Historia clínica neonatal ambulatoria rediseñada. (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; Ambulatorio; Salud.] [Format; Clinic History, Neonatal; Ambulatory; 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 en Salud (ULAT) HONDURAS

Historia Clínica Neonatal Ambulatoria Rediseñada

Fecha: Junio 2015

Contrato: AID-522-C-11-000001

Sometido a:
Dr. Juan de Dios Paredes
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

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

Secretaría de Salud, Honduras, C.A.

Gobierno de la República de Honduras | Secretaría de Salud

HISTORIA CLINICA NEONATAL AMBULATORIA

Nombre: ..... Fecha de Nacimiento: Día..... Mes..... Año..... No. de Historia Clínica: .....

No.de identidad: ..... Sexo: H ◯ M ◯ ND ● No. en el listado ..... Establecimiento .....

Padre: .....

Madre .....

Alfabeta? ◯ Si ● No

Escolaridad: ● Ninguno ◯ Primaria ◯ Secundaria ◯ Universidad Años mayor Nivel.....

Estado civil: ◯ Casada ◯ Unión estable ◯ Soltera ● Otro .....

Edad.....

Tipo de Sangre:..... RH.....

Atenciones prenatales: Si◯ No● Número .....

Enfermedades crónicas .....

Enfermedades en embarazo: .....

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Gestas previas ☐☐ Abortos ■■ Porqué? .....

Partos: Vaginales ☐☐ | Cesáreas ■ | Muertos ■■ (1ra. sem / después 1ra. sem)

Nacidos muertos ■■ Nacidos vivos ☐☐ Viven ☐☐

Espacio Intergerésico: - de 24 meses ☐ +de 24 meses ■

Atención Institucional Si◯ No●

Hospital: Público◯ CMI◯ Privado◯ ES◯ Domicilio●

Otro .....

Atendido por:

M .Especialista◯ M.General◯ Enfermera◯ Aux. Enf.◯ Partera●

Otro .....

Nacimiento: Simple◯ Múltiple◯ Orden al nacer ☐

Inmunizaciones

Hp. B ◯ Si ● No

BCG ◯ Si ● No

Tipo de Sangre del RN .....

Hematocrito .....

Edad gestacional al nacer: ☐☐ Sems. ☐ Días

Edad corregida: ☐☐ Sems. ☐ Días

Requirió maniobras de Reanimación? Si◯ No●

Cuáles? .....

APGAR (Min): 1er. ☐☐ 5to. ☐☐

Condición del RN: Sano◯ Con patología●

Peso al nacer ☐☐☐☐ g Talla al nacer ☐☐,☐ cm

Perímetro cefálico al nacer ☐☐,☐ cm

Patologías: Membrana hialina● Sepsis● Apnea● SAM● Prematurez● Sífilis● Ictericia● Asfixia● VHI/SDA● Hemorragia●

Otra: .....

Malformación congénita: Mayor● Menor● SDR sec. a .....

Cuál? ..... Otras .....

Evaluación incial:

	Si	No
Cianosis	●	◯
Palidez	●	◯
Ictericia	●	◯
SDR	●	◯
Nevos	●	◯
Petequía	●	◯
Eritema	●	◯
Edema	●	◯
Movilidad	◯	●
Angiomas	◯	◯

Otro .....

Estado de conciencia

	Si	No
Alerta	◯	◯
Irritable	●	◯
Letárgica	●	◯
Coma	●	◯

Lesiones traumáticas:

Ninguna◯ Parálisis braquial● Fracturas● Hematomas●

Otro .....

Medidas Antropométricas

Peso ..... g

Menor de 2500g. .....

Talla ..... cm

Perímetro cefálico ..... cm

Perímetro Torácico ..... cm

Perímetro Abdominal ..... cm

Si es menor de 7 días: Pérdida de peso ..... %

Signos vitales

FC ..... Pulso .....

FR ..... T. Axilar .....

P/A .....

TEST DE SILVERMAN - ANDERSEN

Valorar	0	1	2	Total
Movimientos tóraco abdominales				
Tiraje instercostal de la inspiración				
Tiraje xifoideo				
Aleteo nasal				
Quejido respiratorio				

Total .....

Glucometría

Identificación de signos de peligro Si● No◯

Cuál? .....

Alimentación

Recibió Lactancia Materna? Si◯ No● Exclusiva? Si◯ No●

Apego precóz? Si◯ No●

lactancia exclusiva? Si◯ No● Mixta◯ ..... Veces en 24 h

Otra leche: De adaptación◯ Entera◯ Como la prepara? .....

Otro Alimento?● Qué alimento? .....

Otra bebida:● Qué bebida? .....

Tendencia de peso: ◯ Ascendente ● Descendente ● Horizontal

Tiene alguna dificultad para alimentarse? Si● No◯ Cual? .....

Ha dejado de Comer?: Si● No◯ Desde Cuándo? .....

Evaluación de Agarre:

Si	No	
◯	●	Boca bien abierta
◯	●	Toca seno con Mentón
◯	●	Labio inferior evertido
◯	●	Más areola dentro de la boca

Evaluación de Posición:

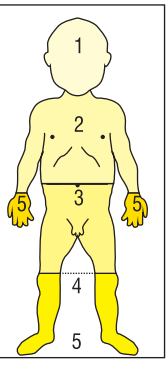
Si	No	
◯	●	Cabeza y cuerpo Alineado
◯	●	Cara de frente al pecho
◯	●	Barriga con barriga
◯	●	Manos sosteniendo el cuerpo

Evaluación de Succión:

Si	No	
◯	●	Mamadas lentas y Profundas

ESCALA DE KRAMER

Zona de Kramer	Locallización	Valor de Bilirrubina total (mg/dl)
1	Cara	4 - 8
2	Mitad superior del tronco	5 - 12
3	Abdómen	8 - 16
4	Porción proximal de extremidades	10 - 18
5	Palmas de manos y plantas de pies	+ de 18



Exámen físico:

Cráneo: Fontanelas suturas	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Ojos:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Nariz:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Boca:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Paldar:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Oídos:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Cuello:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Torax:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Mamas:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Pulmones:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Cardiovascular:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Abdómen:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Cordón Umbilical:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Genito-Urinario:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Ano:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Columna y extremidades:	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Bilateral izquierda	Normal ◯	Anormal ◯	Explique
Maniobra de Ortolani:	Negativa ◯	Positiva ◯	

Exámen Neurológico

Actitud y Motilidad:	Normal ◯	Anormal ◯	
Succión:	Normal ◯	Anormal ◯	
Tono:	Normal ◯	Anormal ◯	
Moro:	Completo ◯	Incompleto ◯	Ausente ◯
Babinski:	Positivo ◯	Negativo ◯	

Observaciones:

Diagnóstico:

Tratamiento o indicaciones:

Referencia: Si ◯ No ◯

Dónde?

Nombre de la persona que brindó la atención

Firma y sello