



neonatología

hospital 12 de Octubre

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

INFORMACIÓN PARA RESIDENTES, ROTANTES Y ADJUNTOS VISITANTES

¡Bienvenidos al Servicio de Neonatología!

Con el fin de ayudar a una mejor integración en nuestro Servicio os detallamos unas pautas e información:

- **Médico encargado de las rotaciones** en el servicio de Neonatología es en la actualidad la **Dra. Maite Moral**. Os indicará el plan previsto de rotación, cambios y dudas al respecto. Tendréis asignado siempre un médico adjunto de referencia.
- **El Servicio de Neonatología está en medio de un cambio arquitectónico y estructural, para disponer de salas individuales de CIN. Se detalla como quedará a partir de Enero de 2020:**
 - Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): CINA (11 puestos de CIN con habitación individual o compartida en caso de gemelos) CINB (4 puestos) y CIN C (4 puestos). La distribución de los pacientes será según su patología y gravedad, prematuros extremos, niños quirúrgicos, cardiopatías y niños con peso > 1500 g.
 - Cuidados Intermedios: Intermedios (22 puestos)
 - Unidad de Transición: habilitados para poder tener 2 ingresos y todos los niños de cesáreas y que precisen observación unas horas.
 - Plantas de Maternidad (plantas, 3ª A, 3ªB y 4ª A), se realiza a diario la valoración de los recién nacidos que nacen en el hospital
 - Consulta de seguimiento, ubicada en la planta S-1. para la vigilancia del desarrollo de los niños nacidos con peso al nacimiento ≤ 1500 y/o < 32 s hasta los 7 años de edad
 - Consulta de lactancia, ubicada en la planta 6ª A para la valoración y apoyo de madres con alguna dificultad con la lactancia materna
 - Banco de Leche Humana Regional, en la planta baja, dentro del área de Ingreso



- **Sesiones habituales del servicio:**

- A las 8:15 en la sala de juntas del S. Neonatología se realiza el pase de guardia a diario con los médicos que han estado de guardia y todos los profesionales médicos del Servicio y en algunas ocasiones las Supervisoras de Enfermería.
- Posteriormente sobre (08:45-9:00) se imparten las sesiones propias del Servicio de Neonatología, Coordinadas por un Neonatólogo que va variando, en el momento actual la Dra. María Soriano Ramos y que imparten adjuntos y residentes. en relación con patología neonatal, actualización de protocolos, revisiones bibliográficas, resumen de cursos congreso asistidos etc.
- A las 14:00 se realiza la sesión diaria de pase de visita, donde se describe con detalle toda la patología que presentan todos los niños de cuidados intensivos, de los niños de cuidados intermedios si alguno merece una mención especial o analíticas que quedan pendientes,
- Además de lunes a jueves está la sesión general del Servicio de Pediatría a las 8,15 en el salón de actos del materno Infantil.

- **Protocolos del servicio de Neonatología**

- Existen unas carpetas de protocolos ubicados habitualmente en la estantería dispuesta en la sala de juntas que se pueden consultar (**pero NO sacar, ni retirar de su carpeta concreta**), para realizar alguna copia deberéis contactar con la Dra. M^a José Torres Valdivieso que es la encargada de ello. Además en el disco Y de los ordenadores están disponibles pero el acceso es restringido, consultad con el adjunto responsable.

- **Desarrollo de la Rotación**

Para Residentes:

Cada residente estará asignado a una “cabecera de ingreso” dirigida por un médico adjunto, lo habitual es que tenga un R2 y un R4 de subespecialidad en Neonatología, el planning a tres meses vista de distribución de residentes está expuesto en el tablón de la sala de Juntas. La rotación se desarrollará por el CIN-A, CIN B-C, cuidados intermedios, en algunas ocasiones paritorios-plantas de Maternidad, consulta de seguimiento especializado, consulta de lactancia y banco de leche humana.

Dependiendo de los meses de rotación en el Servicio se adapta la rotación.

Pasarán visita con el médico adjunto correspondiente, pase de gráficas, petición de pruebas, exploración física, realización de informes, realización de técnicas siguiendo las normas de Residentes y técnicas que figura al final de este documento, y **TODO SIEMPRE CON LA SUPERVISIÓN DEL MÉDICO ADJUNTO.**

Para Médicos visitantes, rotación de residentes extranjeros o visitantes de otra especialidad:

Estarán adjudicados a una “cabecera de ingreso” con un médico adjunto responsable y los residentes que estén asignados, únicamente **podrán acompañar** en toda la labor



realizada **pero no podrán realizar ni técnicas ni exploraciones** ya que no existe cobertura legal para ello.

