

Care of the Neonatal Intensive Care Unit Graduate after Discharge

Ricki F. Goldstein, MD^{a,*}, William F. Malcolm, MD^b

Pediatr Clin N Am ■ (2018) ■-■

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.014>

pediatric.theclinics.com

Pediatric Clinics of North America
Volume 66, Issue 2, April 2019, Pages 489-508

PUNTOS CLAVE

Los bebés prematuros y gravemente enfermos son dados de alta de UCIN con una variedad de problemas médicos en curso que incluyen:

enfermedad
pulmonar
crónica

Trastornos del
crecimiento,
nutrición y
alimentación

Lesiones
neuroológicas.

Al alta, los egresados de UCIN pueden ser dependiente algún tipo de tecnología

- oxígeno suplementario
- traqueostomía,
- ventilación mecánica
- Alimentación por sonda o gastrostomía
- Alimentación por bomba
- diversos tipos de monitores.

médicos de atención primaria deben tener conocimiento y comprensión de las complicaciones médicas de estos pacientes en especial para coordinar su cuidado post-alta y proporcionar atención medica efectiva .

Introducción

Cada proveedor de atención primaria (APS) que realiza seguimiento estar bien informado sobre la evolución neonatal del niño y comprender sus diversas morbilidades



Además deben estar familiarizados con los **tratamientos para los problemas médicos** que presenta al alta y ser **capaces de solucionar problemas** de la tecnología de la cual depende.
coordinar el cuidado que requieren.



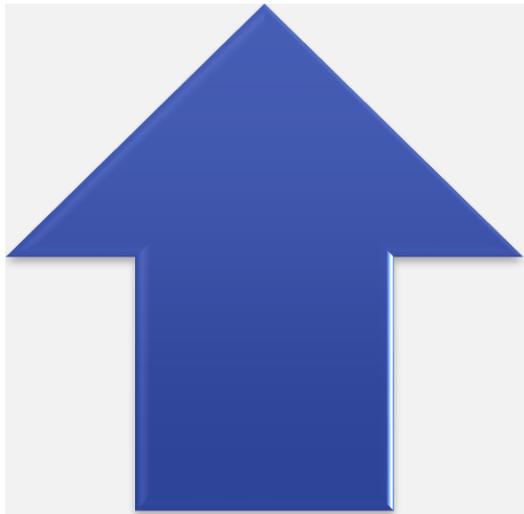
Esta revisión examinará los problemas médicos posteriores al alta más comunes.

Table 1
Subspecialty clinic follow-up for medical problems in NICU graduates

Specialty Clinic	Medical Problems Followed
Pulmonary	Bronchopulmonary dysplasia Reactive airway disease Home ventilator management Interstitial disease
Cardiology	Patent ductus arteriosus Other congenital heart disease Pulmonary hypertension
Neurology	Seizures Spasticity Neuromuscular disease
Nephrology	Hypertension Renal failure Kidney anomaly
Endocrine	Hypothyroidism Adrenal insufficiency Hypopituitarism
Gastroenterology	Gastro-esophageal reflux Cholestatic jaundice Short gut syndrome Constipation
Infectious diseases	Cytomegalovirus infection Herpes simplex infection Other TORCH infections Perinatal human immunodeficiency virus exposure Perinatal hepatitis C exposure
Pediatric surgery	Congenital diaphragmatic hernia Surgical necrotizing enterocolitis Bowel atresia Nissen fundoplication Gastrostomy tube Hernias Ostomy
Urology	Hydronephrosis Vesico-ureteral reflux Meningomyelocele Other genital-urologic malformation
Otolaryngology	Tracheostomy Stridor Vocal cord dysfunction
Neurosurgery	Hydrocephalus Ventriculoperitoneal shunt Meningomyelocele
Orthopedic surgery	Hip dysplasia Vertebral anomalies Club foot Meningomyelocele Other skeletal dysplasia
Genetics	Suspected or documented chromosomal syndrome Metabolic disorder

Table 1
(continued)

