



# **TRANSPORTE NEONATAL COMUNIDAD DE MADRID**



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

**V070223**

# ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
ANEXO I : INDICACIONES DE TRANSPORTE NEONATAL .....	6
ANEXO II: CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE UNIDADES .....	8
ANEXO III: TABLA DE DERIVACIONES.....	12
ANEXO IV: FICHA DE PROCESO .....	13
ANEXO V : DIAGRAMAS DE PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO.....	16
ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	22
ANEXO VII: HOJA DE VERIFICACIÓN .....	25
ANEXO VIII: HOJA DE REGISTRO .....	27
ANEXO IX: FORMATO DE COMUNICACIÓN DE POSIBLE OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL TRANSPORTE NEONATAL.....	29
ANEXO X: HOJAS INFORMATIVAS PARA FAMILIARES.....	32
GRUPO DE TRABAJO .....	36



## INTRODUCCION

*Los nacimientos en la Comunidad de Madrid en los últimos 10 años han experimentado un importante crecimiento, después de décadas de disminución o estancamiento.*

*Esto supone que el número de ingresos en unidades de neonatología haya aumentado también de manera importante llegando en 2005, en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, a realizarse 10.680 ingresos neonatales que han supuesto 100.189 estancias.*

*La distribución de los ingresos, estancias, morbilidad y mortalidad son muy distintas según el tipo de patología, que con frecuencia está ligada al peso al nacimiento. Los cuidados neonatales que requieren, según su nivel de intensidad, precisan de unas instalaciones, organización y experiencia especiales. Tanto, que se ha llegado a plantear que “sería mejor no tener cuidados neonatales a tenerlos malos o a realizarlos demasiado tarde”.*

*Por ello el desarrollo de una adecuada regionalización de la asistencia neonatal es una preocupación profesional e institucional.*

*Bajo los auspicios de la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Consumo, se constituyó un Grupo de Trabajo profesional sobre “Necesidades de Asistencia Neonatal en los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid”, con el apoyo técnico de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.*

*Sus conclusiones fundamentales son asumidas por la Consejería de Sanidad, y se encarga al Servicio Madrileño que las haga operativas.*

*Esas conclusiones, en su fase inmediata, son la esencia de este PLAN DE MEJORA DE LA ASISTENCIA NEONATAL.*

*Los objetivos fundamentales del Plan son los siguientes:*

- *Adecuar los puestos de cuidados intensivos neonatales a las necesidades actuales.*

- *Establecer criterios de derivación entre centros, según los niveles de atención necesarios.*
- *Implementar un modelo específico de transporte neonatal en el SUMMA 112.*

*Las premisas fundamentales son las siguientes:*

- *Adoptar decisiones que puedan ser incorporadas en el corto plazo a la estructura existente.*
- *Establecer criterios que tengan en cuenta la próxima apertura de nuevos Hospitales Públicos en la Comunidad de Madrid.*
- *Integrar las soluciones en las posibilidades presupuestarias.*

*Para ello se han abordado las siguientes actuaciones:*

1. *ADECUACIÓN DE PUESTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.*
2. *ESTABLECIMIENTO DE UN MAPA EXPLÍCITO DE DERIVACIONES ENTRE NIVELES DE ASISTENCIA NEONATAL.*
3. *IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO ESPECÍFICO DE TRANSPORTE NEONATAL.*

*El Plan pretende alcanzar el mejor nivel de calidad en la asistencia neonatal, siendo fundamental el esfuerzo en el transporte sanitario específico.*

*No menos importante será que las derivaciones tengan sus trayectos de referencia y de retorno, para permitir el máximo acercamiento de los recién nacidos a sus padres y la máxima eficiencia de los servicios, cobrando por tanto, el trabajo de los hospitales emisores de pacientes una nueva dimensión.*

*La aplicación del Plan, en cuanto a la adecuación del transporte sanitario neonatal, permitirá adaptar mejor el nivel de asistencia a la estructura disponible, con las ventajas que supone para los recién nacidos y para los profesionales. Además, al remitir los neonatos una vez superado el episodio*

*crítico que generó su traslado, a su hospital de origen, se favorece la relación cercana con los padres.*

*La aportación de los profesionales al diseño del Plan ha sido fundamental, por lo que queremos expresar nuestro agradecimiento por su trabajo y la ilusión que en él han depositado.*

*A ello se ha aunado el importante esfuerzo de la Consejería de Sanidad para poder llevarlo adelante, tanto desde el punto de vista presupuestario como organizativo.*

*Estamos seguros de que el trabajo conjunto que se ha realizado para el diseño del Plan, se va a ver reforzado con su aplicación, cumpliendo de ése modo con nuestra principal finalidad: ofrecer a nuestros pacientes y conciudadanos la mejor atención posible a sus necesidades.*

## **ANEXO I: INDICACIONES DE TRANSPORTE NEONATAL**

Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología

An. Pediatr. 2001; 55: 146 153)

La decisión del transporte depende de una serie de factores como la posibilidad de terapias respiratorias, tecnología y material disponible, el soporte de radiología y de laboratorio y el personal médico y de enfermería. Además, puede estar sujeto a variaciones individuales de cada centro y de sus disponibilidades y pueden existir diferencias dependiendo de la época del año y del momento (p. ej., vacaciones del personal médico, de enfermería y técnicos).

El transporte debe realizarse siempre después de la estabilización del recién nacido. Según la sintomatología que presente se tratará de un transporte crítico o no crítico.

Siempre será necesario:

1. Asegurar unas vías respiratorias libres con ventilación correcta.
2. Un correcto control hemodinámico, con la administración de líquidos, drogas inotrópicas o expansores plasmáticos si está indicado.
3. Evitar pérdida de calor y mantener la temperatura axilar alrededor de 36,5-37 °C.
4. Corregir las alteraciones metabólicas.
5. Tratar los problemas especiales, por ejemplo: drenaje pleural si existe neumotórax a tensión; si existe infección grave, cultivos previos y tratamiento antibiótico iniciado; si se sospecha una cardiopatía congénita dependiente de ductus prostaglandinas, etc.

Las indicaciones más frecuentes son:

1. Distrés respiratorio grave (hipertensión pulmonar persistente, etc.).

2. Apnea persistente y o bradicardias.
3. Malformaciones congénitas graves.
4. Asfixia perinatal grave.
5. Edad gestacional de menos de 34 semanas o peso de nacimiento de menos de 2.000 g.
6. Trastornos hematológicos graves (trombocitopenia y enfermedad hemolítica grave) incluyendo aquellas que necesitan intervenciones como la exanguinotransfusión.
7. Aquella enfermedad que necesita cuidados intensivos o tratamientos complejos (trastornos metabólicos, hemorragia intracraneal, etc.).

Es deseable que la madre también sea transportada tan pronto como sea posible en condiciones de estabilidad.

## ANEXO II: CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE UNIDADES

Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología An. Pediatr. (Barc.) 2004; 60(1):56-64

### DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES.

Se define como *unidad de neonatología* la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en la sala de partos y quirófano. Se acepta como período neonatal al que alcanza hasta la semana 46 de edad posmenstrual.

#### Unidad de nivel I

Ubicada en un hospital comarcal con servicio de pediatría general. Toda maternidad debe contar al menos con una unidad de estas características, cuya atención se centrará en:

- Reanimación en sala de partos y quirófanos. (Se recomienda seguir las indicaciones y realizar los cursos de entrenamiento en Reanimación cardiopulmonar [RCPI neonatal organizados por la Sociedad Española de Neonatología [SENI.]
- Estabilización de recién nacidos que precisen traslado a otras unidades, para lo cual debe disponerse de incubadora o cuna térmica, monitorización de signos vitales (incluyendo presión arterial y gases sanguíneos), posibilidad de administración de fluidos y fármacos por un acceso venoso y capacitación para realizar ventilación mecánica, radiografías, drenaje de neumotórax y administración de surfactante.
- Garantizar el traslado a otros centros de referencia, bajo criterios de derivación previamente establecidos.

Los recién nacidos que podrán atenderse en un área de cuidados básicos serán:

- a) Recién nacidos de una edad gestacional superior a 35 semanas.



