

**1° Congreso Argentino de Neonatología**  
**7° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento**  
**del Recién Nacido de Alto Riesgo**  
**1° Jornada Nacional de Perinatología**  
**Jornadas de Enfermería Neonatal**

*“Hacia un nacimiento seguro en un contexto  
de calidad centrado en la familia”*

**MESA REDONDA: “Situación de Seguimiento en  
distintos puntos de nuestro país”**

**DRA. DINA JUAREZ DE RIBLES**

Médica Neonatóloga

Servicio de Neonatología – Hospital “Dr. Julio C. Perrando”

Resistencia – Chaco

# **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL CHACO**

***HOSPITAL “DR. JULIO C. PERRANDO”***

***SERVICIO de NEONATOLOGIA  
“DRA. AURELIA PEÑA”***

***SEGUIMIENTO DEL NIÑO  
PREMATURO Y ALTO RIESGO***

# Quienes se controlan

- Prematuros
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Hidrocefalia → Primaria  
→ Secundaria
- Cardiopatías
- MMC
- Quirúrgico (NEC – GAS – ON – Otros)
- Meningitis
- Hipoxiados
- Inf. TORCH
- Sindrómicos
- Incompatibilidades

# Causas Maternas

- Problemas psico-sociales importantes
  - \* Madres niñas (12 – 13 años)
  - \* Adolescentes (14 – y mas)
  - \* Con embarazos →no planificados  
→ni deseados
  - \* Escolaridad →1°  
→2° } Incompleta
  - \* Abandono →de su pareja  
→de su familia
  - \* Pobreza

# Se realiza en forma inter y multi disciplinaria

- Oftalmología
- Fonoaudiología
- Neurología
- Neurocirugía
- Cirugía
- Hematología
- Cardiología
- Neumonología
- Traumatología
- Gastroenterología
- Neurodesarrollo
- Hospital de día
- Servicio de Rehabilitación
- CEAT
- Escuelas especiales
- Otros

# Como viene por primera vez

- Con turnos dados antes del alta
- Con resumen de HC (corta o larga, anexo 4)
- Sanos
- En caso de enfermedad: se reinterna o se deriva

# ANEXO Nº 4

## Modelo de Epicrisis al Alta

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres

Del niño / niña

De la madre:

Del padre:

FN: / /

Dirección 1: ..... TE: .....

Dirección 2: ..... TE: .....

H. Clínica neonatal N°: ..... H. Clínica materna N°: ..... Sexo: .....

EG por FUM: ..... Por Eco: ..... Ex Fis: ..... Método: .....

Peso al nacer: ..... (P.....) Talla al nacer: ..... (P.....) PC al nacer: ..... (P.....)

Procedencia:  Propia  Derivado

Clasificación:  Pret.  T.  Post.  APEG  BPEG  PAEG

Ingreso: Fecha: / / Días de vida: .....

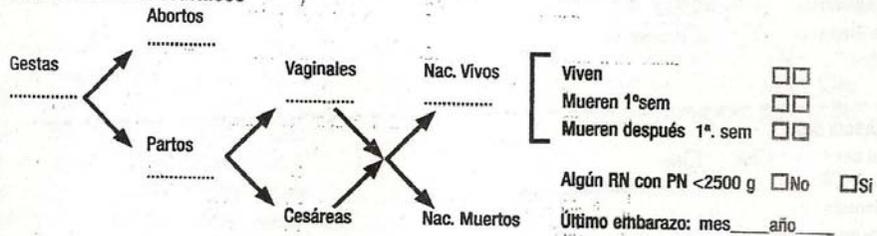
Alta neonatal definitiva - Fecha: / / Días de internación: .....

