

CONSULTA DE SEGUIMIENTO NEONATOLOGÍA



“Un proyecto de vida multidisciplinar”

Eva García Cantó,
Unidad de Neonatología
Servicio de Pediatría HGUA



INDICE

- Antecedentes del tema
- Vías de Derivación
- Criterios de Derivación
- Registro de los niños citados en la consulta
- Recomendaciones
- Reuniones y Charlas
- Correo electrónico



ANTECEDENTES DEL TEMA

- Aumento de la prematuridad (7-10%)
- Los <1500g (<32s) : 1-2%
- Nuestra Unidad: 60-70 casos/año (25-30 <1000 o <28s)
- Supervivencia >90% en >28sem (>1000g) incluyendo algunos niños de 23-25 sem.

Cuidados embarazada, Corticoides prenatales
Surfactante, Avances nutrición

- La supervivencia sin morbilidad > 70%
- Mayor riesgo de alteraciones en su desarrollo

Seguimiento, prevención y actuación precoz



- **Morbilidad mas importante**

Desnutrición, NEC, EMH, NTX, DBP, Sepsis-Meningitis, PDA, HTP, HPV/LM periventricular/Hidrocefalia PH, ROP, Hipoacusia...



- **Pacientes de riesgo**

Respiratorio, infeccioso, oftalmológico, auditivo, endocrinológico, nutricional, neurológico, conductual, social...

- **Gestación de la consulta**

• • •





- Equipo multidisciplinar

Neonatólogos, neuropediatras, rehabilitadores, fisioterapeutas, endocrinos, radiólogos, enfermeros, digestivos, equipos UHD, neumólogos, otorrinos, oftalmólogos, nefrologos, psicólogos del hospital, **profesionales del CDIAT** (psicólogos, t. ocupacional, trabajadores sociales, logopedas...) **profesionales de atención primaria**, profesionales de la **educación** (maestros, psicopedagogos, M. de audición y lenguaje...)



OBJETIVOS PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

- Atención prenatal adecuada y universal
- Seguimiento niños con PN < 1.500 g, con programas sistematizados y equipos multidisciplinares, hasta la edad escolar
- Apoyo a las familias para que acepten y comprendan mejor la evolución de su hijo
- Atención especializada a los niños en los que se detecte una deficiencia psíquica, motora o sensorial
- Apoyo escolar en los niños con dificultades del aprendizaje
- Apoyo a la investigación perinatal. Recogida sistemática de información
- Desarrollo de programas de investigación que impliquen a profesionales de distintos ámbitos para mejorar el conocimiento sobre la evolución de estos niños



VIAS DE DERIVACIÓN

- Sala de Neonatología
- Planta de Maternidad
- Otros Hospitales
- Atención Primaria
- Consultas A. especializada



CRITERIOS DE DERIVACION

- 1- RNPT <1500gr y/o < 32 sem
- 2- RNPT moderados (1500 a 1750 g y/o 32⁺⁰ a 33 sem)
- 3- RN con EHI tratados hipotermia inducida
- 4- RN patología neonatal grave
- 5- RN patología neonatal no grave (incluye PEG)
- 6- RN Unidad Genética – Dismorfología



4-Patología neonatal grave: (si curso complicado: alto riesgo neurológico, nutricional, o respiratorio. Si exploración neurológica anormal al alta)

- D. Respiratorio con VM > 2 días y/o VOAF
- Sepsis- meningitis
- Otras a valorar si riesgo alto



6-Patología neonatal no grave

- Hijos de madres adictas a tóxicos (cocaína, opiáceos y alcohol)
- RCIU y PEG no incluidos en otros grupos
- Policitemia sintomática
- Alteraciones metabólicas sintomáticas: hipoglucemia, hipocalcemia
- Hiperbilirrubinemia precisa o cercana EXT o cifras BR > 25 mg/dl
- Gemelo de niño que haya tenido patología
- EHI I: valorar (v. mecánica, Apgar, láctico ...). EHI II-III Neurología.
- Patología infecciosa de curso no complicado
- RN pendiente al alta de estudios (neuroológicos, hematológicos, nefrológicos ...)



