

Equipamiento sala de partos de su centro

9. Su centro dispone de **bañera de agua en paritorio**, para realizar partos en el agua?

SI NO

10. El **puesto de reanimación de su paritorio**, dispone de:

- | | | |
|---|----|----|
| ▪ Sólo toma de oxígeno | SI | NO |
| ▪ Toma de pared de oxígeno + aire | SI | NO |
| ▪ Mezclador de gases | SI | NO |
| ▪ Pulsioxímetro | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable (tipo ambú) | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable (tipo ambú) con límite de PIP | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable (tipo ambú) con válvula de PEEP | SI | NO |
| ▪ Bolsa de "anestesia" (inflable por flujo) | SI | NO |
| ▪ Ventilador manual (tipo Neopuff® / Panda®) | SI | NO |
| ▪ Ventilador automático (especificar modelo): | SI | NO |
| ▪ Medidor de CO2 espirado | SI | NO |
| ▪ Mascarilla laríngea nº 1 | SI | NO |
| ▪ Guía de intubación endotraqueal | SI | NO |
| ▪ Sistemas de aspiración directa al TET (aguas meconiales) | SI | NO |
| ▪ Bolsas / sabanitas de plástico (polietileno) para RNMBP | SI | NO |
| ▪ Catéter venoso umbilical de 1 luz | SI | NO |
| ▪ Catéter venoso umbilical de 2 luces | SI | NO |
| ▪ Vía intraósea | SI | NO |

Personal y formación

NOTA: por favor, conteste todos los ítems en que la respuesta es SI/NO

11. Señale **qué personal** está capacitado* para atender al RN en sala de partos las **24 horas** del día, **incluyendo a los neonatos de alto riesgo en su centro**:

* (ha superado de forma satisfactoria un curso de reanimación neonatal)

- | | | |
|------------------------|----|----|
| ▪ Staff neonatología | SI | NO |
| ▪ Residente | SI | NO |
| ▪ Pediatra | SI | NO |
| ▪ Matrona | SI | NO |
| ▪ Diplomado enfermería | SI | NO |
| ▪ Anestesiólogo | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

12. ¿Pueden atender a un recién nacido de riesgo **2 o más reanimadores** simultáneamente en su centro (las 24 horas del día)?

SI NO

13. ¿Hay **instructores** de RCP neonatal en su hospital o zona?

SI NO

14. Se **realizan cursos** de RCP neonatal en su hospital o zona

SI NO

15. Si la respuesta anterior **es afirmativa**, señale la **periodicidad de los cursos**:

Semestral / Anual / Ocasional / Otra (especificar)

16. Se **realizan cursos** de simulación en reanimación neonatal (robótica) en su **hospital o zona?** **SI** **NO**
17. Si la respuesta anterior **es afirmativa**, señale el centro dónde se realizan:
18. ¿Se **filma o registra** la reanimación en sala de partos con fines docentes o de investigación en su hospital? **SI** **NO**

Práctica de la RCP en sala de partos

19. ¿Toman la **temperatura** del RN en **sala de partos?**
- Siempre / a menudo / pocas veces / nunca**
20. Si ha respondido "a menudo o pocas veces". ¿Toman la **temperatura** del RN ante situaciones clínicas concretas en **sala de partos?**
- Prematuridad **SI** **NO**
 - Riesgo de Encefalopatía hipóxico isquémica (EHI) **SI** **NO**
 - Otros (especificar) **SI** **NO**
21. ¿Toman la **temperatura** en la primera **hora del ingreso en la UCIN?**
- Siempre / a menudo / pocas veces / nunca**
22. ¿Qué medidas usan para **prevenir la pérdida de calor** en prematuros?
- Temperatura ambiental de partos más alta (especificar: °C) **SI** **NO**
 - Calor de la cuna térmica **SI** **NO**
 - Gorrito o similar **SI** **NO**
 - Bolsa / sabanita de plástico (polietileno) **SI** **NO**
 - toallas calientes / bolsas de agua caliente **SI** **NO**
 - colchón exotérmico **SI** **NO**
23. ¿Usan **hipotermia terapéutica** en sala de partos? **SI** **NO**
24. Si inician **hipotermia terapéutica** en **sala de partos**, ante un RN con signos de EHI, ¿Qué medidas aplican?
- Cuna térmica apagada al inicio de la reanimación **SI** **NO**
 - Cuna térmica apagada tras estabilizar al RN **SI** **NO**
 - Métodos físicos **SI** **NO**
 - Otros (especificar) **SI** **NO**
25. Para la **administración de oxígeno**, usan:
- Oxígeno libre **SI** **NO**
 - Mezclador de gases **SI** **NO**

26. Si dispone de **pulsioxímetro** en paritorio, y el RN precisa medidas de reanimación, lo usan:

Siempre / a menudo / pocas veces / nunca

27. Si utilizan **poco o nunca el pulsioxímetro**, especifique el motivo:

- | | | |
|------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Medición no fiable | SI | NO |
| ▪ Medición tardía | SI | NO |
| ▪ Falta de personal | SI | NO |
| ▪ Falta de sensores | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

28. En relación a la **FiO₂ inicial**:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ▪ En el RN a término se utiliza una FiO ₂ de 0,21
- (otra FiO ₂ , especificar:) | SI | NO |
| ▪ En el RN prematuro se utiliza una FiO ₂ de 0,30-050
- (otra FiO ₂ , especificar:) | SI | NO |

29. ¿Qué criterios utilizan para **cambiar la FiO₂**?

