
	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

## PROTOCOLO DE CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO Y EGRESO AL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

CONTROLADA

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado Por:	María José Maturana Corrales <b>Matrona Servicio Neonatología</b>	Abril 2019	
Revisado Por:	Ana María Aguilera Tebrich <b>Matrona Supervisora Servicio Maternidad y Neonatología</b>	Abril 2019	
	Sandra Fuenzalida Gaete <b>Jefe Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente</b>	Abril 2019	
	Francisco Leyton Arrieta <b>Sub Director Gestión Asistencial</b>	Abril 2019	
Aprobado Por:	Héctor Maldonado Leiva <b>Director Hospital Santa Cruz</b>	Abril 2019	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

## 1.- OBJETIVOS

Estandarizar el acto médico de ingreso y egreso de los recién nacidos patológicos al Servicio de Neonatología a través la protocolización de criterios clínicos de hospitalización necesarios para el correcto funcionamiento del Servicio y/o derivación oportuna según corresponda.

## 2.- ALCANCE


Este protocolo está dirigido a médicos y matronas involucradas en el proceso de hospitalización de pacientes neonatales patológicos al servicio de neonatología.

## 3.- DEFINICIONES

- **Recién Nacido Termino (RNT):** Recién nacido cuya edad gestacional es mayor a 37 semanas.
- **Recién Nacido Pre término (RNPT):** Recién nacido menor a 36 semanas de gestación.
- **Neonato o Recién Nacido (RN):** Periodo que desde el punto de vista operacional se considera desde el momento del nacimiento hasta las 44 semanas de edad post concepcional, con un mínimo de 28 días y sin restricciones de peso al nacer.
- **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** Unidad del Servicio de Neonatología en el cual se hospitalizan los pacientes más graves, inestables, complejos, con riesgo vital. Se caracteriza por contar con atención médica permanente, así como tecnología acorde para el tratamiento.
- **Unidad de Cuidados Intermedio (UTI):** Unidad del Servicio de Neonatología destinada al manejo de pacientes estables sin riesgo vital que requieren para su cuidado necesidades de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos.
- **Unidad de Cuidados Mínimos (UCM):** Unidad del Servicio de Neonatología destinada al manejo de pacientes totalmente estables, sin riesgo conocido y que están hospitalizados por estudio o tratamiento de patologías no complejas en espera de condiciones para el alta.

## 4.- RESPONSABLES

- **Médico Residente:** responsable de la hospitalización de los neonatos respetando los criterios de ingreso y egreso según lo definido en éste protocolo.
- **Matrones clínicos:** coordinar, evaluar y ejecutar correctamente la indicación de ingreso y cumplir oportunamente las indicaciones médicas referente a la atención y tratamiento. Al egreso del paciente es responsable de resguardar la entrega del paciente según derivación, verificar el traspaso de la documentación.
- **Matrona Supervisora:** evaluar y monitorizar el cumplimiento del protocolo.
- **Médico Jefe de Neonatología:** responsable de evaluar y reguardar que se cumpla los criterios de ingreso y egreso descritos en éste protocolo.

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

## 5.- DESARROLLO

El Servicio de Neonatología del Hospital de Santa Cruz está compuesto por 2 unidades: Unidad de Paciente Crítico (UPC) que incluye Cuidados Intensivos (UCI) y Tratamientos Intermedios (UTI) y Unidad de Cuidados Mínimos (UCIM), estas unidades reciben a todo neonato que requiera atención, con éste fin se estandarizan los criterios que deben cumplir para el ingresos a las diferentes unidades mediante el grado de complejidad del neonato a atender.

El Servicio de Neonatología del Hospital de Santa Cruz está compuesto por 2 unidades: Unidad de Paciente Crítico (UPC) que incluye Cuidados Intensivos (UCI) y Tratamientos Intermedios (UTI) y Unidad de Cuidados Mínimos (UCIM), estas unidades reciben a todo neonato que requiera atención, con éste fin se estandarizan los criterios que deben cumplir para el ingresos a las diferentes unidades mediante el grado de complejidad del neonato a atender.

- Ingreso:

La UCI es una unidad cuya función principal es la atención de neonatos en condición patológica que afecta uno o más sistemas y que pone en riesgo actual o potencial su vida con o sin requerimientos de soporte vital avanzado con cuidados y vigilancia de matronería permanente.