Specialty Clinic	Medical Problems Followed
Ophthalmology	Retinopathy of prematurity Cortical visual impairment Cataract Glaucoma
Audiology	Failed hearing screen Risk of progressive hearing loss
Physical therapy	Abnormal muscle tone (decreased or increased) Torticollis/plagiocephaly
Occupational therapy	Brachial plexus injury Feeding (oral aversion) Other sensory integration problem
Speech/feeding	Feeding problem (dysphagia, swallowing problem) Vocal cord dysfunction Cleft lip and/or palate
Dietician (often in specialty clinic)	Special formulas and/or diets Advancement of gastrostomy tube feeds Failure to thrive



Existen clínicas ambulatorias que proporcionan **amplio seguimiento médico** al momento del alta a egresados de UCIN

- Evalúan desarrollo
- organizan los servicios de intervención
- ofrecen atención primaria y / o atención especializada
- el seguimiento varía según el centro, la edad gestacional, el peso al nacer y / o los problemas médicos.



Sin embargo, muchas UCIN no tienen su propia clínica de seguimiento.

- En lugar de ello tienen múltiples citas con subespecialidades
- **Entonces se convierte en la responsabilidad del Equipo de APS integrar la información de todos los sub-especialistas y coordinar la atención para el niño ya familia.**

Que ofrece la UCIN HPM

Cronograma Controles Prematuros

Enero 2015

	40 s	Meses de edad corregida								Años de edad cronológica									
		1	3	6	9	12	15	18	24	2 a 6	3	3 a 6	4 a	4/6	5 a	5/6	6	6/6	7
Pediatra	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Neurólogo	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x
Fonoaudiólogo				x		x		x	x										
Oftalmólogo	x					x							x						
Otorrino	x					x							x						
Fisiatra																			
Exs Laboratorio		x	x																

- [http://www.neopuertomontt.com/Protocolos/Anexos Seguimiento Prematuro/Cronograma Controles Prematuro/Cronograma Controles.htm](http://www.neopuertomontt.com/Protocolos/Anexos_Seguimiento_Prematuro/Cronograma_Controles_Prematuro/Cronograma_Controles.htm)

Las expectativas puestas en APS y cuidadores

Expectativas en APS son bastantes altas : Conocimiento, comprensión y actualización en

- tecnologías y terapias neonatales
- dosis de fármacos y las indicaciones
- Las pruebas de laboratorio que necesitan ser seguidos
- Las indicaciones de fórmulas especiales y recetas para ajustar las calorías
- Varios tipos de equipos (de oxígeno suplementario, sonda nasogástrico, GTT), DVP, ostomía, oxímetro de pulso, monitor de apnea, traqueotomía, ventilador mecánico)
- capacidad para reconocer y solucionar problemas

Se espera que los padres comprendan los problemas médicos y necesidades de su RN egresado de UCIN

- Manejo de fármacos
- estrategias de alimentación y horarios,
- Necesidad estimulación sensorial
- Aumento de la susceptibilidad a la infección
- Asistencia a múltiples subespecialidades
- Continuar sus responsabilidades anteriores (trabajo , cuidar a sus otros hijos, sosten \$)
- Capacitación reanimación básica

APS necesita tener información completa sobre todos los problemas médicos y expectativas en el momento del alta .

EL Medico de atención primaria debe confirmar que los padres están familiarizados con todo esto.

Si la información no se encuentra en el informe de alta, el médico de ALTA debe ser contactado

Información necesaria para los proveedores de atención primaria

Prescripción de medicamentos

- Explicación : medicamento → problema a tratar
- dosis : calculo por kg de peso o es una dosis estándar ¿Qué hacer si el niño se salta una dosis o vomita una dosis , cuándo volver a administrarla?
- Si el medicamento necesita ser ajustado por el aumento de peso y, con qué frecuencia

Alimentación

- Las indicaciones para la fórmula especial
- Instrucciones de preparación para cada fórmula
- Donde comprar la fórmula
- ¿Cuánto tiempo debe continuarse la fórmula especial y qué fórmula para la transición?

