Historia clínica de hospitalización neonatal actualizada. (Updated clinical history for neonatal hospitalization.)

[Author(s)]

[Date of Publication] Junio 2015

[Development objective] RI 4.1 Uso de los Servicios de Calidad en Salud Materna e Infantil y Planificación Familiar Incrementado. [IR 4.1 Increased use of Quality Maternal Child and Family Planning Services]

[Formato; Historia clínica, Neonatal; Hospitalización; Salud.] [Format; Clinic History, Neonatal; Hospitalization; Health]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development and the USAID- Honduras, under the terms of Contract AID-522-C-11-000001 and Dr. David Castellanos. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155
Telephone: (617) 250-9500
http://www.msh.org

Proyecto- Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud (ULAT)

HONDURAS

Historia clínica de Hospitalización Neonatal Actualizada

Fecha: Junio 2015

Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido a:
Dr. Juan de Dios Paredes Paz
Management Sciences for Health (MSH)
Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para la Salud
Col. Rubén Darío, Ave. José María Medina C-417
Tegucigalpa, Honduras

Sometido por:
Management Sciences for Health, Proyecto ULAT

Secretaría de Salud Pública

Honduras, C.A.

Historia Clínica Nacional de Hospitalización Neonatal

No. Historia Clínica RN:

1 DATOS GENERALES Institución de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre del recién nacido: _____

Tiene pulsera ID Si ○ No ○ Sexo: H ☐ M ☐ No Determinado ☐

Nombre de la Madre: Historia Clínica de la Madre:

Ubicación de la Madre: Mismo Hospital ○ Domicilio ○ Otro Hospital ● Fallecida ●

Condición de salud: Normal ○ Critica ●

Conoció a su hijo: Si ○ No ●

Nombre del padre o responsable (parentesco):

Dirección: Informe inicial a la familia: Directa ○ Telefónica ● No se logró ●

2 TRANSPORTE Intrahospitalario ○ Otro Hospital ○ CMI ○ US ○ Motivo: _____

Tipo Aéreo ○ Terrestre ○ Distancia Km: Duración Horas: Minutos:

CONDICIONES DE TRANSPORTE:

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No	
Incubadora	○	●	Liq. IV	○	○	Oxigeno	●	○	Intubado	●	○	Vol. Liquido. I.V:
Acceso vascular	○	●	Monitoreo	○	●	Medicamento	○	○	SOG	●	○	Tipo de liq. I.V:

Complicaciones en el transporte: Si ● No ○ Cual _____

3 INGRESO REINGRESO ●

Día	Mes	Año	Hora	Mn	Edad	Días	Horas	EG al nacer	Sem.	Días

4 DATOS MATERNOS Estado Civil: Escolaridad:

Edad Años

Antecedentes Obstétricos: G= ☐ C= ☐ H.V.= ☐ P= ☐ Ab= ☐ H.M.= ☐

Atención pre-natal Si ☐ No ■ N°: _____ US _____ No. Expediente US _____ Atendido por: Médico ☐ Enfermera ☐

Edad Gestacional al nacer: ____ Semanas

Ruptura de Membranas R.E.M. ○ R.A.M. ○ HORAS ____

Drogas SI ___ NO ___ Tabaco SI ___ NO ___ Alcohol SI ___ NO ___

Grupo y Rh

Sensibilidad		Exámenes				Toxoide Tetánico		PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO SI ___ NO ___
SI ☐		R.P.R.		V.I.H		SI	NO	Aguda: _____
NO ☐		NR ☐	R ☐	Pos ☐	Neg ☐	☐	☐	Crónica: _____

DATOS DEL TRABAJO DE PARTO

Comienzo	Terminación		Presentación	Perdida Bienestar Fetal SI ___ NO ___
Espontaneo ☐	Vaginal ☐	Fórceps ☐	Cefálica ☐ Tranversa ☐	Causa de la interveción en caso de cesarea / forceps:
Programada ☐	Cesárea ☐	Otra ☐	Pélvica ☐ Otra ☐	Placenta: Normal ○ Anormal ●

Drogas SI ___ NO ___ Nombre de la Droga o medicamento: _____ Tiempo de aplicación: _____

Líquido Amniótico: Normal ○ Anormal: _____ Cantidad: Normal ○ Abundante ○ Escaso ○

5 DATOS DEL RECIÉN NACIDO Fecha de nacimiento Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___ Nacimiento Simple ___ Gemelar ___ Múltiple ___ Orden al nacer ___ Sexo: M ☐ F ☐

Cordón: Normal Si ○ No ● Circulares ○ Prolapso ○ Nudos ○ Relación Vasos: Tiempo de Ligadura: <90 segundos ○ >90 segundos ○ MUESTRA DE SANGRE DEL CORDÓN: SI ___ NO ___

PUNTUACIÓN DE APGAR

	0	1	2	Minutos 1	5	
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100			
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular	Regular			
Tono muscular	Flacidez	Ligera flexión de extremidades	Flexión completa Mov. Activos			
Irritabilidad refleja	No respuesta	Gesticulaciones	Llanto vigoroso			
Color	Cianosis generalizada Palidez o Ambas	Acrocianosis	Rosado			
Si el R.N. Está deprimido, tiempo que logra APGAR DE 7:			Total			