### ANTECEDENTES MATERNOS

Edad: ..... Grupo Sanguíneo: ..... Factor Rh: ..... Sensibilización  Si  No

	Si	No		Si	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T.B.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antec. fliares. asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VDRL ( )	fecha: / /	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV ( )	fecha: / /	
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chagas ( )	fecha: / /	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Adicciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	_____	
Peso anterior: _____	Talla: _____	Incremento de peso: _____			

### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



Control de embarazo:  No  Si Nº. de controles: \_\_\_\_\_

Embarazo actual: Patología: .....

Parto: Comienzo: .....  Espontáneo  Inducido  Cesárea electiva

Finalización: .....  Vaginal  Fórceps  Cesárea

Presentación:  Cef.  Pelv.  Transversa

Medicación: .....

# ANEXO 4

## Modelo de Epicrisis al Alta

PROVINCIA DEL CAJO		RESUMEN DE ALTA NEONATAL		DE NEONA		Día		Mes		Año	
Ministerio de Salud Pública		HOSPITALIZACIÓN NEONATAL		H.C.L. R. N.:							
"HOSPITAL "DR. JULIO C. FERRANDO"		Apellido y Nombres:		Grupo Sang.:		Factor Rh:					
		Apellido y Nombres de la Madre:		Grupo Sang.:		Factor Rh:					
Domicilio:											
NACIMIENTO: Fecha / /		ESTABLECIMIENTO:									
Sexo:      Peso al Nacer:      Talla:      FC:      EG:      Apgar: / /											
INGRESO: Fecha: / /      Edad:      Peso:											
DIAGNOSTICO DE INGRESO: .....											
Estudios Complementarios:											
Laboratorios: .....											
Cultivos + Hemocultivos: .....											
Otros Cultivos: .....											
Radiología: R X - .....											
T A G: .....		Ecocardiograma: .....		Prog. Encefálica: .....							
Requirió oxígeno: S I ... NO ... RM: .....											
Recibió Hidratación Parenteral Durante: .....											
Recibió Alimentación por Sonda Nasoástrica Durante: .....											
Recibió Alimentación parenteral Durante: .....											
Intervención Quirúrgica: SI ... NO ... P.Lumbar: SI ... NO ... Transfusión de: .....											
Otros Procedimientos: .....											
Recibió los siguientes Medicamentos y Drogas: .....											
Interconsultas: .....											
E G R E S O: Fecha / /      Edad: .....											
Diagnóstico de Egreso: .....											
Alimentación al ALTA: .....		Peso: .....		Talla: .....		FC: .....					
OBSERVACIONES: .....											

# EPICRISIS

# ANEXO Nº 3

## Modelo de Historia Clínica del Seguimiento: Hoja de evolución

Nombre y apellido del niño/a

Nº Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Fecha				
Edad				
Cronológica				
Corregida				
Peso (percentilo)				
Talla (percentilo)				
PC (percentilo)				
Examen respiratorio				
Examen cardiológico				
Examen neurológico				
Examen oftalmológico				
Examen audiológico				
Hallazgos físicos anormales				
Laboratorio				
Hto.				
Hb.				
Ret.				
Ca				
P				
FA				
Otros				
Radiografías				
Cadera				
Otras				
Alimentación				
Lact. Materna				
Sucedáneos:				
Tipo				
Concentración				
Semisólidos				
Vitaminas				
Hierro				
Vacunas				
Indicaciones				
Interconsultas				
Exámenes especiales				
Comentarios				

# ANEXO 3

Modelo de  
Historia  
Clínica del  
Seguimiento:

Hoja de  
evolución

# Que se utiliza para el control y como vuelve el paciente

- Libreta Sanitaria
- Cuadernos
- Vienen con turnos dados con anticipación en el consultorio
- Llevan el teléfono del hospital e interno de la secretaria
- Se citan a los niños del interior los días jueves

# Control Oftalmológico

FECHA	OBSERVACIONES
15/9/08	OD: AB: pola bien VO: zona III Control en 15 días
1/10/08	OD: pola bien VO: zona III Control en 15 días
15/10/08	fo. lo. Rio Ben diagn. control de Glau. Dra. Saura