- b) Recién nacidos procedentes de embarazos múltiples de dos fetos como máximo.

Cuando el número de partos en el centro sea superior a 1.000 por año se deberá tener integrada en el mismo centro una unidad de cuidados especiales II-A.

## **Unidad de nivel II**

Ubicada en un hospital general o de área con al menos 1.000 partos/año, en el ámbito de influencia y cuyo servicio de pediatría desarrolle alguna de las áreas específicas pediátricas de atención integral al niño.

La unidad de nivel II dispondrá de un *área de cuidados especiales*. Se distinguirán dos subniveles:

1. *Subnivel II-A*. Además de la atención propia del nivel 1, incluirá:

- a) Recién nacidos con procesos leves de una edad gestacional superior a 32 semanas y peso de nacimiento superior a 1.500 g.

- b) Recién nacidos procedentes de unidades de cuidados intensivos neonatales que hayan superado la gravedad (transporte de retorno).

2. *Subnivel II-B*. También conocida como *área de cuidados con alta dependencia*. Además de la atención propia del nivel II-A, incluirá:

- a) Posibilidad de practicar oxigenoterapia y presión positiva continua en vía aérea (CPAP) nasal.

- b) Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional durante aproximadamente 24. h.

- c) Posibilidad de practicar una exanguinotransfusión parcial y de administrar nutrición parenteral total.

### **Unidad de nivel III**

Las unidades de nivel III deben estar integradas en un hospital de referencia con maternidad y un servicio de pediatría donde se desarrollen todas o la mayor parte de las áreas específicas pediátricas.

Se clasificarán en:

*1. Subnivel III-A.* Además de la atención propia del nivel II-B, incluirá:

- a) Recién nacidos con edad gestacional superior a 28 semanas y peso de nacimiento superior a 1.000 g.
- b) Posibilidad de practicar ventiloterapia convencional prolongada.
- c) Posibilidad de realizar procedimientos complejos como drenaje pleural, exanguinotransfusión total y diálisis peritoneal.
- d) Posibilidad de intervención de cirugía menor.

*2. Subnivel III-B.* Además de la atención propia del nivel III-A, incluirá:

- a) Recién nacidos con edad gestacional inferior a 28 semanas o peso de nacimiento inferior a 1.000 g
- b) Posibilidad de practicar ventilación de alta frecuencia y administración de óxido nítrico inhalado.
- c) Disponibilidad de las subespecialidades pediátricas y de técnicas de imagen avanzadas.
- d) Disponibilidad de cirugía general pediátrica para intervenir cirugía mayor.

1. *Subnivel III-C*. Además de la atención propia del nivel III-B, incluirá:

- a) Posibilidad de practicar hemodiálisis o hemofiltración.
- b) Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y/o oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO).

Las características de una unidad de este tipo serán:

- a) Atención a todo tipo de recién nacidos tanto médicos como quirúrgicos, de cualquier peso y edad gestacional, dentro de los límites de la viabilidad.
- b) Reanimación en las salas de partos y quirófanos.
- c) Conexión con la unidad de alto riesgo obstétrico.
- d) Atención en su área de influencia de al menos 2.000 partos/año.
- e) Ingresos en zona de hospitalización de alrededor de 500 recién nacidos/año.
- f) Transporte de retorno.
- g) Sistema de seguimiento de los niños dados de alta.
- h) Área de Cuidados Intensivos Neonatales con los siguientes requisitos mínimos:
  - 5 camas.
  - 150 ingresos/año.
  - 25 recién nacidos de peso inferior a 1.500 g.
  - 40 pacientes/año en ventilación mecánica.
  - Asistencia médica especializada las 24 h.

### ANEXO III: TABLA DE DERIVACIONES

AREA	HOSPITAL	NIVEL	CAMAS CIN	ESTADO	DERIVACIÓN
1	G. Marañón Vallecas Arganda	III – C II – B II – A	16	Funcionando Proy. 2007 Proy. 2007	G. Marañón
2	Coslada	II – A		Proy. 2007	G. Marañón
3	P.Asturias	II – B		Funcionando	La Paz
4	La Paz	III – C	15	Funcionando	La Paz
5	La Paz SS Reyes	III – C II – B		Funcionando Proy. 2007	La Paz
6	Nuevo PH El Escorial	III – A I		Proy. 2007 Funcionando	La Paz / H. Clínico
7	Clínico	III – B	6	Funcionando	12 Octubre (IIIC)
8	Móstoles Alcorcón	III – A III – A	4 2	Funcionando Funcionando	G. Marañón
9	Leganés Fuenlabrad	III – A III – A	3 3	Funcionando Funcionando	12 Octubre H. Clínico
10	Getafe Parla	III – A II – A	3	Funcionando Proy. 2007	12 Octubre H. Clínico
11	12 Octubre Valdemoro Del Tajo	III – C II – A I	14	Funcionando Proy. 2007 Proy. 2007	12 Octubre H. Clínico

## ANEXO IV: FICHA DE PROCESO

<b>FICHA DE GESTIÓN DE PROCESO</b>
<b>NOMBRE DEL PROCESO</b> Transporte íterhospitalario de neonatos en riesgo.
<b>MISIÓN DEL PROCESO</b> Trasladar con rapidez y seguridad a los neonatos en riesgo vital para acceder al nivel de tratamiento más adecuado.
<b>PROPIETARIO DEL PROCESO</b> En el Servicio Madrileño de Salud:  En el Hospital:
<b>ENTRADAS</b>  Recién nacidos que deban ser asistidos en un centro hospitalario con un nivel asistencial superior al que se puede prestar en su centro de nacimiento.  Recién nacidos de padres residentes en la CM que hayan nacido en otras CCAA y continúen requiriendo asistencia hospitalaria en un hospital de la CM.  Recién nacidos que por su situación clínica pueden ser atendidos en un centro hospitalario con un nivel asistencial menor al que se le ha prestado tras presentar situación de riesgo.
<b>SALIDAS</b> Recién nacido atendido en el centro adecuado a su estado.  Exitus.
<b>CLIENTES</b> Neonatos en riesgo y sus familias.
<b>PROVEEDOR</b> Servicio Madrileño de Salud.  Servicios de Neonatología hospitalarios.  SUMMA 112.
<b>PROCESOS CON LOS QUE SE RELACIONA</b> Seguimiento y atención de embarazo y parto.  Admisión Hospitalaria.  Coordinación camas disponibles SUMMA 112.  Trasporte SUMMA 112  Atención al RN en riesgo.

## **ESPECIFICACIONES ( Aclaraciones, criterios de calidad, marco organizativo)**

### Aclaraciones:

- El transporte neonatal no urgente (fundamentalmente de retorno) se debe programar con el centro coordinador y los hospitales receptor y emisor.
- Los padres deben ser informados y firmar el documento de consentimiento previo a la realización del traslado.
- La incubadora de transporte, óxido nítrico (si se precisa), la documentación, el material y la medicación adecuados para atención de neonatos de riesgo se dotan por el SUMMA, y su presencia y verificación son de su competencia, excepto para los hospitales de corona metropolitana distante (Príncipe de Asturias y El Escorial), en cuyos traslados de RN de riesgo a hospital de mayor nivel de atención, se utilizará una incubadora de transporte aportada por el hospital remitente.

### Criterios de Calidad:

- El transporte se realiza en los tiempos y condiciones previstas.
- El centro coordinador posee información fiable de las disponibilidad de puestos.
- La familia o responsable del RN reciben la información pertinente sobre el traslado y el centro al que se remite al RN.
- El RN sale del hospital emisor en las mejores condiciones y existe registro documental de esta situación y las actuaciones previas al traslado.
- El RN llega al hospital receptor en condiciones adecuadas y existe registro de la situación e incidencias durante el transporte.
- El transporte de retorno se realiza de acuerdo a los planteamientos del proceso.
- Se realizan reuniones periódicas de análisis de los resultados.

## **DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

- Guía.
- Diagrama de proceso.
- Estándares
- Hojas de verificación y registro
- Relación de hospitales y derivaciones.

## **INDICADORES (Para el seguimiento)**

Nº de RN trasladados dentro de la CM/ total de niños trasladados.