Reanimación Neonatal SI ___ NO ___ La Reanimación fue exitosa? SI ___ NO ___

Aspiración con perilla (boca-nariz) SI ● NO ○ Aspiración Endotraqueal SI ● NO ○

30 Seg. → Apnea o FC <100 (30seg) → FC <60 (30seg) → FC <60

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
Calor	○	●	Secar	○	●	Ventilación a Presión Positiva	●	○	Mascara ☐ T.E.T. ☐		
Posicionar	○	●	Oxigeno	○	●						

Masaje cardiaco Si ○ No ●

DROGAS Si ○ No ○ ADRENALINA ○ ○ NALOXONA ○ ○

EXPANSORES Si ○ No ○ OTROS _____

APEGO PRECOZ	HIGIENE	PROFILAXIS	VITAMINA K
Si ○ No ●	Método Aseo ○ Baño ○	Oftálmica Si ○ No ● Vulvar Si ○ No ●	Si ○ No ●

6 VALORACIÓN INICIAL

To Axiliar=	Fc=	Fr=	P/A=	Glucometría=	So2=	FiO2=

	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No	
Cianosis	○	●	Ictericia	○	●	Diuresis	○	●	Convulsiones	○	●	Estado de Conciencia: Alerta ___ Irritable ___
Palidez	○	●	SDR	○	●	Meconio	○	●				Letargico ___ Coma ___

7 EXAMEN FÍSICO

Fecha: _____ Hora: _____

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: Peso: g Talla: cm PC: cm PA: cm PT: cm

PIEL Y FANERAS:	Eritema	Edema	Petequias	Equimosis	Angiomas	Nevus
	Si ○ No ○	Si ○ No ○	Si ○ No ○	Si ○ No ○	Si ○ No ○	Si ○ No ○

LESIONES TRAUMATICAS

Ninguna ○ Parálisis Braquial ● Hematomas ● Fracturas ● Hemorragia visceral ● Parálisis Facial ● Otras ●

Craneo / Fontanelas / Suturas

Normal ○ Anormal ●: _____

Ojos: Normal ○ Anormal ●

Oidos: Normal ○ Anormal ● Nariz: Normal ○ Anormal ● Boca: Normal ○ Anormal ● Paladar: Normal ○ Anormal ●

Cuello: Normal ○ Anormal ●

Torax: Normal ○ Anormal ●

8 PUNTAJE DEL TEST DE SILVERMAN - ANDERSEN

Valorar	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Total
Movimiento Toraco - Abdominal	Ritmicos Regulares	Torax Inmovil, abdomen en movimiento	Balanceo (sube y baja)	
Tiraje intercostal en la inspiración	Ausente	Discreto	Acentuado y constante	
Tiro Xifoideo	Ausente	Discreto	Muy marcado	
Aleteo Nasal	Ausente	Discreto	Muy marcado	
Quejido espiratorio	Ausente	Leve inconstante	Acentuado y constante	
TOTAL				

Pulmones: Normal ○ Anormal ● Especifique:

Cardiovascular: Normal ○ Anormal ● Especifique:

Abdomen: Normal ○ Anormal ● Especifique:

Cordón Umbilical: Normal ○ Anormal ● Especifique:

Genito Urinario/Ano: Normal ○ Anormal ● Especifique:

Permeabilidad rectal: Si ○ No ● Especifique:

Columna y extremidades: Normal ○ Anormal ● Especifique:

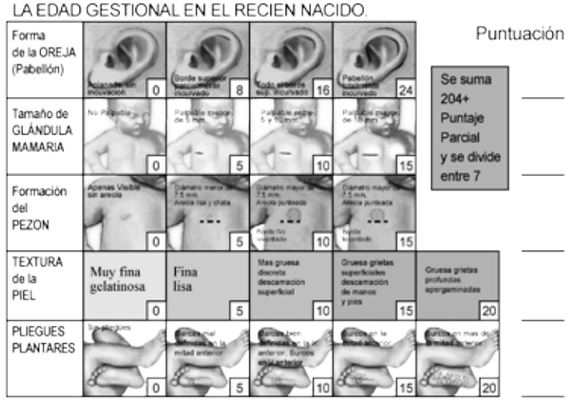
Maniobra de Ortolani: Negativa ○ Positiva ● Bilateral ○ Derecha ○ Izquierda ○

NEUROLÓGICO **ACTITUD / MOTILIDAD** Normal ○ Anormal ● **SUCCIÓN** Normal ○ Anormal ● **TONO** Normal ○ Anormal ●

MORO Completo ○ Incompleto ○ Ausente ● **Malformaciones Congenitas** Si ● No ○ _____

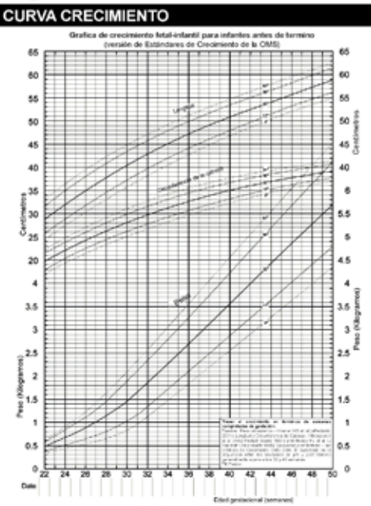
GRÁFICA CAPURRO PARA CÁCULO EDAD GESTIONAL Y CURVA CRECIMIENTO

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTIONAL EN EL RECIEN NACIDO.