Dra. Corace

## OFTALMOLOGICO

Hosp. J.C. Ferrando  
Servicio de Oftalmología  
**Control de recién Nacido**

Apellido y Nombre: Ramirez Julián

F.O:

- OD: pola bien
- VO: zona III falta
- OI: Completa

Control a 15 días (SACAR TURNO)

- Dra. Martínez, Amanda (Hosp. Politécnico)
- Dra. Fencemann, Silvia (Hosp. Ferrando)
- Dra. Koz, Lidia (Hosp. Ferrando)
- Dra. Corace, Natalia (Hosp. Ferrando)
- Dra. Polanco, Patricia (Hosp. Ferrando)

Firma: De Camborio  
Fecha: 20/10/08

Nombre: Ramirez  
Fecha: 24.10.08  
Horario: Dr. Juan de la Torre  
Especialista: Dr. J. C. Ferrando

SERVICIO de NEONATOLOGIA  
CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO  
Y ALTO RIESGO NEONATAL  
HOSPITAL "Dr. J.C. FERRANDO"

20/10/08  
Peso: 2,140 kg

→ Peso: 2,300 kg

Nombre: Ramirez  
Fecha: 6/11/08  
Horario: Dra. Lidia Koz  
Especialista: Dr. J. C. Ferrando

SERVICIO de NEONATOLOGIA  
CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO  
Y ALTO RIESGO NEONATAL  
HOSPITAL "Dr. J.C. FERRANDO"

Peso: 2,300 kg

Nombre: Ramirez  
Fecha: 10/11/08  
Horario: Dr. Lidia Koz  
Especialista: Dr. J. C. Ferrando

SERVICIO de NEONATOLOGIA  
CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO  
Y ALTO RIESGO NEONATAL  
HOSPITAL "Dr. J.C. FERRANDO"

Peso: 2,600 kg

# CONTROL DE LABORATORIO

# CONTROL AUDITIVO

*laboratorio*

*laboratorio*

Hospital	Paciente	Edad	Hora	Fecha	Medico	Sala	Nº de Entrada	Nº Suero
Hospital Pediatrico "Dr.A. L. Castelan"	Vilalba, Milagro Agn	4m	11:37	02/11/18	Ta Maldonado, Virginia	Laboratorio		31
Calcemia	9,6 mg/dl	Cobrocontrol	Val. Ref.	8,00 - 10,00				
Fosfatasa Alcalina	1225 U/l	Cuñtivo	Val. Ref.	1000-670				
Fosfatemia	4,5 mg/dl	Cobrocontrol	Val. Ref.	4,4 - 6,0				

Firma: *[Signature]*  
Fecha de emisión: 02/11/18

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO, SECTOR BACTERIOLOGIA  
CULTIVO DE ORINA

PACIENTE: Vilalba Milagro Agustina EDAD: 5m PROCEIDENCIA: ce Nº: 3664

EXAMEN MICROSCOPICO DIRECTO  
Células: escasas Leucocitos: 1-2  
Hemáties: NO SE OBSERVAN Púas: NO SE OBSERVAN  
Otros:

