



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
Comité Nacional de Estudios Fetoneonatales (C.E.F.E.N.)

4 ° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA

10 ° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento de Alto Riesgo

4 ° Jornada de Perinatología

4 ° Jornada de Enfermería Neonatal

22, 23 y 24 de mayo de 2019

Panamericano Hotel & Resort - EXE Hotel Colon



**Recomendación para el proceso del alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo**

Dra. Gabriela Bertani

# Introducción

- ▶ La presente recomendación actualiza y amplía la publicada en 2006 por el Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN) en Archivos Argentinos de Pediatría
- ▶ Es “**orientadora**” para que cada UCIN elabore sus propias estrategias para la planificación del alta de los pacientes.

# Objetivo

- ▶ **“Proceso del alta”**: el alta neonatal debe ser planificada desde el ingreso del paciente a la UCIN
- ▶ El Equipo es quien debe contener y apoyar a los padres, además de asesorarlos e informar para que adquieran la confianza y habilidades en el cuidado de su hijo.
- ▶ Asegurar una exitosa transición al hogar, enumerando las condiciones clínicas necesarias para otorgar el egreso institucional al paciente
- ▶ El momento del egreso marca el fin de una etapa muy intensa en términos físicos y emocionales, que no acaba de ser resuelta ni elaborada al concluir la internación.
- ▶ Alta es programada en forma conjunta entre el equipo asistencial de Neonatología, los padres y el equipo de Seguimiento.

