

MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 748/2014

Bs. As., 22/5/2014

VISTO el Expediente N° 2002-21929-13-3 del Registro del Ministerio de Salud, y la Resolución Ministerial 318/2001, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas de salud tienen por objeto 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 de la Nación 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 procedimiento de patologías y Directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

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

Que por Resolución Ministerial 318/2001 se aprobó las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA.

Que entre el momento de la formulación de la anterior Norma y el presente se han producido modificaciones en la concepción y el abordaje de los cuidados paliativos.

Que por ende resulta necesario actualizar el ANEXO I aprobado por la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 318/2001.

Que la SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA, dependiente de la SECRETARIA DE PROMOCION Y PROGRAMAS SANITARIOS, la SUBSECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y FISCALIZACION, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION Y RELACIONES SANITARIAS han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

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

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992", modificada por Ley N° 25.233.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTICULO 1° — Derógase la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA aprobada por Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 318/2001.

ARTICULO 2° — Apruébanse las DIRECTRICES DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS que como ANEXO I forma parte integrante de la

presente.

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

ARTICULO 4° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente Directriz para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA 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.

ARTICULO 5° — Agradecer a la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, la SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA, la FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA, y la ASOCIACION ARGENTINA DE KINESIOLOGIA por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

ARTICULO 6° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JUAN L. MANZUR, Ministro de Salud.

ANEXO

Directrices de organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos

1. UNIDAD DE REANIMACION (UR)

Es un área dependiente funcionalmente del Servicio de Emergencia o Guardia destinada a la atención de pacientes con riesgo inminente de muerte. Debe contar con recursos humanos e instrumental necesarios para permitir la supervivencia inmediata del paciente, hasta que el mismo pueda ser evacuado en el menor tiempo posible a una unidad de internación que le corresponda.

Las siguientes normas son válidas para instituciones de baja complejidad. La UR será indispensable en todos los establecimientos que cuenten con internación.

1.1. Ubicación y ambiente físico:

Estará ubicada en zona de circulación semirestringida y en un área cercana al Quirófano o al Servicio de Emergencia y deberá contar con:

- a) Superficie no menor de 9 m² por cama.
- b) Paredes y techos lavables. Piso lavable, antideslizante y zócalos sanitarios.
- c) Iluminación difusa e individual para cada cama.
- d) Circuito de energía eléctrica aislado y con normas de seguridad que permitan tener un número suficiente de tomas para asegurar un adecuado funcionamiento de los equipos y que no puede ser menor de 8 por cama.
- e) Estación de enfermería en la Unidad.
- f) Poliducto de gases centrales con 2 bocas de O₂, 1 aire comprimido y 2 de aspiración, al menos.

1.2. Equipamiento e instrumental:

- a) Stock de medicamentos y material descartable que permita la realización de los procesos de reanimación y estabilización.
- b) Carro de reanimación, incluirá: elementos para intubación endotraqueal (tubos endotraqueales de varios diámetros, laringoscopio con ramas rectas y curvas, mandril, tubos de Mayo, pinza de Magyll, máscaras laringeas, sondas de aspiración oro-nasogástricas y

nasotraqueales, bolsa de reanimación y máscaras, soluciones y medicamentos para la reanimación avanzada. Equipo de desfibrilación y cardioversión. Collar de inmovilización cervical para distintas edades, tabla rígida para reanimación.

- c) Un monitor por cama que cuente con ECG y oximetría de pulso, TA invasiva y no invasiva.
- d) Sincronizador desfibrilador con monitor de ECG: 1 en la Unidad y otro en la Institución.
- e) Marcapaso interno transitorio a demanda y cable catéter, 1 en la Unidad. Con equipo de colocación.
- f) Electrocardiógrafo: 1 en la Unidad y por lo menos otro en la Institución.
- g) Bombas de infusión continua similares a UTI.
- h) Un respirador microprocesado cada dos camas y por lo menos otro en la Institución.
- i) Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa. Equipo completo para punción raquídea torácica y abdominal.
- j) Cama camilla rodante, articuladas de cabecera desmontables y plano de apoyo rígido con barandas de protección. Tabla larga para transporte.
- k) Otoscopio y oftalmoscopio.

1.3. Servicios auxiliares

1.3.1. Laboratorio:

Deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estará a cargo de un bioquímico y deberá hallarse disponible las 24 hs. del día con guardia activa por técnico de laboratorio.
- b) Tener capacidad para efectuar los análisis clínicos de urgencia y de rutina.

1.3.2. Hemoterapia

La institución deberá contar con accesibilidad a servicio de hemoterapia que cumpla con las normas establecidas al respecto por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica con referencia a Medicina Transfusional 702/93. Deberá contar con técnico de guardia pasiva las 24 hs.

1.3.3. Servicio de imágenes

La Institución deberá contar con un Servicio de Rayos Central, un equipo portátil y ecógrafo con guardia pasiva de técnico y ecografista.

Es recomendable tener accesibilidad a tomografía computada las 24 horas.

1.4. Recursos humanos

1.4.1. Médicos:

Responsable del área: debe ser un Médico Especialista en Terapia Intensiva preferentemente de la Institución.

Médico de Guardia activa institucional: Médicos con acreditación de haber realizado los siguientes cursos ACLS, ATLS y FCCS con disponibilidad de permanecer en el área de reanimación en forma exclusiva de haber pacientes internados.

1.4.2. Enfermería:

Responsable del área: debe ser Licenciado en enfermería o enfermero, no exclusiva de la

unidad de reanimación, con capacitación en RCP.

Enfermero: a demanda de la necesidad de la unidad; deberá estar en guardia activa y permanente si hubiera pacientes internados en ella. Deberá poseer entrenamiento en soporte vital.

1.5. Registro:

Debe existir registro de lo actuado a través de una historia clínica del episodio, aún en el caso de que no fuera internado por depender la UR de la emergencia

1.6. Fundamentación

Esta área sólo estará destinada al diagnóstico y tratamiento inicial de los pacientes con riesgo crítico. Si las necesidades de asistencia exceden a la de la recuperación inmediata. Los médicos a cargo continuarán atendiendo al mismo pero iniciarán las gestiones para una derivación en el menor tiempo posible a la unidad de internación que corresponda.

2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NIVEL 2 (UCI 2)

Es una unidad de internación para pacientes con riesgo crítico para su vida y con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante con excepción de ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas como por ejemplo cirugía cardiovascular, quemados, trasplantes, etc. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

2.1. De la Institución y ambiente físico:

La unidad de Cuidados Intensivos deberá ser instalada en un establecimiento en condiciones de brindar como mínimo y en forma permanente los siguientes servicios:

- a) Cirugía disponible las 24 hs.
- b) Anestesiología disponible las 24 hs.
- c) Internación.
- d) Capacidad de consulta con especialistas para resolución de las patologías admitidas dentro de la hora y durante las 24 horas del día.