El pase de gráficas, petición de pruebas, descripción de evolutivos, si lo realizarán será bajo la responsabilidad de los residentes o del médico adjunto adscrito.

- **Normas relacionadas con el control de Infección nosocomial, Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)**, de especial importancia por las características de estos niños:
 - Antes empezar la rotación se impartirá (directa o vía mail) una sesión formativa relacionada con la higiene de manos y la seguridad en Neonatología y realizará un test de conocimientos al respecto.
 - Siempre antes de entrar en el servicio: higiene de manos con gel de alcohol en la entrada, manos sin joyas ni relojes, uñas limpias, cortas y sin esmalte y pelo recogido.
 - Cambio de pijama cada día y antes de la guardia desde otros servicios del hospital, cambiar el pijama al entrar en neonatología (esto ayudará a evitar la colonización por gérmenes resistentes en nuestros niños tan inmaduros)
 - Recordatorio de “los 5 momentos de la higiene de manos con gel de alcohol” Antes y después de explorar- tocar a los niños, antes de realizar una tarea aséptica, después del contacto con fluidos corporales y después de estar en contacto con el paciente.
 - Aplicar gel de alcohol al fonendo antes de explorar a los niños. Los niños en CIN A, B, C poseen su propio fonendo y es recomendable usarlo. Para los niños de intermedios, transición y paritorios serán los de cada médico.



“La correcta higiene de manos es la piedra angular en la prevención de la infección nosocomial. Se reduce hasta en un 50% las infecciones intrahospitalarias cuando se realiza el procedimiento de manera adecuada por todo el personal sanitario”



- **Manipulación de los niños más prematuros. Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia. Cuidados NIDCAP©**

- Como Centro NIDCAP© acreditado debemos seguir unas recomendaciones para el mejor cuidado de los niños y sus familias.
- Antes de tocar- explorar a los niños (*excepto en situaciones de urgencia*) deberá preguntarse a su enfermera, evitando perturbar los momentos de sueño del niño lo menos posible (recordar que sueño equivale a desarrollo cerebral), aprovechando los momentos de vigilia para su exploración y realización de analítica (*excepto que deba realizarse por otra circunstancia o situación de urgencia*)
- Siempre que sea posible realizar la manipulación/exploración entre dos personas (idealmente sus padres si están presentes, si no puede ayudarnos su enfermera u otro profesional del Servicio de Neonatología). Realizarlo con cuidado, no de forma brusca, evitar la luz directa en los ojos, y volver a colocarlo en el nido en flexión y con las manos en línea media (o avisar a enfermera para su colocación) la posición es de gran importancia y ayuda a su organización cerebral y estabilidad en general.
- Evitar hablar en voz alta especialmente en cuidados intensivos y especialmente donde estén los niños más prematuros y frágiles, los sonómetros de las paredes se encenderán cuando el tono de voz es excesivo, esto nos ayudará a controlar el nivel de ruido.
- El ambiente con poca luz también forma parte de estos cuidados
- Fomentar el cuidado canguro con sus padres y la lactancia materna, en la medida de lo posible se fomentará que las extracciones capilares, algunas venosas, se realicen durante el cuidado canguro (es una técnica de analgesia no farmacológica excelente)
- Tener muy presente el cuidado del dolor/estrés en cada una de nuestras actuaciones, aplicar medidas de analgesia no farmacológica siempre que sea posible.
- Involucrar y hacer partícipes a los padres de los cuidados de su hijo de forma progresiva, debemos intentar que se conviertan en “los principales cuidadores de sus hijos”

- **Normas de Correcta prescripción de medicación.**

En los protocolos están descritas, se detalla esta información.

Los errores/ incidencias relacionadas con la medicación son los más frecuentes, por ello es muy importante tenerlo en mente y recordar:

“La prescripción de medicación: es un acto riguroso, consciente y una situación de riesgo de error”

Recomendaciones de prescripción. Buena práctica en la prescripción médica.
(Tomado del Committee on drugs and Committee on Hospital care de la AAP)

- Revisar el tratamiento farmacológico del paciente antes de prescribir una nueva medicación y reevaluar la necesidad de continuar con el mismo.
- Familiarizarse con los sistemas hospitalarios individuales de prescripción de medicación.

