

PROTOCOL DE COORDINACIÓ ENTRE EL SERVEI DE NEONATOLOGIA DE SANT JOAN DE DÉU I ELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE COSTA DE PONENT PER L'ATENCIÓ INTEGRAL DEL NADÓ PREMATUR O AMB ALTRES NECESSITATS CLÍNiques ESPECIALS

Gener 2021

1. Introducció i objectius

Al Servei de Neonatologia de Sant Joan de Déu (SN-SJD) s'atenen 2 tipus de nadons:

1. Nadons patològics ingressats (les causes més freqüents d'ingrés a l'HSJD són la prematuritat, patologia malformativa i problemes respiratoris entre d'altres. Molts d'aquests pacients requereixen cures especials després de l'alta.
2. Nadons sans i de baix risc (després de néixer estan atesos a l'hospital entre 1 (alta de 24h) i 3 dies. En aquest moment és prioritari l'assoliment de la lactància materna i afavorir el vincle materno-filial, cada cop més dificultat per les altes de 24h. A més a més hi ha pacients de baix risc que no requereixen ingrés a Nounats, però que son candidats a controls prioritaris pels Equips d'Atenció Primària (EAP) (prematurats moderats de 35-36 setmanes, baix pes (1900-2000 g), risc d'hiperbilirrubinèmia...)

A diferència d'altres edats **el nadó no te un Equip d'Assistència primària (EAP) i un equip sanitari (pediatra i infermer pediàtric) assignat els primers dies de vida i moltes vegades aquest fet s'endarrereix després de l'alta**. Aquest és un **punt diferencial** en relació a d'altres edats i **clau** per millorar i optimitzar la coordinació entre el Servei de Neonatologia i els EAPs de l'àrea de referència.

És prioritari **resoldre i millorar els circuits assistencials** (transferència de pacients, assoliment de lactància materna, risc social, mesures de prevenció específiques com profilaxi del VRS, programes de vacunació, seguiment bidireccional, protocols conjunts, , ...) entre l'hospital i els EAPs, a dintre d'un protocol més ampli que contempli també accions de formació continuada (Vincles) i de recerca conjuntes.

Un altre aspecte a destacar és que **el SN-SJD disposa d'un servei d'atenció domiciliària (AD)** per nadons que requereixen controls o vigilància especial abans de l'alta definitiva a l'hospital i d'una Consulta Externa Infermera per controls ràpids en un o dos dies i un màxim de 72 hores (l-dona). També alguns nadons de risc o alteracions neurològiques necessiten assistir a un

Centre d'Atenció Precoç (CDIAP). D'altres poden precisar una atenció especial per risc social (treball social).

El marc territorial d'aquest protocol es limita a la relació dels Equips d'Atenció Primària de Costa de Ponent (EAP-CP) amb els professionals adscrits o que col·laboren amb el Servei de Neonatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu (SN-SJD) atenent nadons prematurs o amb altres necessitats clíniques especials.

Els **Objectius d'aquest protocol** són:

1. Millorar la transferència de nadons des de el SN-SJD al EAP assignat
2. Disminuir el temps de 1^a visita pediàtrica al EAP en situacions de risc o nadons amb necessitats especials
3. Optimitzar la comunicació bidireccional entre professionals del SN-SJD i del EAP assignat.
4. Afavorir la comunicació entre l'equip d'assistència domiciliària i els professionals del EAP assignat
5. Millorar el nombre i la qualitat de l'alletament matern, així com el vincle i les cures del nadó.
6. Assolir accions formatives i de recerca compartides

2. Establiment d'un contacte entre el SN-SJD i l'EAP-CP. Circuit administratiu.

Prèviament a l'alta del nadó, s'ha d'establir el circuit per tal que des del SN-SJD es pugui informar a la família, de:

- L'equip de pediatria assignat del EAP (pediatre / infermera / treballador social)
- El dia de visita programat amb l'equip de pediatria en el EAP
- Informació dels requisits que necessitarà fer la família per obtenir la Targeta Sanitària Individual (TSI) (padró, INSS...)

