cumplido, archívese.

Ord. N° 693

Ref. N°001-3-8310/2012

CR.-


Dr. JORGE E. VENEGAS
Ministro de Salud Pública


ES COPIA FIEL
Ma. CRISTINA LÓPEZ
DIRECTORA
Dpto. de Secretaría de Salud
y Atención al Ciudadano

Documento Técnico Maternidades

Índice :

1.- Justificación

2.- Recomendaciones

3.- Definiciones operativas

4.- Sistema de Traslados

5.- Anexos

Documento Técnico Maternidades

1.- JUSTIFICACIÓN:

1. Los indicadores de salud perinatal y el relevamiento de servicios que se está llevando a cabo ponen en evidencia la inequidad en el proceso de atención del embarazo, del nacimiento, del puerperio así como del recién nacido. Las inequidades obedecen a diferencias en la accesibilidad, la calidad de la atención y las diferentes realidades territoriales
2. Las afecciones del periodo perinatal vinculadas con la prematurez constituyen la principal causa de mortalidad neonatal (MN). En el año 2008, 2009 y 2010 estas afecciones representaron el 48.5%, 52.1% y 47,9% respectivamente de la mortalidad neonatal.
3. En el Uruguay los casos de mortalidad materna (MM) son bajos y esencialmente relacionadas al control del embarazo y a la progresión del proceso de nacimiento.
4. Existe una crisis de recursos humanos para la atención de la Salud, el personal de Salud es insuficiente, está mal distribuido y recibe escasa formación continua
5. Existe un uso inadecuado de los recursos materiales
6. La evidencia científica internacional señala que la regionalización de los cuidados perinatales y el transporte oportuno y adecuado materno y/o neonatal son procesos fundamentales para mejorar los resultados de la salud perinatal.
7. La historia de la asistencia del parto en el Uruguay y en la mayoría de los países ha demostrado que el parto institucionalizado y humanizado ha disminuido la morbimortalidad materna feto -neonatal.

2.- RECOMENDACIONES:

Esta Comisión entiende pertinente:

1. **Normativa:** Revisar y actualizar la Ordenanza Ministerial 43/83 a la luz de los avances científicos en el desarrollo de los cuidados perinatales y los cambios que impulsa la actual reforma del sector salud.

Documento Técnico Maternidades

2. **Habilitación:** Incluir en este documento los requisitos relacionados a la habilitación de los servicios de atención a la salud perinatal que contemplan:

- a) la necesidad local en función de la demanda (número de partos) y realidades territoriales
- b) la aplicación de normas y guías de buenas prácticas basadas en evidencia
- c) la calidad del proceso asistencial
- d) la definición de procesos y recursos que garanticen los derechos y participación de los ciudadanos.

3.- **Recursos Humanos:** Diseñar políticas de recursos humanos que apunten a fortalecer la capacitación profesional continua y la descentralización de la formación y de la atención.

4.- **Recursos Materiales:** Definir una estrategia para el mejor funcionamiento y optimización de los Servicios

5.- **Procesos de Atención:**

- Promover y recomendar el parto institucionalizado y humanizado para disminuir la morbimortalidad materno feto-neonatal ¹
- Regionalizar los cuidados perinatales, incluyendo la organización de un sistema de transporte oportuno y adecuado materno y/o neonatal
- Promover el desarrollo y aplicación de normas y guías basadas en evidencias científicas

6.- **Regionalización organización de los Servicios**

- Incorporar en forma progresiva el «proceso de regionalización» en un área geográfica determinada, coordinando y complementando los servicios.
- Definir y organizar los diferentes niveles de complejidad² de los servicios de maternidad en acuerdo entre los prestadores del SNIS, en función de las necesidades de la población, los factores de riesgo materno-fetal y neonatal y su poder de resolución.
- Definir principios básicos y esenciales de un sistema nacional de traslado como parte del proceso.

¹ Ley 18426. Artículo 3º). "Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y la privacidad, respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no esté justificadas

² Las regiones fueron definidas de acuerdo a los correspondientes para los Comités de Auditorías de Fallecidos menores de 15 años

Documento Técnico Maternidades

- Diseñar un sistema de comunicaciones entre, aquellos servicios que reciben una mujer que consulta por motivo de inicio de trabajo de parto o situación que amerite su potencial traslado, y el centro donde deberá ser trasladada

7.- Partos institucionalizados con atención humanizada:

Incorporar la defensa del principio de *"atención institucional, humanizada y acompañada del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido"*.