Número (%) de casos no atendidos en hospital de nivel adecuado a su patología

(Nº de RN que se han remitido por patología a hospital de nivel superior/ Nº de RN que han precisado atención por patología)

Número % de casos no atendidos en el hospital de referencia primario y causa

Número de RN admitidos<sup>1</sup> para los que se han solicitado cama por patología en el hospital de referencia primario/ Nº total de RN para los que se han solicitado cama por patología en el hospital de referencia primario.

Tiempo transcurrido<sup>2</sup> entre aviso de transporte y llegada del equipo de transporte al hospital emisor.

Tiempo transcurrido entre solicitud de traslado y llegada de ambulancia a hospital de origen.

Número % de pacientes que no retornan al hospital de área más próximo

Nº de RN que han utilizado transporte de retorno / Nº de RN que se han trasladado a hospital de referencia.

Nº éxitos RN trasladados/ Nº éxitos no trasladados por nivel.

#### **EQUIPO DE PROCESO**

Responsable de Seguimiento Servicio Madrileño de Salud.

Responsable Asesor de Seguimiento Interhospitalario.

Responsable Asesor de Seguimiento del SUMMA.

Neonatólogos de transporte.

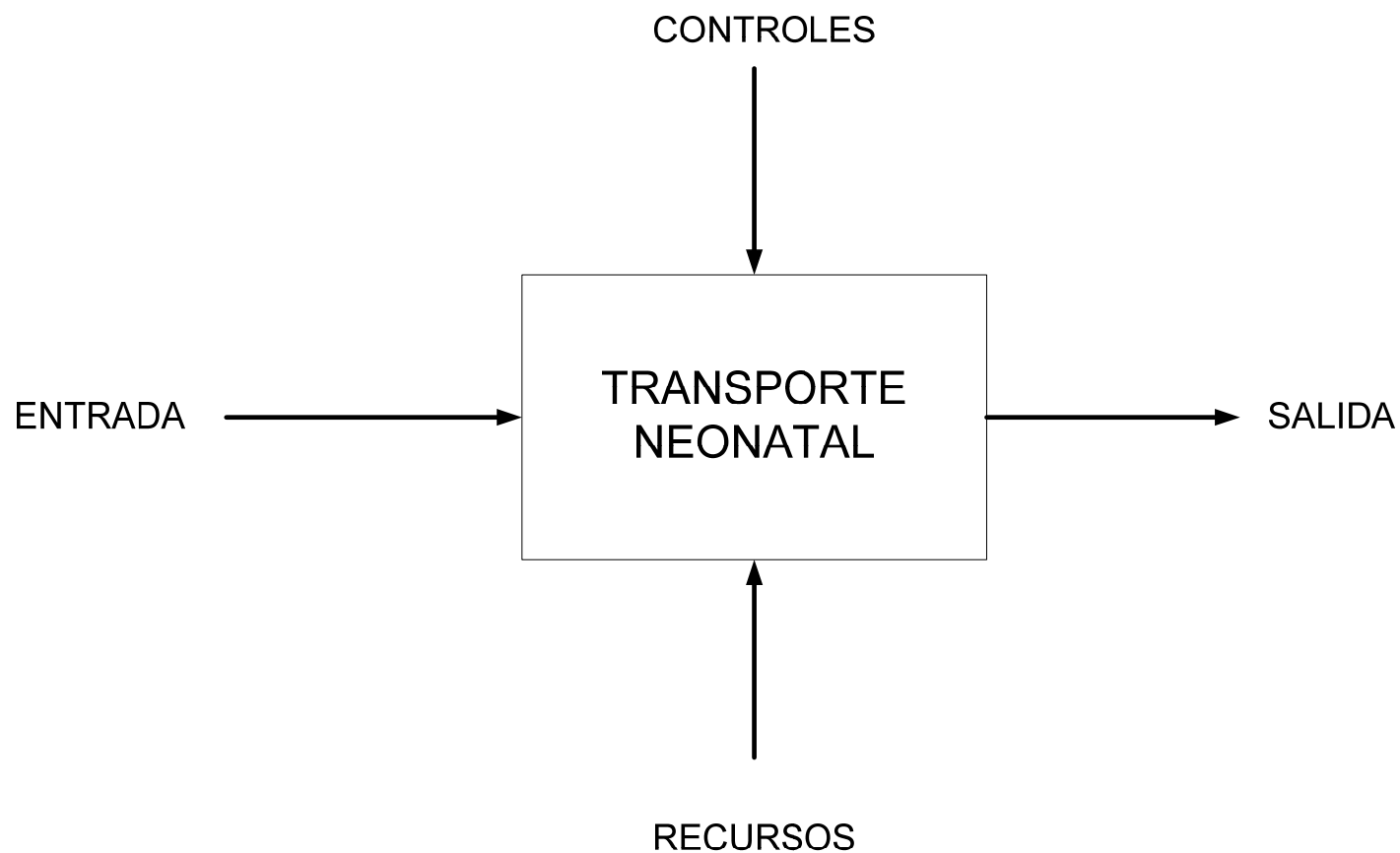
#### **PROPUESTAS DE MEJORA**

#### **FECHA REVISIÓN (periodicidad mensual)**

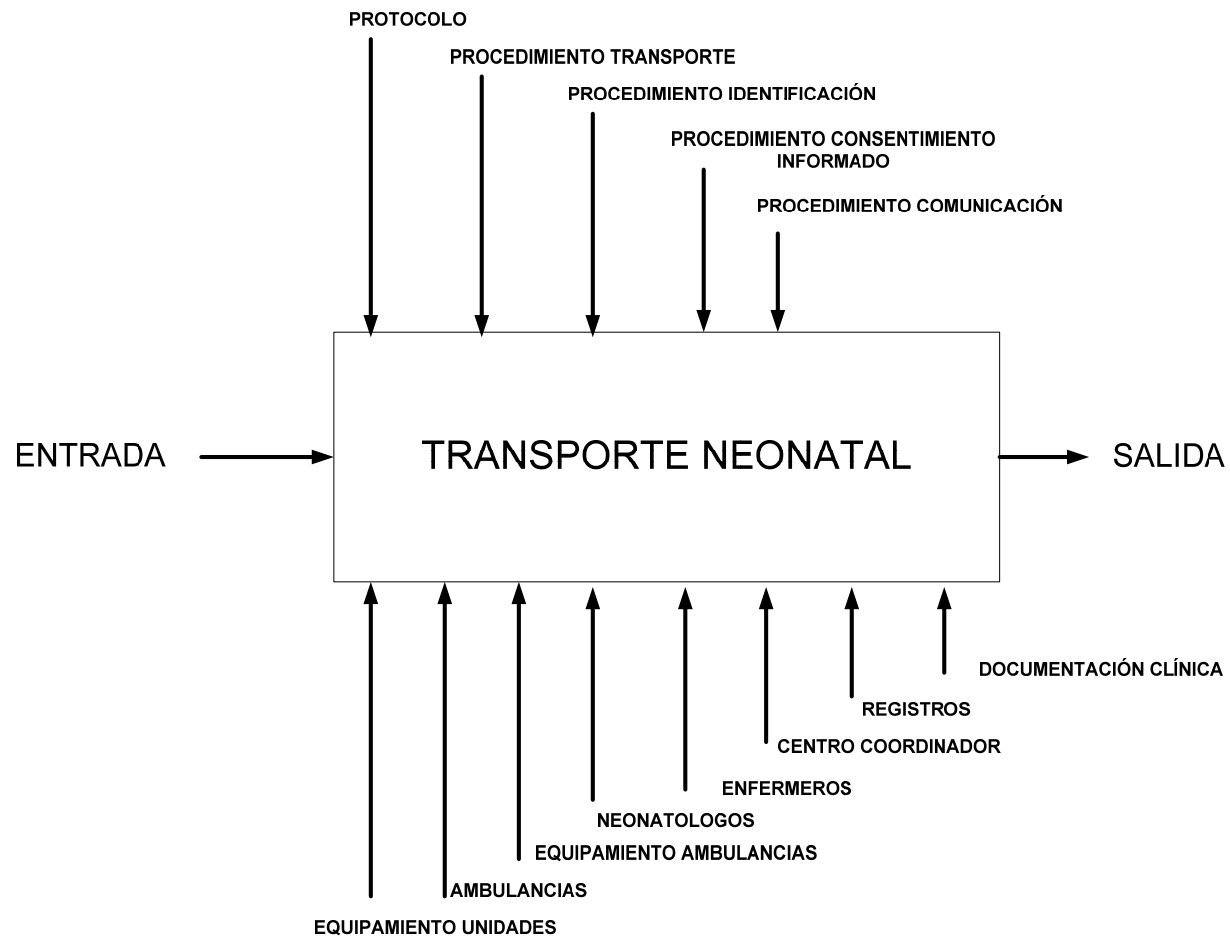
<sup>1</sup> Se entiende por admitido el RN para el que se ha reservado ya cama, independientemente de la realización final del transporte.