Els interlocutors i nexes de la comunicació entre l'hospital i l'Atenció Primària seran ([annex 1](#))

- Per part de l'Hospital: secretaria de la Unitat Neonatal
- Per part de l'Atenció Primària:
 - SAP Baix Llobregat Centre: secretaria del SAP
 - SAP Delta de Llobregat: secretaria del SAP

- SAP Alt Penedès- Garraf – Baix Llobregat Nord:
 - Baix Llobregat Nord: secretaria del SAP
 - Alt Penedès: secretaria de la Unitat de Pediatria Alt Penedès
 - Garraf: secretaria de la Unitat de Pediatria Garraf

2.1. La Unitat Neonatal atén un nadó prematur o amb necessitats especials o de risc.

2.2. La Secretaria de Nounats (ScN) informa per correu electrònic al contacte del SAP corresponent ([annex 1](#)) en funció de l'EAP que li correspon amb la informació de:

a. Les dades del nadó ingressat, per tal que des de l'EAP es pugui avançar l'alta a EAP i l'assignació de l'equip de pediatria:

- Nom i cognoms del nadó, i data de naixement.
- CIP del nadó (si ja el té).
- Nom i cognoms dels pares o pare/mare (o tutors legals).
- Adreça (inclosa la població) i telèfon o telèfons de contacte de la família.
- Dades del número d'afiliació on inclouran al nadó com a beneficiari.

b. Si es coneix la data de l'alta hospitalària, també s'informarà perquè l'EAP programi la visita amb l'equip de pediatria. Si no se sap la data d'alta del nadó, enviarà el correu quan es conegui la data.

2.3. La persona referent del SAP envia correu al referent administratiu de l'EAP corresponent amb còpia a l'equip directiu. En el correu informarà del cas i de les accions que han de fer a l'EAP:

- Alta a ECAP del nadó (si està d'alta a l'RCA, recuperar-lo).
 - *** El registre a ECAP es farà amb les dades facilitades per la família a la ScN de l'hospital. Quan la família vingui al CAP per sol·licitar la TSI caldrà confirmar que totes les dades personals i d'afiliació del nadó són correctes.
 - Assignació de l'equip de pediatria (comprovar si té germans amb equip de pediatria assignat).
 - Programació visita, si calgués.

2.4. La secretaria dels SAP informarà per correu electrònic a la secretaria de la UN de:

- L'equip de pediatria assignat (pediatre i infermera pediàtrica).
- El telèfon de contacte del CAP
- Data de visita programada, si calgués.

2.5. La secretaria del SN-SJD lliurarà a les famílies, prèviament a l'alta del nadó, l'imprès de l'[annex 2](#), que recull informació de:

- Equip de pediatria assignat i data de visita:
- Vies per contactar amb el CAP
- Requisits per la obtenció de la Targeta Sanitària Individual (TSI)

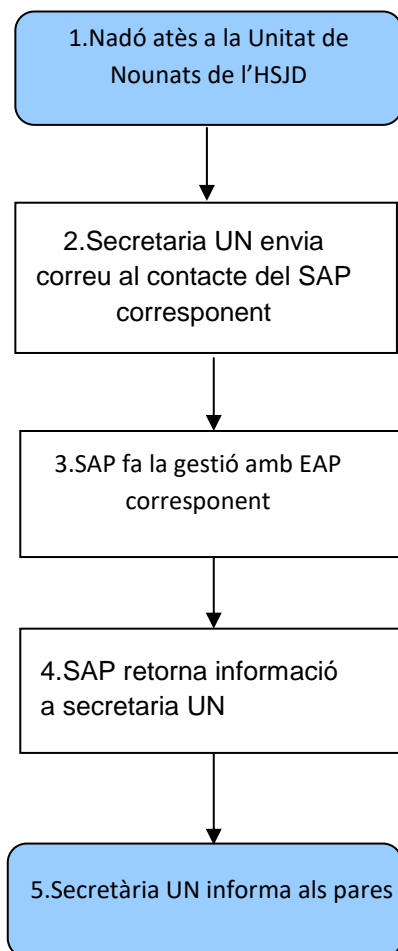
Totes aquestes dades quedaran enregistrades al Document Compartit pel Servei d'atenció integral NN-SJD i l'equip d'AP formant part del **Pla de Cures i Terapèutic Compartit (PCTC) del nadó** després de l'alta **regirat a l'HC3** També quedarà recollit en aquest document el nom dels **especialistes de referència**, professionals del **CDIAP, Grup de lactància materna i d'altres professionals implicats**.

