

REGIONALIZACION PERINATAL / NEONATAL

Conclusiones de la Reunión celebrada por el Grupo de Estudios Neonatológicos de Madrid (G.E.N.M.A.), formado por los Servicios y Secciones de Neonatología de los Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con el patrocinio de la Dirección General de Planificación de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, Dirección Provincial del Insalud y Sociedad de Pediatría de Madrid y Región Centro. estuvieron presentes miembros de las áreas neonatológicas de Hospitales de provincias limítrofes subsidiarias de la atención neonatológica de Madrid.

1º.- Todo recién nacido (R.N.) tiene derecho a recibir cuidados y asistencia, según sus necesidades y el estado de desarrollo científico asistencial.

2º.- Se estima que el principio de EFICIENCIA, salvar la vida de los R.N. sin secuelas y con los costos económicos, sociales, humanos y profesionales más bajos, sigue siendo la razón de la REGIONALIZACIÓN ASISTENCIAL PERINATAL.

El traslado de los pacientes, embarazadas o R.N., a los hospitales donde se encuentren los recursos de personas y material convenientes y apropiados para su atención y cuidado específico es la forma idónea para conseguirlo.

3º.- El desarrollo y calidad de la REGIONALIZACION, se apoya en unos principios doctrinales que son válidos y sustanciales para cualquier tipo de planificación y organización asistencial:

A.- RECONOCIMIENTO DE LOS EMBARAZOS Y R.N. DE ALTO RIESGO.

B.- COORDINACIÓN ENTRE LOS HOSPITALES REGIONALES - SECTORIALES CON UNA ORGANIZACION Y DOTACIÓN APROPIADA DE LOS MISMOS SEGÚN NIVELES DE COMPETENCIAS.

C.- DESVIO DE EMBARAZADAS O R.N. A LOS CENTROS ADECUADAS SEGÚN SUS NECESIDADES ASISTENCIALES . (TRANSPORTE) .

Estos principios llevan implícito programas informativos, docentes y científicos que contribuyan a mantener los objetivos de EFICIENCIA Y CALIDAD DE LA REGIONALIZACION PERINATAL.

Del estudio de las ponencias de la reunión y su posterior debate se concluye:

El número de R.N. que nacen en nuestra Comunidad, alrededor de 50.000, así como el de niños que se trasladan , de un hospital a otro (media 1991/ 94 = 484), se estima más que suficiente para una

ORGANIZACION REGIONALIZADA DE LA ASISTENCIA PERINATAL.

La demanda asistencial de las Comunidades limítrofes justifica que la misma englobe el centro de España.

En la actualidad, en la Comunidad de Madrid y centro de España, se carece de un programa asistencial Perinatal.

En estos últimos años se ha producido un estancamiento en el descenso de nuestras cifras de mortalidad perinatal, tanto fetal como neonatal, manteniéndose por encima de

otros entornos mejor organizados y con mejores recursos. A esta paralización contribuyen de forma sustancial las poblaciones de R.N. de muy bajo peso (< 1500 gr.).

En la actualidad, estas poblaciones, son una parte sustancial del espectro de niños hospitalizados y de las estancias en los servicios de neonatología. R.N. cuyas patologías requieren grandes recursos de personal y material.

La oferta numérica de camas de cuidados intensivos y medios que actualmente ofrecen los Hospitales de nuestra Comunidad ,debe ser reevaluada y en su caso redistribuidas según la planificación que se estima más apropiada para las necesidades asistenciales que se determinen en el PLAN REGIONAL DE ASISTENCIA PERINATAL.

Se carece de una adecuada coordinación interhospitalaria así como de una calificación de niveles asistenciales.

Las dotaciones actuales de equipamiento son insuficientes y obsoletas. Un número importante de los mismos tienen más de 10 años de uso. (Se acompañan datos de encuesta).

El número total de enfermeras se considera insuficiente, así como la relación personal entrenado/personal en formación. Igualmente se estima excesiva la proporción personal auxiliar/enfermera.

Aunque el transporte ha mejorado últimamente, se siguen detectando insuficiencias del mismo. El transporte desde las Comunidades limítrofes presenta, con frecuencia, serias y graves deficiencias.

Prácticamente se carece de una política de registros de morbi-mortalidad y de deficiencias así como de datos de orden epidemiológico. Esta carencia es total en el área asistencial no pública.

RESOLUCIONES .