La UTI es una unidad cuya función principal es atender en forma expedita, oportuna y segura a todos los neonatos con algún grado de gravedad, recuperables o de alto riesgo, pero con expectativas de sobrevida y que requieran cuidados de enfermería acorde a sus requerimientos y dependencia con vigilancia y control permanente.

La UCIM es una unidad cuya función primordial es atender neonatos estables, sin riesgo y con necesidades mínimas en espera de condiciones de alta. También se hospitalizará en esta unidad los neonatos que por causa materna y/o social no puedan tener alojamiento junto a su madre.

Para el ingreso del neonato se deben cumplir alguno de los criterios detallados en ANEXO 1.


Todo paciente que ingrese al servicio debe contar con un ingreso médico completo, en el cual debe quedar definida la planificación de la terapéutica a seguir y diagnóstico de ingreso.

- Egreso:

El egreso de los neonatos desde UCI - UTI será evaluado y decidido por el médico pediatra residente del servicio en conjunto o no al médico pediatra jefe de servicio según los criterios de alta o traslado intra o extra hospitalario.

Los criterios de egreso pueden dividirse en 3 diferentes grupos:

- Traslado a otros servicios clínicos del hospital. (Corrección de patología de ingreso, disminución o aumento de complejidad, alta hospitalaria)
- Egreso a otros hospitales de la red asistencial. (Cuando la gravedad del neonato o patología o situación clínica actual requiera recursos clínicos y/o técnicos no disponibles, ej. Alpar, VAFO).
- Egreso por solicitud de familiares (Solo si la situación clínica lo permite).

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

Para el egreso del neonato se debe confeccionar una Epicrisis (ANEXO N°3) en el formulario existente para tal efecto, con entrega de una copia a la familia o equipo de traslado (SAMU). Este documento deberá ser firmado por el médico tratante.

En el caso de traslado a centro de igual o mayor complejidad además se debe anexar documento de traslado de R.N., confeccionada por Médico Pediatra de Turno y Matrón clínico a cargo del Servicio. (ANEXO N°4). Además se entregará a personal de traslado (SAMU) control signos vitales por escrito y firmado para respaldo de estado de paciente al momento de traslado.

En el caso de traslado con VMI se entrega documento de traslado para neonatos en VMI. (ANEXO N° 5). Se detallan en ANEXO N°2 criterios de egreso de cada unidad.

La unificación de los criterios de ingreso y egreso servirá para una mejor coordinación intra y extra hospitalaria, y además para estandarizar en forma clara que neonato ingresa a cada unidad.

## 6.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Página	Fecha	Cambios
Versión 2 (origina versión 3)	-	Mayo 2019	Se define criterios de ingreso de uci neonatal. Se definen criterios de egreso de uci neonatal.


## 7.- REFERENCIAS

- Guías Clínicas de Neonatología, Minsal 2005.
- Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología, Sociedad chilena de Pediatría rama neonatología, Revista chilena de pediatría año 2009.
- Protocolos Neored. JP II y ATI hospitalizados 2012.

## 8.- DISTRIBUCION.

- Dirección
- Departamento Quirúrgico.
- Departamento de la Mujer.
- Departamento de Pediatría.
- Servicio de Emergencia Adulto y Pediátrico.
- Servicio de Urgencia Maternal.

## 9.- ANEXOS

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

## **ANEXO N° 1:**

### **CRITERIOS DE INGRESO A UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**


Todo paciente que requiera cualquiera de los siguientes manejos:

- Falla respiratoria con oxigenoterapia con FiO<sub>2</sub> >40%.
- Requerimientos algún tipo de apoyo ventilatorio (BIPAP, VMI)
- Falla obstructiva y restrictiva con IO <16 o > PCO<sub>2</sub> >60.
- Presencia de inestabilidad hemodinámica.
- Antecedentes de asfixia, encefalopatía y/o síndrome convulsivo en etapa aguda.
- Reanimación neonatal avanzada.
- Sospecha o confirmación de cardiopatía congénita ductus dependiente y/o trastorno del ritmo cardíaco.
- Necesidad de exanguíneo transfusión.
- Todo recién nacido con malformaciones mayores, en los que no se confirma o se desconoce la existencia de genopatía incompatible con la vida. Se exceptúan pacientes con malformaciones no viables.
- Todo recién nacido con clínica de sepsis y/o meningitis, bronconeumonía o enterocolitis necrotizante.
- Patología quirúrgica que requiera resolución inmediata.
- Postoperatorio inmediato.
- Apneas severas y repetidas de cualquier origen.
- Riesgo vital de cualquier etiología.
- Todo recién nacido, ingresado desde sala de atención inmediata, con peso al nacimiento <1200 grs.
- Todo neonato que requiera estabilización para posterior traslado a Centro de Mayor Complejidad.