Puntuación

Se suma 204+ Puntaje Parcial y se divide entre 7 _____



EG: _____

Gravedad: Ninguna ○ Leve ○ Moderada ○ Intensa ○ Agónico ○

IMPRESION DIAGNOSTICA

1 _____ 3 _____

2 _____ 4 _____

OBSERVACIONES _____

Nombre de la persona que lo atendió _____ Firma y código _____

9 PATOLOGIAS

no ○ si ●

	no	si
Membrana Hialina	○	●
Asfixia perinatal	○	●
Neumonia Connatal	○	●
TTRN	○	●
SAM	○	●
Cardiopatia Congenita	○	●
Hipertensión Pulmonar	○	●
Apneas	○	●
Prematurez	○	●
Otras		

	no	si
Sepsis	○	●
Malformaciones Neurol.	○	●
Malformaciones GI	○	●
ECN	○	●
Sífilis	○	●
Hijo madre VIH	○	●
RX	○	●
Ecocardiograma	○	●

RESULTADO

Fecha Hemocultivos Positivos/Germen

Dia Mes Año _____

Dia Mes Año _____

RETINOPATIA

Oftalmoscopía indirecta no ○ si ○ n/c ○

Edad a la primeta evaluación sem días

Grado max (0-5)

Requiere cirugía no ○ si ●

Daño Neurológico Encefalopatía Neonatal

Ecografía no ○ si ○

EEG

EHI ○ ●

Hemorragia Craneana ○ ●

Leucomalacia ○ ●

Grado max (1-4)

Defecto congénito mayor

TRATAMIENTOS

Antibióticos: no si

	no	si
AMINAS	○	●
Surfactante	○	●
APT	○	●
Hemoderivados	○	●
Indometacina/ Ibuprofeno	○	●
Aminofilina	○	●

Otros _____

ATRIBUTOS:

	Dias
1er. Esquema	
2do. Esquema	
3er. Esquema	
4to. Esquema	

SOPORTE VENTILATORIO

	no	si	DURACIÓN
CPAP Preventivo	○	●	Días Horas
Ventilado ET	○	●	
CPAP	○	●	Días
Oxigeno	○	●	Días >28d ○

CIRUGIA

SI ○ NO ○

Tipo de Cirugia

10 TAMIZAJES

RPR ó VDRL ○

Tipo y YRH Neg ○

Tipo Sangre

HB +tratado ○

Coombs +no tratado ○

S/D ○

THS yT4 libre

Normal ○

Elevado ○

s/d ○

AUDICION

Normal ○

Deficit ○

s/d ○

FALCIFORME

Normal ○

Anormal ○

s/d ○

CHAGAS Positivo ○ Negativo ○

INMUNIZACIÓN

BCG	Hep B vac
no ●	no ●
si ○	si ○
s/d ○	s/d ○

PROMOCION DE SALUD - Temas abordados

	no	si		no	si
1) LME	●	○	4) Higiene	●	○
2) Signos de peligro	●	○	5) Entregó material impreso	●	○
3) Planificación Familiar	●	○	1 _____ 2 _____ 3 _____		

11 EGRESO

Dia Mes Año _____

Vivo ○

Fallece ●

Autopsia no ● si ○ _____

Referido no ○ si ○

Fallece durante o en lugar de traslado no ○ si ●

EDAD AL EGRESO O MUERTE

Horas Dias Sem. _____ <1 dia ○

EDAD GEST AL EGRESO

Sem. días _____

ALIMENTO AL EGRESO

Lactancia exclusiva ○

Mixta ● Artificial ●

Fortificación ○ LM

EGRESO AL HOGAR

- Con madre/padre ○
- Otros familiares ○
- Adopción ○
- Institución de amparo ●
- N/C ○

CRECIMIENTO INICIAL

Peso mínimo _____ g

Edad recupera peso _____ Días

Peso a las 36 sem _____

ANTROPOMETRIA AL EGRESO

Peso g _____ Longitud cm _____ Per. craneano _____

Fotocopias gráficos de peso/edad, longitud/edad

12 DIAGNOSTICO DE EGRESO

INDICACIONES AL EGRESO

RESPONSABLE (quien lo llena) _____ **TELEFONO** _____

13 SEGUIMIENTO COORDINADO

Pediátrico		Lugar	Fecha
Oftalmológico	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Cardiología	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Audilógico	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Apoyo Psicosocial	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Neurologia	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Medicina Física y Rehabilitación	no ○ si ●		DIA MES AÑO
Otros	no ○ si ●		DIA MES AÑO