3.-Criteris d'inclusió d'un nadó amb un Pla de Cures i Terapèutic Compartit en HC3

Nadons atesos pel SN-SJD, afectes d'alguna de les següents condicions:

- Prematuritat extrema (< 32 setmanes gestacionals al néixer).
- Nadons amb malformacions majors (polimalformats, cardiopaties congènites, Hèrnia diafragmàtica congènita, malformacions pulmonars, digestives, renals, neuromusculars, ...) i/o afectes de Cromosomopatia.
- Altres nadons amb un ingrés llarg (> 30 dies) o amb necessitat de seguiment estret per cures especials o alt risc de descompensació o a criteri mèdic.
- Situació psicosocial d'alta vulnerabilitat.
- Necessitat de capacitació intensiva de famílies i/o cuidadors.
- Adequació de mesures diagnòstiques i terapèutiques acordat amb la família.

ALGORITME ADMINISTRATIU



4- Avantatges de l'acció coordinada entre el SN-SJD i l'equip d'AP-CP

- **Assignació més ràpida i eficient dels professionals** implicats en els Equips d'AP (millora del circuit d'assignació proactiva de professionals al Equip d'AP).
- Millora de la **transferència d'informació bidireccional** abans i després de l'alta d'un nadó prematur o amb necessitats especials
- **Increment de l'atenció domiciliària** com alternativa a l'ingrés hospitalari quan s'acordi amb la família. La integració del personal d'AP a l'equip d'Assistència domiciliària del SN-SJD millorarà la transferència de cures dels pacients en règim d'assistència domiciliària.
- Facilita **l'assignació i participació de grups d'alletament matern propers al domicili** de mares amb dificultats d'alletament al nadó en el moment de l'alta hospitalària, així com **l'apoderament de les famílies** ([Annex 3](#): links grups d'alletament)
- L'equip de pediatria (o medicina de família), com a referents a la vida del nen, coneixedor del context social, emocional i cultural de la família **pot fomentar el vincle amb el procés assistencial** donant **continuïtat quan el pacient surt de l'hospital**, evitant el sentiment d'abandonament. En aquestes circumstàncies adquireix importància la figura de l'equip d'AP.
- En el seguiment, permet **la identificació precoç de necessitats** psicològiques, socials i espirituals de la família /cuidadors del nadó que comportarà la derivació més idònia tenint en compte els recursos de que disposem (equip d'atenció psicosocial de SJD, CDIAP i/o Treballador/ Social AP, espais nadó-família...) i la **detecció precoç de signes d'alarma en el desenvolupament psicomotriu** (funció preventiva) ([Annex 4](#): centres d'atenció precoç de Catalunya)
- Un pla d'acció **coordinat millora el flux d'informació bidireccional de la evolució dels nadons amb necessitat de cures en un Centre d'Atenció Precoç** per risc o alteracions en el seu desenvolupament psicomotriu.
- L'Equip d'atenció Primària, des de la seva proximitat, ajuda en l'autogestió emocional de la família del nadó i posteriorment del nen, **reforça el paper de cuidadors dels pares, vetlla pels germans** dels malalts i **identifica signes d'alarma**.
- El personal d'AP participa de forma coordinada amb l'equip de NN-SJD en **l'elaboració del Pla Terapèutic Compartit (HC3)** replantejant proves i necessitats terapèutiques adequades a la situació de cada moment i segons l'evolució mèdica i emocional de cada cas.