8.- **Guías de buenas prácticas:** Elaborar una guía de buenas prácticas que contemple las competencias de los distintos grupos de profesionales y la definición sobre el acceso a las distintas interconsultas.

9.- En aquellas situaciones donde el número de partos y/o los recursos humanos no cumplan la normativa vigente, el MSP promoverá la formación de maternidades únicas o de referencia entre los prestadores presentes en el territorio, con el cometido de dar respuesta a las necesidades de la población y optimizar los recursos existentes

3.- DEFINICIONES OPERATIVAS (REQUISITOS A CUMPLIR):

SERVICIOS DE SALUD - MATERNIDAD

A efectos de establecer normativas de habilitación, se definen los servicios de maternidad como aquellos destinados a la atención del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido. En función de su organización y capacidad de resolución se reconocen dos tipos de maternidades: baja complejidad y alta complejidad.

Independientemente del tipo de maternidad, todo el personal técnico que se desempeñe en estos servicios deberá tener entrenamiento acreditado, calificado y continuo en el proceso de atención del parto, recepción del recién nacido, reanimación cardiopulmonar y traslado.



Documento Técnico Maternidades

MATERNIDADES DE BAJA COMPLEJIDAD.

Definición:

Son aquellas maternidades, destinadas a la atención de mujeres con embarazos y partos que inicialmente se cataloguen de bajo riesgo que pueden garantizar el adecuado seguimiento de la situación clínica tanto materna como fetal.

Este tipo de maternidad debe contar o ser capaz de acceder a un sistema de traslado que garantice la derivación en condiciones adecuadas, a una maternidad de complejidad superior en caso que sea necesario.

A continuación se detalla los requisitos que deben cumplir así como las condiciones maternas y neonatales que deberán ser capaces de resolver.

1. Estructuras

- Sala de parto¹
- Sala de parto o de nacer
- Área de cuidado de *bajo riesgo neonatal*
- Salas de Alojamiento Madre Hijo (AMH)
- Laboratorio
- Servicio de Imagenología
- Servicio de Hemoterapia
- Sistema informático
- Block Quirúrgico
- Servicio de Traslado materno y neonatal propio o coordinado

1 Debe tener la posibilidad de deambular si así lo prefiere la madre

2.- Recursos Humanos

- Obstetra partera de guardia interna
- Ginecólogo de reten (*)
- Pediatra de reten. Deberá asistir todos los partos (*)
- Anestesista de reten (*)
- Neonatólogo referente de reten (**)
- Licenciada de Enfermería por turno
- Auxiliar de Enfermería por turno

(*): Si el número de partos es mayor a dos nacimientos por día, el ginecoobstetra, pediatra y anestesia deberán estar de guardia interna (24 horas)

(**) Las funciones las desarrolla en el área de cuidado neonatal de bajo riesgo

3. Condiciones Maternas

- Sin patología cursando embarazo mayor a 32 semanas de edad gestacional
- Con patología compensada o controlada
- Cursando embarazo sin patología malformativa del feto en período prenatal
- Cursando embarazo con complicación aguda que no se encuentre en condiciones de ser trasladada a una maternidad de alta complejidad
- *Cesárea de coordinación que cumpla con los requisitos neonatales abajo mencionada, podálica o gemelares*
- *Que requiera reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina ,extracción manual de placenta y legrado por aborto incompleto.*

4.- Condiciones Neonatales

- Recién Nacido (RN) mayor a 32 semanas y peso al nacer mayor a 1500 gramos
- Síndrome de Distress Respiratoria (SDR) leve
- SDR moderado que no requiera apoyo ventilatorio o CPAP
- RN procedentes de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que estén estables y/o requieran alimentación parenteral
- Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) con score Z > 1 desvío estándar (DE)
- Ictericia que requiera fototerapia
- Defecto congénito sin compromiso vital

Sala de Nacer es el área de la maternidad que incluida en el Servicio de Salud permite que la mujer transite por el trabajo de parto, parto, y puerperio acompañada por quien ella elija.

Esta debe poseer las condiciones técnicas y de higiene adecuadas que permitan la asistencia del parto en apropiadas condiciones sanitarias.