subespecialidad

- ¿Qué control para la cual problema?
- ¿Qué se hará en la primera visita (si las pruebas de laboratorio deben repetirse , puede el medico de APS pedir las y enviar los resultados a subespecialistas)?
- Reprogramar horas inmediatamente si se perdió

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

RNT y RNPT difieren en causas pero **los tratamientos son similares.**

congénitos o adquiridos

Los problemas respiratorios más comunes son:

- **secuelas de la ventilación prolongada mecánica** displasia broncopulmonar (DBP) o enfermedad pulmonar crónica
- **anomalías congénitas** de los pulmones y las vías respiratorias (hernia diafragmática congénita [HDC], fístula traqueoesofágica [FTE], hipoplasia pulmonar, broncomalacia)
- **Hipertensión pulmonar** puede presentarse en los lactantes con BPD, HDC, hipoplasia pulmonar o síndrome de aspiración de meconio.
- La mayor causa de rehospitalización en RNMBPN → problemas respiratorios

Displasia broncopulmonar

Antigua v/s Nueva DBP

Criterios
diagnóstico
varían según
centros

Vermont Oxford
Network = necesidad
de oxígeno a las 36
semanas EGC

NICHD Neonatal
Research Network
incluye **oxígeno
suplementario o
cualquier soporte
respiratorio** a las 36
semanas EGC

- Los RNT con SAM , cardiópatas y necesidad de ECMO, requieren con mas frecuencia ttos para DBP
- Los RNPT con SDR severo, enfisema intersticial pulmonar, neumonía congénita o hipoplasia pulmonar son más propensos a desarrollar DBP
- DBP > mayor riesgo de infecciones respiratorias y rehospitalización

Hiperreactividad
bronquial

- > riesgo en displasicos y > riesgo asma en la infancia.
- Los síntomas > comunes son taquipnea en reposo o con esfuerzo.

ventilación casa crónica
después del alta

- Displasicos > necesidad de traqueostomía para VM prolongada en casa.

Anomalías congénitas de los pulmones y las vías respiratorias

HDC / hipoplasia pulmonar

- HDC= provoca hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar
- Pacientes pueden recuperarse por completo o desarrollar algún grado de enfermedad pulmonar crónica y tienen hipertensión pulmonar (HTPP) que requiere oxígeno suplementario y otros medicamentos al alta .
- RN con RPM prolongada pueden desarrollar hipoplasia pulmonar debido a OHA
- RNPT con hipoplasia pulmonar a menudo requieren **ventilación mecánica prolongada, desarrollan DBP significativa, y se han asociado HTPP**

La fístula traqueoesofágica (FTE).

- malformación congénita de la tráquea y el esófago.
- Reparación del defecto** → **estenosis traqueal o un área de traqueomalacia** →**estridor prolongado.**
- Malacia vías respiratorias casi siempre mejora con el crecimiento del niño, pero puede requerir asistencia respiratoria prolongada (traqueostomía) durante la lactancia y la primera infancia.

Hipertensión pulmonar

- **puede desarrollarse antes o después del alta de UCIN.**
- Diagnóstico: ecocardiografía o cateterismo cardíaco.
- necesita ser seguido de cerca por un cardiólogo y / o neumólogo pediátrico.
- ecocardiogramas periódicas ajustes en tto farmacológico
- Puede exacerbarse por : aspiración crónica (secundaria a enfermedad de reflujo gastro-esofágico [ERGE] o problema deglutorio) y las infecciones

Seguimiento de niños con displasia broncopulmonar

Los niños con DBP, deben tener seguimiento por equipo de seguimiento post UCIN y / o broncopulmonar para ajuste de oxigenoterapia y fármacos.

- **Un buen crecimiento y estabilidad médica deben lograrse antes de disminuir el tratamiento.**
- El oxígeno es a menudo destetado por primera vez durante el día y luego por la noche.
- **Si se mantienen oxígeno dependientes debe sospecharse HTPP**

Profilaxis VRS con palivizumab - Los criterios cambian continuamente, más recientes son:

- <28 sem de EG < 12 meses de edad
- <1 año de edad con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa
- <2 Años con DBP que siguen requiriendo intervención médica (oxígeno suplementario, crónica con corticosteroides o tratamiento con diuréticos)
- <1 año con anomalía pulmonar o enfermedad neuromuscular que deteriora la capacidad para eliminar las secreciones de las vías respiratorias superiores e inferiores.