- L'equip de pediatria **gestiona el maneig de la informació** a la família del nadó respectant el ritme del seu procés d'adaptació a la situació clínica del pacient.
- Optimitza la **utilització de recursos disponibles i la interconsulta entre professionals**.
- Millora la **continuïtat** de les cures 24h/ 365d.

5- Elaboració d'un pla de cures i terapèutic compartit (PCTC) inicial

El PCTC és un **document compartit** ([Annex 5](#): model de pla de cures i terapèutic) elaborat pel personal d'AP amb dades de l'informa d'alta de SJD, al que puguin accedir amb facilitat tots els professionals implicats en la cura i el seguiment del nadó prematur extrem o complexos amb necessitats especials i la seva família. Es tracta d'un document que es podrà trobar a "Documents de l'Usuari " a la Història Clínica de l'ECAP. Alternativament, i per a fomentar la ràpida localització i descàrrega del document, des d'AP es podrà traslladar la informació al format PIIC disponible per a tots els nadons prematurs extrems o complexos amb necessitats especials a la història clínica compartida (HC3).

Un cop establert el primer contacte telefònic entre personal del SN-SJD i d'AP abans de l'alta del nadó, es constitueix un "Equip d'Atenció individualitzada al nadó" i s'elabora el PCTC.

El PCTC **recull tota la informació rellevant per a l'adequada informació i coordinació** dels professionals. **Inicialment contempla el pla de cures i terapèutic del nadó en el moment de l'alta** hospitalària i seguidament **s'actualitza de forma bidireccional amb l'evolució global del pacient** (alimentació, comportament, desenvolupament psicomotriu, discapacitats, profilaxi VRS, vacunes...) i les seves necessitats (grup d'alletament, CDIAP, treball social etc).

El PCTC inclou diferents aspectes com són:

- **Dades personals del pacient, Resum de la malaltia, Cures i Tractament actual, Problemes físics actuals, Situació psicoemocional de la família, Problemes socials, perfil espiritual de la família** (*en casos de mal pronòstic i risc vital*).
- **Planificació del programa de seguiment en nadons d'alt risc o necessitats especials**
- **Pla de cures i terapèutic**. S'especifiquen les cures i les mesures terapèutiques del pacient.
- **Registre de Consultes a Serveis de suport** (*grup d'alletament, CDIAP, treball social...*)
- **Pacients candidats a derivar al Servei de malalties cròniques greus o d'alta complexitat i necessitats pal·liatives de SJD (C2P2-SJD)** (*malalties cròniques o de risc vital que entren en programa de pal·liatius*).

6- Evolució del pacient al domicili

Després de l'alta hospitalària el nadó estarà amb els seus cuidadors en règim domiciliari. En aquest moment, distingim diferents pautes d'actuació, segons el pla inicial i l'evolució del nadó:

- Assistència domiciliària (AD): pacients en règim d'alta precoç o cures especials a domicili. L'infermer d'AD de SJD acudeix de forma regular al domicili i porta un telèfon per consulta dels pares.
- Seguiment evolutiu: inclou el programa de seguiment al EAP assignat i les visites programades als diferents especialistes de SJD. És clau actualitzar el PCTC del pacient. ([Annex 6](#): targeta de Seguiment de Nadons d'alt risc per als pares)
- Re-ingrés hospitalari: en cas de descompensació o procés intercurrent tres valoració al EAP o a Urgències.

7- Coordinació amb els Serveis C2P2-SJD

Actualment el Servei C2P2-SJD, disposa d'un protocol de coordinació amb els d'AP-CP (Costa de Ponent). Els nadons que després de l'alta presenten criteris de seguiment individualitzat en un règim domiciliari al presentar una malaltia crònica greu o d'alta complexitat amb necessitats pal·liatives poden ser derivats als equips de C2P2-SJD per valorar el seu traspàs del ja que actualment C2P2-SJD disposa juntament amb els equips d'AP-CP i els equips 7/24 de Costa de Ponent d'un protocol específic pels casos més greus o amb risc vital i necessitat de cures pal·liatives (*Protocol de Coordinació entre el Servei Integral a l'Infant amb malaltia crònica greu, situació d'alta complexitat i necessitats pal·liatives C2P2 i els Equips d'Atenció primària de Costa de Ponent. Desembre 2018*).

