

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:

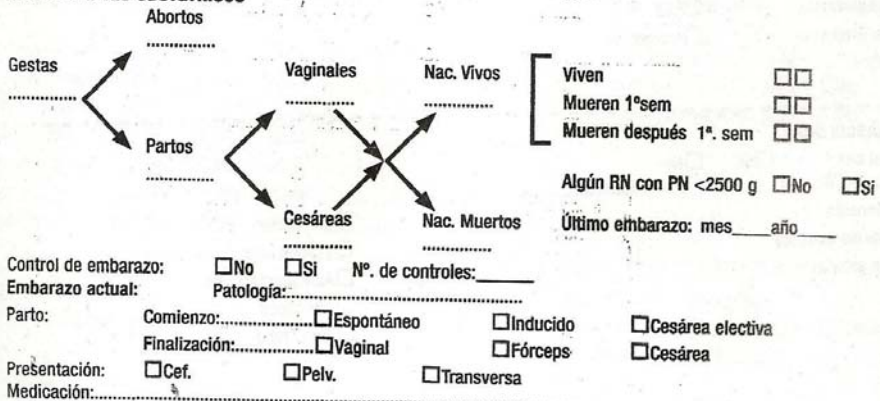
Alta neonatal definitiva - Fecha: / / Días de internación:

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



ANEXO 4

Modelo de Epicrisis al Alta

PROVINCIA DEL CAÑO		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:		Eocardiograma:		Prog. Encefálica:							
Requirió oxígeno: S I ... NO ... RM:										dias.-	
Recibió Hidratación Parenteral Durante:										dias.-	
Recibió Alimentación por Sonda Nasoástrica Durante:										Dias.-	
Recibió Alimentación parenteral Durante:										dias.-	
Intervención Quirúrgica: SI ... NO ... P.Lumbar: SI ... NO ... Transfusión de:										R E A:	
Otros Procedimientos:											
Recibió los siguientes Medicamentos y Drogas:											
Interconsultas:											
E G R E S O: Fecha / / Edad:										Dias.-	
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
3/10/08	OD: pola bien VO: zona III Control en 15 días
15/10/08	fo. lo. Rio Ben diagn. control de Glau. Dra. Saura

OFTALMOLOGICO

Hosp. J.C. Ferrando
Servicio de Oftalmología
Control de recién Nacido
Apellido y Nombre: Ramirez Julián

P.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. Koo, Lidia (Hosp. Ferrando)
 - Dra. Corraze, Natalia (Hosp. Ferrando)

Firma: De Camborio
Fecha: 20/10/08

No debo saltar! Mi próximo TURNO

Nombre: Ramirez Fecha: 24.10.08

Horario: Dr. Juan de la Cruz

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

Peso: 2,140 kg

No debo saltar! Mi próximo TURNO

Nombre: Ramirez Fecha: 6/11/08

Horario: Dra. Lidia Koo

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

Peso: 2,300 kg

No debo saltar! Mi próximo TURNO

Nombre: Ramirez Fecha: 10/11/08

Horario: Dra. Lidia Koo

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/c
Hemáties: NO SE OBSERVAN Placitas: NO SE OBSERVAN
Otros:

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

OBSERVACIONES:
FECHA: 11/NOV/18

FIRMA Y SELLO

Control Auditivo

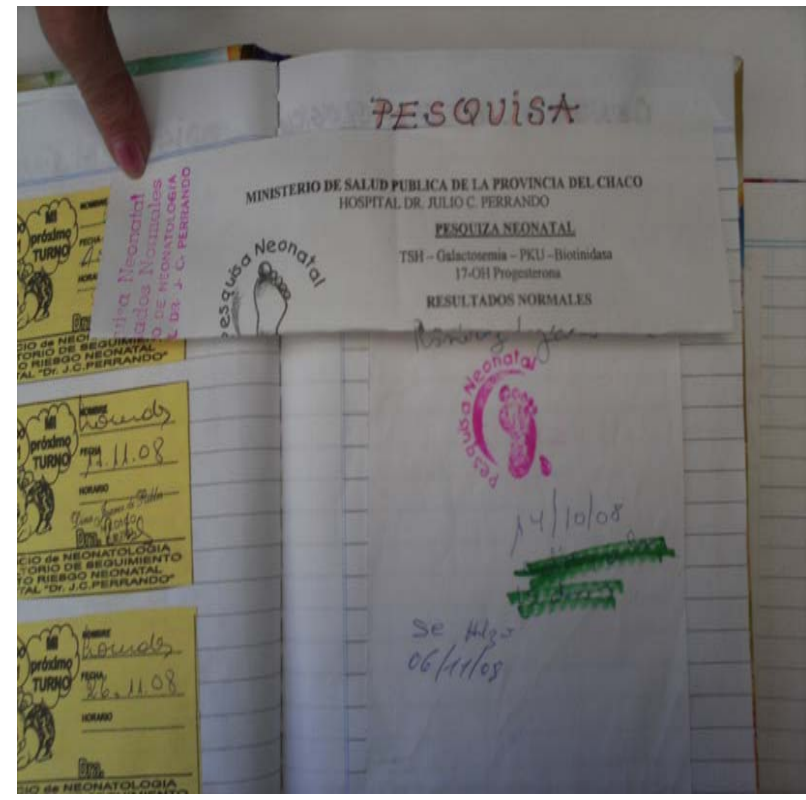
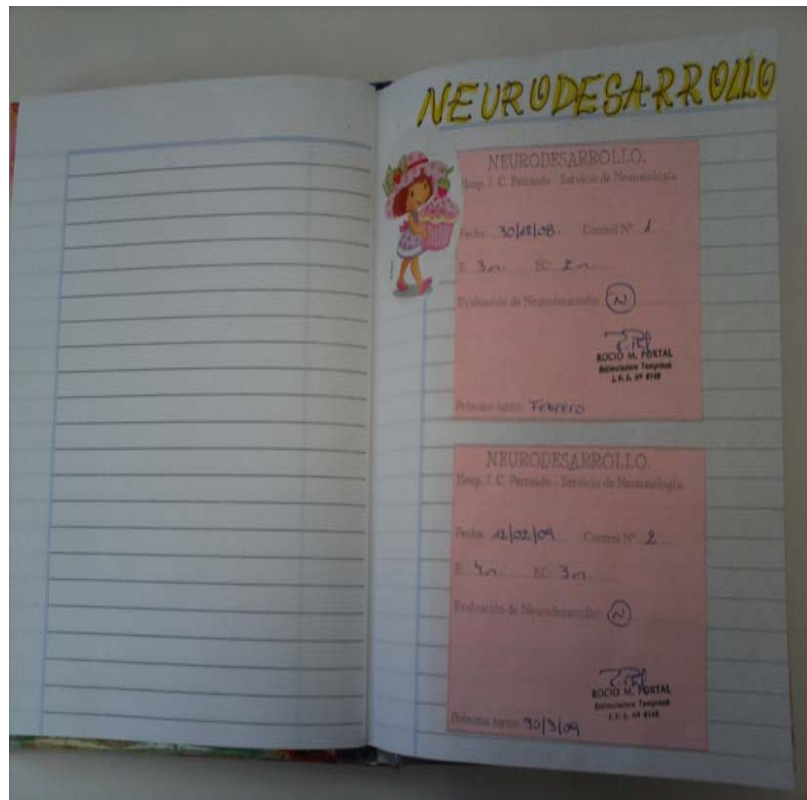
Control Auditivo: OEAs
O./Inquirido: *[Signature]* O./derecho: *[Signature]*
Volver a control: *[Signature]*
Martes, miércoles y jueves
11-13 hs. En Maternidad Vieja
10/9 (4530)

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

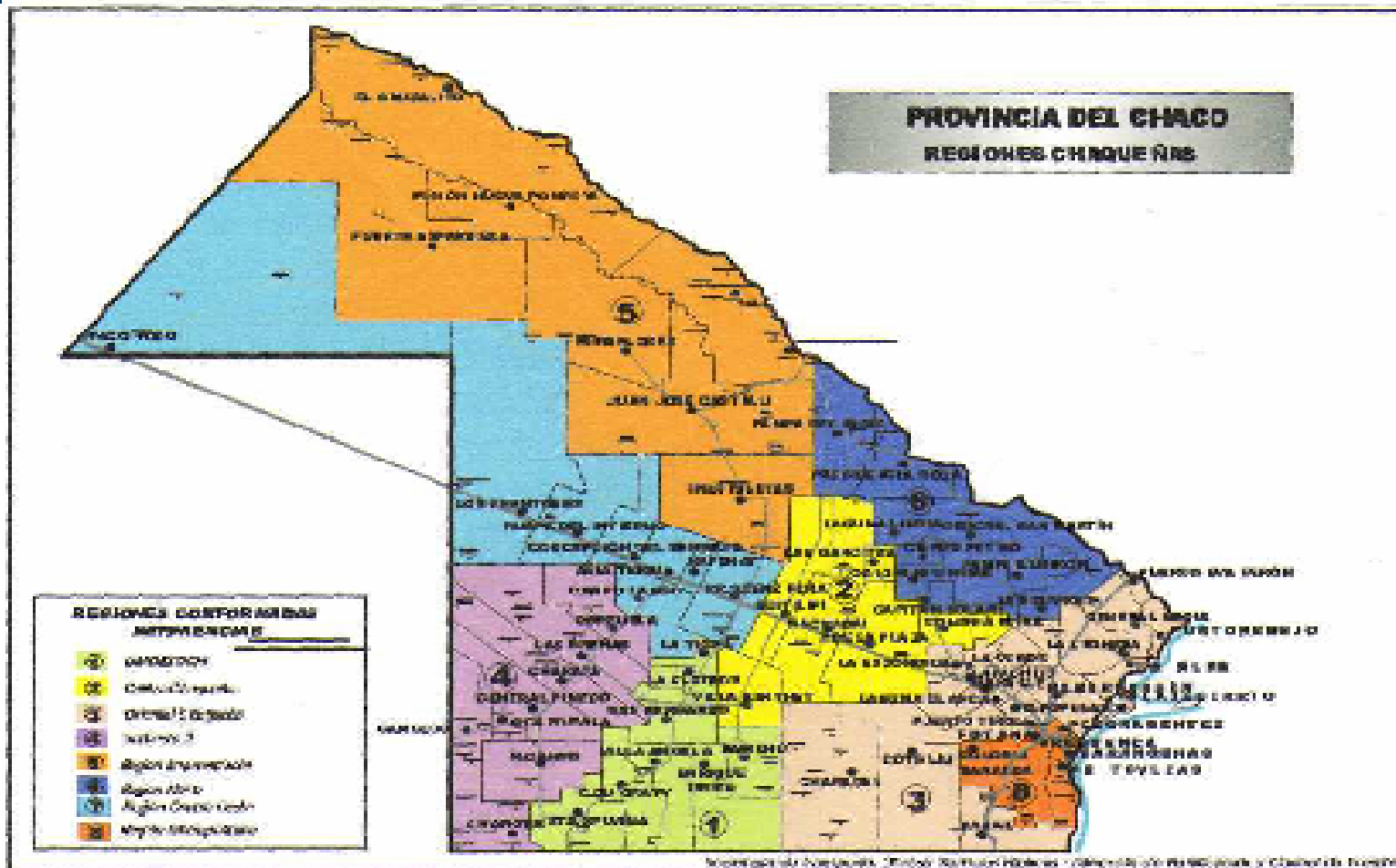
CONTROL PESQUISA



Que otra función cumple el consultorio

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

Zonas Sanitarias



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

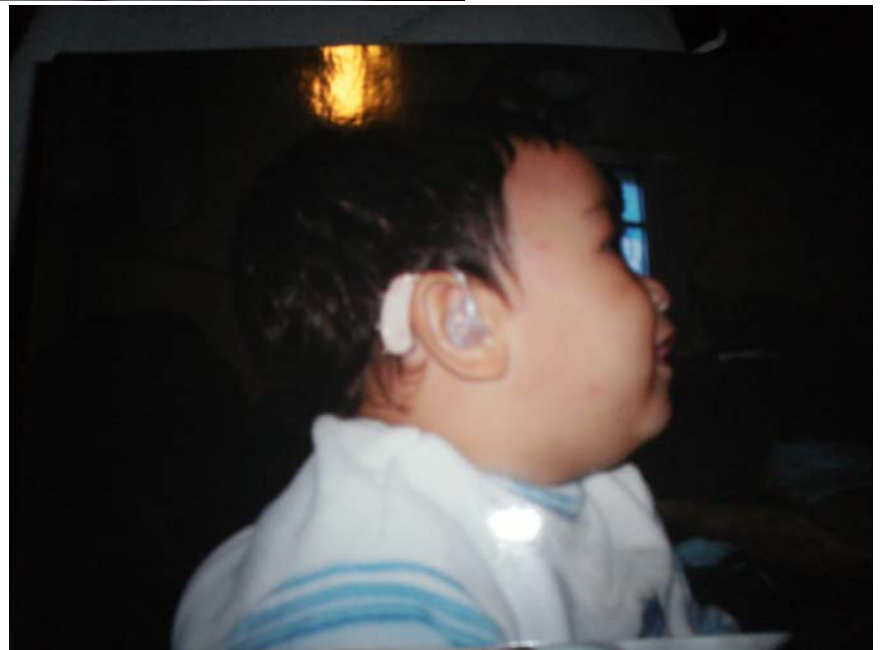
- Controles visuales
- Controles auditivos
- Rotación
 - Concurrentes
 - Residentes
 - Médicos
 - Enfermería
- Informática (Sistema de Historia Clínica)
- Anticuerpos monoclonales

Quienes realizan el control

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









MUCHAS GRACIAS