Vacuna contra la influenza

- > 6 meses con DBP y familiares + cuidadores

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.284

Martes 19 de Febrero de 2019

Página 1 de 2

c) Profilaxis de la infección del Virus Respiratorio Sincicial con Palivizumab para prematuros menores de 32 semanas y lactantes menores de 1 año con Cardiopatías Congénitas hemodinámicamente significativas.

Alimentación, crecimiento y nutrición en Neonatología

Los problemas de alimentación son una barrera para el alta

Pueden mantenerse y/o empeoran en la casa

Son factores estresantes de los padres

Causas : inmadurez fisiológica o comorbilidades en RNPT, ,

Es importante que el proveedor de APS conozca las habilidades de alimentación según las etapas

Recordar que

- La introducción de los alimentos debe ser según edad corregida
- Comorbilidades pueden afectar negativamente la alimentación temprana.
- SOG-SNG- TOT pueden conducir a la aversión oral o dificultad en la transición a la textura de los alimentos

Lactancia Materna

Tasas de lactancia materna post alta UCIN son bajos.

- $\frac{1}{4}$ RNMBPN reciben LM a los 6 meses
- $< \frac{1}{4}$ son alimentados al pecho al alta . 11

Las barreras para el mantenimiento de la lactancia materna en el entorno del hogar

- Las preocupaciones comunes de las madres y del equipo SON:

volumen desconocido de la leche ingerida

- *peso pre y post lactancia, para calcular aportes de LM y Formula*
- *especialistas en lactancia deben estar disponibles durante la educación pre y post- alta*
- Posiciones para amamantar

¿Producción de leche materna es suficiente una vez que el bebé está en casa?

- Los estudios han demostrado que la continuación de la extracción con bomba en la casa ayuda a mantener el volumen de leche necesario

¿la leche materna proporciona una nutrición adecuada para un bebé que está creciendo de alto riesgo prematuro?

- La leche materna sola por lo general no tiene suficiente energía, proteínas y minerales, tales como el calcio y el fósforo, para satisfacer sus necesidades nutricionales después al alta

Table 3**Dietary intake requirements in infants based on 150 mL/kg/d**

	Energy	Protein	Calcium	Phosphorus
Recommended for premature infants after discharge	120–130 kcal/kg/d	2.5–3.1 g/kg/d	70–140 mg/kg/d	35–90 mg/kg/d
Human milk without fortification	100 kcal/kg	1.5 g/kg	44 mg/kg	14 mg/kg
Term infant formula	100 kcal/kg	2 g/kg	80 mg/kg	42 mg/kg
Post-discharge premature formula	110 kcal/kg	3.1 g/kg	117 mg/kg	69 mg/kg

crecimiento del neonato egresado UCIN

Casi todos retraso en el crecimiento postnatal y la **expectativa es recuperar peso al alta**

Las razones de la falta de crecimiento:

Dificultad con la alimentación, la absorción de alimentos, o la tolerancia.

Aumento de las demandas metabólicas

El uso de las curvas de crecimiento

Curvas OMS (0-24 meses) y CDC (24-36 meses) con la edad corregida

CHILE : Alarcon y pitaluga ; OMS

- P/E = 24 m
- L/E CC/E = 36 m
- P/L, composición corporal

Recomendaciones para lograr energía, proteínas, minerales y Necesidades

RNPT con LM

- Pecho directo 2 veces al día y complementar con leche materna extraída o formulas de prematuro
- Control de crecimiento y calcio, fósforo, fosfatasa alcalina mensuales mensual hasta que se haya establecido la recuperación del crecimiento.