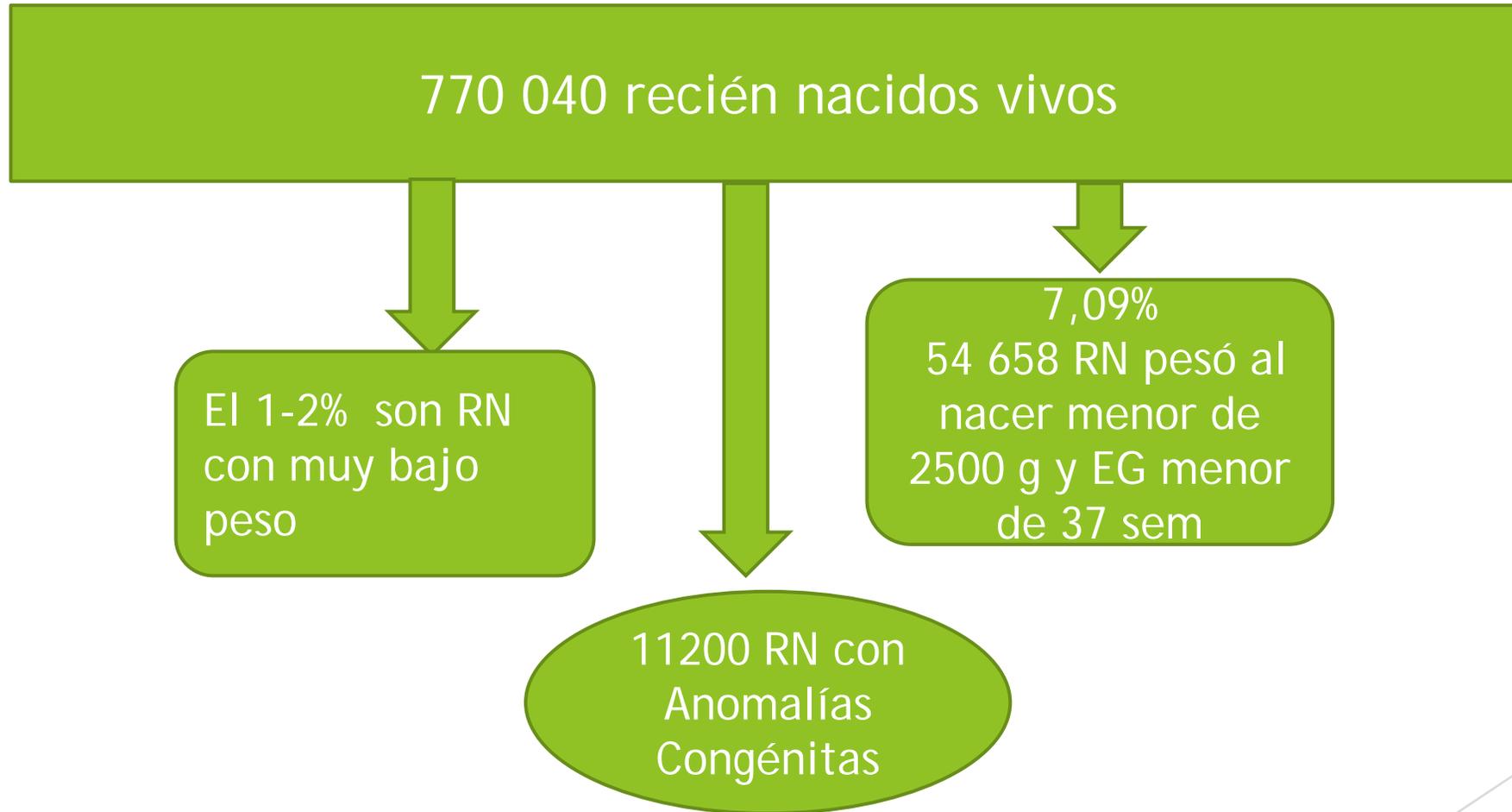
# Definir RNAR

Aquellos pacientes que, por su enfermedad de base y su evolución durante la internación, presenten riesgo aumentado de secuelas y/o necesidades especiales de atención en salud a mediano y/o largo plazo.

En el 2011 la AAP reconoció 4 categorías de niños de alto riesgo:

- ▶ 1) RNPT
- ▶ 2) Niños con necesidades especiales en salud o dependientes de tecnología
- ▶ 3) Niños con problemas familiares
- ▶ 4) Niños en los que se prevé la muerte en el hogar en pocos días o semanas a causa de enfermedades terminales e incurables

# Estadísticas



# Atención Neonatal centrada en la familia y alta bien planificada

Para asegurar una transición adecuada al hogar hay que tener en cuenta un equilibrio entre los siguientes factores:

- ▶ Seguridad y bienestar del niño
- ▶ Capacidades y necesidades de la familia
- ▶ Recursos de la comunidad y servicios de apoyo
- ▶ Pesquisa psicológica-vincular y de riesgo social a cargo del psicólogo y asistente social de la UCIN.

# Aspectos para tener en cuenta

- ▶ Conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño en el hogar.
- ▶ Corroborar las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá.

Bajo nivel  
educacional o  
socioeconómico

Baja edad  
materna

Inadecuado  
control  
prenatal

Consumo  
problemático  
de sustancias

Falta de sostén  
familiar- Pareja  
inestable

Barreras  
idiomáticas

Depresión -  
Aislamientos

# Programas de alta temprana

- ▶ Han demostrado seguridad, bienestar, estabilidad emocional y mejor calidad de vida en el hogar.
- ▶ Se beneficia a la familia, no solo psicológica y emocionalmente, sino que también se reduce el costo para los padres y del ausentismo laboral.
- ▶ Reduce el costo institucional y aumenta la disponibilidad de camas.
- ▶ Se debe tenerse en cuenta que el sistema de salud y los cuidadores deben estar preparados para la atención de niños de alta complejidad en el hogar

# Criterios de Alta

- ▶ Estarían listos para el alta cuando estén médicamente estables y hayan logrado madurez fisiológica:

Termorregulación  
Estabilidad respiratoria  
Adecuada alimentación

# Criterios de Alta

- ▶ **Está determinada por la madurez funcional** más que por el peso o la edad gestacional (semanas 34 y 36 posmenstrual), hay variabilidad individual y cada uno requerir su tiempo.
- ▶ **Ingreso calórico adecuado** (120-150 cal/kg/día), preferentemente por succión, considerar casos especiales: SOG o gastrostomía
- ▶ **Ganancia de peso sostenido** en la última semana de internación (15 g/día).  
Peso mayor a 2000 g
- ▶ Priorizar siempre la **lactancia materna**.
- ▶ **Mantenimiento de la temperatura corporal** en la cuna, vestido y a temperatura ambiente. (Temperatura axilar 36,2 °C y 36,7 °C )

# Antes del Alta

- ▶ **Estabilidad respiratoria:** sin apneas, sin xantinas, 5-7 días antes del alta.
- ▶ **Hernias inguinales corregidas:** antes del alta, salvo excepciones que no lo permitan clínicamente.
- ▶ **Paciente con DBP:** evaluación cardiológica durante la última semana de estadía hospitalaria.
- ▶ **Inmunizaciones:** según el calendario oficial de vacunación y la edad cronológica. La vacuna antigripal y triple bacteriana acelular a los convivientes. Administrar PVZ una semana antes del alta según las recomendaciones
- ▶ Resultado de la pesquisa neonatal metabólica obligatoria

- ▶ Realización del curso de RCP a los que cuidarán al niño.
- ▶ Propiciar la posición supina antes del alta en la UCIN para dormir y adiestrar a los padres para la implementación del sueño seguro.



# Más recomendaciones

- ▶ **Control hematológico** prealta (hemoglobina, hematocrito, ferritina, reticulocitos), metabolismo fosfocálcico (calcio, fósforo y fosfatasa alcalina) y estado nutricional (proteinograma con albúmina).
- ▶ **Pesquisa de hipoacusia** a través de las otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos de tronco.
- ▶ **Examen oftalmológico**: se le realizará a todo niño de alto riesgo que egresa de la UCIN y la pesquisa para detectar ROP mediante FO hasta la completa vascularización retiniana; recordar que al alta aún puede ser inmadura
- ▶ **Ecografía cerebral**: entre las 36 y las 40 semanas de edad posmenstrual en RNPT o luego de haber logrado estabilidad clínica en otros pacientes RNAR para determinar la indemnidad del sistema nervioso y/o detectar posibles lesiones.

- ▶ **Lista detallada de las provisiones especiales:** fórmula láctea para PT u otras fórmulas especiales, sulfato ferroso, vitaminas ADC, ácido fólico, sondas, bolsas de colostomía, etc.
- ▶ **Educación de los padres:** pautas de higiene, puericultura, prevención de infecciones respiratorias, alimentación por sonda, cuidado de ostomas, etc.
- ▶ **Asesorar:** en la tramitación de documentación propia del hijo.
- ▶ **Confeccionar y entregar:** epicrisis neonatal detallada y completa con la identificación de los problemas no resueltos.
- ▶ Proporcionar a los padres estudios por imágenes realizados durante la internación.

# Al Alta

- ▶ Programar el primer de control no más allá de las 72 horas posalta
- ▶ Cronograma de seguimiento personalizado escrito con un esquema de controles médicos y evaluaciones periódicas del crecimiento y desarrollo.
- ▶ Explicar a dónde deben dirigirse en caso de urgencias y consignar nombres, apellidos, teléfonos y direcciones de referentes de salud y contactos útiles.



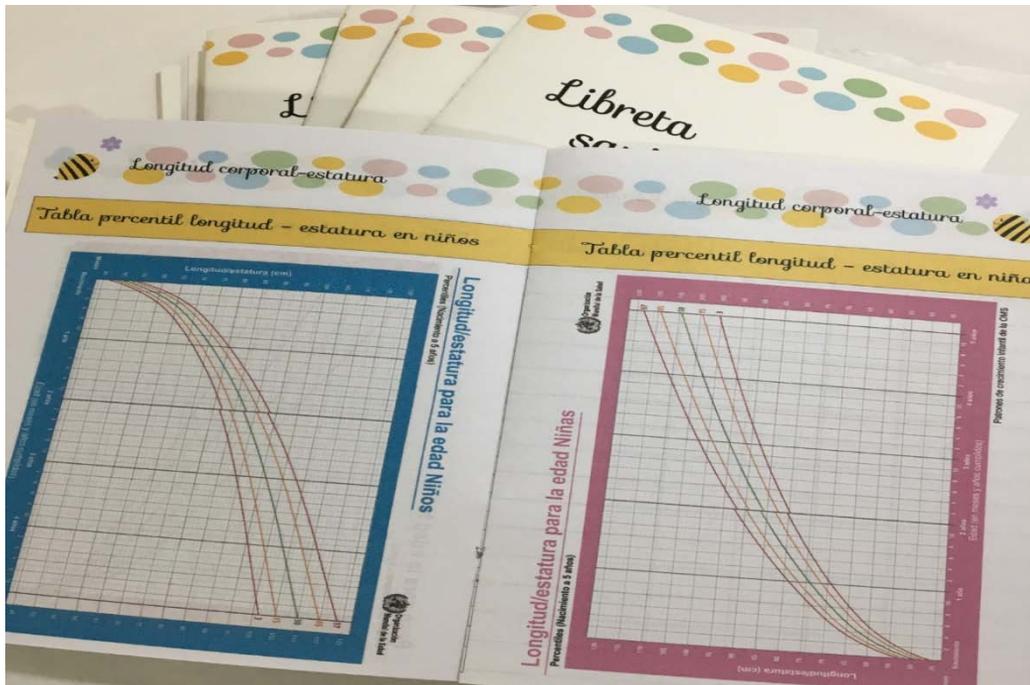
# Familia

- ▶ **Entrenar a la familia:** para el cuidado integral de su bebé y para la administración de suplementos nutricionales y medicamentosos. Asegurarse que hayan comprendido todos los cuidados.
- ▶ Acompañar y ayudar a las familias en este proceso de reorganización mental y permanecer atentos a dónde focalizan sus preocupaciones y dificultades a fin de intervenir tempranamente y facilitar su preparación para la llegada al hogar.