Contará con baño individual, lavabo de manos para el equipo de salud actuante y los familiares, así como iluminación y ventilación apropiadas y condiciones amplias para la circulación. Deberán

contar con la tecnología necesaria para la monitorización materno fetal del trabajo de parto.

Contará con una cama articulable a mesa o silla de partos para el momento del período expulsivo (bandeja de partos, material médico quirúrgico y farmacológico adecuado, fórceps y otros instrumentos para la práctica tocúrgica así como los elementos para la asistencia neonatal)

Documento Técnico Maternidades

MATERNIDADES DE ALTA COMPLEJIDAD.

Definición:

Son todas aquellas maternidades que además de cumplir con los requisitos anteriores, cuenta con estructura, recursos humanos y organización adecuadas para un nivel de atención terciario. Es decir, disponen de:

- Centro de Tratamiento Intensivo neonatal propio
- Centro de Tratamiento Intensivo obstétrico o polivalente propio o rápido acceso

A continuación se resumen la estructura, recursos humanos y condiciones maternas y neonatales de una maternidad de alta complejidad.

1. Estructuras

- Sala de parto¹
- Sala de parto o de nacer
- Área de cuidado de bajo riesgo neonatal
- Área de cuidado intensivo neonatal
- Salas de Alojamiento Madre Hijo (AMH)
- Laboratorio
- Servicio de Imagenología
- Servicio de Hemoterapia
- Sistema informático
- Block Quirúrgico
- Servicio de Traslado materno y neonatal propio o coordinado

¹ Debe tener la posibilidad de deambular si así lo prefiere la madre

2. Recursos Humanos

- Obstetra partera de guardia interna
 - Ginecólogo de guardia interna
 - Pediatra de guardia interna
 - Anestesiista de guardia interna
 - Neonatólogo guardia interna
 - Licenciada de Enfermería por turno
 - Auxiliar de Enfermería por turno
- En relación a los recursos humanos de las maternidades en el sector de AMH la dotación de Licenciadas de Enfermería y Auxiliares de Enfermería se adecuará a la normativa que establezca en el MSP en la materia, que serán consideradas en las guías de buenas prácticas.
- Los Recursos Humanos de las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales es motivo de una comisión de consenso en la cual se referirá al perfil y número de unidades diversificadas en capacitación profesional o técnica. Este documento se referirá a esa resolución específica.

Documento Técnico Maternidades

- Las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales deberán ser exclusivas para recién nacidos, no pudiendo compartir unidades polivalentes.

Es responsabilidad de la jefatura del Servicio, la reorganización de los recursos humanos en función de la demanda y la realidad asistencial, manteniendo la calidad del servicio y optimizando sus recursos.

3. Condiciones Maternas

- Amenaza de parto prematuro en gestaciones igual o menor a 32 semanas, con o sin rotura prematura de membranas.
- Madre con patología concomitante descompensada o en proceso de compensación o de potencial gravedad (diabetes tipo I lábil, cardiopatía, preeclampsia severa)
- Embarazo múltiple igual o menor a 34 semanas.
- Embarazo < 34 semanas con restricción del crecimiento intrauterino g (<P5 o doppler con compromiso hemodinámico fetal).
- Defectos congénitos mayores que requieren tratamiento inmediato
- Incompatibilidad sanguínea grave (compromiso de la salud fetal).
- Hydrops fetal
- Polihidramnios que genera repercusión materna u oligoamnios severo
- Preeclampsia grave o hemólisis o aumento de las enzimas hepáticas o plaquetopenia (síndrome de HELLP)
- Enfermedad endócrino metabólica que no logra compensación a pesar del tratamiento instituido.
- Enfermedad materna grave.

4. Condiciones Neonatales

- Pretermino menor o igual a 32 semanas
- PEG con score Z > 2DE
- RN que requiere AVM o CPAP
- RN que requiere APT y no cumple con criterios de cuidados en la maternidades de baja complejidad
- RN que requiere inotrópicos
- RN con defecto congénito mayor
- RN con asfixia severa ó Síndrome Hipóxico isquémico
- RN que requiera exanguinotransfusión
- RN que no pueda ser resuelto en Maternidades de Baja Complejidad

Documento Técnico Maternidades

Documentos

Historia Clínica

Todas las Instituciones del SNIS deberán utilizar el formato de la historia clínica del Sistema Informático Perinatal (uso obligatorio por Decreto del Poder Ejecutivo 410/90).