2.2. PLANTA FISICA

Toda unidad de Cuidados Intensivos nivel 2 deberá cumplir en cuanto a diseño con iguales requisitos de ubicación y ambiente físico que las de nivel 1 a excepción de los siguientes ítems que no serán obligatorios para este nivel:

- a) Área de reunión de médicos de planta y de enfermería dentro de la unidad o adyacente a la misma. Su existencia de cualquier manera es recomendable.
- b) Oficina del jefe médico y de enfermería.
- c) El área de internación debe tener una superficie no menor a 9m² por cama siendo deseable que el 50% de las camas sea de una superficie no menor a 12 m² y para las nuevas unidades la estructura edilicia debe ser similar a la de UII 1.

El número de camas debe ser de 4 o mayor, siendo deseable que no sea menor de 8 camas.

Es necesario que la institución posea como mínimo un grupo eléctrico, siendo recomendable además contar con un sistema de alimentación eléctrica UPS propio y/o fuentes de alimentación de energía eléctrica alternativa que aseguren el suministro de energía con intensidad suficiente para el eficiente funcionamiento de los equipos que posea la unidad. Deberá poseer un sistema de iluminación de emergencia.

2.3. Equipamiento instrumental e insumos de uso exclusivo para la unidad:

Deberá contar con:

- a) Stock de medicamentos completo, que cubra la dosificación de 24 hs. de las patologías propias de ser tratadas en UTI 2 para el total de las camas de la unidad, con reposición del stock utilizado dentro de las 24 hs.
- b) Monitores: Similar al nivel 1.
- c) Módulo para medición del volumen minuto cardíaco: uno cada cuatro camas y no menos de dos en la unidad.
- d) Bombas de infusión continua: Similar a nivel 1.
- e) Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.
- f) Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la Unidad. Es recomendable que cuente con marcapaso transcutáneo.
- g) Marcapasos interno transitorio a demanda y cables catéter a razón de dos (2) por cada equipo: uno cada 8 camas y no menos de dos en la unidad.
- h) Carro de reanimación: Similar a nivel 1.
- i) Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.
- j) Electrocardiógrafo uno cada ocho camas o fracción y no menos de dos en la Unidad. Es recomendable que sean de 12 derivaciones.
- k) Un respirador microprocesado para el 75% de las camas. Al menos dos de ellos tienen que tener capacidad de obtención de curvas de función respiratoria e imprimirlas. La unidad debe tener capacidad de monitorizar capnografía y capacidad para realizar ventilación mecánica no invasiva.
- l) Accesibilidad permanente a electroencefalograma.
- m) Accesibilidad permanente a monitoreo de PIC. Es recomendable la accesibilidad a doppler transcraneano.
- n) Accesibilidad a métodos de reemplazo de la función renal y de aféresis durante las 24 horas del día.
- o) Accesibilidad a equipos que permitan recalentamiento externo: manta térmica, e interno: calentador de soluciones.
- p) Accesibilidad para dispositivo para compresión neumática de miembros inferiores.
- q) Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa y por lo menos una sonda balón hemostático esofágico gástrico, tipo Sonda Sengstaken-Blakemore. Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.
- r) Cama camilla rodante, articuladas de cabecera desmontables y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión. Es recomendable que se maneje con control eléctrico.
- s) Camilla de transporte articuladas de cabecera desmontable y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión, respirador, monitores y oxígeno. Es recomendable contar con monitor multiparamétrico, respirador de transporte y capnografía en el transporte del paciente.
- t) Oxígeno para transporte. Recomendable, de aluminio.

u) Dispositivos para prevención de úlceras de presión.

2.4. Servicios Auxiliares

2.4.1. Laboratorios de Análisis

Deberán contar con los siguientes requisitos:

Estará ubicado dentro de la planta física de la institución con fácil acceso de las muestras al mismo. Estará a cargo de un bioquímico y deberá contar con un técnico de guardia activa las 24 horas del día.

Tener capacidad para efectuar los análisis clínicos de urgencia y de rutina, similares a UCI nivel 1.

2.4.2. Endoscopía

Disponibilidad a endoscopía digestiva y respiratoria las 24 horas del día.

2.4.3. Hemoterapia

Hemoterapia con guardia activa las 24 hs. a cargo de personal técnico. Debe cumplir las normas establecidas al respecto por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica con referencia a Medicina Transfusional 702/93. Estará a cargo de un Médico Hemoterapeuta. Banco de sangre disponible o acceso a Hemocentros Regionales.

2.4.4. Servicio de imágenes

La Institución contará con servicios de rayos central y un equipo portátil similar a la UCI 1 y ecografía con capacidad operativa las 24 horas, con guardia activa por técnico radiólogo y ecografista. Es recomendable que exista en la institución un ecógrafo portátil y ecocardiografía doppler color.

Deberá contar con accesibilidad a tomografía computada de rutina y de urgencia durante las 24 horas del día.

2.5. Recursos Humanos

2.5.1. Médicos

Similar a la Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1.

2.5.2. Enfermería

a) Jefe o encargado de enfermería: Licenciado en enfermería o Enfermero profesional con un mínimo de 2 años de experiencia en servicios similares debidamente certificado y capacitación en RCP, es deseable ser especialista en área crítica, con dedicación no menor a 6 hs. diarias en la unidad.

b) Referente de turno: de enfermería con perfil similar al Jefe: 1 por turno. Es deseable que sea especialista en Medicina Crítica. Es deseable que sea especialista en área crítica.

c) Enfermero de planta activo permanente y exclusivo para la sala con conocimientos del funcionamiento de la Unidad y capacitación en RCP. Uno cada dos camas o fracción. Es deseable que sea especialista en área crítica.

2.5.3. Kinesiología: Similar a nivel 1.

2.5.4. Otras funciones

a) Se debe tener disponibilidad en la institución a:

1. Servicio social: trabajador social.

2. Personal de limpieza: Disponible las 24 hs. con capacidad de cumplir las normas vigentes de higiene hospitalaria.

3. Personal administrativo: Secretaría del servicio.

4. Farmacéutico disponible en la institución las 24 hs. del día.

b) Es recomendable tener disponibilidad a:

1. Farmacéutico disponible las 24 hs. del día.

2. Personal de apoyo: una persona para las tareas auxiliares del servicio disponible las 24 hs.

3. Acompañamiento espiritual si la familia lo requiriese.

2.6. Funcionamiento

2.6.1. Registros:

a) Escore de mortalidad al ingreso.

b) Registro de ingreso, egreso, diagnóstico y condición al alta.

c) Registro de infecciones adquirido en la Unidad.

d) Registro de pacientes sometidos a ventilación mecánica.