8- Consideracions per dur a terme aquest protocol

En aquest protocol s'aborden les principals necessitats de millora en la coordinació entre el SN-SJD i els E'AP-CP, bàsicament en prematurs extrems o nadons amb necessitats especials.

És necessari instaurar la **figura del gestor d'altres de NN-SJD** que de forma estructurada i proactiva inicia el PCTC a tots els nadons del territori amb criteris d'inclusió i faci tasques de coordinació entre els diferents professionals implicats en el PCTC.

Un altre aspecte important per afavorir la comunicació entre professionals durant l'evolució del nadó en el PCTC segons com funcioni HC3, és la **creació d'una plataforma informàtica**

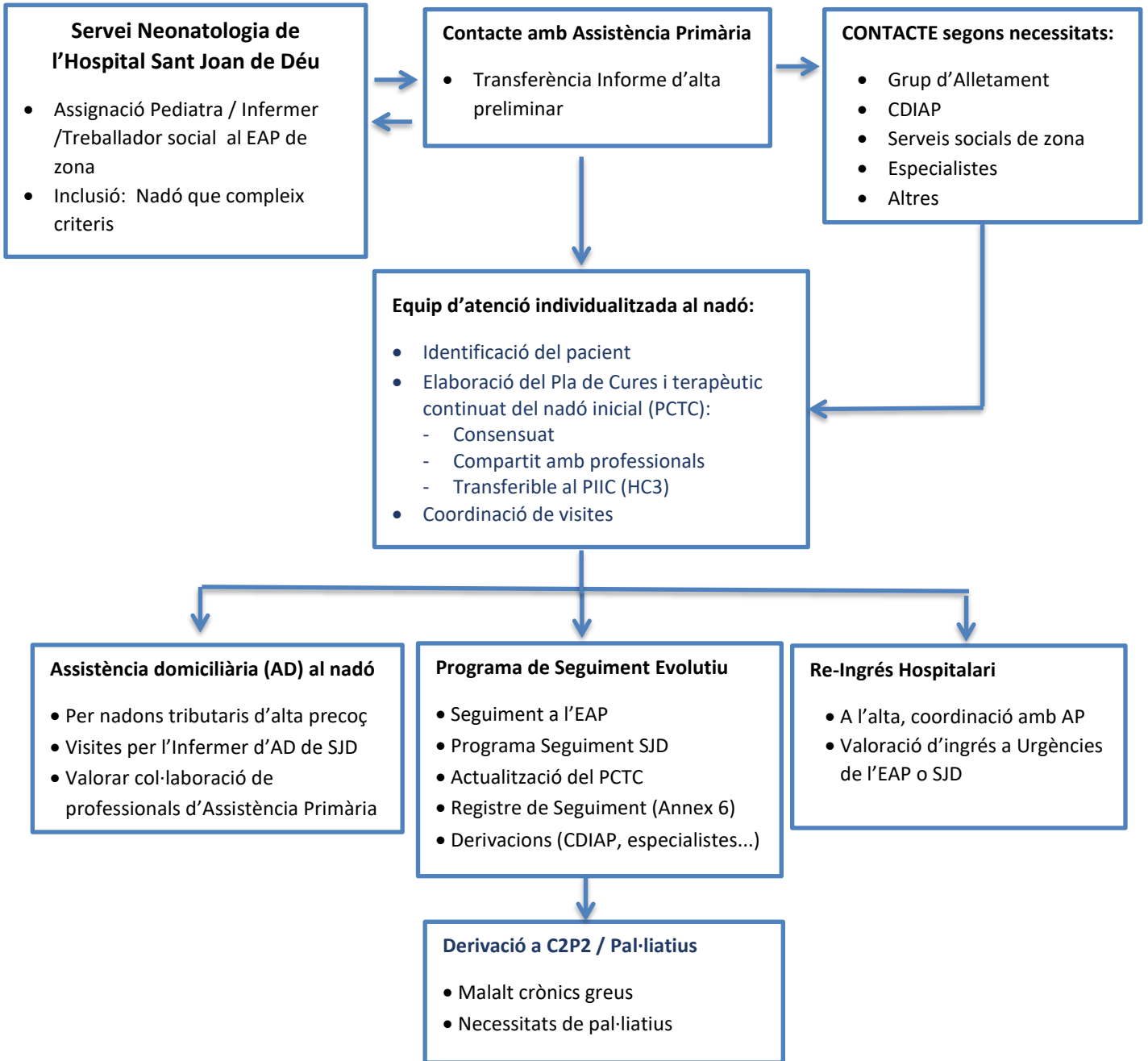
segura pels professionals implicats (**Portal de Vincles**) que permeti compartir la informació de cada pacient des de qualsevol PC. Actualment el PIIC (HC3) és de difícil accés a fora de l'AP i no permet fer actualitzacions dinàmiques del PCTC per part de tots els professionals implicats, fet que limita la comunicació efectiva.

