



PO-NEO- 7.1

ORDEN DE INGRESO Y ACOGIDA DE PACIENTES



INDICE DE CONTIDOS

- 1 OBJETO
- 2 ÁMBITO DE APLICACIÓN
- 3 DEFINICIONES
- 4 RESPONSABILIDADES
- 5 DESARROLLO
- 6 REGISTROS
- 7 BIBLIOGRAFÍA
- 8 AUTORES

CONTROL DE MODIFICACIONES		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	FECHA DE APROBACIÓN
0		30/06/2016



1. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto definir las pautas de actuación desarrolladas en la Unidad de Neonatología para determinar la indicación de ingreso de pacientes en la Unidad y efectuar su acogida al ingreso.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento es de aplicación en la Unidad de Neonatología de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

3. DEFINICIONES

Este apartado no aplica en este procedimiento.

4. RESPONSABILIDADES

FEAs Neonatología:

- Valoración y/o asistencia inicial del neonato
- Orden de ingreso en Neonatología
- Colaboración en traslado de neonatos entre Unidades
- Acogida de pacientes y familiares al ingreso en la Unidad
- Valoración de pacientes al ingreso

Personal de Enfermería –DUEs/ TCAEs:

- Colaboración en traslado de neonatos entre Unidades
- Acogida de paciente y familiares al ingreso en la Unidad
- Comprobación de identificación del paciente
- Monitorización y valoración de pacientes al ingreso

Celador:

- Colaboración en traslado de neonatos entre Unidades

5. DESARROLLO

5.1. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL DEL NEONATO: CRITERIOS DE VALORACIÓN E INGRESO EN LA UNIDAD

La Unidad de Neonatología presta atención sanitaria a los pacientes neonatos que requieren de valoración y asistencia especializada en el ámbito hospitalario, en estrecha colaboración con los Servicios de Obstetricia y de Urgencias pediátricas.

Los pacientes ingresados en la Unidad, previa orden de ingreso de los facultativos especialistas en Neonatología, proceden de las siguientes unidades o servicios:

- En el ámbito de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela:
 - Paritorio y/ o quirófano
 - Maternidad
 - Urgencias
- Otros centros hospitalarios de la red del SERGAS / SNS.

5.1.1. Valoración pediátrica del recién nacido patológico en paritorio

Los criterios de requerimiento de valoración pediátrica de recién nacido (RN) en paritorio son, con carácter general, los siguientes:

- Alteración cardiotocográfica (RCTG)
- Cesárea
- Parto instrumental
- Gemelaridad
- Sangrado materno
- Aguas meconiales
- Riesgo infeccioso
- Malformación
- Prematuridad
- Alteración/ problemas de adaptación a la vida extrauterina
- Distocia social
- Patología grave y/o crónica de la madre

Las pautas de atención inicial al RN se centran en los siguientes aspectos:

- a) Identificación del RN
- b) Estabilización inicial:
 - Posición
 - Calentamiento
 - Aspiración de secreciones, si procede
 - Estimulación
- c) En caso necesario, deben realizarse las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) procedentes, según los protocolos de RCP neonatal aplicables y vigentes.

Tras la asistencia médica requerida, el facultativo valora la indicación de ingreso del paciente en la Unidad, según los criterios aplicables con carácter general y en todo caso atendiendo al criterio clínico y la valoración individualizada de cada paciente.

Criterios generales de ingreso de RN en Neonatología desde paritorio

- Distocia social
- Gestación no controlada/ adopción
- Riesgo síndrome de abstinencia
- Hijo madre VIH
- Sospecha infección congénita/ antenatal
- Exploración neurológica anormal/ encefalopatía hipóxico- isquémica (EHI)
- Sospecha sepsis/ corioamnionitis
- RCP prolongada
- Depresión perinatal moderada/ grave
- Distrés respiratorio
- Aspiración meconial
- Parto pretérmino PMT < 35 s
- Peso < 2250 gr
- Trauma obstétrico mayor
- Hijo de madre diabética insulino dependiente (HMDID)
- Malformación/ dismorfia mayor
- Sospecha de patología cardíaca

De no requerirse ingreso en Neonatología tras la asistencia y valoración del facultativo de la Unidad, prosigue la atención al recién nacido sano en paritorio.