2.6.2. Control de Infecciones:

La Unidad deberá contar con un programa de control de infecciones que incluya:

a) Normas de limpieza, esterilización y procedimientos invasivos.

b) Normas de aseo de personal del recurso humano de la unidad.

c) Normas de manejo del material sucio y contaminado de acuerdo a la legislación vigente.

d) Información periódica del control de infecciones en la institución.

e) Normas institucionales escritas de aislamiento.

2.6.3. Normas de Procedimientos:

Las normas de procedimiento deberán ser similares a las de la UCI nivel 1.

2.6.4. Informes a familiares:

La unidad debe contar con un área adecuada para dar informes a familiares. En normas de procedimiento deben figurar claramente:

a) Responsable de la información de rutina diaria y de emergencia.

b) Horarios de visita.

c) Horarios de informes.

d) Cualquier otra norma atinente al vínculo de la UCI con los familiares.

3. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NIVEL 1 (UCI 1)

Es una unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de

monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

Las unidades de cuidados intensivos nivel 1 deben tener capacidad para asistir pacientes de cualquier nivel de complejidad de acuerdo a los objetivos propuestos por la institución. Si se trata de unidades especiales tales como unidades coronarias, de cirugía cardiovascular, respiratorias, dedicadas a neurointensivismo o de quemados deben cumplir con las especificaciones de cada tipo de unidad.

Los Servicios de Terapia Intensiva sólo podrán funcionar en establecimientos de internación que cumplan los siguientes requisitos:

3.1. De la Institución y ambiente físico:

La UCI 1 deberá estar instalada en un establecimiento en condiciones de brindar permanentemente los siguientes servicios:

- a) Cirugía con guardia activa
- b) Anestesiología con guardia activa
- c) Internación
- d) Hemoterapia con guardia activa
- e) Servicio de imágenes con guardia activa por técnico radiólogo y ecografista
- f) Laboratorio con guardia activa
- g) Endoscopía digestiva y broncoscopía con guardia pasiva
- h) Capacidad de consulta con especialistas para resolución de las patologías admitidas dentro de la hora y durante las 24 hs. del día.

3.2. PLANTA FISICA

Estará ubicado en una zona de circulación semi-restringida y deberá contar con:

- a) Superficie total de la unidad no menor a nueve 9 m² x 2 x número de camas de la unidad siendo necesario para las nuevas unidades habilitadas que la superficie de apoyo sea de 12 m² x 2 x número de camas de la unidad.

El 50% del área total de la unidad corresponde a las áreas de apoyo, que serán descriptas dentro del acápite: "Planta física", ítem: "Areas de apoyo".

- b) El número de camas de la unidad de intensivos polivalentes nivel 1 no debe ser menor de ocho (8). Es recomendable que estas Unidades mantengan una actividad mínima de por lo menos 1500 días/pacientes anuales. En situaciones especiales, podrá considerarse un número menor de camas para unidades especializadas en cirugía cardiovascular o quemados.

- c) Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera.

3.2.1. AREAS DE APOYO:

En el diseño debe tenerse en cuenta la existencia de varias áreas de apoyo, entre las que se hallan:

- a) Estación central de enfermería. Puede ser más de una, de acuerdo al diseño de la Unidad. Visualización directa por parte del personal de enfermería de los pacientes desde la central en forma directa o por otros medios ópticos, desde el pasillo de la UCI o desde la cama de otro paciente. En este sentido las paredes de las unidades cubiculadas deben ser de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.

- b) Oficina de enfermería y mucamas.

- c) Depósito de equipos.
- d) Depósito de ropa y material de uso diario limpio (ropa, material quirúrgico, etc.).
- e) Botiquín de medicamentos y material descartable. Refrigerador para medicación, compartimentos bajo llave para narcóticos y electrolitos de alta concentración. Refrigerador independiente para fórmulas de alimentación.
- f) Depósito de ropa y material sucio y de desecho. Este último debe estar en el sector de salida, dentro del esquema de tráfico de la Unidad, o tener circulación independiente, el traslado de desechos debe cumplir las especificaciones de la Ley N° 24.051/ Decreto reglamentario 831/93, Resolución del Boletín Oficial 27.669.
- g) Área de lavado y preparación para esterilización del material quirúrgico usado, si esta labor no está centralizada en el establecimiento.
- h) Oficinas administrativas y/o de secretaría.
- i) Área de recepción de los familiares de los pacientes internados. De acuerdo a las características de cada establecimiento, podrá implementarse una sala de estar para los familiares de los pacientes internados. La misma tendrá que contar con instalaciones sanitarias adecuadas.
- j) Área de reunión de médicos de planta y de enfermería dentro de la Unidad o adyacente a la misma.
- K) Oficina de Jefe Médico y de Jefa de Enfermería de la Unidad.
- l) Habitación del médico de guardia dentro de la Unidad con cama y baño completos.
- m) Baños para persona
- n) Área de preparación de alimentos si corresponde.
- o) Recepción y transferencia de pacientes.
- p) Chateros.
- q) Medidas de protección contra incendios y plan de evacuación de acuerdo a las normativas vigentes, con su correspondiente señalización.

3.2.2. SISTEMA DE ALARMAS:

Es recomendable que la Unidad cuente con un sistema de alarmas pulsables audible y visualizable que se hallen situadas a la cabecera de la cama del paciente y en la central de enfermería y/o de monitoreo. El significado de las alarmas debe ser claramente codificado y discernible por el color, deben sonar en la central de monitoreo, centrales periféricas de enfermería, habitación del médico, sala de reunión de médicos y de enfermería.

3.2.3. SISTEMA ELECTRICO:

La Unidad debe contar con un sistema de protección eléctrica integrado por conexión a tierra por jabalina que asegure la prevención de accidentes eléctricos por los altos niveles de electricidad estática presentes en áreas de Terapia Intensiva. Debe contar con un sistema de disyuntores o similares que proteja al personal de accidentes eléctricos. El cableado debe tener rápida accesibilidad para su reparación, sin necesidad de romper paredes o divisorios. La instalación debe cumplir con las normas legales vigentes.