LA REGIONALIZACION PERINATAL, es una necesidad perentoria en la actual situación de nuestra COMUNIDAD para cuya solución se incluyen los siguientes puntos:

Sectorizar y regionalizar la asistencia perinatal en nuestra Comunidad. Al margen de consideraciones de orden político se considera que esta regionalización debe cubrir las provincias limítrofes y, en su caso, aquellas otras Comunidades subsidiarias de demanda asistencial. Para ello puede contribuir de forma importante, la amplia oferta asistencial de la red pública hospitalaria de Madrid, su posición geográfica y su red de comunicaciones.

Establecer con carácter prioritario una política de **reposición y dotación de material asistencial**.

Actualizar las **dotaciones de enfermeras**, distribución de personal especializado/personal en formación, así como la relación enfermería/personal auxiliar.

Aprovechar la **liberación de espacios** que se ha producido con la caída de la natalidad, en las actuales áreas de neonatología, para **mejorar el entorno social y humanizar los servicios**.

Continuar **mejorando el sistema de transporte** y muy en especial el del R.N. Con carácter de urgencia se debe afrontar el transporte desde las autonomías limítrofes.

Instaurar y en su caso **mejorar los sistemas de comunicación inter - Institucional**; administrativos (coordinadora) y hospitalarios (Servicios y Secciones de Neonatología) con el fin de optimizar los recursos, facilitando el desplazamiento de los pacientes (ida y vuelta), mejorar la colaboración inter-profesional y atender las necesidades de los niños tanto asistenciales como familiares.

Desarrollar una **política informativa de registros de morbi-mortalidad, deficiencias y datos epidemiológicos** que sean de obligado cumplimiento en todos los Servicios de Obstetricia y Neonatología, tanto del sector público como privado.

Crear una unidad administrativa que coordine y en su caso establezca la política de implantación, desarrollo y funcionamiento de la REGIONALIZACION en nuestra Comunidad y zonas colindantes.

Establecer **normas de obligado cumplimiento sobre los mínimos** de material, personal y estructura de los Servicios de neonatología.

Estimular y apoyar **programas docentes y de investigación** en el Area Perinatal.

DATOS DE LA ENCUESTA SOBRE REGIONALIZACION DE LA ASISTENCIA PERINATAL.

GRUPO GENMA .

Camas de Cuidados Intensivos	48
Camas de Cuidados Medios / Mínimos	262
Relación total	1 / 5.46
Relación particularizada	3.6. / 4.6. / 5.6. / 7.6. / 3.8. / 9 / 6.3. / 5.4

Médicos . Número total : 67.

Camas por médico(particularizado):

3.3 / 4.6 / 6.8 / 6.6 / 5.7 / 2.4 / 4 / 4.4 / 5.5.

Enfermeras . Número total: 263.

Camas por enfermeras (particularizadas):

0.8 / 0.8 / 1.2 / 1.1 / 1.5 / 2.4 / 1 / 1.2 / 1.2 .

Auxiliares de enfermería . Número total: 234.

Camas por auxiliares (particularizadas):

1.1 / 0.85 / 1.1 / 1.4 / 1.2 / 2.4 / 1.2 / 1.1 / 2.

EQUIPAMIENTO TOTAL / AÑOS DE ADQUISICIÓN.

Menos de 5 años	269 (43 %)
Entre 5 y 10 años	132 (21 %)
Igual o más de 10 años	228 (36 %)

Distribución de porcentajes.

< 5 a.	5 / 9 a.	> 10 a.
100	0	0
53	0.8	46
53	2	45
22	2	45
23	2	68
49	17	33
38	62	0
73	23	4
18	32	50

INCUBADORAS / AÑOS DE ADQUISICION.

Incubadoras normales por camas de cuidados medios: 0.8.

< 5 a.	5 / 9 a.	> 10 a.
11 (5.5 %)	32 (16 %)	156 (78 %)

Incubadoras de Cuidados Intensivos por Camas C.I. : 2.3 .

< 5 a.	5 / 9 a.	> 10 a.
62 (57 %)	27 (25 %)	20 (18 %).

RESPIRADORES / AÑOS DE ADQUISICION.

(Hospitales con más de 5 respiradores).

< 5 a.	5 / 9 a.	> 10 a.
31 (45 %)	10 (15 %)	27 (40 %)

Respiradores por camas de cuidados intensivos: 0.7.

Distribución en porcentajes.

< 5 a.	5 / 9 a.	> 10 a.
68	0	32
37	0	63
33.3	66.6	0
50	16.6	33.3
71	0	29
16.6	8.3	75

EQUIPAMIENTO / CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS.

Pulsioxímetros	1.1
Monitor frecuencia cardiorespiratoria	1.25
PO2, PCO2 transcutáneos	0.58
Oxímetros	1.75