RN alimentados con fórmula infantil:

- Ajustar formulas según necesidades

Diagnósticos de Evolución

Sistema	Nombre	Observación	CIE10
Hematológico	Anemia Del Prematuro	Tratada	P612
Endocrinológico	Insuficiencia Suprarrenal	En Tratamiento	E271
Infeccioso	Neumonía Asociada A Vm	Tratada	J95851
Cardiovascular	Hipertensión Pulmonar Persistente	Tratada	P293



Epicrisis

Hoja de Paro

Antimicrobianos

Fármacos

Infecciones

Cirugías

Exámenes Y Nutrición

Terapias



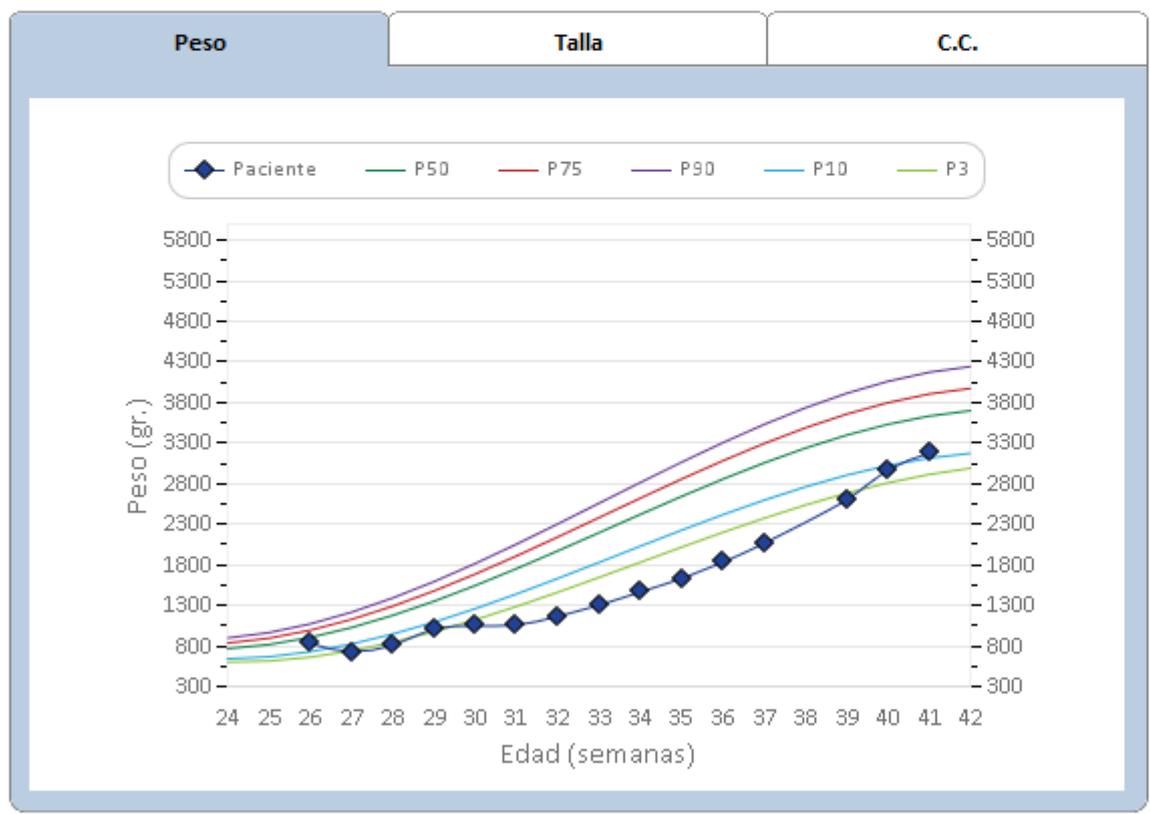
Evolución Antropométrica:

[+ Nueva Evolución Antropométrica](#)