Es necesario que la institución posea como mínimo un grupo eléctrico, siendo recomendable además contar con un sistema de alimentación eléctrica UPS propio y/o fuentes de alimentación de energía eléctrica alternativa que aseguren el suministro de energía con intensidad suficiente para el eficiente funcionamiento de los equipos que posea la unidad. Deberá poseer un sistema de iluminación de emergencia.

3.2.4. SISTEMAS DE DUCTOS PARA GASES Y ASPIRACION CENTRAL:

El oxígeno será provisto desde una central que sirva a todo el establecimiento. El aire debe ser provisto seco y puro a través de los filtros correspondientes e impulsado por un compresor libre de aceite. Las bocas de oxígeno y aire comprimido deben tener conexiones distintas para no confundir los usos de las mismas identificables por color. Debe existir un sistema de alarmas audibles para caídas de presión en el circuito de oxígeno. La aspiración central debería proveer un vacío de por lo menos 200 mm Hg en cada salida. Es recomendable que los ductos de gases transcurran en cajas por fuera de la pared y que tengan válvulas o mecanismos de cierre parcial, ejecutables manualmente, para proceder a una rápida reparación.

3.2.5. SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO:

Debe mantener la temperatura de la Unidad en alrededor de 24-26 grados centígrados y los niveles de humedad entre 30-60%. Debe existir un sistema de recambio de aire filtrado y climatizado de acuerdo a normas vigentes. Es recomendable el cambio 4 veces por hora en las habitaciones y 2 recambios en el resto de la Unidad. Debe contar con un sistema de medición de la temperatura de la unidad perceptible por todo el personal preferentemente ubicado en la central de enfermería.

Es recomendable contar con habitaciones de aislamiento con un sistema de tratamiento del aire con presión positiva o negativa según necesidad.

3.2.6. AREA DE INTERNACION DE PACIENTES

La superficie del área de la habitación o cubículo donde se hallaemplazada la cama de internación del paciente debe ser no menor a 9 m² de superficie, es deseable que sea de 12 m² para unidades existentes y criterio esencial para nuevas unidades. Es también recomendable que un 25% de las camas tenga un espacio no menor a 16 m² en las nuevas unidades. Las áreas propias para la internación de pacientes deben contar con las comodidades suficientes para que los familiares permanezcan en el área de internación, espera contener a los pacientes de mayor gravedad y complejidad con necesidad de múltiples sistemas de monitoreo y tratamiento: respirador, equipo de diálisis, múltiples bombas de infusión, monitoreo de PIC, etc.

Debe contar con:

- a. Pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma, siendo esencial 1 por cama en las nuevas unidades. Debe implementarse, además, un sistema de alcohol-gel para la higiene de manos en cada cama.
- b. Un descartador para cortopunzocortantes.
- c. Ventanas para dar luz natural y orientación témporo-espacial al paciente. Sólo podrían abrirse en caso de emergencia. En este sentido también es recomendable el uso de un reloj con almanaque.
- d. Puertas corredizas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera.
- e. Paredes lavables y pintadas con colores que no creen sensación depresiva ni sean excitantes por su brillo. Piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.
- f. Las señales que provengan del llamado de los pacientes y de las alarmas de los equipos deben tener regulación de intensidad. Su objetivo es disminuir la intensidad del ruido usualmente existente en el área de internación cuando la intensidad de la alarma no sea necesaria para la seguridad del paciente.
- g. Paredes de la unidad y de la habitación del enfermo con capacidad para absorber ruidos. Es deseable que un porcentaje de camas a determinar de acuerdo a las características operativas de cada unidad, se encuentre aislada acústicamente y posea baños.

h. Espacio suficiente a la cabecera y costados de la cama del paciente para proceder a las maniobras de resucitación. A la cabecera es recomendable que existan soportes, preferentemente columnas, montadas en el cielorraso con el piso libre para limpieza, para ubicar monitores y otros insumos necesarios para la atención del paciente. Los sistemas de comunicación y las alarmas pulsables deben ubicarse a la cabecera del paciente y ser de colores claramente diferenciables.

i. Enchufes en cantidad necesaria y no menos de doce (12), siendo recomendable un número de 20 enchufes con voltaje y amperaje de acuerdo a las especificaciones técnicas locales que se deben ubicar a 70 cm. del piso para facilitar la conexión y evitar la desconexión con el pie. Enchufe y línea eléctrica para equipo de rayos portátil.

j. Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido, siendo recomendable dos y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente. Se debe contar con dos equipos de aspiración portátil en toda la unidad.

k. Iluminación adecuada consistente en:

1) Iluminación general en el techo de aproximadamente 100 W o equivalentes en lúmenes al valor de lámparas LED o CFL o Fluorescentes. Luz nocturna que permita descansar al paciente.

2) Luz suspendida del cielorraso que ilumine la totalidad del paciente con una intensidad de aproximadamente 200-300 W o equivalentes en lúmenes al valor de lámparas LED o CFL o Fluorescentes.

3) Luz de gran intensidad, 150-200 W o equivalentes en lúmenes al valor de lámparas LED o CFL o Fluorescentes, focalizada y con algún sistema de aproximación para la realización de procedimientos específicos.

4) Es recomendable luz de cabecera de lectura.

3.3. Equipamiento Instrumental e Insumos

a) Stock de medicamentos y material descartable que cubra la dosificación de 24 horas, de las patologías propias de ser tratadas en Terapia Intensiva, para el total de las camas de la Unidad con reposición del stock utilizado dentro de las 24 hs. Refrigerador para medicación, compartimientos seguros para narcóticos y electrolitos de alta concentración (ej. potasio). Refrigerador independiente para fórmulas de alimentación.

b) Un monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.

El 50% de las camas debe poseer capacidad para monitorizar 2 presiones invasivas en forma simultánea incluyendo capacidad de registro de curvas de presión con una impresora

Es deseable que dos de los monitores deben permitir la monitorización continua de la SvO₂, o en su defecto si hubiera equipamiento no invasivo de medición del volumen minuto cardíaco, dos de ellos poseyeran capacidad para la medición de SvO₂ o combinación de ambas posibilidades.

Es deseable que todas las camas se encuentren conectadas a una central de monitoreo con capacidad de registro de parámetros medidos incluidos presiones invasivas y personal con dedicación exclusiva a su observación.

c) Equipo de medición de volumen minuto cardíaco, que puede estar incluido en los monitores multiparamétrico o ser independientes en número de 1 cada 4 camas y en número similar a los monitores con registro de presiones invasivas. Es recomendable contar con equipos de determinación de volumen minuto cardíaco no invasivo.

d) Deberá contar con cuatro bombas de infusión continua por cama para administración de drogas intravenosas. Es deseable que el 10% de las bombas sean de tipo bombas de jeringa.