- El nombre la medicación, la dosis, las unidades y el intervalo entre dosis deben ser fácilmente legibles. Debe constar la dosis por kilogramo de peso empleada para el cálculo de la dosis a administrar. Evitar las abreviaturas en los nombres de los fármacos
- Siempre que sea posible usar las agendas electrónicas del servicio que contienen las dosis de medicaciones revisadas periódicamente.
- Reservar las órdenes verbales para casos excepcionados.
- Utilizar la vía oral cuando sea posible.
- La dosis debe estar correctamente calculada considerando el peso del niño y su edad gestacional
- Identificar las alergias / intolerancias / reacciones adversas a fármacos.
- Deben constar las unidades sin abreviar o con las abreviaturas admitidas
- Evitar el uso del 0 a la derecha de la coma decimal para evitar errores de dosificación en 10 veces, ej: 5,0 poner sólo 5
- Si múltiples medicaciones y vías, deberá especificarse la vía de administración y de acceso concreto de cada una (ej v.periférica, por epicutáneo, por vena umbilical..) para evitar errores en la vía de administración.
- Si medicaciones fuera de protocolo, debe especificarse por escrito las diluciones y tiempo de infusión de forma concreta y clara.
- No debe hacerse como un acto rutinario, ni transcribir lo escrito el día previo, ni fiarnos de nuestra memoria (confirmación de dosis, peso)

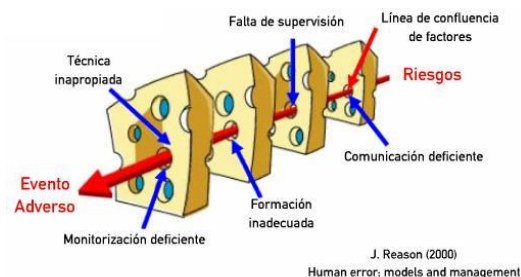
Ej: Niño de peso de 1 kg.

Ampicilina (100mg/kg/día): 50 mg /12h I.V.

Dopamina: 5 mcg/kg/min i.v. (por epicutáneo)

Ambisome: (5 mgr/kg/día): 5 mg/ 24 h i.v diluido según protocolo en 1 h.

¡SIEMPRE: REVISAR, RECALCULAR, COMPROBAR!



• Comunicación de Efectos Adversos

La seguridad del paciente, de los niños, es una prioridad en la asistencia sanitaria.

Su primer abordaje es el control de infección y otro es la disminución de otros efectos adversos. Los recién nacidos ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales son extremadamente vulnerables y, por lo tanto, corren un alto riesgo de



sufrir daños y de forma especial los niños prematuros, ya que precisan ingresos muy prolongados y de gravedad clínica.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre existe una gran concienciación por la seguridad del paciente por parte de todos los profesionales sanitarios.



A medida que aumenta la complejidad asistencial en los pacientes que atendemos aumenta la posibilidad de incidentes adversos, por ello desde el año 2010, está creado un grupo de trabajo multidisciplinar llamado Neoseguridad formado por neonatólogos, farmacéuticos, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares y padres de pacientes que estuvieron ingresados

La comunicación de las incidencias detectadas y su análisis posterior ayudarán a la mejora continua.

En el caso de detectar un error, además de intentar solucionarlo o aminorarlo: Comunicarlo

En nuestro servicio existen unos buzones anónimos (Buzón de Comunicación Voluntaria de Errores/Incidencias) localizados en la sala de juntas y en la sala de las enfermeras de intensivos e intermedios donde existen unos formularios específicos para redactar el error detectado (si no estuviesen disponibles puede escribirse en cualquier folio) y se depositan en los buzones descritos.

Esto nos permite evaluar los puntos más débiles y realizar los cambios que ayuden a mejorar la calidad de nuestra práctica clínica y disminuir al máximo las incidencias adversas y eso nos permitirá aprender de ellos.

Desde el Grupo de Neoseguridad multidisciplinar se emiten boletines de seguridad que informan de las incidencias ocurridas en el Servicio y que se emiten cada tres meses.



PETICIONES ELECTRÓNICAS

Recordad al realizar peticiones que debéis cambiar vuestra ubicación cuando estéis en el Servicio de Neonatología, tanto en la rotación como luego en las guardias indicando que el **centro/ lugar peticionario es Neonatos**.

A lo largo del año 2020 estará disponible la prescripción electrónica de la medicación en el programa HICA, aunque dispondrá de medidas de seguridad es igualmente esencial prestar máxima atención, revisar y recalcular todo lo prescrito de forma electrónica.

REALIZACIÓN DE TÉCNICAS POR RESIDENTES

¡Siempre con la supervisión o aprobación del médico adjunto encargado, que será el responsable de las decisiones según la situación clínica de cada niño!

Se han establecido para la mejor convivencia, aprovechamiento de la rotación de residentes propios y externos y siempre pensando en el mejor cuidado de los niños. Se fundamentan en las siguientes prioridades:

1. La formación de los residentes de subespecialidad (R4) que se van a enfrentar en poco tiempo a la responsabilidad de atender pacientes hospitalizados en nuestro servicio, como últimos responsables inmediatos.
2. La formación básica de R2 de Pediatría del hospital.
3. La formación de Residentes de otros centros, sea una rotación de subespecialidad o para formación general en Neonatología.
4. Disponer de una mayor capacidad de aceptación de residentes externos, hace que debamos establecer unas normas para que los residentes propios del H.12 de Octubre no tengan inferioridad de condiciones.