Fecha	Edad		Peso (grs.)	Talla. (cm.)	CC (cm.)	
	Sem.	Días				
Al Nacer	26		830	33,0	25,0	
21-11-2018	27	2	728	33,5	24,0	✗
28-11-2018	28	2	805	34,0	24,0	✗
05-12-2018	29	2	1013	37,0	24,0	✗
12-12-2018	30	2	1047	38,0	24,5	✗
19-12-2018	31	2	1055	37,0	25,0	✗
26-12-2018	32	2	1162	37,0	28,8	✗
03-01-2019	33	3	1300	39,0	26,0	✗
09-01-2019	34	2	1463	39,0	27,0	✗
16-01-2019	35	2	1628	41,0	28,0	✗
23-01-2019	36	2	1830	42,0	29,0	✗
30-01-2019	37	2	2065	41,0	30,0	✗
13-02-2019	39	2	2600	45,0	32,0	✗
20-02-2019	40	2	2970	46,0	33,0	✗
27-02-2019	41	2	3165	47,0	34,0	✗
28-02-2019	41	3	3175	47,0	34,0	✗



Curvas de Crecimiento - Alarcón Pitaluga



Los problemas neurológicos

malformaciones
del sistema
nervioso central
, daño
isquémico o
hemorrágico.

> riesgo de trastornos
del desarrollo
neurológico en la
infancia y la niñez
temprana.

Malformaciones del Sistema Nervioso Central

1. hidrocefalia congénita, o adquirida

- los padres deben estar instruidos en signos de disfunción valvular o infección de esta

2. defecto del tubo neural (con o sin hidrocefalia)

- Problemas hidrocefalia 2° progresiva que requiere una derivación, dehiscencia o infección de la herida, vejiga neurogénica, e ITU
- Los padres a menudo cateterización vesical intermitente
- Seguir de cerca la aceleración de perímetro cefálico, los déficits neurológicos, y los signos de ITU
- Seguimiento por Neurocirugía Pediátrica, Urología, Ortopedia

3. La microcefalia

- CC < p3
- causa infecciosa , tóxicos ambientales
- Vigilar tono muscular y DSM

Lesión Isquémica cerebral

puede ser global o focal



Causas mas comunes

Encefalopatía hipóxico-isquémica

infarto de la arteria cerebral media

Leucomalacia periventricular

Lesión cerebral Hemorrágica

puede ocurrir en los ventrículos o el parénquima del cerebro

La hemorragia intraventricular (HIV)

a. surge de la matriz germinal en los bebés prematuros.

Seguimiento de perímetro cefálico en niños con HIV grave y ecografía

b. Sangrado de plexo coroideo

En recién nacidos a término, un sangrado del plexo coroideo puede ocurrir con enfermedad grave o trauma del parto

Convulsiones y anticonvulsivantes

El seguimiento con un neurólogo pediátrico

ajuste o retiro de fcos

FAEs no deben suspenderse bruscamente.

Educación a los padres

detección de signos de actividad convulsiva, tales como sacudidas de brazos o piernas, desviación de mirada, o rigidez del cuerpo.

Una convulsión puede ser seguido por un período de somnolencia (período postictal).

RN con lesiones cerebrales están en riesgo de desarrollar convulsiones después del alta

La fiebre puede disminuir el umbral convulsivo.

anomalías del tono muscular

- pueden ser de naturaleza transitoria o persistir y dar como resultado un diagnóstico de CP.
- Algunas clínicas de seguimiento tienen fisioterapeutas que enseñarán programas de ejercicios en casa.

hipotonía

- 1. La anomalía más común del tono muscular, ya sea central (sólo en el tronco) o generalizada (en el tronco y las extremidades).
- 2º pérdida de masa muscular por mala nutrición o 2º enfermedad.

hipertonía

- Común en RNPT , mejora con fisioterapia
- hipertonía significativa en las extremidades, particularmente cuando se combina con la disminución del tono del tronco y reflejos primitivos exagerados , sospechar PC

Parálisis cerebral (CP)

- RN que han presentado HIV grave, EHI u otra lesión cerebral isquémica que causa daño a la corteza motora o vías pueden tener anomalías persistentes del tono muscular y la función motora.

Intervención

- terapia física y ocupacional ayudará a prevenir la espasticidad y maximizar los resultados funcionales.