<sup>2</sup> En horas y minutos.

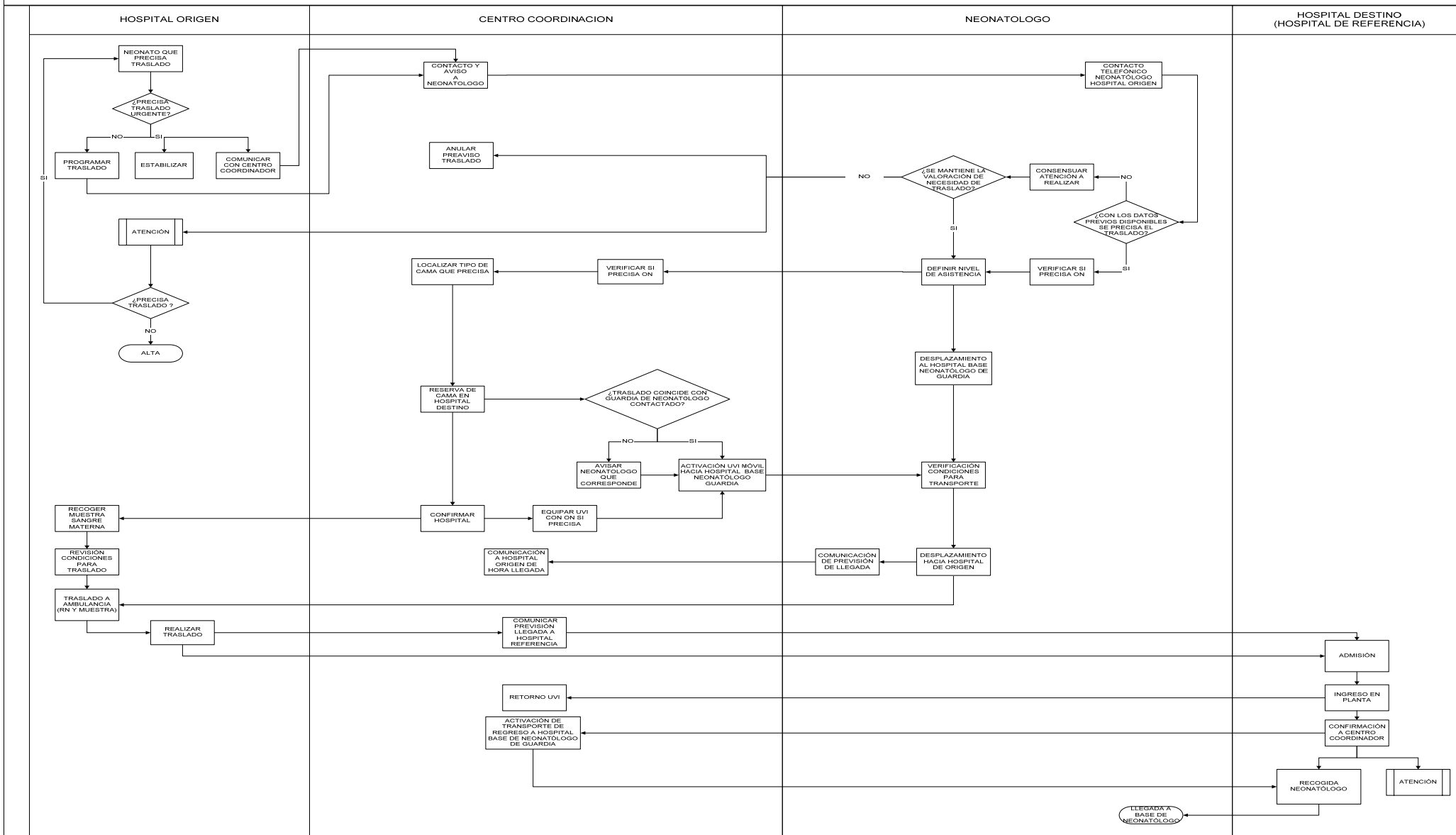
## ANEXO V : DIAGRAMAS DE PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO



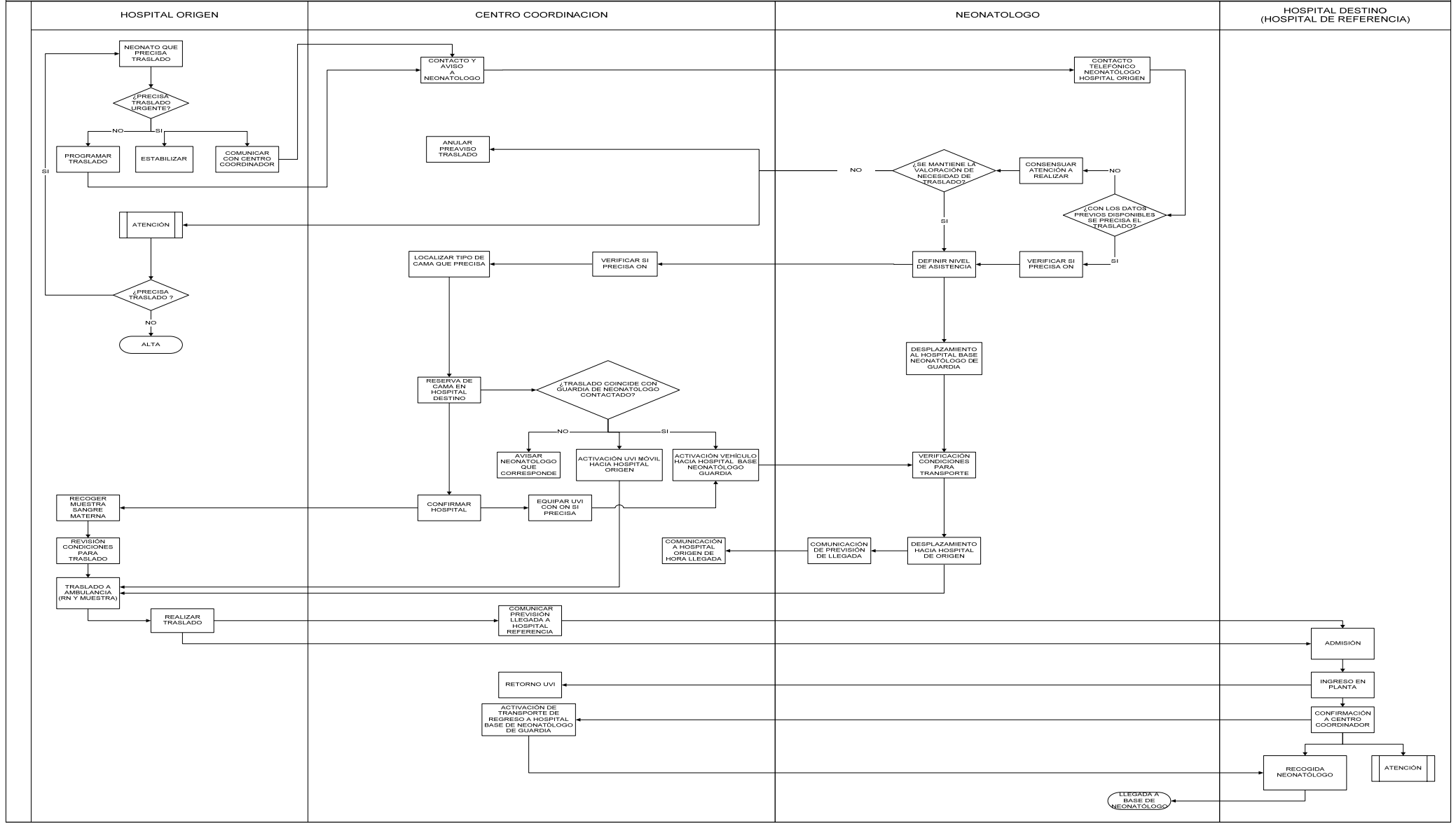




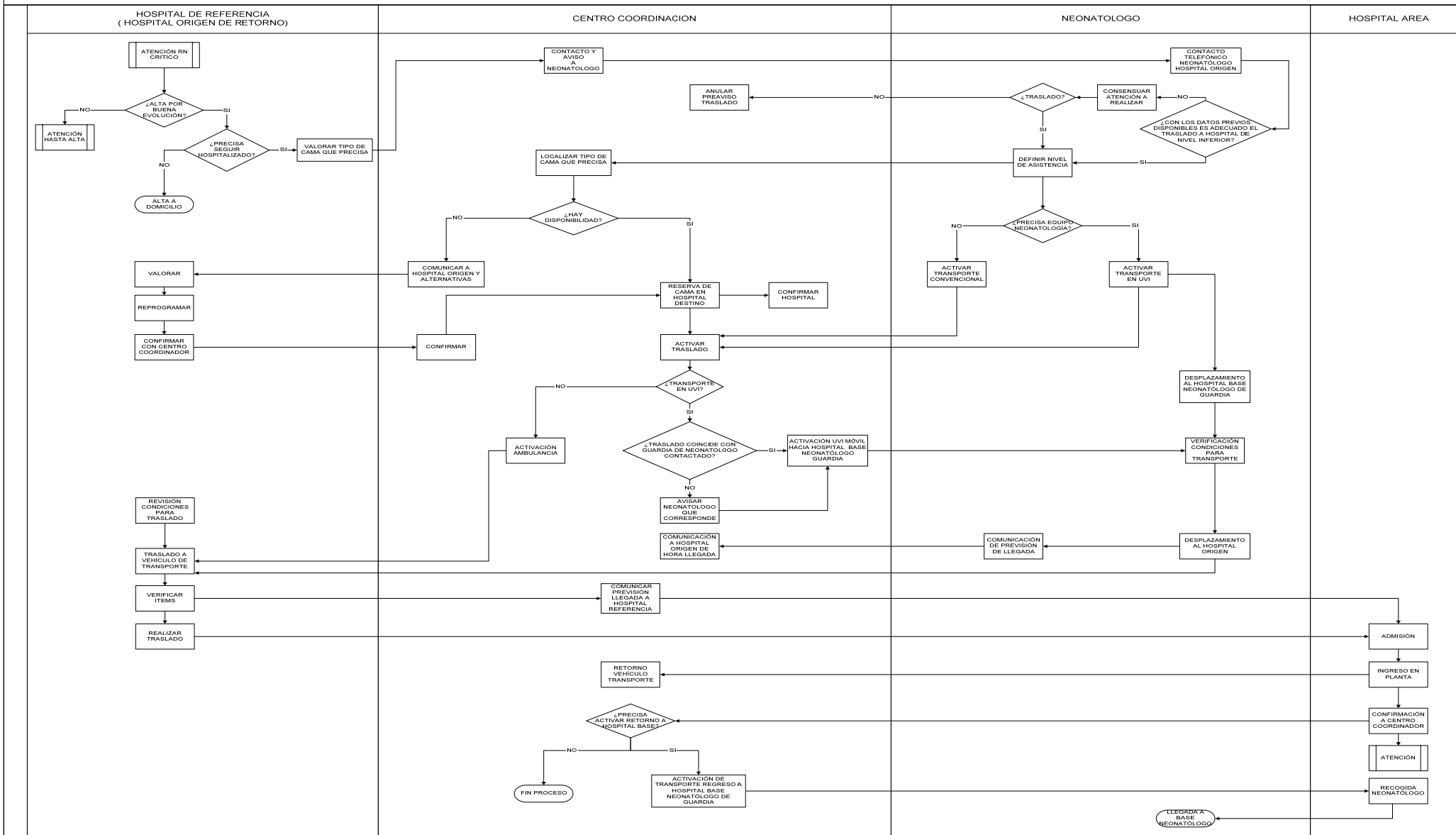
TRANSPORTE NEONATAL INTERHOSPITALARIO: REMISIÓN HOSPITALES URBANOS Y CORONA METROPOLITANA CERCANA



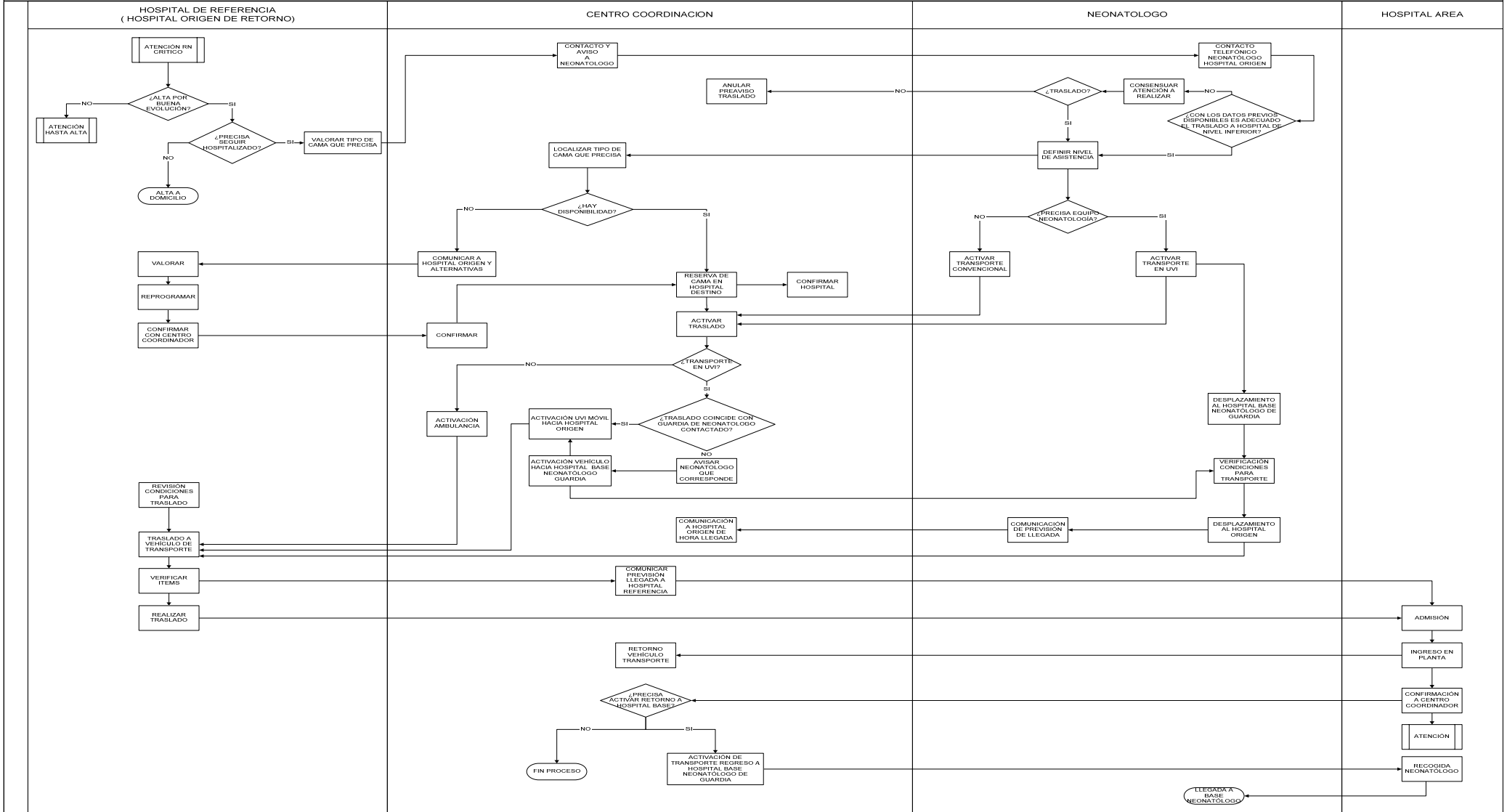
TRANSPORTE NEONATAL INTERHOSPITALARIO: REMISIÓN HOSPITALES DE CORONA METROPOLITANA DISTANTE ( PRÍNCIPE DE ASTURIAS Y ESCORIAL)