### **CRITERIOS DE INGRESOS A UNIDAD INTERMEDIO NEONATAL**

Pacientes provenientes de UCI y/o provenientes de cualquier otro sector que necesiten cualquiera de los manejos:

- Oxigenoterapia con FiO<sub>2</sub><40%
- Monitorización Cardíaca y/o respiratoria y/o saturación
- Incubadora o cuna calefaccionada.
- Requerimientos de Fleboclisis
- Paciente Inestable no critico
- Cuidados y observación post reanimación moderada.
- Requerimiento de Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI).

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Vigencia: 5 años.
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Aprobación: Abril 2019 Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

### **CRITERIOS DE INGRESOS A UNIDAD CUIDADO MINIMO NEONATAL**

- RN que no cumpla ninguno de los requerimientos anteriores.
- RN prematuro en crecimiento, estabilizado, con alimentación enteral completa.
- RN de término en buenas condiciones generales; que no requiera monitorización cardiorrespiratoria ni saturación permanente.
- RN que requiera hospitalización por causa materna, caso social o en espera de adopción.

### **Anexo N°2:**

### **CRITERIOS DE EGRESO DE UNIDAD INTENSIVO NEONATAL**

- Oxigenoterapia con requerimientos de FIO<sub>2</sub> <40%
- Estabilización hemodinámica por al menos 24 hrs.
- Sin requerimientos de soporte ventilatorio ni monitorización avanzada.
- Patología que motivo a ingreso se encuentra estabilizada, resulta o compensada.
- RN sin convulsiones o apneas por más de 48 hrs.
- RN sin requerimientos de DVA.
- Presencia de catéteres centrales solo para administración de fleboclisis de mantención.
- Recién nacido estable con un peso mayor a 1200 grs.

### **CRITERIOS DE EGRESO DE UNIDAD INTERMEDIO NEONATAL**


Cuando la condición que motivo su admisión esté resuelta y las condiciones del Neonato permitan su manejo en cuidados básicos (categorización C1 - D1):

- Alimentación por boca con adecuada coordinación succión-deglución
- Sin requerimiento de fleboclisis
- Sin requerimiento de monitorización Cardiorrespiratoria continúa.
- Sin requerimiento de Oxígeno  $\geq$  24 hrs

Recién nacido que cumple criterio de derivación a Unidad de Terapia Intensiva.

### **CRITERIOS DE EGRESO DE UNIDAD CUIDADO MINIMO NEONATAL**

Superada la condición o patología que motivó su ingreso.  
Padres o tutor responsable capacitado en la atención del recién nacido.  
Traslado a otra Unidad o Servicio dentro o fuera del Hospital.

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02 Vigencia: 5 años.
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Fecha Aprobación: Abril 2019
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

ANEXO N°3: Epicrisis de alta o traslado neonatal



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
SERVICIO DE SALUD VI REGION



**EPICRISIS - SERVICIO NEONATOLOGIA - HOSPITAL SANTA CRUZ**

NOMBRE PACIENTE:  RUT:

NACIMIENTO		INGRESO		EGRESO		FC.N°:	
FECHA:	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PESO:	<input type="text"/>	PESO:	<input type="text"/>	PESO:	<input type="text"/>	BCG:	<input type="text"/>
TALLA:	<input type="text"/>	TALLA:	<input type="text"/>	TALLA:	<input type="text"/>	PKU I:	<input type="text"/>
CC:	<input type="text"/>	CC:	<input type="text"/>	CC:	<input type="text"/>	PKU II:	<input type="text"/>
EG Y ADEC.:	<input type="text"/>	EGC:	<input type="text"/>	EGC:	<input type="text"/>	Vac Hep-B:	<input type="text"/>
APGAR:	<input type="text"/>	EDAD:	<input type="text"/>	EDAD:	<input type="text"/>		
TIPO EGRESO: <input type="text"/>							

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICOS EGRESO


EVOLUCION Y TRATAMIENTO

INDICACIONES DE ALTA



CITACION A CONTROL


MEDICO TRATANTE


\_\_\_\_\_

	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02 Vigencia: 5 años.
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Fecha Aprobación: Abril 2019
	<b>Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso          al Servicio de Neonatología</b>	

ANEXO N° 4: Formulario traslado.