Habitualmente, la carga asistencial permite que haya oportunidades para todos.

La decisión definitiva será del médico adjunto responsable.

Durante el horario de mañana:

- **Técnicas de mayor complejidad / riesgo en situaciones programadas, no de urgencia** (intubación, canalización de vías umbilicales o femorales, colocación de tubos pleurales o peritoneales, reanimación cardio-pulmonar avanzada):

1. Prioridad para los Residentes R4 de especialidad del H.12 de Octubre, aunque no estén asignados a la “cabecera” que precisa su realización.
2. Si éstos no están disponibles, prioridad para los R2 del H. 12 de Octubre y de segundo intento si este no lo consiguiera, para el Residente Rotante adjudicado a la cabecera.



- **Técnicas de mayor complejidad / riesgo en situaciones de urgencia** (intubación, canalización de vías umbilicales o femorales, colocación de tubos pleurales, reanimación cardio-pulmonar avanzada):
 1. Prioridad para los Residentes R4 de especialidad del H.12 de Octubre, aunque no estén asignados a la cabecera, si están presentes.
 2. Si éstos no están disponibles, la situación lo permite y siempre con la decisión del médico adjunto encargado, prioridad para el R2 propio del H. 12 de Octubre asignado a la cabecera y de segundo intento si este no lo consiguiera, para el Residente Rotante adjudicado a la cabecera.
- **Técnicas de menor complejidad** (punciones lumbares, punciones suprápúbicas, punciones con aguja fina para drenaje de aire ectópico, reanimación cardio-pulmonar básica):
 1. Prioridad para el Residente (R4 ó R2) del H. 12 de Octubre asignado a la cabecera y en su defecto para el residente rotante asignado a la cabecera.

Durante el horario de guardia y dos residentes (propio y externo):

Prioridad para el residente del hospital (R2-R3-R4), y de segundo intento para el residente rotante. En muchas ocasiones compartirán las canalizaciones de vías.

REALIZACIÓN DE GUARDIAS POR PARTE DE LOS RESIDENTES ROTANTES

Los residentes rotantes externos de otro hospital tienen la posibilidad de realizar guardias (la responsabilidad de abonarlas es su hospital de procedencia):

-
1. En el Servicio de Neonatología (siempre estarán con un residente del H.12 de Octubre)
 2. En la Urgencia Infantil (cuentan dentro del pull destinado a la urgencia sin ser extra).
 3. A continuación se detallan las normas según los casos:
-
- Los que vienen de Hospitales de la Comunidad de Madrid (en general hacen guardias también en sus hospitales de referencia): suelen realizar guardias en Neonatología y no en la Urgencia Infantil, salvo que haya una necesidad especial, en ese caso también realizarán alguna.
 - Los que viene de otras Comunidades, realizarán guardias en Neonatología y alguna en la Urgencia Infantil, dependiendo del número de guardias que le paguen en su hospital de procedencia se establecerá el reparto, en general 2/3 en Neonatología y 1/3 en la Urgencia Infantil
-

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Libros:

- Manual de Cuidados Neonatales, Cloherty. Ed. Masson
- Manual of Neonatal Respiratory Care, Donn& Sinha. Ed Mosby Elsevier
- Neonatology. Gomella. McGraw-Hill Education
- Neonatal-Perinatal Medicine .Fanaroff and Martin's, 9th Ed. Diseases of the Fetus and Infant



- Neofax. Thomas E. Young
- Assisted Ventilation Of The Neonate. Goldsmith, Jay P., ED.-elsevier-science-health-science-div-id_97814160.htm
- Care of the High-Risk Neonate Klaus MH, Fanaroff AA.. Fifth Ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia

Revistas:

- Neonatology
- Clínicas de Perinatología
- Seminars in Perinatology
- Journal of Perinatology
- Pediatrics (siempre artículos de Neonatología)

Páginas WEB

- www.se-neonatal.es. Sociedad Española de Neonatología
- www.e-lactancia.org
- American Academy of Pediatrics : Neonatology
<http://www.aap.org/bpi/Neonatology.html>
- Neoreviews.org
- Neonatology . <http://neonatalnetwork.com/nn3/neonatal.htm>

***¡Muchas gracias por vuestra colaboración
Esperamos que vuestra estancia y rotación os sea ayuda en el cuidado de los niños y
sus familias!***