TRANSPORTE NEONATAL INTERHOSPITALARIO: RETORNO HOSPITALES URBANOS Y CORONA METROPOLITANA CERCANA



TRANSPORTE NEONATAL INTERHOSPITALARIO: RETORNO HOSPITALES DE CORONA METROPOLITANA DISTANTE ( PRÍNCIPE DE ASTURIAS Y ESCORIAL)



## ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña.....  
(Nombre y dos apellidos)

DNI/ pasaporte <sup>3</sup>.....  
(Marcar opción)

En calidad de.....  
( padre/madre/tutor)

De.....  
(Nombre y dos apellidos)

Con H.<sup>a</sup> Clínica nº.....

Manifiesta que ha recibido la siguiente información sobre el transporte neonatal:

*“La situación actual de (nombre)..... tras el nacimiento, según el criterio de los médicos responsables de su atención en el hospital ....., plantea la necesidad de ser trasladado a otro centro para continuar el tratamiento, realizar, si lo requiere, nuevas pruebas diagnósticas y, si es necesario, practicar nuevas actuaciones con la colaboración de otros especialistas.*

*El traslado se realizará en (ambulancia) \_\_\_\_\_ con material adecuado y acompañado por personal especializado en la atención a los niños recién nacidos durante el transporte, de modo que sea posible mantener el ambiente y cuidados necesarios, así como poder realizar las técnicas precisas. Aunque se trata de un procedimiento delicado, tanto más cuanto más grave sea el estado clínico de su hijo/a, trataremos, actuando de modo coordinado entre el hospital que lo envía, el que lo recibe, y el equipo de transporte, que la situación clínica se mantenga estable y sea admitido en el hospital \_\_\_\_\_ del modo más rápido y seguro para realizar las pruebas y tratamientos que necesite.*

<sup>3</sup> En caso de no disponer de identificación señalar “no aporta”. No se debe considerar la ausencia de éste ítem como motivo de no realización del traslado.

*Además de los riesgos derivados del propio medio de transporte (tráfico, helicóptero, avión ), y aunque se tomen todas las precauciones posibles, el transporte de un recién nacido, sobre todo si es muy prematuro o tiene problemas cardiorrespiratorios, supone riesgos de complicaciones que pueden ser extremadamente graves como hipotermia, hipotensión, extravasación de infusiones y otras, que intentaremos evitar, controlar y tratar si es preciso, pero que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización suponen un aumento del riesgo vital y de secuelas potencialmente graves.*

*Consideramos, a pesar de estos riesgos, que el traslado de (nombre)..... es la mejor opción para proporcionarle el diagnóstico y/o tratamiento más adecuado a su estado clínico actual por lo que se solicita la autorización para su realización.*

*Tras su atención, y una vez que no precise más cuidados especiales por parte del hospital al que se le traslada, y siempre que la evolución de su situación clínica lo permita, es posible que le remita de nuevo al hospital en el que fue atendido inicialmente o al más cercano a su domicilio. Esto permite que reciba los cuidados más adecuados a la situación en la que se encuentre y facilita la proximidad a la familia”.*

Hago constar que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, así como de las observaciones y aclaraciones que he planteado, y que el médico que me ha atendido me las ha dado en un lenguaje claro y entendible por mi parte.

También hago constar que comprendo que puedo revocar en cualquier momento previo al inicio del traslado el consentimiento que ahora presto.

Por medio de la firma del presente consentimiento manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del traslado que se me propone.

En tales condiciones autorizo a que se realice el traslado.

En.....  
(lugar y fecha)

Fdo..... Fdo.....  
(médico) (padre/madre/tutor)

### REVOCACIÓN

Don/Doña.....  
(nombre y dos apellidos)

De..... años de edad  DNI/  pasaporte.....  
(Marcar opción)

En calidad de.....  
( padre/madre/tutor)

De.....  
(Nombre y dos apellidos)

Con H.<sup>a</sup> Clínica nº.....

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir con el traslado inicialmente autorizado.

En.....  
(lugar y fecha)

Fdo..... Fdo.....  
(médico) (padre/madre/tutor)



## ANEXO VII: HOJA DE VERIFICACIÓN

### HOJA DE VERIFICACIÓN : RECOGIDA DEL PERSONAL DE TRANSPORTE

(1/2)

Verificar cada uno de los siguientes items, señalando la opción que corresponda.

	SI	NO	SE REPONE
MALETIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LARINGOSCOPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALA 00 RECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALA 0 RECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALA 0 CURVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALA 1 RECTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNCIONAMIENTO LARINGOSCOPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PILAS DE REPUESTO DE LARINGOSCOPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBU CON RESERVORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASCARILLA AMBU 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASCARILLA AMBU 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASCARILLA AMBU 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALVULA PEEP PARA AMBU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PINZA DE MAGUILL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBOS ENDOTRAQUEALES Nº 2,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBOS ENDOTRAQUEALES Nº 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBOS ENDOTRAQUEALES Nº 3,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBOS ENDOTRAQUEALES Nº 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIADOR ENDOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANULAS BINASALES 3 TAMAÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIJACIÓN-NEOBAR 3 TAMAÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMARA AEROCHAMBER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOLSA POLIETILENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROCAR TORACOCENTESIS Nº 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROCAR TORACOCENTESIS Nº 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRACIÓN Nº 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRACIÓN Nº 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRACIÓN Nº 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA NASOGÁSTRICA Nº 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA NASOGÁSTRICA Nº 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONDA NASOGÁSTRICA Nº 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATETER UMBILICAL VENA DOBLE LUZ 5FR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATETER UMBILICAL ARTERIA 2,5FR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATETER UMBILICAL ARTERIA 3,5FR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CATETER UMBILICAL ARTERIA 4FR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAJA CANALIZAR ESTERIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNULAS INTRAVENOSAS Nº 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGUJAS INTRAÓSEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUEGO DE ELECTRODOS NEONATALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMAS DE BOMBA DE INFUSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APARATO GLUCEMIA Y TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma de la enfermera

	SI	NO	SE REPONE
<b>MEDICACIÓN EN NEVERA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINA RAPIDA 1 VIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROSTAGLANDINAS 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLUCAGON 1 VIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICACIÓN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADRENALINA(1mg/ml) 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADENOSINA 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATROPINA 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATROVENT 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CL Na 1M 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CL K 1M 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIGOXINA 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOBUTAMINA 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOPAMINA 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FENITOINA 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FENOBARBITAL 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FENTANILO 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUROSEMIDA 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLUCONATO Ca 10% 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLUCOSA 33% 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIDROCORTISONA 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPARINA 1% 2 VIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPARINA 20 U.I 2 VIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISOPROTERENOL 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIDOCAINA 2 AMPOLLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METAMIZOL 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIDAZOLAN 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORFINA 1% 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NALOXONA 5 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORCURÓN 5AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PULMICORT 1 INHALADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RANITIDINA 2 AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SACAROSA 24% 1 FRASCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENTOLIN 1 INHALADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIT K 5AMPOLLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma de la enfermera

# ANEXO VIII: HOJA DE REGISTRO



U.M.E.