Retinopatía del prematuro (ROP)

- si no se detecta y se trata, puede dar lugar a desprendimiento de retina y ceguera.
- etapas menos graves puede resultar en miopía o hipermetropía.
- **APS conocer estado ROP del bebé y asegurarse de que el seguimiento con un oftalmólogo está programada y asistió.**

Discapacidad visual cortical

- Los resultados de lesión en el lóbulo occipital del cerebro o el daño isquémico generalizada a la corteza cerebral.
- EHI, microcefalia 2º infección intrauterina ,daño isquémico inútero o Kernicterus
- terapia= programas de intervención temprana para ayudar a los niños a adaptarse a esta discapacidad.

Problemas Auditivos

- **La pérdida auditiva neurosensorial** implica una lesión en el nervio auditivo y puede ser de origen genético o secundaria a diversos medicamentos o enfermedades (infecciones TORCH, kernicterus).
- **pérdida de audición conductiva** es causada por un problema en la conducción del sonido a través del hueso y el oído interno. RNPT tienen una mayor incidencia de disfunción de la trompa de Eustaquio, Puede tratarse con tubos de miringotomía para drenar el líquido del oído medio e interno.
- **Seguimiento estrecho con un otorrinolaringólogo pediátrico es esencial para maximizar la audición antes de 1 año de edad para maximizar el potencial para el desarrollo del lenguaje.**

DEPENDENCIA EN TECNOLOGÍA

Oxígeno

- Hasta el 60% de los lactantes con DBP moderada-grave, > destete en primer año de vida.
- Tto 1º línea para los lactantes con HTPP.
- deben ser enviados a casa con un oxímetro de pulso
- Meta de saturación >90% en niños con DBP y >94% HP
- Cánula nasal en los niños sin una vía aérea artificial.
- Traqueostomizados : usar un collar de traqueotomía o el oxígeno aportado por un ventilador .
- Tanques de oxígeno portátil y un tanque más grande con un concentrador para uso doméstico.

puntos importantes:

- deben tener un oxímetro portátil.
- Se debe humidificar si se entrega > de 1lt/min
- los cuidadores estar instruidos en caso de desaturación deben comprobar los errores mecánicos primero y tratar de aumentar el suministro de oxígeno para resolver el problema
- El oxígeno es destetado generalmente en forma escalonada (semanas o meses) y 1º nocturno
- Saturometría nocturna se usa generalmente para evaluarla la interrupción

Monitor de Apnea

- Indicaciones
 - Seguimiento de los niños en mayor riesgo de episodios que amenazan la vida de apnea, bradicardia e hipoxemia.
 - La apnea del prematuro persistente al tto con cafeína
 - apnea central u obstructiva secundaria
 - Historia de la aparente evento que amenaza la vida post-alta de la UCIN
 - Historia de los hermanos de morir del síndrome de muerte súbita del lactante

Los puntos importantes

- ajustes de alta: alarma de baja frecuencia cardíaca en 80 bpm (70 bpm si > 44 semanas de EGC) alarma alta FC a 220 bpm, y alarma de apnea en 20 segundos.
- Revisar posición de electrodos y correa – alarmas fctes
- Los monitores de apnea deben tener la capacidad de memoria de grabación; éstos son generalmente duraderos
- Los padres y otros cuidadores deben ser enseñados bebé reanimación cardiopulmonar antes del alta

Traqueostomía y Ventilación en domicilio

Indicaciones para traqueotomía:

- insuficiencia respiratoria prolongada
- estenosis subglótica
- Broncomalacia-traqueomalacia
- parálisis o disfunción de las cuerdas vocales
- malformaciones congénitas de las vías respiratorias
- tumores
- anomalías craneofaciales
- trastornos neuromusculares

Los puntos importantes:

- profundidad aspiración, no sobrepasar la cánula para prevenir el daño epitelial.
- Curación de TQT al menos 2 veces al día, para evitar el deterioro de la piel.
- La técnica limpia se debe utilizar para los cambios de traqueotomía en el entorno del hogar. La técnica estéril no disminuye las infecciones.
- Los padres y / o cuidadores deben saber cambiar cánula de traqueostomía, aspirar secreciones y la resolución de problemas antes del alta . **Saber RCP**
- deben tener en domicilio una bolsa de suministros de emergencia que contiene una **cánulas de tqt, sonda de aspiración flexible y máquina de aspiración, tijeras, sujetadores de la traqueostomía piezas, guantes, lubricante a base de agua, bolsa de resucitación, y tubo endotraqueal oral.**
- pacientes ventilados y los que tienen secreciones espesas deben utilizar siempre humidificación.