- e) Bombas de alimentación parenteral: Es deseable 1 cada dos camas que pueden reemplazarse por la mencionada en el punto anterior.
- f) Sincronizador-desfibrilador: uno por sector y no menos de dos (2) en la Unidad. Es recomendable que cuente con marcapaso transcutáneo.
- g) Bolsa de resucitación autoinflable con válvula de PEEP y máscara en cada cama.
- h) Marcapasos interno transitorio a demanda y cable-catéter a razón de dos (2) por cada equipo: 1 cada 8 camas y no menos de dos en la unidad.
- i) Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo incluyendo: tubos endotraqueales de varios diámetros, laringoscopio con ramas curvas y rectas, máscara laringea de tamaño del 1 al 4, bolsa con válvula autoinflable y reservorio, máscara y adaptador, drogas necesarias para el tratamiento del paro cardiorrespiratorio de acuerdo a normas ACLS y ATLS: uno cada 8 camas y no menos de dos (2) en la Unidad. Es recomendable equipo para acceso de vía aérea difícil. Guía para recambio de tubo endotraqueal.
- j) Electrocardiógrafo: uno cada (8) ocho camas o fracción dentro de la unidad y no menos de (2) dos en la Unidad. Es recomendable que sea de 12 derivaciones.
- k) Respirador mecánico a presión positiva: 1 por cama. Siendo necesario que todos los nuevos respiradores a incorporar sean de tipo microprocesado. Al menos el 50% de ellos deben tener capacidad de obtención de curvas de función respiratoria e imprimirlas. La unidad debe poseer disponibilidad de monitorizar capnografía a cada paciente sometido a ventilación mecánica.
- l) Capacidad de realizar ventilación no invasiva a través de los respiradores para ventilación invasiva o con equipos propios de ventilación no invasiva.
- m) Accesibilidad permanente a monitoreo de PIC con obtención de curva de presión intracraneana e impresora, es recomendable poseer acceso a doppler transcraneano.
- n) Accesibilidad a métodos de reemplazo de la función renal y de aféresis durante las 24 horas del día.
- o) Disponibilidad de ecógrafo general y cardiaca (tramstoráxica y transesofágica) doppler color portátil.
- p) Electroencefalograma disponible durante las 24 hs. Estándar y prolongado.
- q) Accesibilidad para dispositivos de compresión neumática intermitente de miembros inferiores.
- r) Accesibilidad a equipos que permitan regulación térmica externa (colchón térmico) e interno (calentador de soluciones).
- p) Cama rodante, articuladas de cabecera desmontables y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión. Es recomendable que se maneje con control eléctrico.
- q) Camilla de transporte articuladas de cabecera desmontable y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión, respirador, monitores y oxígeno. Es recomendable contar con monitor multiparamétrico, respirador de transporte y capnografía en el transporte del paciente.
- r) Oxígeno para transporte. Recomendable, de aluminio.
- s) Es recomendable balanza para cama en la Unidad y una cama para obesidad mórbida.
- t) Equipos completos para cateterización enteral, vesical y venosa y por lo menos una sonda balón hemostático esofágico gástrico tipo Sonda Sengstaken-Blakemore. Equipo completo para punción raquídea torácica y abdominal.

3.4. Servicios Auxiliares:

3.4.1. Laboratorios de Análisis Bioquímicos.

Estará ubicado dentro de la planta física de la institución. Estará a cargo de un bioquímico y deberá contar por lo menos con un técnico de guardia activa, preferentemente un bioquímico, las 24 horas del día.

Como mínimo deberá tener capacidad para realizar análisis programados y de urgencia habituales en cuidados intensivos incluyendo gases en sangre y análisis bacteriológicos cuyos resultados deben estar disponibles dentro de los 30 minutos.

3.4.1. Endoscopía

Disponibilidad a endoscopía digestiva y respiratoria las 24 horas del día.

3.4.2. Hemoterapia

Hemoterapia con guardia activa las 24 hs. a cargo de personal técnico. Debe cumplir las normas establecidas al respecto por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica con referencia a Medicina Transfusional 702/93. Estará a cargo de un Médico Hemoterapeuta. Banco de sangre disponible o acceso a Hemocentros Regionales.

3.4.3. Servicio de imágenes

La institución deberá contar con:

- a) Servicio de rayos central con guardia activa las 24 horas y un equipo de rayos portátil con rendimiento de 60 kw y 50 mA, como mínimo a disposición de la UCI.
- b) Servicio de ecografía durante las 24 horas con operador de guardia activa las 24hs.
- c) Tomografía axial computada (TAC) disponible en la institución y guardia técnica activa de 24 hs. Resonancia magnética nuclear (RMN) disponible en la institución o la posibilidad de realizarla dentro de los tiempos exigibles por la patología.

3.5. Recursos humanos

3.5.1. Médicos:

- a) Jefe de la Unidad Organizativa: Médico con certificación de especialista en Terapia Intensiva otorgado por autoridad competente; la dedicación deberá ser como mínimo de seis (6) horas diarias y no menos de 36 horas semanales.

Entendemos por Jefe de Unidad a quien tenga a cargo la dirección de la unidad organizativa independientemente de la denominación administrativa que corresponda a la jurisdicción y/o la institución.

- b) Médicos coordinadores de la unidad: Médico con certificación de especialista en Terapia Intensiva otorgado por autoridad competente con igual dedicación que el jefe. Uno cada 8 camas o fracción menor. Uno de ellos puede reemplazar o funcionar como apoyo del jefe de la unidad.

- c) Médicos asistenciales: La unidad deberá estar cubierta por médico propio y exclusivo de la unidad durante las 24 hs. del día con una base de 1 cada 7 camas o fracción. Es recomendable una cobertura asistencial con concurrencia diaria durante 8 a 12 horas que asegure la continuidad de la asistencia de los pacientes internados y el resto del tiempo con médicos con características de guardia, siempre sobre la base de 1 médico cada 7 camas o fracción. Superado el número de 1 profesional cada 7 camas deberá agregarse otro profesional.

Para la función de asistencia diaria deberá ser un profesional especialista en Terapia Intensiva.

Para la función de guardia es necesario, si la disponibilidad del recurso humano lo permite que sean también médicos especialistas en terapia intensiva, de lo contrario pueden ser médicos con título de especialistas en disciplinas afines, que deberán tener aprobados los cursos: ACLS, ATLS y FCCS y que demuestren un entrenamiento permanente en cuidados intensivos, en este caso los médicos de guardia deben tener una supervisión permanente dentro de los 30 minutos de un médico coordinador de la unidad.