RECUBIERTO DE COLONIAS: ——— UPC/ml  
CULTIVO: NO HUBO DESARROLLO

OBSERVACIONES:  
FECHA: 11/NOV/18

FIRMA Y SELLO

*Control Auditivo*

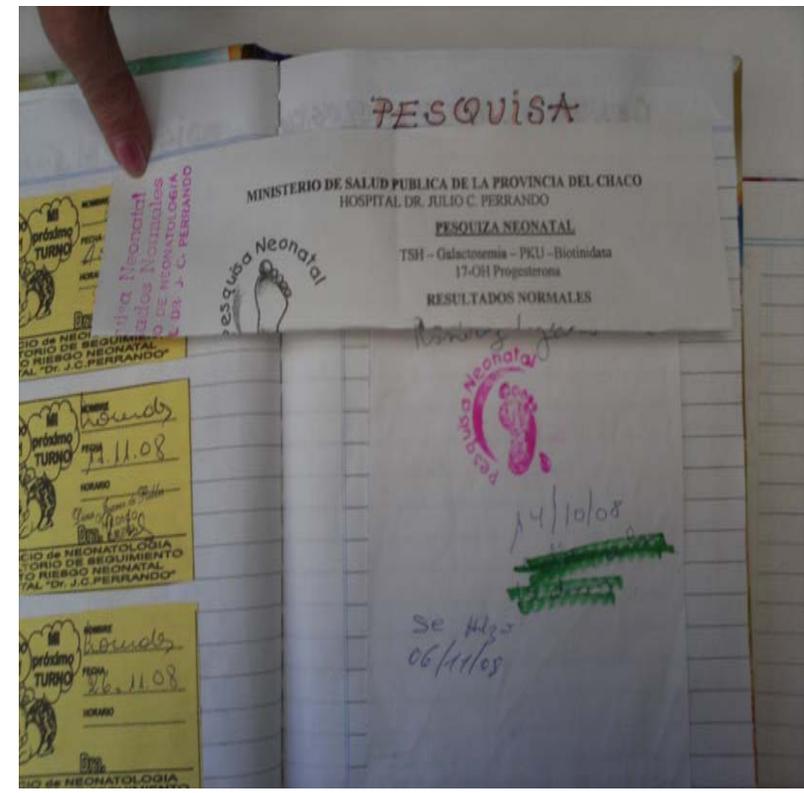
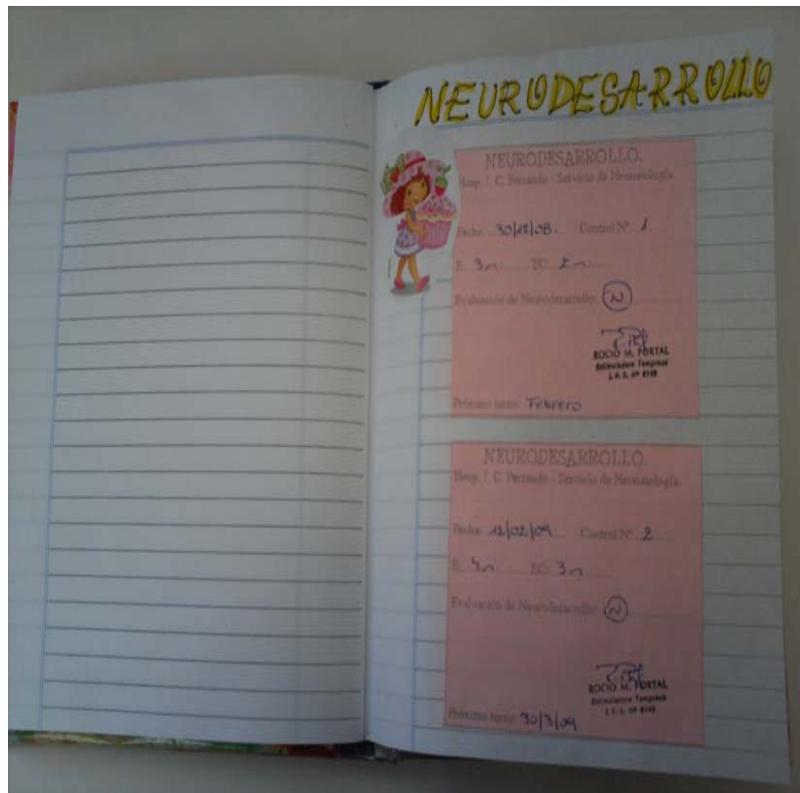
Control Auditivo: OEAs  
O./Inquirido: *[Signature]* O./derecho: *[Signature]*  
Volver a control: *[Signature]*  
Martes, miércoles y jueves  
11-13 hs En Maternidad Vieja  
10/9 (4530)