Fecha  /  /

## Hoja de registro de transporte neonatal

Nombre  Apellidos  Sexo  Edad

Fecha nacimiento  Hora nacimiento

Hospital Emisor  Médico

Hospital Receptor  Médico

### Tiempos del transporte

Aviso CC	Aviso Neonatólogo	Salida Base	Llegada H.Emisor	Salida H.Emisor	Llegada H.Receptor
----------	-------------------	-------------	------------------	-----------------	--------------------

### Orientación diagnóstica/Situación clínica/ Antecedentes de interés

Peso  gr Long.  cm P.Cef.  cm  
 EG  sem Apgar 1'  5'  10'

### Documentación

Informe clínico H. Emisor  Consentimiento informado  Muestra sangre materna

Rx  TAC  ECG  Otras

Concordancia con los datos facilitados por el Hospital Emisor : Sí  No  mejor  peor

Constantes	Llegada HE	Salida HE	Traslado			Llegada HR
Tª incubadora (°C)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tª axilar (°C)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FC (lpm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FR (rpm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TAM (mmHg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sat. Oxígeno (%)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glucemia mgr/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cianosis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Dificultad respiratoria	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Perfusión periférica	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Diuresis	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Pupilas	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Cianosis	Dificultad respiratoria	Perfusión periférica	Diuresis	Pupilas
0- No	0- No	0- Buena	0- Espontánea	0- Normales
1- Central	1- Leve	1- Regular	1- Oligoanuria	1- Miosis
2- Acrocianosis	2- Moderada	2- Mala	2- Con diuréticos	2- Midriasis
3- Responde a O <sub>2</sub>	3- Grave			3- Anisocoria

**Procedimientos**

	Monitor	Presión invasiva	Vía periférica	Vena umbilical	Arteria umbilical	Vena central	Arteria (no umbilical)	SNG	Sonda Vesical	Drenaje pleural	Otros
Hospital Emisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMMA-TN/ H.Emisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMMA-TN/ Traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tratamientos**

	Vit K/ Colirio	VHB	Antibióticos	Inotrópicos	PGE1	Sedantes	Relajantes	Mórficos	NOi	Masaje	Anticonvul.	Otros
Hospital Emisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMMA-TN/ H.Emisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMMA-TN/ traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Asistencia Respiratoria**

Espontánea  Gafas nasales  CPAP  Ventilación mecánica  Ventilación manual   
 Oxigenoterapia: Sí  No  **FiO2:** \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ L/min  
 Intubación: HE  SUMMA-TN/ HE  SUMMA-TN/Traslado  **Via:** OT  NT  **TET nº** \_\_ **distancia** \_\_\_\_\_

**Gasometrías:** art.  vena  capilar

	Salida HE	Traslado	Llegada HR
IPPV/CPAP			
FR			
Vt/kg			
Flujo			
TI			
PIP			
PEEP			
PMVA			
FiO2			
IQ			

	HE	Traslado	HR
Hora			
pH			
PCO2			
PO2			
HCO3			
EB			
Lactato			

\* IO=  $\frac{MAP \times FiO2 \times 100}{PaO2}$

Hora	Perfusiones - Tratamiento (fármaco, dosis, vía) - Evolución durante el traslado

**Evolución durante el traslado:** estable  mejora  empeora  éxito

**FIRMA Y HORA MÉDICO/ENFERMERA TRANSPORTE**

**FIRMA MÉDICO RECEPTOR**

## **ANEXO IX: FORMATO DE COMUNICACIÓN DE POSIBLE OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL TRANSPORTE NEONATAL**

ESTA NOTIFICACIÓN PUEDE SER EMPLEADA SIEMPRE QUE SE CONSIDERE OPORTUNA PARA LA MEJORA DEL TRANSPORTE NEONATAL, ANTE UNA SITUACIÓN QUE PUDIERA HABER LLEGADO A OCASIONAR UNA INADECUADA REALIZACIÓN DEL TRANSPORTE O UN POTENCIAL PELIGRO PARA PACIENTES, PERSONAL O PERSONAS IMPLICADAS EN EL MISMO.

LA PRESENTE COMUNICACIÓN TIENE CARÁCTER VOLUNTARIO Y SE REALIZA DENTRO DEL PROCESO DE MEJORA, MANTENIÉNDOSE DENTRO DE LA CONFIDENCIALIDAD NECESARIA.

EN FUNCIÓN DE SUS PREFERENCIAS, ENTREGAR AL RESPONSABLE DE TRANSPORTE NEONATAL, REMITIR POR FAX AL..... O A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

**Por favor, describa la situación, incluyendo los factores que puedan haber contribuido y los detalles que usted considere pertinentes:**

**Por favor, detalle las características del paciente, (edad, peso, sexo, diagnóstico). No reseñe los datos de identificación).**

**Por favor, describa por qué se dio usted cuenta de la situación:**

**¿Cuáles son sus recomendaciones para evitar ésta situación?**

**¿Desea recibir información sobre el análisis y las medidas de actuación sobre la situación que comunica?**

SI

No

**En caso de que conteste afirmativamente a la pregunta anterior o que esté dispuesto a proporcionar más información en caso necesario para definir más claramente la situación comunicada, en orden a la mejora del transporte:**

**Nombre**

**Teléfono de contacto**

**Dirección de correo electrónico**

# ANEXO X: HOJAS INFORMATIVAS PARA FAMILIARES

## INFORMACIÓN GENERAL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. HOSPITAL MATERNOINFANTIL. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Su hijo/a va a ser trasladado al Servicio de Neonatología del Hospital Gregorio Marañón.  
A continuación se le facilita la información necesaria de acceso al hospital.

### 1) Dirección y ubicación del hospital Materno infantil

C/ Dr. Esquerdo, 46 – 28007

Dentro de este complejo, el Hospital Materno Infantil ocupa la manzana delimitada por las calles Dr. Castelo, Maiquez y O´Donnell.

### 2) Acceso al hospital

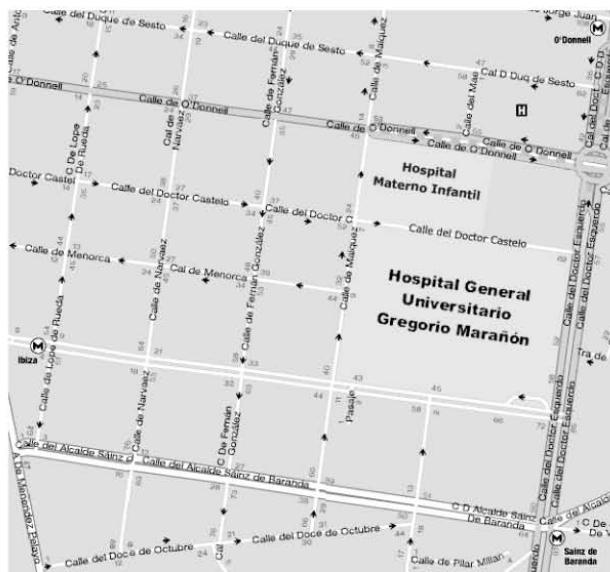
#### Autobús metropolitano:

- C/ Dr. Esquerdo: 56, 143, 20, 30
- C/ Ibiza: 15, 2
- C/ O'Donnell: 28, 2

#### Metro:

- Línea 6: O'Donnell, Sainz de Baranda
- Línea 9: Ibiza
- Línea 4: Goya

**Parking:** existen varios parking públicos alrededor del hospital.



### 3) Acceso al servicio de Neonatología

El hospital dispone de 2 entradas específicas:

- Entrada de la Maternidad: por la calle O´Donnell.
- Entrada del Hospital Infantil: por la calle Dr. Castelo.

El servicio está ubicado en la segunda planta (bloques B y C).



Entrada C/Maiquez



Entrada C/O'Donnell

### 4) Teléfonos de contacto

915868000 (Centralita Hospital General Universitario Gregorio Marañón).

915868556/57 (Atención al paciente).

915290324 (Servicio de Neonatología – UCI).

915290284 (Servicio de Neonatología – Cuidados intermedios).

**5) Horas de visita:** los padres tienen acceso libre al servicio. A su llegada se le facilitará una hoja informativa con las normas de la unidad y facilidades para iniciar lactancia materna.



## INFORMACIÓN HOSPITAL INFANTIL LA PAZ SERVICIO NEONATOLOGÍA

Su hijo/a va a ser trasladado al Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Infantil La Paz. A continuación le facilitamos información sobre la ubicación y acceso al mismo que esperamos sea de utilidad.