9- Accions futures

En un futur, serà bo abordar altres necessitats esmentades en la introducció del protocol i que no s'han resolt en aquesta fase, com són:

- Revisar i millorar el circuit d'assignació de Pediatra i professionals a l'EAP en **nadons sans de baix risc** (seria desitjable una primera visita per un professional de l'EAP als 2-3 dies de l'alta i sempre abans de la primera setmana de vida).
- Redactar protocols conjunts d'atenció a nadons de risc i amb necessitats especials (prematurats, malformacions, ...)
- Accions formatives periòdiques pels professionals de SJD i CP (a dintre del programa Vincles: jornades, discussió de casos, presentació de protocols conjunts...)
- Explorar projectes de recerca d'interès i comuns per reduir l'impacte negatiu per a la salut associada a les complicacions de les malalties del nadó (prematunitat, patologia malformativa, neurològica...)

ALGORITME D'ACTUACIÓ ASSISTENCIAL



Annexos:

- **Annex 1.** Contactes de la secretaria de Nounats de l'HSJD i de les secretaries dels SAP / Unitats de Pediatria de l'AP Costa de Ponent.
- **Annex 2.** Informació per lliurar des de la secretaria de la UN a les famílies.
- **Annex 3.** Grups d'alletament
- **Annex 4.** Centres d'atenció precoç
- **Annex 5.** Model de pla de cures i terapèutic
- **Annex 6.** Targeta de Seguiment de Nadons d'alt risc per als pares

Annex 1. Contactes de la Secretaria de Nounats de l'HSJD i de les secretaries dels SAP / Unitats de Pediatria de l'AP

▪ Secretaria Nounats HSJD

Mail grup genèric: vinclesNNSJD@sjdhospitalbarcelona.org

Telèfon dies laborables (8h-14h30): 932532100 (ext-72214)

Telèfon guàrdia (busca 80012): 609695323

▪ Contactes SAP / Unitats de pediatria de l'AP

SAP ALT PENEDEÈS - GARRAF-BAIX LLOBREGAT NORD

- Alt Penedès: pediatriaaltpenedes@ambitcp.catsalut.net
Tel.: 93 887 92 58
- Garraf: pediatriagarraf@ambitcp.catsalut.net
Tel.: 93 657 17 39
- Baix Llobregat Nord: resultatsppii.apgn@ambitcp.catsalut.net
Tel.: 93 814 74 42

SAP BAIX LLOBREGAT CENTRE

- secretariasapblc@ambitcp.catsalut.net
Tel.: 93 567 14 71

SAP DELTA DE LLOBREGAT

- pediatriasapdelta@ambitcp.catsalut.net
Tel.: 93 260 25 20

Annex 2. Informació per lliurar des de la secretaria de la UN a les famílies

Equip de pediatria assignat i data de visita:

- CAP i telèfon de contacte:
- Pediatra:
- Infermera:
- Data i hora de visita programada:

Vies per contactar amb el seu CAP:

- Enviar un missatge a través de la [Web de programació de visites](#):
- Trucar a la Central de trucades de l'ICS: 93 326 89 01
- Trucar directament al CAP
- Accedir a l'espai digital de La Meva Salut i contactar directament amb el pediatra / infermera assignats.