1. Historia Clínica Perinatal
2. Historia Clínica Neonatal

4.- SISTEMA DE TRASLADOS:

Toda maternidad independientemente de su nivel de complejidad debe contar con un sistema de traslado oportuno, adecuado, propio o de fácil acceso que garantice el principio de "transporte intraútero".

Esto implica que el equipo debe reconocer durante el embarazo los problemas que determinan riesgo para la madre y/o el recién nacido y derivar la embarazada en forma oportuna.

En todos los casos el sistema de traslado debe 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.

Se reconocen probables situaciones o escenarios:

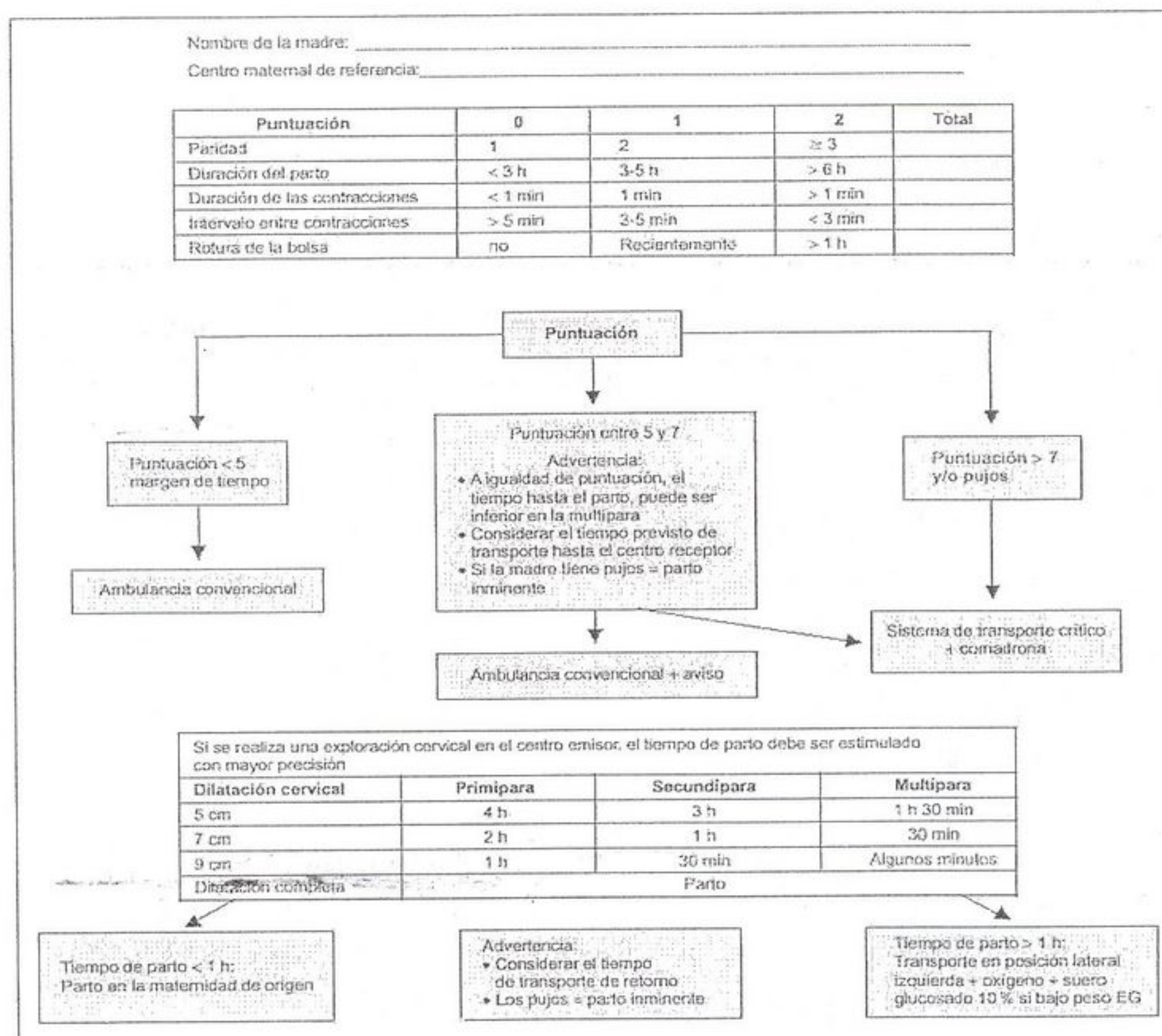
1. Patología que complica el embarazo y requiere internación de la embarazada para brindar tratamiento local y prevenir enfermedad en el recién nacido.
2. Necesidad de traslado de la embarazada antes de la interrupción del embarazo.
3. Traslado de la madre y/o recién nacido hacia un centro asistencial de mayor complejidad cuando no se realizó el traslado en forma oportuna.
4. Patología del Feto que requiera atención especializada y específica post-nacimiento inmediata