Es conveniente que los médicos de guardia de la unidad no especialistas en Terapia Intensiva sean reconvertidos a especialista en un término de 5 años.

Las guardias curriculares implementadas por programas de residencia deben estar supervisadas por médicos de planta y de guardia pertenecientes a la unidad y no ser contadas como guardias regulares de la unidad.

3.5.2. Enfermería:

Jefe de Enfermería: Licenciado en enfermería o enfermero profesional, con un mínimo de cuatro (4) años de experiencia en un Servicio de Terapia Intensiva y preferentemente capacitación en área crítica. Dedicación a la Unidad no menor de 35 horas semanales. Es deseable contar con el título de Licenciado en Enfermería con especialidad en Terapia Intensiva en la medida que exista el recurso humano formado.

Referente de turno: de enfermería con perfil similar al Jefe: 1 por turno. Es deseable que sea especialista en Medicina Crítica.

Enfermero de planta: Permanente y exclusivo para la unidad. Un (1) enfermero cada dos (2) camas o fracción, por turno, con conocimiento y experiencia en el funcionamiento de la Unidad. La relación enfermero/paciente se incrementará de acuerdo a la carga de atención de enfermería hasta un valor de 1:1. Es recomendable calcular la carga de enfermería en base a un escore o puntaje validado: TISS 28 o similar.

Es recomendable que progresivamente el personal de enfermería de la unidad tenga título de Licenciado y especialista en área crítica.

3.5.3. Kinesiología

Es necesario un kinesiólogo activo y exclusivo de la unidad durante las 24 hs con experiencia comprobable en el cuidado respiratorio y rehabilitación motora de los pacientes críticos, recomendándose su formación a través de becas, residencias, cursos y o concurrencias reconocidas por su capacidad docente.

Es recomendable un kinesiólogo cada 8 camas o fracción activo y exclusivo para la unidad de 8 a 20hs, Quedando a criterio de la unidad la proporción de kinesiólogos entre las 20 hs. y 8 hs. y no menor al 50% de la dotación diurna de la unidad.

3.5.4. Otras funciones

Se debe tener disponibilidad en la institución a:

1. Farmacéutico disponible las 24 hs. del día.
2. Servicio social: trabajador social.
3. Personal de limpieza: Disponible las 24 hs. con capacidad de cumplir las normas vigentes de higiene hospitalaria.
4. Personal administrativo: Secretaría del servicio.
5. Farmacéutico disponible en la institución las 24 hs. del día.

Es recomendable tener disponibilidad a:

1. Personal de apoyo: una persona para las tareas auxiliares del servicio disponible las 24 hs.

2. Acompañamiento espiritual si la familia lo requiriese.

3.6. Funcionamiento

3.6.1. Registros:

a) Datos demográficos.

b) Escores de predicción de mortalidad estandarizada al ingreso: APACHE, SAPS o similar.

c) TISS diario.

d) Escores específicos de acuerdo al tipo de patología.

e) Registro de ingreso, egreso, diagnóstico y condición al alta.

f) Registro de infecciones adquirido en la Unidad: NAV, IAC, Infección urinaria cada 1000/días.

g) Extubación no programada cada 100 días.

h) Ulcera por presión, caída de camas.

i) Es recomendable la utilización de indicadores de proceso.

3.6.2. Control de Infecciones:

La Unidad deberá contar con un programa de control de infecciones que incluya:

1. Normas de limpieza, esterilización y procedimientos invasivos.

2. Normas de aseo de personal médico y de enfermería.

3. Normas de manejo del material sucio y contaminado de acuerdo a la legislación vigente.

4. Información periódica del control de infecciones.

3.6.3. Informática:

La Unidad deberá contar con una base de datos computarizada para ingresar registros. Es recomendable formar parte de un registro multicéntricos para estudios comparativos y auditar la calidad de atención.

3.6.4. Normas de Procedimientos:

La unidad deberá contar con normas escritas de:

a. Procesos asistenciales:

1) Admisión y egresos de pacientes.

2) Asistencia diaria de rutina y de emergencias de pacientes internados.

3) Procedimientos invasivos

4) Atención del paro cardiorespiratorio.

5) Intubación.

6) Ventilación mecánica

7) Sedación y analgesia.

- 8) Profilaxis de la TVP.
 - 9) Antibioticoterapia empírica
 - 10) Profilaxis de hemorragia digestiva
 - 11) Nutrición.
- b. Cuidados de enfermería.
- c. Programa de evacuación frente a incendios u otras catástrofes.
- d. Comunicación:
- 1) Informe a la familia del paciente con horarios y responsables de la información.
 - 2) Política y protocolo institucional de Consentimiento Informado para procedimientos.
 - 3) Comunicación con médicos derivadores e interconsultores.
 - 4) Comunicación con auditores internos y externos
 - 5) Comunicación interna
- e. Soporte:
- 1) Prescripción, administración, dispensación y reposición de medicamentos.
 - 2) Reposición de insumos.
 - 3) Normas de bioseguridad.
- f. Administrativos:
- 1) Registro de medicamentos e insumos utilizados.
 - 2) Facturación si corresponde.
 - 3) Autorización de prácticas.
- 3.6.5. Informes a familiares:
- La unidad debe contar con un área adecuada para dar informes a familiares.
- En normas de procedimiento deben figurar claramente:
- a) Responsable de la información de rutina diaria y de emergencia.
 - b) Horarios de visita.
 - c) Horario de informes.
- 3.6.6. Calidad asistencial:
- Es recomendable que la unidad cuente con:
- a) Comité interno de mejora de calidad integrado por el jefe de servicio o su delegado y por un representante de todos los estamentos que integran el equipo de salud: médicos, enfermeras, mucamas, administrativos, etc.
 - b) Tiempo protegido para entrenamiento en servicio periódico en los procesos asistenciales y de soporte de la unidad.

4. UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UTI 1/2)

Es una Unidad de Internación para pacientes que necesitan cuidados constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en áreas de internación general, se llevarán a cabo en una planta física apta para el desarrollo de tales actividades. Es recomendable que la Unidad de Cuidados Intermedios dependa de la UCI.

Las Instituciones que cuenten con servicios de Cuidados Intensiva nivel 1 o 2 deberán contar con Unidades de Cuidados Intermedios.

4.1. Especialidades de Apoyo e Interconsultas:

Serán los mismos que el nivel de la UCI de la cual dependen.