MATERNIDAD

1-Caderas: remitir a su pediatra para petición de ecografías de caderas según protocolo. Si exploración dudosa ecografía a los 15 días y cita en consulta

2-Ectasia renal: Seguir protocolo maternidad

3-Otras pruebas complementarias pedidas en maternidad: hacer HC para ver resultado en la CEN. Pedir cita en la semana siguiente a la cita en la que se realiza la prueba complementaria



REGISTROS



1. REGISTRO ADMINISTRATIVO : ABUCASIS

- ✓ Diferentes GRUPOS en función de factores RIESGO
- ✓ Nuestro principal foco de atención: SEGUIMIENTO del RNPT<1500g
- ✓ Historia Clínica sistematizada:
Homogeneizar, ser exhaustivos, recopilar, registrar, compartir y comparar resultados...**mejorar nuestra atención a los niños y sus familias**



GRUPOS DE RIESGO

ALTO RIESGO:

- RNPT < 1500g
- Patología neonatal grave
- EHI tratada con Hipotermia

Seguimiento

hasta los **6.5 -7 años**

RIESGO MODERADO:

- RNPT moderados
- PEG

Seguimiento

hasta los **2 años**

RIESGO BAJO O PATOLOGIA ESPECIFICA:

- Patología neonatal no grave
- Dismorfología

Seguimiento

6-12 meses



PROGRAMA DE SEGUIMIENTO RNPT <1500 g

DESPISTAJE DE

Problemas de crecimiento

Somatometría /curvas de crecimiento

Bajo peso, Talla Baja, Microcefalia

Digestivo Infantil, Endocrino

Problemas Hematológicos

Hematimetría y bioquímica

Anemia, Neutropenia

Hematología

Problemas oftalmológicos

Fondo de ojo, Estudio agudeza visual

Miopía, estrabismo, Ceguera

Oftalmólogos

Problemas Auditivos

OEA, P.A. automáticos, PEAT

Hipoacusia Trans. o Neurosen.

Otorrino, Neurofisiólogos



PROGRAMA DE SEGUIMIENTO RNPT <1500 g

DESPISTAJE DE

Anomalías Neurológicas

Hallazgos
ecograficos/radiológicos
RMN/ TAC

HPIV, Hidrocefalia post-hemorragica,
hidrocefalia externa benigna,
Leucomalacia periventricular,
Craneosinostosis, Plagiocefalia postural

Hallazgos clínicos/
Test psicométricos

Hipo o hipertonia,
Asimetrías,
Retraso psicomotor,
Parálisis cerebral
Retraso mental

Neuropediatría
Rehabilitación
A.Temprana
Psicología

Problemas Conducta,
Aprendizaje, Interacción Social

CD, CI , T. M-CHAT, SCQ, T.
Conners (padres-maestros), T. de
Eyberg

TEA,
TDAH

Psicología
Neuropediatría
Atención temprana
Psicopedagogos Escuela



PROGRAMA DE SEGUIMIENTO RNPT <1500 g

DESPISTAJE DE

Riesgo Respiratorio

RN con DBP seguimiento conjunto con Neumología

Hiperreactividad bronquial, Asma

Neumología

Riesgo endocrinológico

RN con seguimiento conjunto con Endocrinología

HipoT congénito vs
Hipertirotoxinemia transitoria

Endocrino



GUÍA DE SEGUIMIENTO RNPT<1500g

Actividades	1m	3m	6m	12m	18m	24m	30m	36m	4a	5a	6a	7a
Somatometría	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tensión Arterial									x	x	x	x
Desarrollo Psicomotor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estudio Analítico		x		x						x		
Evaluación Audiológico		x										
Evaluación Oftalmológica		x					x		x	x	x	
Ecografía Cerebral		x	x									
Derivación Rehabilitación		x	x									
Derivación Atención Temprana	x	x	x									
Evaluación Psicológica					X B-L		X B-L				X WISC	
Test Psicológicos			EMP	EMP	CHAT			EYERG	EYBERG SCQ	EYBERG	EYBERG SCQ	
Valoración Bucodental						x		x	x	x	x	x
Evaluación Centro Educativo								x	x	x	x	x



HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA

INCIDENCIAS DESDE EL ALTA HOSPITALARIA

Alimentación: succión-deglución adecuada Deposiciones.
Clínica de cólico. Clínica de RGE. Chupete Sueño.
Vacunaciones. Resultado pruebas metabólicas y OEA.
Tratamiento con Hierro (si), Protovit (si) o Vitamina D3.
Synagis (palivizumab)
Temperamento
Valoración por parte de la familia
Acude a la consulta acompañado por
Hermanos Desarrollo psicomotor
Escuela infantil

ANTECEDENTES PERSONALES INTERES

Datos significativos ingreso Neonatología



SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINAR

Centro de **Atención temprana**

Rehabilitación

Neonatología Hospital de Referencia

Cardiología infantil

Endocrino infantil



RESULTADO DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Ecografía cerebral

Potenciales evocados auditivos/Potenciales auditivos **automatizados**

Estudio oftalmológico: fondo de ojo/estudio agudeza visual

Analítica (Hemograma y Bioquímica básica/hormonas Tiroideas/
estudio S. Metabólico-IGF1, BP3...)



RESULTADO INFORME PSICOLOGIA (18 -28 m)

Evaluación Psicología pediátrica Dra. Inmaculada Palazón :
Evaluación de Cociente de Desarrollo a través de la Escala de Desarrollo de Brunet Lezine Revisado : (CP, COM, L , S)
Colaboración durante la prueba. Resultados cuantitativos. Perfil disociado. Signos cualitativos



RESULTADO PRUEBAS DE PSICOLOGIA 7 años

Evaluación Psicología pediátrica Dra. Inmaculada Palazón:

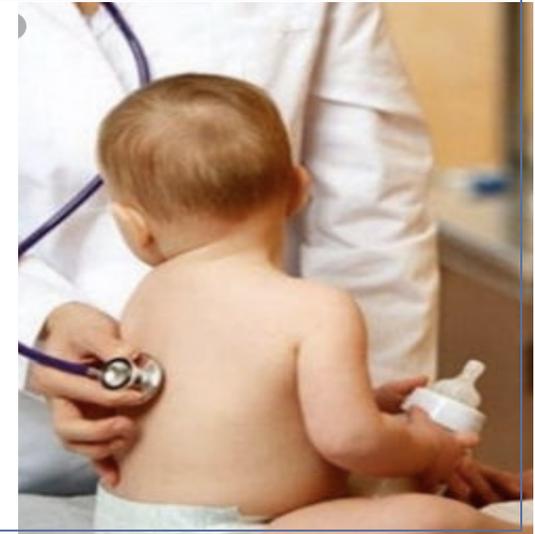
A) Capacidad Intelectual: *Test WISC IV de la escala de Wechsler de inteligencia para niños: CI Total:* (*Comprensión verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo, Velocidad de procesamiento:*). Colaboración durante la prueba. Conforme a los datos cuantitativos su nivel de capacidad. Perfil disociado.

B) Perfil de Conducta: Signos cualitativos. Síntomas inatención y/o inquietud (*escalas de Conners*) en el colegio y en el medio familiar .Otros problemas de conducta. Diagnóstico de sospecha (TEA /TDAH)



EXPLORACION FÍSICA

- Edad cronológica/edad corregida
- Somatometría
- Cribado de Desarrollo Psicomotor
- Exploración física
- Examen neurológico



Edad cronológica:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento

Edad corregida:

Edad cronológica menos (40 semanas-EG)

¿Hasta cuando?

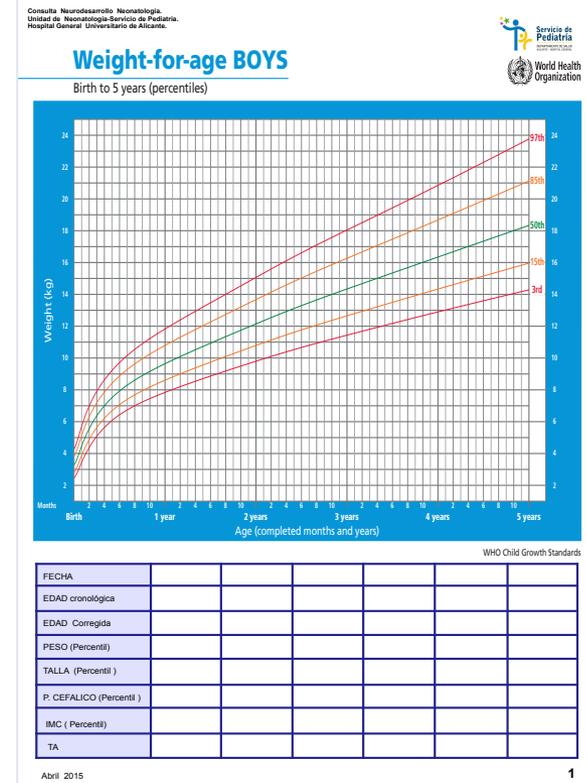
<28 sem hasta los 30 meses
≥28 sem hasta los 24 meses