**EPICRISIS DE TRASLADO  
 SERVICIO DE NEONATOLOGIA  
 DEL HOSPITAL SANTA CRUZ**



**1. PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE PADRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PREVISION \_\_\_\_\_

NOMBRE MADRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PREVISION \_\_\_\_\_

NOMBRE RN \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_ FONO \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES MATERNOS** N° EMB. \_\_\_\_\_ N° PARTOS \_\_\_\_\_ HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_

ABORTOS \_\_\_\_\_ PREMATUROS \_\_\_\_\_

PATOLOGIA MATERNA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS MATERNOS \_\_\_\_\_

OTROS ANTECEDENTES \_\_\_\_\_

GRUPO-RH \_\_\_\_\_ HCTO-HB \_\_\_\_\_ VDRL \_\_\_\_\_ SGB \_\_\_\_\_

VIH \_\_\_\_\_ OTROS EXAMENES \_\_\_\_\_

**3. ANTECEDENTES DEL PARTO** TIPO PARTO: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ATENCION DEL PARTO: \_\_\_\_\_ ROTURA MEMBRANAS \_\_\_\_\_

PERIODO DILATAION (HORAS): \_\_\_\_\_ EXPULSIVO (MINUTOS/HORAS) \_\_\_\_\_

SUF. FETAL \_\_\_\_\_ LIQ. AMNIOTICO: \_\_\_\_\_ PESO PLACENTA \_\_\_\_\_

CORTICOIDES PRENATAL \_\_\_\_\_ PRESENTACION \_\_\_\_\_

INTERVENCION QUIRURGICA \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES RN** FECHA NAC: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ CT \_\_\_\_\_

BCG \_\_\_\_\_ Hep-B \_\_\_\_\_ VIT K \_\_\_\_\_ PKU \_\_\_\_\_

REANIMACION AL NACER: \_\_\_\_\_

APGAR 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_ 10' \_\_\_\_\_ 20' \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FLEBOCLISIS \_\_\_\_\_

EXAMENES: GRUPO-RH \_\_\_\_\_ HCTO \_\_\_\_\_ GLICEMIA \_\_\_\_\_ GASES \_\_\_\_\_

ELP \_\_\_\_\_ RX. \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

ALIMENTACION \_\_\_\_\_

REQ. O2 \_\_\_\_\_ ATB: \_\_\_\_\_

REANIMACION EN HOSP. \_\_\_\_\_

**5. DIAGNOSTICOS**

A \_\_\_\_\_

B \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_


F \_\_\_\_\_

**6. RESPONSABLE DEL TRASLADO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



	CODIGO: GCL - HSC -76	Versión: 02 Vigencia: 5 años.
	CARACTERISTICA: GCL 1.5	Fecha Aprobación: Abril 2019
	Protocolo de Criterios Clínicos de Ingreso y Egreso al Servicio de Neonatología	Fecha Termino Vigencia: Abril 2024.

ANEXO N°5: Formulario traslado paciente VMI



**ENTREGA DE PACIENTE EN VM A SAMU PARA TRASLADO**

<b>NOMBRE DE PACIENTE:</b>		<b>EDAD:</b>	
<b>N° DE FICHA CLINICA:</b>		<b>RUT:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO:</b>		<b>FECHA DE TRASLADO:</b>	
<b>DIAGNOSTICO INGRESO:</b>			
<b>DIAGNOSTICO EGRESO:</b>			

Mascara Laríngea: \_\_\_\_\_ TET: No. \_\_\_\_\_ FR Referencia: \_\_\_\_\_ CMS ARCADA DENTAL

Modo Ventilatorio: \_\_\_\_\_

VC: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ I:E \_\_\_\_\_ T. INS \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SAT O2: \_\_\_\_\_ TRIGGER: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS E HIDRATAACION:**


\_\_\_\_\_ ENTREGA

\_\_\_\_\_ RECIBE