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| ▪ Según la saturación, usando el pulsioxímetro | SI | NO |
| ▪ Según el color | SI | NO |
| ▪ Según la frecuencia cardiaca | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

30. Si necesitan administrar **presión positiva con mascarilla facial**, qué dispositivo de ventilación usan:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ▪ Bolsa autoinflable sin válvula de PEEP | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable con válvula de PEEP | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable con manómetro PIP | SI | NO |
| ▪ Bolsa de "anestesia" (inflable por flujo) | SI | NO |
| ▪ Ventilador manual (tipo Neopuff®) | SI | NO |
| ▪ Ventilador automático | SI | NO |

31. Sobre los medidores de **CO₂ espirada** para confirmar intubación en paritorio:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ▪ Dispone de él | SI | NO |
| ▪ Lo usan siempre o a criterio del reanimador | SI | NO |
| ▪ Lo creen necesario siempre | SI | NO |
| ▪ Lo creen útil fundamentalmente si hay dudas de intubación | SI | NO |

32. En el **prematuro extremo** usan **ventilación con control de presión** PIP/PEEP:

Siempre / a menudo / pocas veces / nunca

33. Si usan PIP/PEEP en la reanimación del **prematuro extremo**, especifique el nivel de:

- | |
|--|
| ▪ PIP inicial: _____ cmH ₂ O |
| ▪ PEEP inicial: _____ cmH ₂ O |

34. ¿Realizan **intubación electiva** en prematuros en sala de partos? **SI** **NO**

- | |
|---|
| ▪ Si responde sí , señalar a partir de que EG: <26s / <27s / <28s / < 29s |
|---|

35. ¿Usan electivamente **TET de 2 luces** para surfactante? **SI NO**

36. ¿Usan **CPAP** en el **prematuro** en **sala de partos**? (Para el traslado ver apartado siguiente): **SI NO**

37. Si usan la **CPAP**, qué **dispositivo** utilizan para aplicarla en **sala de partos** (Para el traslado ver apartado siguiente):

- | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Tubo en T (tipo Neopuff®) | SI | NO |
| ▪ Ventilador | SI | NO |
| ▪ Infant Flow® | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

38. Si usan la **CPAP**, ¿**Qué interfase** se emplea **inicialmente** en **sala de partos**? (Para el traslado ver apartado siguiente).

- | | | |
|------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Mascarilla nasobucal | SI | NO |
| ▪ Cánula mononasal | SI | NO |
| ▪ Cánula binasal | SI | NO |
| ▪ Otros | SI | NO |

39. Si usan la **CPAP**:

- ¿Qué nivel de **presión inicial** utilizan?: _____ cmH₂O
- ¿Qué nivel de **presión máxima** utilizan?: _____ cmH₂O

40. Usan **insuflación sostenida** en su centro, como maniobra de reclutamiento alveolar? **SI NO**

Si la respuesta es afirmativa:

- ¿**Cuánto tiempo** dura la insuflación?: _____ seg.
- ¿Qué nivel de **presión máxima** utilizan?: _____ cmH₂O

41. En relación **a la medicación en paritorio**. Utilizan:

- | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Adrenalina intratraqueal | SI | NO |
| ▪ Naloxona | SI | NO |
| ▪ Bicarbonato Na | SI | NO |
| ▪ Surfactante | SI | NO |

42. Si en su centro usan **adrenalina intratraqueal**, ¿cuál es la **dosis**?:

0,01-0,03 mg/kg; 0,05-0,1 mg/kg; otra: _____ mg/kg

43. Si en su centro usan bicarbonato Na en una reanimación prolongada, lo indican:

Siempre / a menudo / pocas veces

Traslado

44. Una vez estabilizado el RN, ¿cuál es el **tiempo de traslado** desde que sale de sala de partos hasta que llega a la UCIN?

- | | | |
|----------------|-----------|-------------|
| ▪ < 5 minutos: | SI | NO |
| ▪ 5-10 minutos | SI | NO I |
| ▪ >10 minutos | SI | NO |

45. Si precisa ventilación con presión positiva intermitente ¿Cómo se **ventila** al RN durante el **transporte**?

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| ▪ Ventilador de transporte | SI | NO |
| ▪ Ventilador manual (tubo en T) | SI | NO |
| ▪ Bolsa autoinflable | SI | NO |
| ▪ Bolsa de "anestesia" (inflable por flujo) | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

46. ¿Con qué **dispositivo** aplican la CPAP durante el **transporte**?

- | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Ventilador de transporte | SI | NO |
| ▪ Tubo en T (tipo Neopuff®) | SI | NO |
| ▪ Otros (especificar): | SI | NO |

47. ¿Qué interfase se emplea para administrar CPAP durante el **transporte**?

- | | | |
|------------------------|-----------|-----------|
| ▪ Mononasal | SI | NO |
| ▪ Binasal | SI | NO |
| ▪ Mascarilla nasobucal | SI | NO |

48. ¿Pueden usar mezcla de oxígeno en el traslado? **SI** **NO**

¿Desea que su nombre y el de su centro figuren en la lista de colaboradores de este estudio?

SI **NO**

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN