

SOCIEDAD ARGENTINA de PEDIATRÍA CEFEN

3° Congreso Argentino de Neonatología

Recomendaciones para el alta del R.N. de Riesgo

**Dra . Alcira B. Escandar
bescandar@gmail.com
2016**

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

- El alta de los RN de Alto Riesgo incorpora nuevos conocimientos sobre los cuidados médicos de esta población al egreso hospitalario requiriendo una planificación especial.
- Reconociendo el Alta : como un proceso que debe estar planificado para la transición entre la UCIN y el hogar.
- Con la participación del equipo de Salud y la familia en forma coordinada.

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

Internación Neonatal

“El menor Tiempo que sea posible”

Beneficios

- Disminuye el riesgo de adquirir morbilidades intra-hospitalarias.
- Acorta el período de separación de los padres y hermanos.
- Disminuye los costos médicos

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

Factores que condicionan el alta:

- Preparación de los padres y/o cuidadores para el alta
- Diferencia de opiniones en los cuidados
- Giro cama de la UCIN y los costos

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

Según las recomendaciones Academia Americana Pediatría:
(Committee on Fetus an Newborn- Pediatrics 2008; 122; 1119)

Clasificación de los RN de Riesgo en cuatro categorías:

1. RN prematuros
2. RN que requieren cuidados especiales y/o dependencia tecnológica
3. RN con riesgo social /familiar
4. RN con enfermedades irreversibles y /o terminales (muerte en el hogar.)

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

- Los RNPT que tuvieron curso neonatales complejos hay experiencia que demuestran que presentan mayor número de internaciones con respecto a los RNT.
- Los neonatos de alto riesgo (de pretérmino, bajo peso, etc.) que sobreviven al período neonatal, quedan con **déficit para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente** y fallecen durante el período posneonatal por infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.
- La familia debe estar preparada para el cuidado en el hogar de RN de Alto Riesgo, contar con un adecuado Seguimiento y soporte de recursos

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

○Dentro del sector salud se deberían consolidar los esfuerzos para mejorar la cobertura y calidad de los controles prenatales y pediátricos, mejorando la capacitación del personal, con el equipamiento de tecnologías apropiadas y con la disponibilidad de insumos y recursos, para avanzar en este aspecto

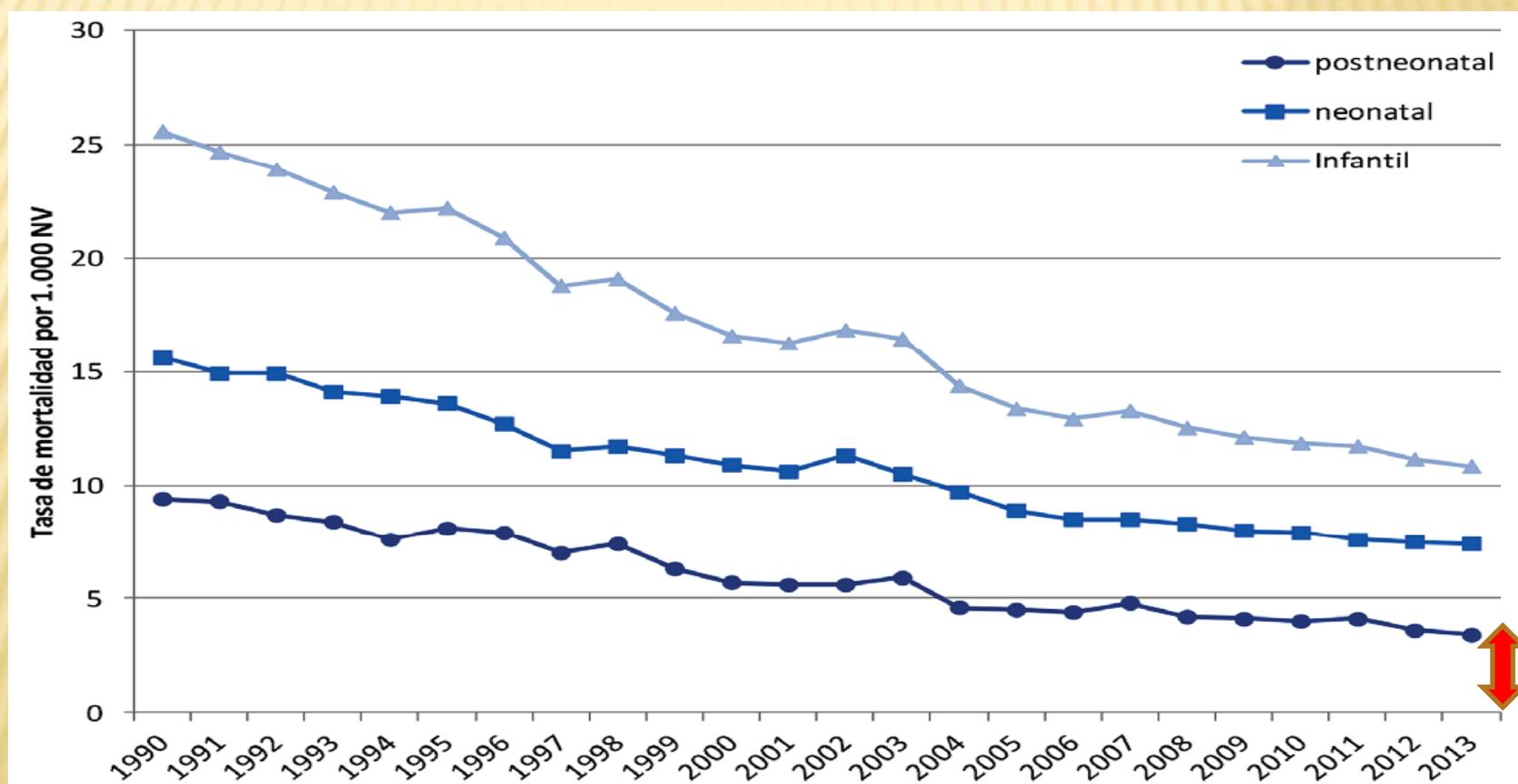
○***Mortalidad Infantil***

Gran parte de las acciones para prevenir estas defunciones se relacionan con un adecuado programa de educación para la salud, mayor accesibilidad a los servicios sanitarios, ***mejoramiento de las condiciones socio ambientales*** y una ***atención de calidad que priorice la seguridad del paciente.***

Tendencia de la tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal

(por 1.000 nacidos vivos). Argentina. Años 1990-2013.

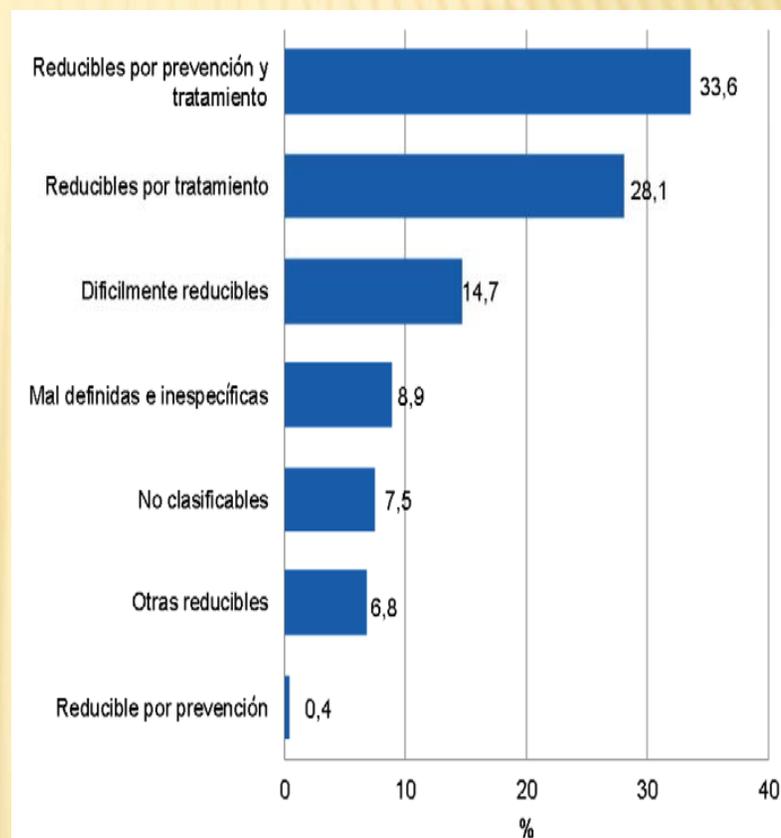
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud



Mortalidad postneonatal según criterios de reducibilidad. Argentina. Año 2013.

GRUPO DE CAUSAS	n	%	Tasa ‰
Reducibles	1.794	68,9	2,4
- Por prevención	10	0,4	0,0
- Por tratamiento	732	28,1	1,0
- Por prevención y tratamiento	874	33,6	1,2
- Otras reducibles	178	6,8	0,2
Difícilmente reducibles	382	14,7	0,5
No clasificables	194	7,5	0,3
Mal definidas e inespecíficas	232	8,9	0,3
Todas las causa	2.602	100,0	3,4‰

El 69% de las defunciones serían reducibles por prevención y tratamiento.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales.
Información básica.
Año 2013.

Admisión hospitalaria en Edades Tempranas por Grupos de Peso

Grupo de RN por peso de nacimiento	Admisión en hospital a las 8 semanas (excluye Internación Neonatal) (%)	Admisión Hospital 8 semanas- 8meses (%)	Admisión Hospital 8m – 18meses (%)	Admisión Hospital 18m – 3 años (%)
< 1500g	17	41.7	44.4	0
1500-1999g	15.4	23.3	13.8	5
2000-2499g	5.3	11.8	10.5	7.2
2500-2999g	4.8	11.9	11.6	11.5
3000-3499g	4.2	8.7	9.1	6.8
3500-3999g	2.4	8.8	10.0	7.3
4000-4499g	6.5	6.7	10.5	6.3
>4500g	2.9	6.7	10.5	6.3

Department of health (2000) Perinatal and Infant mortality statistics 1999. DH3No 32

Accessed at: www.statistics.gov.uk/download/theme_health/DH3No32/table14

Rehospitalizaciones en los dos primeros años de vida en RN PT

(Austria)

Incluyeron 377 PT < de 32s.

Rehospitalizaciones : 1º año de vida 151 PT (40.1%)
2º año de vida 93 PT (24.7%)

Causas : desordenes respiratorios

Población más afectada:.

PT con DBP,

Sexo masculino

Antecedente de tabaquismo Materno en el embarazo.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS POR PREMATUROSEXTREMOS. (Quebec – Canada)

Estudio comparativo de cuidados de Salud a los 18 meses de ECo del alta neonatal en dos grupos de PT extremos. (< de 28s)

Población : 254 PT. (más afectada; DBP, Trastornos neurológicos Severos, O2 domiciliario,etc.)

Servicios de Salud	EG 23-24s	EG 26-28s
Rehospitalizaciones	53%	49%
Fisioterapia /TO	61%	59%
Rehabilitación	29%	17%
Medicación	38%	28%
Dispositivos Médicos	59%	33%

Estrategia :

Aplicación de Anticuerpo monoclonal específico (Palivizumab) en < de 1500g y < de 32 semanas. Desde el 2011 al 2013

Resultados: *Internación por IRA del 15.5% y por VSR 3.8%* sobre un total de 4048 prematuros Incluidos.

Estacionalidad de las internaciones. Argentina 2011-2013



Fuente: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia
Anticuerpo Monoclonal Específico(PVZ)
Liniamientos técnicos 2014- MSalud

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo

Casos Clínicos

**Que piensa?
Reflexión.**

1-Caso Clínico

Pedro es un bebe de 1mes y una semana de edad , con una edad corregida de 36.s. Fue dado de alta hace 48hs, con alimentación a pecho y complemento de LFPT. Su peso al alta fue de 2080g. (1º gemelar peso al alta 2380g)

Antecedentes : 2º gemelar, EG 31s., PN 1640g.

Requirió CPAP por, 24hs, NPT 6días y comenzó la VO al 2º día con buena tolerancia. Ecografías cerebral y ecocardiograma normal, FO continua con controles, PEAA paso.

Anteced Maternos: Ed materna 42 años, G1 P1 . (Hijo de13a).

Concurre al consultorio para control de peso a las 48hs de alta, fue de 1980g . Se citó a las 24hs con pautas ; el nuevo control peso fue 1890g.

**Que piensa?
Reflexión.**

2-Caso Clínico

Felipe es un bebe de 2m y 15d , Eco 38s , fue dado de alta hace 48hs y concurre a control.

Antecedentes : Prematuro de 28s , PN 1030g, SDR / EMH surfactante, ARM 3 días y CPAP 1 día. A los 25 días presenta episodios de desaturación se policultiva y recibe ATB por 3 días, cultivos negativos, y cafeina.

Superado el episodio agudo, requiere bigotera , que se suspende tres días antes del alta.

Peso al alta. 2120g con pecho exclusivo

Controles ecograficos, FO y PEAA Normales

La madre refiere que darle el pecho es una lucha, se prende pero llora y lo rechaza.

Al exámen , usted lo nota taquipneico , con tiraje subcostal, realiza

saturometría 88/90%%. Lo pesa y comprueba un descenso de 100g con respecto al peso del alta.

**Que piensa?
Reflexión.**

3-Caso Clínico

María es una bebe de 2m y 15 d , Eco 38 s

Antecedentes: Prematura de 31s, PN 1430g, requirió CPAP durante 12hs, NPT y VO al 2º día. Con buena evolución. A los 40 días de vida , presento cuadro de apneas , se policultivo y se realizó virológico negativo. Requirió 7 días de bigotera.

Antes del alta recibió , primera dosis de Palivizumab.

Antecedentes familiares: 2 hermanos de 3 y 5 años.

Fue dada de alta hace una semana . Con controles de peso en ascenso, y buena disposición alimentaria.

Asiste al nuevo control , la madre refiere que desde hace 48hs la niña, come menos, le escucha un ronquido en pecho y tose.

Al exámen , presenta taquipnea leve, disfonía y tos seca ,
saturometría 88/ 91%.

**Que piensa?
Reflexión.**

**¿Cuáles son las condiciones
para el Alta Neonatal de RN
de Alto Riesgo ?**



Capacidades del niño

Madurez Fisiológica

- Termorregulación
- Control de la Respiración
- Estabilidad Respiratoria
- Habilidades para la Alimentación y Ganancia de Peso

Capacidades del Niño

Madurez Fisiológica

○ **Regulación Térmica**

Mantenimiento de temperatura corporal normal durante la última semana, en cuna, vestido y a temperatura ambiente

○ **Apneas**

Estabilidad respiratoria, sin apneas, sin xantinas, durante una semana antes del alta. (en menores de 26 s: 2 semanas)

Suspensión de Cafeína : 7 días antes del alta

Capacidades del Niño

Madurez Fisiológica

○Nutricionales:

- Patrón de ganancia de peso sostenido en la última semana (15 g/kg/día - 20g/ Kg/día).
- Ingreso calórico adecuado (120-150 cal/kg/día), preferentemente por succión
- Lactancia materna establecida
- Coordinación succión –deglución. Sin trastornos de la oralidad
- Instrucción a los padres en los casos especiales: sonda orogástrica (SOG), gastrostomía, ostomías, trastornos de la succión –deglución, etc

Controles para el Alta

○ **Vacunas**

- Las obligatorias correspondientes a la edad cronológica según calendario.
- La aplicación de vacunas antigripal al niño o a su familia y cuidadores
- Administración de palivizumab según recomendaciones antes del egreso hospitalario.

○ **Pesquisa Metabólica**

Resultados de la pesquisa metabólica obligatoria. (Informe)

○ **Controles de Prematuro**

Realizar control hematológico prealta de: hemoglobina, hematócrito, reticulocitos, proteinograma con albúmina, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina.

Controles para el Alta

○ **Control de la Audición**

Se realizará prealta la pesquisa universal de hipoacusia

○ **Seguimiento de ROP**

Se realizará pesquisa para detectar retinopatía del prematuro mediante fondo de ojo hasta la completa vascularización retiniana; recordar que al alta aún puede ser inmadura (según normas del Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría) y continuar con los controles.

○ **Ecografías**

Realizar ecografía cerebral entre las 36 y las 40 semanas de edad gestacional

○ **Cirugías**

Por ej.: Hernias inguinales corregidas antes del alta

Cuidado de la Familia

Maternidades Segura y Centrada en la Familia

**Modelo
MSCF**



Cultura Organizacional



Cuidado y la Seguridad



Madre ,el niño y la familia



Maternidad Segura y Centrada en la Familia
Conceptualización e Implementación del Modelo
Fundación Neonatológica – Maternidad Sarda-
UNICEF-Minist Salud -2011.

Modelo MSCF

- ❑ Promueve y estimula la permanencia continua y la participación activa y la **capacitación progresiva** de los padres durante la internación de sus hijos
- ❑ La **permanencia de las madres** se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia/hogar con oferta de cama y comida
- ❑ Incrementa el porcentaje hasta un 80% de alimentación a pecho al alta en RN prematuros
- ❑ La presencia de los padres de RN prematuros en la sala **incrementa las** los miembros del equipo de salud para informar **oportunidades de encuentro con** sobre diagnóstico y tratamiento en forma progresiva.
- ❑ **Capacita a los padres en pautas de alarmas** como : respiración periódica, cambios de coloración, de tono, de llanto y de la tolerancia a la alimentación

Modelo MSCF

- ❑ **Facilita la detección** de adicciones, conductas de riesgo, violencia familiar y riesgo social sanitario: con la intervención oportuna de los agentes de salud mental y del área de servicio social.
- ❑ **Incrementa la adherencia a los programas de seguimiento** en consultorios externo, reconocer el **marco protector de la institución**
- ❑ **Promover todas las acciones en las que los padres puedan participar**, como acariciar a su hijo, hablarle, alzarlo, alimentarlo y colaborar en algunos cuidados.
- ❑ Estimular fuertemente la **participación en las reuniones de padres**, en las que reciben asesoramiento especializado sobre el cuidado y prevención
- ❑ **Es responsabilidad del equipo tratante prever las necesidades del niño** al llegar a su hogar y trabajar para tener un plan organizado de adecuado seguimiento y control después del alta, así como los requerimientos especiales que correspondan

Capacidades de la Familia

- Conocimiento de la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño antes de dar el alta.
- Haber evaluado las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá.
- Entrenamiento de la familia desde la internación para el cuidado de su bebé
- Las familias que se encuentran en riesgo psicosocial en seguimiento por servicio social
- Apoyo psicoterapéutico para el paciente y su familia.
- Reuniones con los padres antes del alta para asegurarse que hayan comprendido todos los cuidados que deberá tener su hijo y satisfacer sus dudas e inquietudes.
- Curso de reanimación cardiopulmonar como parte de la educación de quienes cuidarán al niño.

Consejería familiar para el alta

- Fomentar la lactancia materna como el mejor alimento para el niño prematuro.
- Es importante la adecuación del niño a la posición decúbito dorsal antes del alta para dormir y adiestrar a los padres en la implementación del sueño seguro.
- Prevención de interurrencias y reinternaciones
- Evitar la asistencia a guarderías o jardines maternos.
- Restricción de visitas durante la época invernal, en especial de personas con cuadros catarrales.
- Restricción de salidas en la estación otoño/ invierno, en las que el niño esté expuesto a los virus de la comunidad.
- Lavado frecuente de manos, especialmente antes de atender al niño.
- Ambiente sin humo. No fumar en el hogar.
- Cumplir los controles pediátricos programados y estimular la consulta precoz ante signos de alarma.