Ventilación domiciliar ; Ventilador portátil

- Indicaciones: Proveer de ventilación para los niños con insuficiencia respiratoria crónica debido a diversos procesos patológicos tales como BPD, broncomalacia, congénita y síndrome de hipoventilación central adquirida, y la enfermedad neuromuscular en el entorno del hogar.

Los puntos importantes:

- deben tener siempre una bolsa de reanimación fácilmente disponible en caso de fallo del ventilador.
- los servicios de emergencia locales y la compañía eléctrica deben ser notificados de la dirección del bebé dependiente en caso de una futura emergencia o corte de energía.

CHILE: PROGRAMA DE ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA

<https://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/PROGRAMA%20AVNI%20Norma%20Tecnica%202013.pdf>

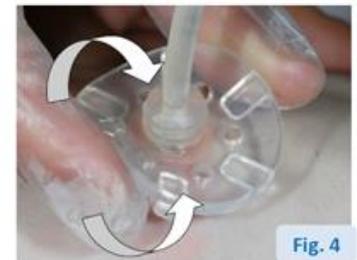
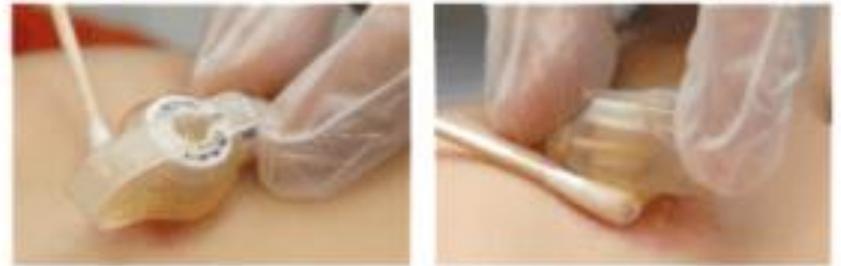
Sonda de alimentación

Indicaciones: para los niños con trastorno de deglución, aspiración, aversión oral, y / o los que tienen retraso en el desarrollo por otras razones.

- 1. El tubo de gastrostomía (GTT) se coloca generalmente en el cuadrante superior izquierdo para ofrecer alimentaciones líquidas.
- Los tubos de alimentación se pueden colocar directamente en el estómago, yeyuno, o pasan desde el estómago al yeyuno

Los puntos importantes:

- la alimentación en bolo debe ser realizada únicamente a cavidad gástrica SNG o GTT.
- Opción Bolo pequeños + AEC noche
- Cuidados de **GTT 2 veces al día**, rotar posición de botón GTT y revisar globo 1 vez por semana.
- los padres deben ser instruidos en hacer cambio de sonda o botón de GTT, ya que no es raro que una GTT con un tracto establecido pueda salirse .
- Irritación de la piel debido a fugas o infección. Típicamente, métodos de barreras de la piel ayudan con la irritación local.
- **Infecciones** superficiales ATB o antimicóticos tópicos y celulitis con ATB sistémicos
- Granulomas : tto cauterización con nitrato de plata o corticoides tópicos
- Proveer de una bomba de alimentación en caso necesario .



servicios de enfermería a domicilio

- puede ser muy costoso económicamente y emocionalmente agotador, para los padres y hermanos.
- La disponibilidad de los servicios de enfermería a domicilio varía según la ubicación y el tipo de previsión de salud.
- El proveedor de APS debe investigar lo que podría estar disponible para su paciente y su familia a través de su cobertura de seguro establecido o servicios médicos adicionales

NUESTRO HOSPITAL CUENTA CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Criterios de ingreso e información de contacto lo puede encontrar en http://www.neopuertomontt.com/ReunionesClinicas/Hospitalizacion_Domiciliaria.pdf



**GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**