# Educar a la familia

- ▶ Disminución del riesgo de muerte súbita y por sofocación
- ▶ Para la prevención de interurrencias y reinternaciones
- ▶ Restricción de visitas durante la época invernal
- ▶ Restricción de salidas en la estación otoño/ invierno
- ▶ Lavado frecuente de manos antes y después de atender al niño.
- ▶ Ambiente sin humo.
- ▶ Las recomendaciones sobre sistemas de retención infantil en el transporte y uso seguro de cunas.
- ▶ Evitar la asistencia a guarderías o jardines maternas

- ▶ Libreta sanitaria o cuaderno donde consten indicaciones, estudios realizados, pendientes y evaluaciones por determinados especialistas
- ▶ Aconsejar posiciones que pueden favorecer el desarrollo de los bebés decúbito prono y laterales en vigilia, evitar la incorporación de patrones patológicos y maximizar los momentos de interacción.



# Conclusiones

- ▶ Los cuidados en la UCIN deben tener continuidad luego del egreso hospitalario.
- ▶ Estas recomendaciones señalan los puntos indispensables para tener en cuenta cuando se planifica el alta de niños de alto riesgo neonatal con la complejidad que esto significa.
- ▶ Proporcionar un mensaje unificado, coherente y de trabajo en equipo a la familia

# REFERENCIAS

- ▶ 1. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). Recomendación para el alta de prematuros. Arch Argent Pediatr 2006; 104(6):560-2.
- ▶ 2. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics 2008; 122(5):1119-26.
- ▶ 3. Argentina. Ministerio de Salud Pública de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica-Año 2015. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>.
- ▶ 4. Muniagurria G. Perspectivas psicológicas, vinculares, comunicacionales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Curso para optimizar el Seguimiento de Recién nacidos de alto riesgo, Educasap, 2016.
- ▶ 5. Groisman B, Bidondo MP, Barbero P, et al. RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Arch Argent Pediatr 2013; 11(6):484-94.
- ▶ 6. Groisman B, Tardivo A, Gili J, et al. Reporte anual 2015. Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en Recién nacidos, registradas durante 2014 en la República Argentina. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000711cnt-Reporte%20Renac%202015- web\\_2016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000711cnt-Reporte%20Renac%202015- web_2016.pdf).
- ▶ 7. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. Pediatr Child Health 2014; 19(1):31-42.
- ▶ 8. Hintz SR, Bann CM, Ambalavanan N, et al. Predicting time to hospital discharge for extremely preterm infants. Pediatrics 2010; 125(1):e146-54.
- ▶ 9. Purdy IE, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge and beyond: recommendations for parent psychosocial support. J Perinatol 2015; 35(Suppl 1):S24-8.

- ▶ 10. Whyte R. Safe discharge of the late preterm infant. *Pediatr Child Health* 2010; 15(10):655-66.
- ▶ 11. Liceda M, Taglialegne N, Neustadt N, et al. Programa Nacional de fortalecimiento de la detección precoz de Enfermedades Congénitas. *Pesquisa Neonatal Auditiva*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Maternidad e Infancia; 2014. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: hHYPERLINK "<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisaauditiva.pdf>" ttp://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf.
- ▶ 12. Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico para la Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro. Recomendación para la pesquisa de retinopatía del prematuro en poblaciones de riesgo. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(1):71-6.
- ▶ 13. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Prevención de Accidentes. Consenso sobre mobiliario infantil seguro. 2016. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-sobre-mobiliario-infantil-seguro-nbsp2016.pdf>.
- ▶ 14. Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(3):285-7.
- ▶ 15. Auger KA, Kenyon CC, Feudtner C, et al. Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. *J Hosp Med* 2014; 9(4):251-60.
- ▶ 16. Desai AD, Popaliski J, Simon TD, et al. The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes from Hospital Settings to Home: a Review of the Literature. *Hosp Pediatr* 2015; 5(4):219-31







Gracias