Estas situaciones son dinámicas por lo que se pueden reclasificar evolutivamente las pacientes, recatalogando el riesgo.

Se recomienda utilizar la Puntuación de Malinas (figura 1) para decidir la oportunidad y condiciones del traslado

Documento Técnico Maternidades

Figura 1. Algoritmo para la toma de decisiones en el trabajo de parto. Puntuación de Malinas.



Indicaciones de traslado in-útero:

1. Amenaza de parto prematuro en gestaciones < 32 semanas, con o sin rotura prematura de membranas.
2. Embarazo múltiple < 34 semanas.
3. Embarazo < 34 semanas con restricción del crecimiento intrauterino (<P5 o doppler con compromiso hemodinámico fetal).
4. Defectos congénitos mayores que requieren tratamiento inmediato
5. Incompatibilidad sanguínea grave (compromiso de la salud fetal).
6. Hydrops fetal.
7. Polihidramnios que genera repercusión materna u oligoamnios severo.
8. Preeclampsia grave o hemólisis o aumento de las enzimas hepáticas o plaquetopenia (síndrome de HELLP).
9. Enfermedad endócrino metabólica que no logra compensación a pesar del tratamiento instituido.

Documento Técnico Maternidades

10. Enfermedad materna grave que requiere manejo especializado (ejemplo cardiopatía, enfermedades autoinmunes, transplantada, etc).

Emergencias obstétricas que contraindican el traslado in útero

1. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
2. Sangrado con repercusión hemodinámica.
3. Madre con riesgo de vida inminente.
4. Parto inminente.
5. Sospecha de hipoxia fetal intraparto .
6. Procidencia de cordón o extremidades.

Una vez catalogado el riesgo obstétrico se optará por el Centro de referencia más cercano y apropiado para la complicación definida.

Recursos para el traslado.

La organización del sistema de traslado requiere recursos materiales y humanos adecuados para garantizar las siguientes acciones:

1. Evaluación de la salud de madre-hijo. Valoración cuidadosa del caso clínico.
2. Selección de un centro de referencia adecuado y oportuno para la recepción de la madre y/o recién nacido.
3. Estabilización previa al traslado.
4. Organización del transporte propiamente dicho: condiciones, unidad de traslado, personal.
5. Admisión en el centro receptor previa comunicación con el responsable de la recepción.
6. Referencia - contrarreferencia del caso.

El equipo estará integrado por chofer, Auxiliar de Enfermería especializada, Obstetra Partera y en aquellas pacientes con inestabilidad real o potencial Médico de traslado.

El traslado podrá realizarse dependiendo de la condición que lo determina en unidad común o especializada.

Se recomienda aplicar el algoritmo basado en la puntuación de Malinas, si se inicio el trabajo de parto, y ayudar en el proceso de toma de decisiones.

En relación a los recursos humanos se destaca la importancia de la capacitación debiendo contar con equipo integrado por chofer, auxiliar de enfermería y medico, obstetra partera o técnico especializado en traslado.

Propuesta Plan Regional de Traslados

En el MSP en el marco del Plan Perinatólogo y de Primera Infancia, se encuentra elaborando el diseño de un Plan Regional de traslados maternos y perinatales que permitan dar respuesta a un Sistema de traslados eficiente, universal, solidario e integral que asegure una mejor respuesta del proceso asistencial de referencia.

5.- ANEXO:

Insumos o recursos materiales y técnicos

MERCOSUR/GMC/RES. Nº 48/07 Directrices para la organización y funcionamientos de los servicios de maternidad

El servicio de maternidad debe poseer equipamientos y medicamentos de acuerdo a la complejidad y la necesidad de su demanda.