Somatometría

Percentiles (**curvas OMS 2007**) corregidos.

Peso: g (P) Talla: cm (P) Perímetro Cefálico cm (PC)

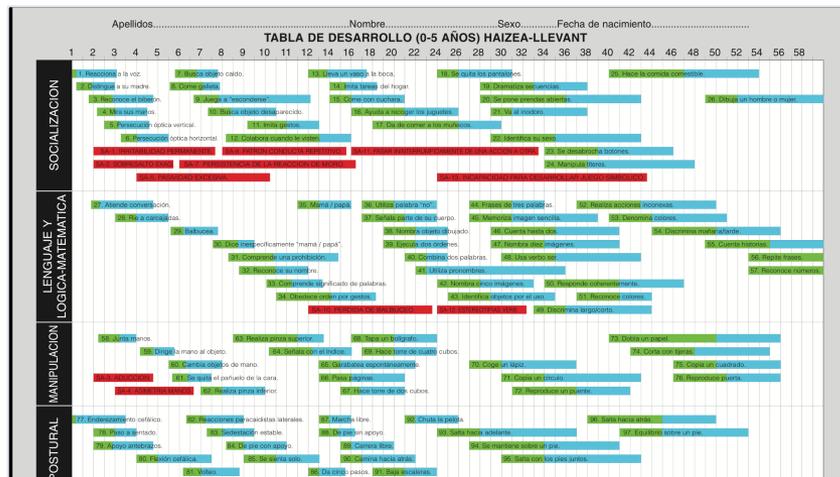
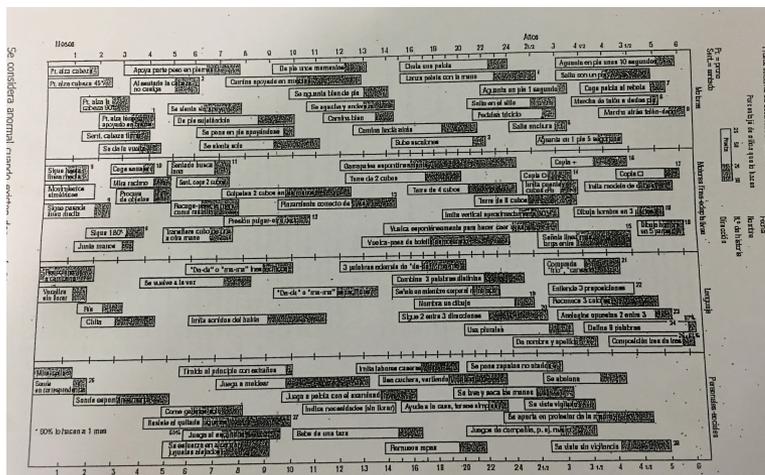


Cribado de Desarrollo Psicomotor

Test de Denver / Llevant: valoración 4 áreas.

Area Motora Gruesa,
Area motora fina-adaptativa,
Area del Lenguaje,
Area Personal-social

Area Postural,
Area de manipulación,
Area Lenguaje y lógica matemática,
Area Socialización



Exploración física

Cráneo: PC , FA-FP, dolicocefalia, plagiocefalia, craneosinostosis

Signos oculares: párpados, HIC, estrabismo, nistagmo

Rasgos dismórficos ORL, ACP, AB, Caderas, Genitales

Exámen neurodesarrollo

Desarrollo sensorial: ojo de buey, ruido

Pares craneales



Capacidad para despertar y mantener la vigilia

Postura y Actividad motora espontanea: mov. generales y segmentarios

Tono pasivo (**esquemas Amiel-Tison**)