Consejería familiar para el alta

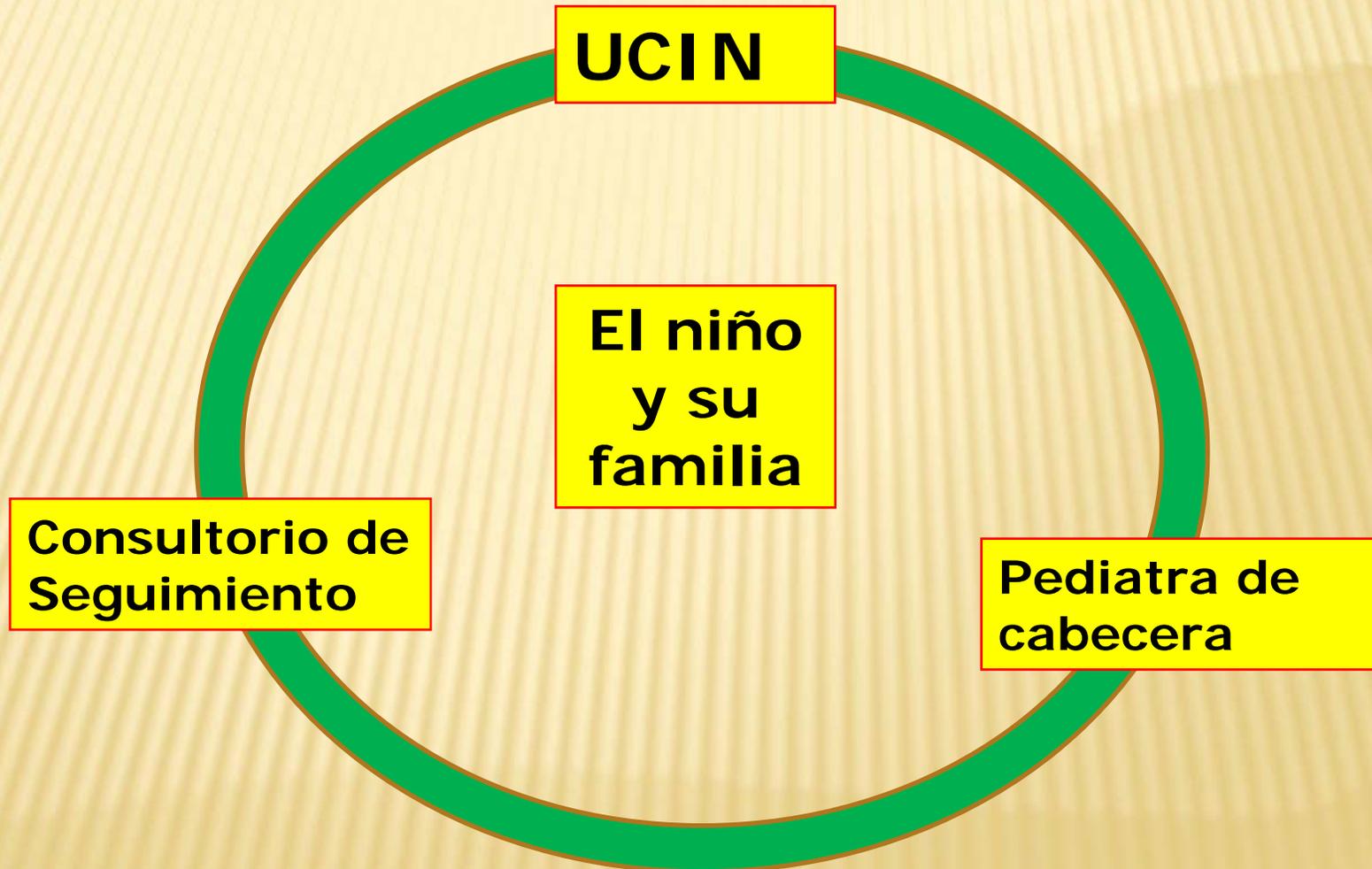
Implementar la utilización de un Cuaderno o Libreta con:

- Indicaciones
- Estudios pendientes
- Vacunaciones
- Evaluaciones con el equipo de seguimiento
- Especialistas involucrados
- Pediatra de cabecera.
- Pautas mínimas de puericultura que deben conocer.
- Cronograma de seguimiento personalizado escrito con un esquema de controles médicos y evaluaciones periódicas.

Consejería familiar para el alta

- Consulta por dudas o urgencias; anotar a los padres: nombres,apellidos, teléfonos y direcciones
- Control posalta no más allá de las 72 horas.
- Los padres podrán escribir sus dudas para tenerlas presentes cuando hagan las consultas de control
- Provisión de dispositivos médicos especiales (ej bolsas de colostomía)
- Confección de epicrisis neonatal detallada con identificación de problemas no resueltos. Proporcionar a los padres una fotocopia.

Recomendaciones para el alta del R.N. de Alto Riesgo





Muchas Gracias

Dra . Alcira B. Escandar
bescandar@gmail.com