4.2. Ubicación, Ambiente Físico y ámbito de internación

Estarán ubicadas en áreas de circulación semirrestringida y deberán contar con:

- a) Es recomendable un número no menor de 8 camas y no más de dos (2) por cada cama de unidades de cuidados críticos.
- b) Debe contar con las mismas áreas de apoyo que la UCI, con excepción del área de depósito de equipos. El área de apoyo será del 40 al 50% del tamaño de la unidad.
- c) Debe contar con camas de aislamiento.
- d) Estación central de enfermería. Puede ser más de una, de acuerdo al diseño de la Unidad. Visualización directa por parte del personal de enfermería de los pacientes desde la central en forma directa o por otros medios ópticos, desde el pasillo de la UCIM o desde la cama de otro paciente. En este sentido las paredes de las unidades cubiculadas deben ser de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.
- e) Superficie no menor de 9 m² por cama.
- f) Iluminación difusa e individual.
- g) Seis tomas de electricidad por cama.
- h) Pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma, siendo esencial 1 por cama en las nuevas unidades. Debe implementarse, además, un sistema de alcohol-gel para la higiene de manos en cada cama.
- i) Un descartador para cortopunzocortantes.
- j) Ventanas para dar luz natural y orientación témporo-espacial al paciente. Solo podrían abrirse en caso de emergencia. En este sentido también es recomendable el uso de un reloj con almanaque.
- k) Puertas corredizas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera.
- l) Paredes lavables y pintadas con colores que no creen sensación depresiva ni sean excitantes por su brillo. Piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.
- m) A la cabecera es recomendable que existan soportes, preferentemente columnas, montadas en el cielorraso con el piso libre para limpieza, para ubicar monitores y otros insumos necesarios para la atención del paciente. Los sistemas de comunicación y las alarmas pulsables deben ubicarse a la cabecera del paciente y ser de colores claramente diferenciables.
- n) Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido, siendo recomendable dos y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.
- o) Se debe contar con dos equipos de aspiración portátil en toda la unidad.

p) Debe mantener la temperatura de la Unidad en alrededor de 24-26 grados centígrados y los niveles de humedad entre 30-60%. Debe existir un sistema de recambio de aire filtrado y climatizado de acuerdo a normas vigentes. Es recomendable el cambio 4 veces por hora en las habitaciones y 2 recambios en el resto de la Unidad. Debe contar con un sistema de medición de la temperatura de la unidad perceptible por todo el personal preferentemente ubicado en la central de enfermería.

4.3. Equipamiento Instrumental e Insumos

- a) Stock de medicamentos y material descartable. Refrigerador para medicación, compartimientos seguros para narcóticos y electrolitos de alta concentración (ej. potasio). Refrigerador independiente para fórmulas de alimentación.
- b) Monitores 1 por cama: ECG, SaO₂ y TA no invasiva
- c) Respiradores aptos para ventilación no invasiva.
- d) Un respirador para ventilación invasiva disponible para la unidad.
- e) Bombas de infusión: un mínimo de 3 por camas.
- f) Cardio-desfibrilador con osciloscopio incorporado: uno (1) en forma permanente en la Unidad.
- g) Carro de resucitación: Similar a la UCI nivel 1.
- h) ECG: uno (1) en forma permanente en la Unidad. Es recomendable que sea de 12 derivaciones.
- i) Equipo para cateterización nasogástrica, vesical y venosa. Equipo para punción raquídea, torácica y abdominal.
- j) Camillas rodantes para traslado, articuladas, de cabecera desmontable y plano de apoyo rígido.
- k) Una salida de oxígeno, una de aire comprimido y una de aspiración central por cama.
- l) Dos (2) oxímetros de pulso permanentes en la Unidad.
- m) Cama rodante, articuladas de cabecera desmontables y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión. Es recomendable que se maneje con control eléctrico.
- n) Camilla de transporte articuladas de cabecera desmontable y plano de apoyo rígido con barandas de protección y capacidad para sostén de bombas de infusión, monitores y oxígeno. Es recomendable contar con monitor multiparamétrico en el transporte del paciente.

4.4. Recursos Humanos

4.4.1. Médicos:

Jefe o Coordinador de la Unidad: Se requiere que sea un especialista en Terapia Intensiva. Es recomendable que la Unidad dependa del Jefe de Cuidados intensivos. La función del Coordinador será la de normalizar y controlar la metodología asistencial a desarrollar, así como coordinar la atención general de los pacientes.

Médicos de planta: 1 cada 8 camas debe incorporarse un médico asistencial con formación en terapia intensiva cada 8 camas o fracción. El seguimiento diario de los pacientes se hará en conjunto con el médico de cabecera de la especialidad correspondiente.

Médico de Guardia: 1 médico de guardia activo cada 8 camas o fracción, con iguales requisitos que para áreas de cuidados intensivos.

4.4.2. Enfermería:

Jefa de enfermeras: Licenciado en enfermera con un mínimo de dos (2) años de experiencia en un Servicio de Terapia Intensiva, con dedicación no menor de ocho (8) horas diarias.

Referente de turno de enfermería: Idem 1.

Una enfermera/o cada cuatro (4) camas o fracción menor con experiencia en el funcionamiento de la unidad.

4.4.3. Kinesiología

a) Uno disponible cada 8 camas.

b) Debe tener accesibilidad a kinesiólogo entrenado en rehabilitación neuromuscular para inicio de la rehabilitación temprana.