Tono activo y fuerza muscular (llevar a sedestación y enderezamiento)

Sensibilidad (tacto ligero, dolor)

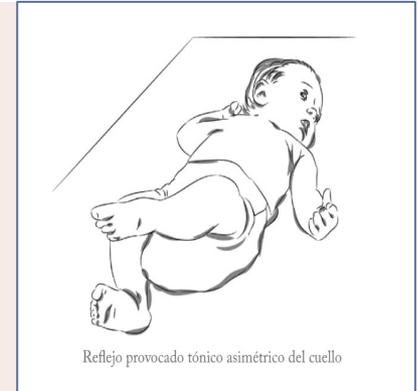
Reflejos miotáticos (bicipital, rotuliano, clonus), reflejos primitivos y reacciones posturales (vestibulares y oculares)

Neuroconducta : estados, orientación visual y auditiva



POSTURA Y ACTIVIDAD MOTORA ESPONTANEA

- No hipertonía extensores del cuello
- No cierre permanente de las manos
- No asimetría postura de miembros
- Movilidad espontánea adecuada y simétrica
- No movimientos anormales ni rigideces



TONO ACTIVO Y FUERZA MUSCULAR

- Llevar a sedestación y retorno hacia atrás
- Control de la cabeza
- Ayuda para sentarse
- Enderezamiento del tronco y las extremidades



Esquemas examen neurológico Dra Amiel -Tison

TONO PASIVO DE LOS MIEMBROS

- Angulo de adductores
- Talón oreja
- Postura de muslos fijados en hiperextensión
- Angulo poplíteo
- Angulo dorsiflexión y balanceo del pie
- Flexión de la mano sobre el antebrazo y balanceo de la mano
- Maniobra de la bufanda
- Rotación lateral de la cabeza

TONO PASIVO DEL EJE CORPORAL

- Flexión repetida de la cabeza
- Flexión ventral del tronco
- Flexión del tronco



Signos de alarma

- No recuperación del PC
- Reflejo" tónico asimétrico del cuello espontáneo
- Hipotonía
- Hipertonía anormal de los extensores del cuello o en las extremidades
- Opistótono
- Cierre permanente de las manos
- Asimetría en la postura de los miembros
- Parálisis facial
- Motilidad espontánea: movimientos anormales
- Rigideces lábiles observadas en el curso del examen de miembros



PROCEDIMIENTOS / EVALUACIONES

Test de EMPP (Early Motor Pattern Profile; Morgan A, Aldag J.. Pediatrics. 1996); (valor normal < 10 a **los 6 meses** ; <4 a **los 12 meses**)

Inventario EYBERG (versión española del Eyberg Behavioral Child Inventory (EBCI)): Escala de intensidad : (vn <125). Escala de problemas: (vn < 11) **4 años**

Test de M-CHAT

(Cuestionario Modificado para la Detección de TEA, Robins y cols., 2001) **18 meses**

Cuestionario SCQ (Cuestionario de Comunicación Social, Rutter, Bailey, Bereument, Lord y Pickles, 2005) **6 años**



PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO de prematuridad

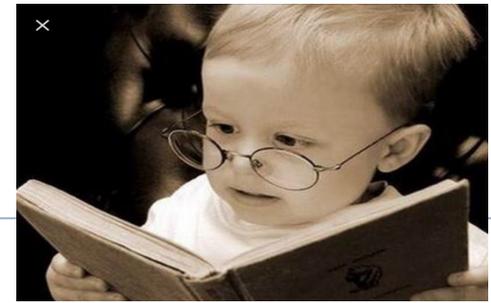
Crecimiento: catch up peso , talla y PC

Neurodesarrollo

Otros problemas



Recomendaciones



- Controles generales por [su pediatra](#).
- Se indican pautas de [prevención de la plagiocefalia](#).
- Se recomienda acudir centro de [Atención Temprana](#) de su zona.
- Se realiza interconsulta a [Rehabilitación](#) infantil
- Se solicitan [estudio de fondo de ojo](#) (oftalmología) y potenciales evocados auditivos ([PEAT](#))
- Se recomienda administrar [hierro](#) (dosis Glutaferro/Fervit) y [Protovit /vitamina D](#) (400 UI) hasta el año de edad.
- Se realizará [analítica](#) entre 7-10 días antes de la próxima cita en consultas, retirando el hierro oral 7-10 días antes de la extracción.
- Se cursa [ecografía cerebral](#).
- Próxima [revisión](#) en esta consulta: En caso de no poder acudir llamen al Teléfono de Admisión Consultas Externas de Pediatría: 96 593 30 47