Control Auditivo: OEAs  
O./Inquirido: *[Signature]* O./derecho: *[Signature]*  
Volver a control: *[Signature]*  
Martes, miércoles y jueves  
11-13 hs En Maternidad Vieja  
17/12/09 (4530)

Control Auditivo: OEAs  
O./Inquirido: *[Signature]* O./derecho: *[Signature]*  
Volver a control: *[Signature]*  
Martes, miércoles y jueves  
11-13 hs En Maternidad Vieja  
20/03/09 4530

# CONTROL NEURODESARROLLO

# CONTROL PESQUISA



# Que otra función cumple el consultorio

- Prevención
  - \* Mediante folletos
  - \* Mediante control de vacunas
  - \* Puericultura
- Captación de madres para el Banco de leche





# Políticas de Salud

- Prevención
  - Evitar embarazos de adolescentes
  - Cuidado del embarazo hasta finalizar el mismo
  - PIM
  - Actividades Prácticas
- Formación de Profesionales y no Profesionales en seguimiento
  - Hospitales del Interior
  - Centros de Salud
  - Puestos Sanitarios

# Deserción o Abandono al Seguimiento

- Hospital de Día
- Privado
- Hospital Pediátrico
- Centros de Salud
- Emigran al Sur
- Rehabilitación
- Deserción
- Fallecimiento

# Fortalezas

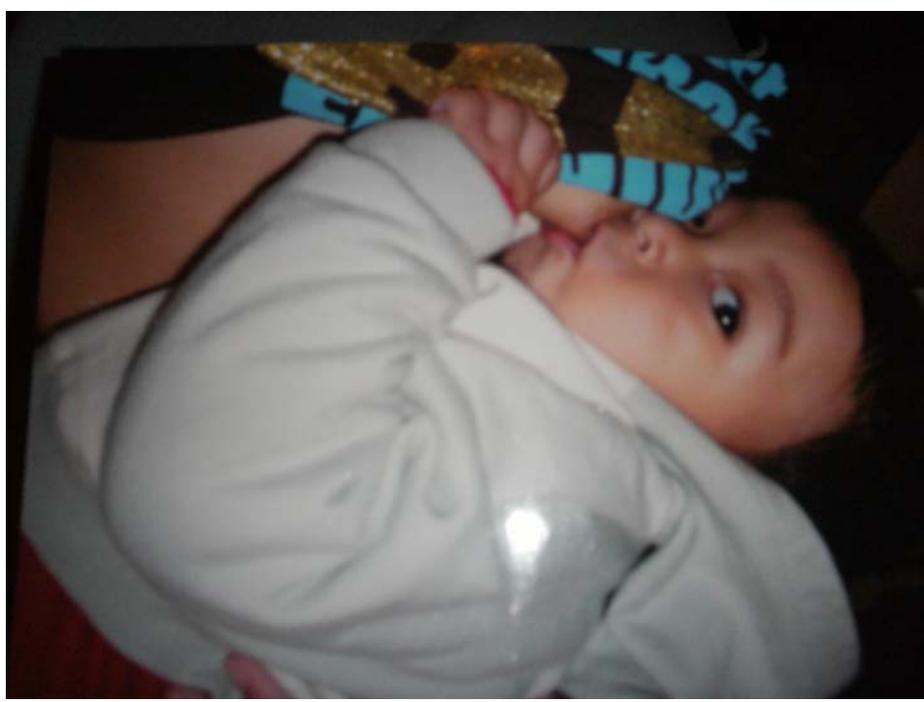
- Controles visuales
- Controles auditivos
- Rotación
  - Concurrentes
  - Residentes
    - Médicos
    - Enfermería
- Informática (Sistema de Historia Clínica)
- Anticuerpos monoclonales

# Quienes realizan el control

- Jefa de consultorio: Dra. Suerte Lelia
- Medico: Dra. Juarez de Ribles Dina
- Enfermera: Velozo Teresa









**MUCHAS GRACIAS**