5.1.2. Valoración pediátrica de recién nacidos en Maternidad

Los recién nacidos sanos ingresados en Maternidad son objeto de valoración pediátrica precoz por los especialistas en Neonatología de acuerdo con las siguientes pautas:

- Valoración pediátrica precoz durante las primeras 24 horas de vida
- Actuaciones asistenciales:
 - Inicio de calendario vacunal
 - Cribado auditivo
 - Cribado ecográfico y metabólico
- Valoración clínica del estado de salud con carácter anterior al alta hospitalaria

Puede determinarse la **necesidad de ingreso en Neonatología** en estos pacientes ante alguna de las siguientes circunstancias:

- Pérdida de peso > 10%
- Ictericia que requiere fototerapia y/o exanguinotransfusión
- Anemia/ trombopenia marcada
- Policitemia que precisa exanguinotransfusión
- Sospecha de sepsis
- Trastorno nutricional moderado/ grave

- Malformación que requiere mayor estudio
- Hipoglucemia/ hipocalcemia/ otras alteraciones metabólicas
- Distrés respiratorio
- Sospecha de patología asociada: cardíaca, renal, digestiva u otras

En caso de no requerirse ingreso en Neonatología, se indica alta domiciliaria del neonato con posterior seguimiento por Atención Primaria, consultas externas especializadas de Neonatología y/o consultas externas de otras especialidades, según las condiciones clínicas de cada paciente.

5.1.3. Asistencia de pacientes neonatos en Urgencias

Ante la atención en Urgencias hospitalarias de pacientes neonatos con < 1 mes de vida, los facultativos especialistas en Pediatría de Urgencias pueden solicitar a la Unidad de Neonatología su valoración clínica conjunta para determinación de diagnóstico y/o ingreso hospitalario en esta Unidad.

Con carácter general, se considera el ingreso en Neonatología ante las siguientes situaciones clínicas:

Crterios generales de ingreso en Neonatología desde Urgencias

- Dificultad respiratoria
- Fiebre/ sospecha sepsis/ meningitis u otros procesos infecciosos que requieran de ingreso hospitalario
- Mal progreso ponderal/ deshidratación
- Ictericia que requiere tratamiento
- Episodio aparentemente letal
- Sofocación
- Sospecha de patología asociada: cardíaca, renal, digestiva u otras

En caso de no requerirse ingreso en Neonatología, se indica alta domiciliaria con tratamiento y cuidados procedentes, y posterior seguimiento por Atención Primaria, consultas externas especializadas de Neonatología y/o consultas externas de otras especialidades, según las condiciones clínicas de cada paciente.

5.1.4. Ingreso procedente de otros centros hospitalarios

La Unidad de Neonatología es en la actualidad unidad de referencia nacional (CSUR) para el tratamiento de enfermedades metabólicas congénitas, y de referencia autonómica para la hipotermia neonatal activa.

En este marco, la Unidad recibe solicitudes de ingreso de pacientes neonatos de otros centros del Sistema Nacional de Salud, de ámbito nacional o autonómico, para su asistencia en el marco de las pruebas diagnósticas y/o tratamientos ofertados como unidad de referencia, así como ante una situación clínica de otros pacientes de centros externos a la XXIS cuyo tratamiento sea requerido a la Unidad.

El ingreso de pacientes es gestionado por los Servicios de Admisión de los respectivos centros implicados, previo contacto y aceptación de la asistencia entre las unidades asistenciales.

5.2. TRASLADO DE PACIENTES A LA UNIDAD

El traslado físico de los pacientes neonatos debe ser realizado en los casos estrictamente necesarios, atendiendo a las pautas de actuación determinadas en los casos de traslados intracentro e intercentro contempladas en el protocolo específico establecido.

Como norma general, se intentará evitar el traslado intrahospitalario de los pacientes neonatos para la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, desarrollando estas actuaciones preferentemente en la propia unidad de ingreso, en la medida de lo posible.

Los traslados intra e interhospitalarios deben ser realizados en el medio más adecuado según la madurez, el peso y/o las condiciones clínicas de cada paciente (incubadora, cuna térmica o cuna), con la monitorización y el soporte terapéutico adecuados para la estabilidad clínica de los neonatos durante su traslado. El transporte interhospitalario debe contemplar las fases de activación, estabilización, traslado, transferencia y reactivación del vehículo utilizado para el traslado.

El traslado de pacientes entre Unidades de hospitalización y/o centros hospitalarios debe acompañarse de la documentación clínica sobre la valoración, tratamiento y actuaciones asistenciales practicadas a los pacientes en la Unidad/centro de procedencia, constandingo en todo caso un informe médico y un informe de enfermería en el que sean referidos los aspectos principales del diagnóstico clínico, plan de tratamiento y cuidados y seguimiento evolutivo de cada paciente.

5.3. ACOGIDA AL INGRESO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

5.3.1. Acogida a pacientes y familiares

El personal de Enfermería y los facultativos de la Unidad de Neonatología realizan la acogida de los neonatos y familiares a su ingreso, según el *Protocolo de acogida de pacientes al ingreso*, y es proporcionada verbalmente y por escrito la información detallada relativa a las pautas de funcionamiento de la Unidad, así como a las consultas formuladas por los padres y familiares de los pacientes ingresados.

5.3.2. Identificación del paciente

Los pacientes neonatos son identificados según lo establecido en el procedimiento de *Identificación de pacientes: identificación nai- fillo* vigente en esta Xerencia.