REGISTRO SEN 1500



REGISTRO NACIONAL DE DISPLASIA-GEIDIS

REGISTRO CONSULTA NEONATOLOGIA. BASE DE DATOS



RECOMENDACIONES

- 1-Consideraciones de **alimentación** especiales para RNPT :
etapa láctea y etapa de alimentación complementaria
- 2-Modelo de calendario de **alimentación complementaria**
- 3-Suplementos **minerales, vitamínicos y DHA**
- 4- **Vacunaciones**: algunas consideraciones
- 5- Prevención de **las infecciones respiratorias**
- 6- Prevención de la **plagiocefalia**
- 7-Prevención de la **muerte súbita**



I. Consideraciones especiales en RNPT

ETAPA LÁCTEA:

La “**Leche Materna**” es el alimento más beneficioso para todos los lactantes y debe procurarse y apoyarse en todas las circunstancias

Para los **Recién Nacidos Prematuros (RNPT)** que se alimenten con **leche adaptada** se recomienda mantener la **“Fórmula de Prematuros”** hasta que alcancen los **3,5-4 kg de peso**



ETAPA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Calendario de Introducción de la Alimentación Complementaria”
en los RNPT se modificará en relación a su edad gestacional (EG):

RN con EG ≥ 35 semanas : **no se modifica.**

RN con EG entre 32^{+1} y 34^{+6} semanas : **se retrasará 1 mes**

RN con EG entre 28^{+1} y 32 semanas: **se retrasará 2 meses**

RN con EG ≤ 28 semanas: **se retrasará 2.5 meses**



Alimentar a los niños con lactancia materna previene de muchas enfermedades presentes y futuras

Se recomienda la **lactancia materna exclusiva** hasta los 6 meses



2. Calendario de Alimentación



Unidad de Neonatología

Revisión febrero 2015

Hospital General Universitario de Alicante

CALENDARIO DE INTRODUCCIÓN ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La edad recomendada para la introducción de los distintos grupos de alimentos es la siguiente:

Los niños que estén recibiendo lactancia materna exclusiva no precisan añadir ningún otro alimento hasta los 6 meses. A partir de entonces también deben introducir los diferentes alimentos sin retrasar la introducción del pure de verduras con pollo a partir de los 6 meses.

Los niños que reciben fórmula adaptada pueden seguir el siguiente calendario de alimentación.

4-5 meses: -Cereales sin gluten

5 meses: -Fruta natural sin azúcar (pera, manzana y plátano).

6 meses: -Pure de verduras con carne:

- Verduras: patata, zanahoria, judías verdes, tomate, calabaza, calabacín...
- Carne: empezar con 50 gr pollo y 7-10 días después introducir ternera.
- Preparar sin sal y añadir aceite de oliva en crudo.

-Pasamos de la Leche tipo 1 a la tipo 2 (mínimo 500 ml/día).

-Yogurt de "Mi primer danone".

-Cereales con gluten.

9-11 meses: Introducir de forma progresiva los siguientes alimentos:

- Pescado blanco

-Jamón york, Jamón de pavo, Queso fresco y Pan (puede ofrecerse en la merienda)

-Yema de huevo

-Otras frutas: melocotón, fresas y Kiwi.

-Puede introducirse un segundo pure en la cena.

-Mantener aportes lácteos mínimos de 500 ml/día.

11 meses: -Legumbres (guisantes, lentejas, garbanzos)

12 meses: -Clara de huevo y Huevo entero.

-Alimentación familiar progresiva.

- Puede añadirse una discreta cantidad de sal y azúcar en la preparación de los alimentos.