**Dirección:** Paseo de la Castellana, 261. 28046. Madrid

**Teléfono:** 91 7277000 (centralita)

**Teléfonos Neonatología:**

91 7277373 / 917271647 / 917277120

**Metro:** Línea 10. Estación Begoña

**Autobuses urbanos:** Líneas 67, 124, 132, 134, 135, 137 y 173

**Autobuses interurbanos:** principales líneas de autobuses dentro del área básica de referencia del hospital

- **Alcobendas:** 151, 153, 157, 159, 171, 191, 194, 196 y 197
- **Algete:** 171, 181, 182 y 185
- **Buitrago de Lozoya:** 191 y 196
- **Colmenar Viejo:** 154 C, 191, 721, 722, 724, 725 y 726
- **El Molar:** 191, 194, 195 y 196
- **La Cabrera:** 191, 194, 195 y 196
- **La Moraleja:** 155
- **Manzanares el Real:** 724
- **Miraflores:** 725
- **Rascafría:** 194
- **San Sebastián de los Reyes:** 152 C, 154 C, 161, 172, 191, 194, 196 y 197
- **Soto del Real:** 725 y 726
- **Torrelaguna:** 197
- **Tres Cantos:** 712, 713, 716, 717, 721, 722, 724 y 726



**Cercanías-Renfe:** Estaciones de Chamartín (conexión con metro) y Ramón y Cajal.

Existe un parking público en el recinto hospitalario.

El Servicio de Neonatología se encuentra en la tercera planta del hospital infantil (edificio materno-infantil del complejo hospitalario):



Servicio Neonatología

Puerta entrada edificio materno-infantil

Si la puerta de entrada principal se encuentra cerrada podrá entrar por el acceso de Urgencias del Hospital infantil que se encuentra en la parte posterior del edificio.

A su llegada al Servicio se le entregarán las normas de la unidad, y las facilidades para iniciar o mantener la lactancia materna

## INFORMACIÓN HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Su hijo/a va a ser trasladado al Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos. A continuación le facilitamos información sobre la ubicación y acceso al mismo que esperamos sea de utilidad.

### Acceso al Hospital Clínico San Carlos:



**Dirección:** c/ Martín Lagos s/n. 28040. Madrid

**Teléfono centralita:** 913303000

**Teléfonos Neonatología:**

Secretaría Neonatología: 913303500

Cuidados intermedios: 913303503

Cuidados intensivos: 913303502

### Metro:

Línea 3 (amarilla). Estación Moncloa

Línea 7 (naranja). Estación Islas Filipinas



### Autobuses urbanos:

Líneas 1, 12, 44 y circular.

### Parking:

C/ Gaztambide (entrada por c/ Cea Bermúdez)

C/ Cea Bermúdez

C/ Julián Romea

Avda. Reyes Católicos (Parking Clínica de la Concepción)

El Servicio de Neonatología está situado en la **planta 6ª, zona Sur**.

A su llegada se le entregará hoja del servicio de Neonatología con las normas internas y el horario.



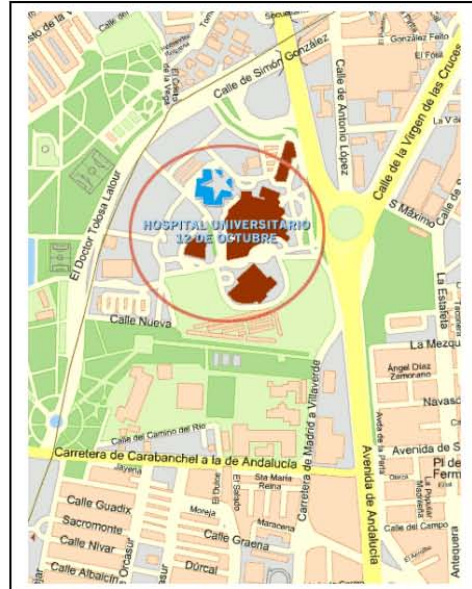
## INFORMACIÓN HOSPITAL 12 DE OCTUBRE SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Su hijo va a ser trasladado al Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. A continuación le facilitamos información sobre la ubicación y acceso al mismo que esperamos sea de utilidad.

**Dirección:** Avd Córdoba s/n ( N-IV km 5,4)  
**Teléfono:** 91- 390-80-00 (centralita) Ext. 1954  
**Teléfonos Neonatología:**  
91-390-82-72 / 91-390-80-43  
**Autobuses urbanos:** Líneas 18, 22, 59, 76, 79, 81, 85 , 86, N 13, N14.

### Autobuses interurbanos:

- Perales del Río: 411
- San Martín de la Vega- Portillo: 412A
- San Martín de la Vega- Perales: 412B
- Villacañeros por Pinto: 415A
- Villacañeros por Perales: 415B
- Aranjuez-Quitanar: 419
- Pinto-Valdemoro- Aranjuez: N49
- Pinto: 412
- Valdemoro: 422
- Aranjuez: 423
- Valdemoro-El Restón: 424
- Ciempozuelos: 426
- Area Empresarial Anadalucía: 427
- Getafe Hospital: 447
- Getafe por Villaverde: 448



\*Metro: en construcción línea 3

\*Cercanías- Renfe: C-5: Doce de octubre

El Servicio de Neonatos del Hospital 12 de Octubre se encuentra en la planta baja del edificio Materno-Infantil. En la entrada del vestíbulo encontrará un puesto de información que deberá rodear para entrar al pasillo que lleva a la Unidad. Los padres tienen acceso libre al Servicio de Neonatos las 24 horas del día, así que no espere en el vestíbulo, por favor, entre dentro de la Unidad. Contamos con ustedes para que nos ayuden a que la estancia de su hijo sea lo más confortable posible. Le queremos recordar que la leche de madre es el mejor alimento que puede recibir su hijo, aunque su madre no se encuentre en el mismo hospital, puede extraerse la leche, transportarse y almacenarse en el Servicio de Neonatos. El personal sanitario le proporcionará toda la información y ayuda que precise en cualquier momento del día.



Entrada al vestíbulo del Edificio Materno-Infantil

\* Durante la noche la entrada al Edificio Materno-Infantil se hará por la entrada de Urgencias de Maternidad

## **GRUPO DE TRABAJO**

VICENTE PEREZ SHERIFF	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
ENRIQUE GARCIA DE FRIAS	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS
JOSE QUERO JIMENEZ	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL LA PAZ
JESUS PEREZ RODRIGUEZ	JEFE SECCIÓN NEONATOLOGÍA HOSPITAL LA PAZ
PILAR ROBLES CASCALLAR	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL EL ESCORIAL
MANUEL MORO SERRANO	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL CLINICO
CONCEPCIÓN NICOLÁS BUENO	SUPERVISORA NEONATOLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO
ANGEL ARREGUI SIERRA	FEA PEDIATRÍA HOSPITAL SEVERO OCHOA
MARTA MURO BRUSSI	JEFE DE SECCIÓN HOSPITAL DE GETAFE
CARMEN BARRIO ANDRÉS	JEFE DE SECCIÓN NEONATOLOGÍA HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE
CARMEN PALLAS ALONSO	JEFE SERVICIO NEONATOLOGÍA HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE
JOSE MANUEL HERNANDEZ GARCIA	JEFE SERVICIO OBSTETRICIA HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE
MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ CAMPOS	DIRECTORA MÉDICO SUMMA 112
NURIA ALVAREZ TAPIA (SUMMA 112)	MEDICO CENTRO COORDINADOR SUMMA 112

## **GRUPO DE PILOTAJE**

ITZIAR MASSINYACH ROS	NEONATÓLOGO HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN
ANA SÁNCHEZ TORRES	NEONATÓLOGO HOSPITAL LA PAZ
TAMARA CARRIZOSA MOLINA	NEONATÓLOGO HOSPITAL CLÍNICO
MARÍA LÓPEZ MAESTRO	NEONATÓLOGO HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

## **APOYO TÉCNICO SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**

GERMÁN SEARA AGUILAR  
ALBERTO RODRÍGUEZ BALO