Registros y normas similares a UCI 2

Guías para categorizar unidades de UTI 1 - 2, Reanimación y UTIM

D= Deseable

E= Exigible

	UCI	UCI 2	UR	UTIM
PERSONAL				
MÉDICOS				
Jefe de Servicio de Cuidados Críticos especialista en UTI (36hs)	E	E	E	E
Jefe de Unidad o Subjefe de servicio o Sala o Coordinador de Cuidados Intensivos o UR DESIGNADO POR AUTORIDAD HOSPITALARIA APROPIADA, CERTIFICADO EN TERAPIA INTENSIVA HORARIO MÍNIMO 6 HS/DIA 36 HS SEMANALES o responsable del área	E	E	E	E
1 MÉDICO COORDINADOR CERTIFICADO EN TERAPIA INTENSIVA CADA 8 CAMAS O FRACCIÓN, HORARIO MÍNIMO 6 HS/DIA 30 HS SEMANALES.	E	E		D
1 MÉDICO DE PLANTA CERTIFICADO EN TERAPIA INTENSIVA CADA 8 CAMAS O FRACCIÓN. HORARIO MÍNIMO 6 HS/DIA 30 HS SEMANALES	E	E		E
MÉDICO DE GUARDIA 24 HS. CERTIFICADO EN TERAPIA INTENSIVA UNO CADA 6 CAMAS	D	D	D	D
MÉDICO DE GUARDIA 24 HS. AL MENOS 3 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA UNO CADA 6 CAMAS	E	E	E	E
Médico de guardia cada 10 camas con = requisitos para UTI 1 y 2				E
MÉDICO DE GUARDIA 24 HS. CAPACITADO EN EMERGENCIAS institucional			E	
ENFERMERIA				
JEFE/A DE ENFERMERIA, CON UN MÍNIMO DE 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA 30HS. SEMANALES	E	E	E	E
ENFERMERO/A DE PLANTA 1 C/2 CAMAS X TURNO	E	E	E	
ENFERMERO DE PLANTA 1 C/3 -4 CAMAS X TURNO				E
ENFERMERO/A DE GUARDIA ACTIVA si hay paciente			E	
KINESIOLOGIA				
KINESIÓLOGO DE PLANTA 1 CADA 8 CAMAS AL MENOS 12HS/DÍA ENTRE 8 A 20 Hs.	E	E	D	D
KINESIÓLOGO DE GUARDIA ACTIVA LAS 24HS, EN NÚMERO NO MENOR AL 50% DE LA DOTACIÓN DIURNA DE LA UNIDAD ENTRE 20 A 8HS	E	E	D	D
FARMACÉUTICO	E	E		E
PERSONAL DE LIMPIEZA 1 X TURNO	E	E	E	E
PERSONAL DE APOYO PARA TAREAS AUXILIARES 1 X TURNO	E	E		E
SECRETARIA DEL SERVICIO	E	E		E
ESPECIALIDADES Y SERVICIOS DE APOYO E INTERCONSULTA				
ANESTESIOLOGÍA CON GUARDIA ACTIVA 24hs	E	E	D	E
ANESTESIOLOGÍA CON GUARDIA PASIVA DE 24hs				E
CIRUGÍA GUARDIA ACTIVA	E	E	D	E
NEUROCIRUGÍA GUARDIA ACTIVA DE 24 HS O DISPONIBLE DENTRO DE 1 HORA	E	D	D	E
TRAUMATÓLOGO CON GUARDIA ACTIVA 24 HS;	E	E	D	E
TRAUMATÓLOGO CON GUARDIA PASIVA LAS 24 HS.		E	E	E
ENDOSCOPIA DIGESTIVA/RESPIRATORIA C/GUARDIA PASIVA 24 HS.	E	E	D	E
POSIBILIDAD DE CONSULTA CON ESPECIALISTAS NO CONSIDERADOS EN LOS ÍTEMES ANTERIORES	E	E	D	E
HEMOTERAPIA GUARDIA ACTIVA 24HS C/ ACCESO A BANCO DE SANGRE	E	E	D	E
HEMOTERAPIA GUARDIA pasiva			E	
RADIOLOGIA CENTRAL CON TÉCNICO DE GUARDIA ACTIVA 24hs	E	E	D	E
EQUIPO DE RX PORTÁTIL DISPONIBLE PARA LA UNIDAD	E	E	D	D
T.A.C DENTRO DE LA INSTITUCION DISPONIBLE LAS 24hs	E	D	D	D
T.A.C DISPONIBLE LAS 24 hs.		E	E	E
LABORATORIO ACTIVO 24 hs.	E	E	D	E
RMN DISPONIBLE EN LA INSTITUCIÓN O LA POSIBILIDAD DE REALIZARLA.	E	E	D	E
ECOGRAFÍA activa DISPONIBLE	E	E	D	E
ECOGRAFÍA pasiva DISPONIBLE			E	
RADIOLOGÍA INTERVENCIÓNISTA DE GUARDIA PASIVA LAS 24 HS	E	E	D	E

Al menos 1 boca de O2 aire comprimido y aspiración			E	
ILUMINACIÓN GENERAL EN EL TECHO DE APROXIMADAMENTE 100 W, LUZ NOCTURNA, LUZ INTENSA PARA PROCEDIMIENTOS	E	E	E	E
PUERTAS CON ABERTURA QUE PERMITA EL PASO DE CAMILLAS Y EQUIPOS	E	E	E	E
VISUALIZACION DIRECTA	E	E	E	E
SALA DE AISLAMIENTO	E	E		E
SISTEMAS DE ALARMA (ALARMA DE PARO)	E	E	D	E
SISTEMA ELÉCTRICO. 10 ENCHUFES POR CAMA. ENCHUFE PARA EQUIPO RAYOS PORTATIL	E	E		D
SISTEMA ELÉCTRICO. 4 ENCHUFES POR CAMA. ENCHUFE PARA EQUIPO RAYOS PORTATIL			E	E
SISTEMA AIRE CONVENIENTEMENTE Filtrado Y CLIMATIZADO	E	E	D	D
EQUIPAMIENTO				
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO 1 X CAMA (ECG, TA invasiva /no invasiva, temp, oximetría de pulso)	E	E	D	D
MONITOR MULTIPARAMETRICO 1 x CAMAS (ECG, TA no invasiva, oximetría de pulso)			E	E
CAPNÓGRAFO CADA 4 PACIENTES EN RESPIRADOR	E	E		
CAPNÓGRAFO 1 POR UNIDAD		E		
RESPIRADORES DISPONIBLES 1 Por CAMA (MICROPROCESADOS 80%)	E	D		
RESPIRADORES DISPONIBLES PARA EL 75% DE LAS CAMAS (MICROPROCESADOS 80%)		E	D	
RESPIRADOR PARA LA UNIDAD (AL MENOS UNO)			E	
CARRO DE PARO SEGÚN NORMA 1 CADA SECTOR	E	E	E	E
BOMBAS DE INFUSIÓN DE PRECISIÓN 4 POR CAMA (0,1 a 999 mL/hora)	E	E	E	E
BOMBAS DE INFUSIÓN DE PRECISIÓN 3 POR CAMA (0,1 a 999 mL/hora)		E		
BOMBAS DE INFUSIÓN DE PRECISIÓN 2 POR CAMA (0,1 a 999 mL/hora)			E	E
BOMBAS DE ALIMENTACION 1 CADA DOS CAMAS	E	D		D
Bombas de alimentación 1 por cama	D			
ELECTROCARDIÓGRAFO PORTÁTIL 1 cada 8 camas y no menos de 2 POR UNIDAD	E	E	D	D
ELECTROCARDIÓGRAFO PORTÁTIL 1 por unidad			E	E