15 meses: -Pescado azul

18 meses: -Verduras de hoja verde (como acelgas y espinacas)



3. Suplementos RN Prematuros. Recomendaciones comite ESPGHAN(2010)

TABLA II: INGESTAS RECOMENDADAS EN EL RN

Ingestas Recomendadas	mg/kg/día
Fluidos	110-135 ml/kg/día
Energía	110-135 kcal/kg/día
Proteínas g <1000 g	4.0-4.5
Proteínas g 1-1.8 Kg	3.5-4.0
Lípidos g (MCT >40%)	4.8-6.6
Acid linoleico, mg	385-1540
Alfa-linolénico, mg	>55 (0.9% de a. grasos)
DHA, mg	12-30
AA, mg	18-42
Carbohidratos, g	11.6-13.2
Calcio, mg	120-140
Fosfato, mg	60-90
Hierro, mg	2-3
Zinc, mg	1.1-2
Vitamina D, IU/día	800-1000
Vitamina E, mg	2.2-11
Vitamina A, µg RE	400-1000



3. Suplementos minerales, vitaminas y DHA

HIERRO

Población de riesgo
a tratar:

RNPT <1500g
PEG
RNPT <35 sem
Bajo Peso <2000g

En qué momento:

RNPT <1500 lo recibe al alta
Resto grupos iniciar 6 sem hasta 12 meses EC

Dosis inicial=

1 mg/kg 2 veces al día= 2mg/kg/día

Ajustes posteriores: **según controles analíticos**



Productos comerciales :

GLUTAFERRO gotas (1 ml=30 mg Fe⁺⁺)

$$2\text{mg/kg/día} = 0,07 \text{ ml/kg/día}$$

FERVIT gotas (1 ml=7 mg Fe⁺⁺+Vitamina D₃ 30 UI)

$$2 \text{ mg/kg/día} = 0,3\text{ml/kg/día}$$



COMPLEJOS VITAMINICOS

LOS PREMATUROS

VITAMINA **D3** (400-600 UI) Y
OTRAS VITAMINAS LIPOSOLUBLES (**A, E**)

PROTOVIT

INFORMACIÓN NUTRICIONAL		
Ingredientes	Por dosis diaria: 0,25 ml (9 gotas)	% CDR
Vitaminas		
Vitamina A	200 µg	25 %
Vitamina D	5 µg	100 %
Vitamina E	3,75 mg	31 %
Vitamina B1	0,50 mg	45 %
Vitamina B2	0,375 mg	27 %
Niacina	3,75 mg	23 %
Ácido pantoténico	2,50 mg	42 %
Vitamina B6	0,50 mg	36 %
Vitamina C	20 mg	25 %

CDR: Cantidad Diaria Recomendada por la Unión Europea. * No se ha establecido la CDR

Dosis 444 UI= 0,6 ml= 20 gotas



COMPLEJOS VITAMINICOS

RN con Peso Nacimiento >2000 gr

VITAMINA D3: 400 UI

VITAMINA
D₃-KERH

400 UI = 0,2 ml = **6 gotas**

VITAMINA
D₃- DELTIUS

400 UI = 0,04 ML = **2 gotas**



SUPLEMENTOS DHA

Menores de 2000g :

Si añadimos suplementos DHA **reducir Protovit a 9 gotas/día**

-Mayores de 2000g

Si añadimos los suplementos DHA **retiramos otros productos con Vitamina D3**

Productos comerciales:

DHA-Vit = 1 ml /día

Vita-dé = 0,5 ml/día



Disponemos de 2 preparados de DHA

DHAVIT

DHA 40 mg

Vitamina D 400 UI
Vitamina A 583 mcgr
Vitamina E 0,5 mg

Dosis
1 ml al día

VITA-dé

DHA 20 mg

Vitamina D 400 UI

Dosis
0,5 ml al día



4. Vacunaciones

✓ Seguirá el calendario oficial, según **la edad cronológica** (no corregida) con las algunas matizaciones

✓ La primera dosis de **Hepatitis B** (>2000g o 1 mes de edad cronológica)

Solemos Hexavalente (vacunas de 2 meses)

No al nacimiento

✓ Debemos **repetir Hepatitis B** en la vacunación de los **4 y 6 meses (Hexavalente)** para completar las 3 dosis.

CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2016 Comité Asesor de Vacunas										
VACUNA	Edad en meses						Edad en años			
	2	3	4	5	6-7	12	13-15	2-4	6	11-12
Hepatitis B ¹	HB		HB			HB				
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa		DTPa			DTPa			Tdpa	Tdpa
Poliomielitis ³	VPI		VPI			VPI			VPI	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	Hib		Hib			Hib				
Neumococo ⁵	VNC		VNC			VNC				
Meningococo C ⁶			MenC			MenC				MenC / MenACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷						SRP		SRP		
Varicela ⁸							Var	Var		
Virus del papiloma humano ⁹										VPH 2 dosis
Meningococo B ¹⁰		MenB		MenB	MenB		MenB			
Rotavirus ¹¹	RV		RV		RV					
Gripe ¹²						Gripe (anual)				
Hepatitis A ¹³						HA 2 dosis				

Sistemáticas financiadas
 Sistemáticas no financiadas
 Vacunas para grupos de riesgo



4. Vacunaciones

Vacuna de la gripe

- RNPT a partir de los 6 meses
- Padres y cuidadores: al alta
- Embarazadas: 2º-3ºTMT

Vacuna de la Tosferina

- Embarazada: desde 28-36sem

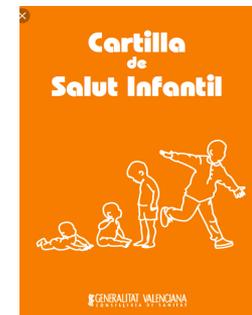


Vacuna Nemococo

- Pauta 3+1 (dosis adicional a los 6 meses)

Vacuna Rotavirus (3)

Vacuna Meningitis B (3+1)



5. Recomendaciones prevención Infecciones Respiratorias



- ✓ No exponer al niño al **humo del tabaco**
- ✓ Evitar los **entornos** contagiosos
- ✓ **Lavado de manos**
- ✓ Se evitará la **exposición a personas resfriadas** y se
- ✓ preconizará la utilización de **pañuelos** desechables
- ✓ Si son los padres: **mascarilla y lavado frecuente de manos**

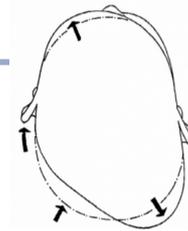
Se recomienda la administración de **Palivizumab** (Synagis) para disminuir el riesgo de padecer infección grave por virus respiratorio sincitial según las recomendaciones oficiales



6. Prevención de la plagiocefalia

Cambios posturales

- ✓ Cuando el niño esté despierto ponerlo boca abajo, hablando y jugando con él
- ✓ Hacer cambios en la posición de la cuna en la habitación (orientación al ruido, a la voz de la madre...)
- ✓ Al tener al niño en brazos (dormir, dar el biberón...) alternar el lado para reducir el tiempo de apoyo



7. Medidas Prevención Muerte Súbita del Lactante



- ✓ Poner al bebe a **dormir boca arriba** (no boca abajo ni de lado)
- ✓ **Evitar el sobrecalentamiento**, no abrigarlo en exceso
- ✓ **No fumar** en el entorno del niño
- ✓ Utilizar un **colchón firme**, **evitar almohadas**, muñecos, dispositivos antivuelco u **otros objetos** sueltos en cuna
- ✓ Se recomienda que duerma en su propia cuna, en la misma habitación con los padres, hasta los **6 meses**
- ✓ Usar **chupete**, a partir del mes de vida, durante el sueño
- ✓ **Dar a conocer** estas recomendaciones a otros cuidadores



REUNIONES

- **Charla prealta**
Psicóloga de Atención Temprana -APSA,
Enfermera de neonatología
Neonatólogo
- **Multidisciplinar**
Neonatología, Rehabilitación, Fisioterapia,
Neuropediatría, A.Temprana -APSA
- **Psicología infantil**
Comentar CD (18-28m) y CI (6a) con Dra Palazón
Problemas de comportamiento (M-CHAT, Eyberg)
Propuestas de mejora del programa
- **Charla postalta**
Escuela-Taller para Padres



Coordinación con Pediatras de Atención Primaria

Correo electrónico

cen_neonatos@gva.es

He aquí mi secreto: que no puede ser mas simple

Sólo con el corazón se puede ver bien;
lo esencial es invisible para los ojos. ☆

el☆
principito





Fue el tiempo que pasaste
con tu rosa lo que la hizo
tan importante.





**¡MUCHAS
GRACIAS!**