Al ingreso de un paciente en la Unidad, el personal de enfermería comprueba la disponibilidad de pulsera identificativa del paciente, que debe portar al proceder de otra unidad de hospitalización. En caso de disponer de pulsera, se realiza la comprobación de los datos identificativos del paciente para asegurar su corrección, con la colaboración de los

padres y/o familiares acompañantes al ingreso. En caso de no contar con pulsera identificativa, se realizará su solicitud al Servicio de Admisión para su disponibilidad a la mayor brevedad posible.

La comprobación inequívoca de los datos de cada paciente mediante la pulsera identificativa –nombre y apellidos/ NHC y/o fecha de nacimiento- es de realización obligatoria por parte de todos los profesionales en contacto con el paciente, con carácter previo a cualquier actuación asistencial o realizada en el transcurso de la asistencia sanitaria a los pacientes.

Con carácter general, debe ser registrado a la mayor brevedad el ingreso hospitalario de los pacientes neonatos, hospitalizados en esta Unidad o bien en Maternidad en caso de los recién nacidos sanos, y particularmente en el caso de los RN procedentes de paritorio tras su nacimiento, con el fin de disponer de los elementos identificativos utilizados en el transcurso de la asistencia (pulsera y etiquetas identificativas) y de la Hª Clínica propia del paciente, a fin de registrar adecuadamente la valoración clínica y las actuaciones asistenciales practicadas, así como la solicitud de pruebas complementarias o interconsultas a otras especialidades médicas.

5.4. Valoración de situación clínica y asignación de área de ingreso en la Unidad

El estado clínico de cada paciente a su ingreso determina las necesidades de asistencia y monitorización y la asignación del área de ingreso en la Unidad (Hospitalización general; Cuidados Intermedios/ área de aislamiento; UCIN).

Criterios generales de ingreso en área de Hospitalización General

Pacientes que requieren de atención hospitalaria con monitorización básica:

- Ictericia
- Riesgo infeccioso
- Deshidratación leve
- Adicción materna/ síndrome de abstinencia
- Hijo de madre diabética insulino dependiente (HMDID)
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR) y bajo peso
- Infecciones congénitas (VIH, CMV, hepatitis...)
- Dismorfia/ malformaciones sin necesidad de monitorización completa

Criterios generales de ingreso en área de Cuidados Intermedios

Pacientes estables con necesidad de monitorización:

- Distrés respiratorio leve/ moderado
- Prematuro tardío (≥ 33 semanas)
- Cardiopatías estables
- Procesos post- operatorios
- Procesos respiratorios de vías altas/ bronquiolitis (área de aislamiento)
- Sepsis leve/ moderada
- Trauma obstétrico mayor

Ingreso en área de aislamiento:

- Pacientes que precisan aislamiento respiratorio y/o aislamiento entérico

Crterios de ingreso en área de Cuidados Intensivos (UCIN)

Pacientes con necesidad de monitorización intensiva, soporte respiratorio y hemodinámico, grave afectación de estado general y depresión neurológica:

- Distrés respiratorio moderado/grave
- Prematuro ≤ 32 semanas y/o peso < 1.500 gr
- Cardiopatías/ arritmias
- Convulsiones
- Exanguinotransfusión
- Hipotermia
- Error congénito del metabolismo (ECM) (cuadro de intoxicación)
- Encefalopatía hipóxico- isquémica (EHI)
- Sepsis grave
- Deshidratación grave
- Hipertensión pulmonar (HTP)
- Síndrome de aspiración meconial
- Malformaciones congénitas mayores que requieren monitorización completa

El seguimiento evolutivo de cada paciente durante su ingreso determina los posteriores cambios que puedan producirse en el área de ingreso en la Unidad, en función de su estado y evolución clínica.

A su ingreso en la Unidad, cada paciente es asignado a un facultativo, responsable de su tratamiento y valoración evolutiva a lo largo del ingreso en la Unidad hasta el alta independientemente del área de la Unidad en la que reciba asistencia, lo que garantiza su seguimiento por el mismo profesional y la interlocución de los familiares la familia con el mismo equipo asistencial durante el proceso de ingreso.

5.5. INFORMACIÓN CLÍNICA A FAMILIARES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El facultativo responsable de cada paciente proporciona a los familiares la información respecto a su estado y evolución clínica.

Igualmente, debe informar de los procedimientos y actuaciones asistenciales de los que se requiera consentimiento informado previo de los progenitores o tutores legales del neonato. La información proporcionada y la obtención del consentimiento informado escrito deben efectuarse en los términos establecidos por la legislación vigente en materia de autonomía del paciente y consentimiento informado.

La información a familiares es proporcionada individualmente en una sala habilitada al efecto, a ambos progenitores o a otro único familiar expresamente autorizado por los padres al efecto.



Los horarios de información, así como las normas de visita a la Unidad, están contemplados en la documentación de acogida entregada al ingreso en la Unidad.

6. REGISTROS

- Orden de ingreso. Aplicación SIGHA.
 - Anamnesis/ exploración/ valoración clínica/ monitorización. Hª Clínica / hoja de enfermería.
-