Si encara no disposeu d'accés a La Meva Salut es pot demanar l'usuari i contrasenya a: <https://lamevasalut.gencat.cat/web/cps/registra-t>

Requisits per la obtenció de la targeta sanitària individual (TSI)

Per tal que des del CAP puguin sol·licitar la TS del nadó, cal que feu prèviament les següents accions:

1. Empadronar el nadó a l'Ajuntament del municipi de residència.
2. Incloure al nadó com a beneficiari d'un titular a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).
3. Aportar el llibre de família o Certificat d'inscripció del nadó.



Una vegada hàgiu fet els tràmits anteriors, podeu adreçar-vos al CAP i sol·licitar la TSI.

Annex 3. Grups d'alletament

Catalunya:

<https://www.grupslactancia.org/grupos/>

<http://www.laligadelallet.org/>

Província Barcelona:

<https://www.grupslactancia.org/grupos/grupos-de-barcelona/>

Annex 4. Centres d'atenció precoç

Catalunya:

https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/infants_amb_trastorns_en_el_desenvolupament_o_amb_risc_de_patir-los/atencio_precoc/centres_de_desenvolupament_infantil_i_atencio_precoc_cdiap/directori_cdiap/

Annex 5. Model de pla de cures i terapèutic

XXX

CIP

Data Naixement:

Data realització Pla terapèutic:

Dates d'actualització:

Nom del/s professional/s que el generen:

CUIDADORS PRINCIPALS:

DIAGNÒSTICS – PROBLEMES DE SALUT ACTIUS:

Malaltia de base:

Prematur extrem

Patologia malformativa greu (especificar):

Altres:

Comorbilitats:

-Digestiu/Nutricional

-Respiratori

-Neurològic-Sensorial

-...

NECESSITATS ESPECIALS:

- Grup d'Alletament

- CDIAP

- Serveis socials de zona

- Altres:

PLA DE CURES:

TRACTAMENT:

Pes: kg

Farmacològic

No farmacològic

Alimentació

AL·LÈRGIES – PROBLEMES RELACIONATS AMB LA MEDICACIÓ

DISPOSITIUS TECNOLÒGICS

PROBLEMES FÍSICS ACTUALS I OBJECTIUS TERAPÈUTICS

ÀMBIT PSICOSOCIAL

Situació psicoemocional

Situació social

Espiritual

RECOMANACIONS EN CAS DE DESCOMPENSACIONS

1. Si infecció
2. Si agudització respiratòria
3. ...

CRITERIS DE TRANSFERÈNCIA A C2-P2 / PAL·LIATIUS

INFORMACIÓ ADICIONAL / CONTACTES

Referents per especialitats

Neurologia:

Gastroenterologia:

Logopèdia

Cardiologia

Pneumologia:

Altres...

Servei NN-SJD:

Telèfon xxxx / Mail: xxxxx@sjdhospitalbarcelona.org

Infermeres:

Pediatres:

Treballadora Social:

Psicologia:

Equip d'Atenció Primària

Pediatra:

Infermeria:

Grup Alletament LM

Centre de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)

Altres:

Annex 6. Targeta de Seguiment de Nadons d'alt risc per als pares

TARGETA DE SEGUIMENT DEL NEN NASCUT PREMATUR													
	Post-ALTA	2m	4m	6m	8m	12m	18m	24m	3a	4a	5a	6a	7-9
NN													
Fisio													
NRL													
OFT													
PSC													
ALTRES													
CDIAP (referent)													
OBSERVACIONS													
Contacte													