Los servicios que prestan asistencia al parto normal deben tener disponibles los siguientes equipamientos:

1. Estetoscopio
2. Esfigmomanómetro
3. Cinta métrica
4. Estetoscopio de Pinard
5. Doptone
6. Ecografía
7. Cardiotocografo
8. Camilla ginecológica para examen ginecológico, con colchoneta desmontable para la higiene correcta
9. Lámpara de luz de pie articulada con cable lo suficiente largo
10. Instrumental para examen ginecológico incluyendo espéculo vaginal y pinza de cuello, pozzi, tijera de mayo larga, pinza americana, valvas ginecológicas para examen clínica.
11. Material necesario para el alivio no farmacológico del dolor y del estímulo para la evolución fisiológica del trabajo de parto, tales como:
 - a. barra fija y/o escalera de Ling
 - b. pelota de Bobat y/o caballito
12. Instrumental para parto normal
13. Mesa de luz
14. Mesa de comer
15. Camas hospitalarias regulables o camas para preparto, parto y post parto
16. Sillón removible destinado al acompañante,
17. Reloj de pared con marcador de segundo uno por cada ambiente de parto
18. Material medico quirúrgico blanco para la asistencia del nacimiento.
19. Tocolíticos adecuados
20. Material farmacológico adecuado para la asistencia del parto,
21. Uteroconstrictores
22. mesa de parto articulada / en 3 partes/, de forma que pueda semisentarse la paciente con colchonetas desmontables,
23. Cialítica de pie

Además de lo anterior debe tener disponibles

1. material para cateterismo vesical
2. instrumental para cesáreas
3. material para aspiración manual intrauterina y legrado uterino
4. instrumental para parto vaginal operatorio incluyendo fórceps Simpson, Tarnier, Kjeelland y Piper de tamaños variados, espátulas de Terrier y vacuo extractor

Documento Técnico Maternidades

5. bisturí eléctrico
6. instrumental para 13uía13rectomía
7. material anestésico
8. oxímetro de pulso
9. bomba de infusión
10. monitor cardíaco
11. aspirador
12. mesa quirúrgica
13. lámpara quirúrgica de techo (cialítica)
14. material de emergencia para reanimación compuesto por desfibrilador, carro o valija de emergencia conteniendo medicamentos, resucitador manual con depósito, mascarar, laringoscopio completo, tubos endotraqueales, conectores, cánulas de Guedel e hilo 13uía estéril. 1 en cada puesto de enfermería
15. medicamentos para urgencia y emergencia clínica
16. equipamiento anestésico adecuado y de calidad
17. sistema de gases

Insumos	Baja Complejidad	Alta Complejidad
Nº de cama /600 partos	10	1 cada 2 de intensivos
Cunas	7	---
Termocunas con servo control	10%	30%
Incubadoras con doble pared, micronebla, servocontrol	70%	70%
Colchòn térmico de agua	No	1 cada 5 unidades
Material para somatometría	1 por cada unidad	1 por cada unidad
Balanza digital	3	1 cada 5 unidades
Balanza para pañales	1	1 cada 5 unidades
Monitores FC/Sat/ECG/PA	3	1 por unidad
Monitores FC/Sat/ECG/PA inv	NO	1 por unidad
Monitor de FiO2	1	1 cada 3 unidades
Saturómetro/ Glucómetro	3	3
Ambú	3	1 por unidad
Respiradores para RN	No	1 por unidad
Resp. Alta Frecuencia	No	1 Propio o acceso a uno
Oxido Nitrico	NO	1 propio o acceso a uno
Bombas IV	1 por unidad	3 por unidad
Fototerapia	2	1 cada 3 unidades
Transiluminador con luz fria	1	1 cada 5 unidades
Carpa cefálicas	2 o 3	1 cada 3 unidades
Laringoscopios	2	1 cada 2 unidades
Carro de reanimación	1	1 cada 3 unidades
Ecografo con sonda neonatal y doppler	Acceso a 1	1
Electrocardiografo	1	1
EEG	No	Acceso a 1
Rx portátil	Si	SI
Áreas de apoyo aseo y lavado	Si	1 cada 5 unidades
Clamp de cordón		
Sistema informático con Historia Clínica del SIP materno y Neonatal	Si	Si

Nota: Todas las unidades deberán contar con salidas de oxígeno y aire comprimido medicinal, además de aspiración central