

**MINISTERIO DE SALUD**  
**VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

**HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO PARA SEGUIMIENTO DE RN DE ALTO RIESGO**

**1. MOTIVO DE SEGUIMIENTO**

Prematuro menor de 2000 gramos al nacer		Establecimiento al que se refiere o retorna	
Microcefalia o sospecha de Síndrome congénito por Zika			
Anomalías congénitas mayores		Especialidad	
RN egresado de UCIN			

**2. DATOS GENERALES**

Nombre:	CUN:	Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/>
Lugar de Nacimiento:	Fecha y Hora de Nacimiento: ___/___/___:___	
Hospital de Egreso:	Fecha de Egreso: ___/___/___	
EG por clínica al nacer: ___ semanas	Edad corregida al alta: ___ semanas	Edad cronológica al alta: ___ días
Peso al nacer: ___ gramos	Longitud al nacer: ___ cm	PC al nacer: ___ ● ___ cm    PC a las 24 h: ___ ● ___ cm
Peso al egreso: ___ gramos	Longitud al egreso: ___ cm	PC al egreso: ___ ● ___ cm

**3. ANTECEDENTES PRENATALES Y PERINATALES**

De la Madre	Nombre: _____		Edad: _____		Amenorrea: _____ semanas	
	Control prenatal: SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Lugar: _____				G: ___ A: ___ P: ___ V: ___	
	Vía del parto: Vaginal <input type="radio"/> Abdominal <input type="radio"/>			Tipo de Parto: Hospitalario <input type="radio"/> Extrahospitalario <input type="radio"/> Comunitario <input type="radio"/>		
	Enfermedades durante el embarazo (incluye Zika u otras infecciones del grupo TORCH):		Enfermedades crónicas previas al embarazo:		Ruptura prematura de membranas: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Horas: _____	
Del RN durante el parto	<b>Reanimación al nacer</b>	SI	NO	SI	NO	APGAR: 1 min ___ 5 min ___ 10 min ___
	Estimulación y secado			Masaje cardíaco		Fi O2 utilizada durante reanimación: ___ %
	Oxígeno a flujo libre			Medicamentos		Uso de Surfactante: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
	VPP con bolsa máscara			Cateterismo umbilical		Trauma obstétrico: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
	Intubación orotraqueal			SSN al 0.9%		¿Cuál?: _____
Anomalías congénitas: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿Cuáles? _____						

**4. DATOS POSTNATALES**

Soporte con Oxígeno	SI	NO	Días	Total de días con oxígeno: _____	Otros datos	SI	NO	Días		
Ventilación mecánica					Usado de aminas vasoactivas					
CPAP nasal						Usado de Nutrición parenteral				
Oxígeno por campana cefálica							Exanguinotransfusión			No.
Otros: _____								Transfusiones sanguíneas		

MORBILIDADES DURANTE EL INGRESO	SI	NO	Descripción
Enfermedad de Membrana Hialina			Grado: _____ Dosis total de surfactante: _____
Neumonía Neonatal			Agente aislado: _____
Síndrome de Aspiración Meconial			¿Asociado a Hipertensión Pulmonar? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Síndrome de fuga aérea			¿Cuál?: _____ ¿Se colocó tubo de tórax? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Sepsis Neonatal			Temprana <input type="radio"/> Tardía <input type="radio"/> Agente aislado: _____ ¿Choque séptico? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Asfixia perinatal			¿Asociado a Encefalopatía hipóxico-isquémica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Grado: _____
Síndrome convulsivo			Localizado <input type="radio"/> Generalizado <input type="radio"/> ¿Causa?: _____
Hemorragia intracraneal			Tipo: _____ ¿Hidrocefalia posthemorrágica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Retinopatía de la prematurez			Grado: ___ Corrección quirúrgica: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____
Cardiopatías congénitas			¿Cuál?: _____ ¿Corrección quirúrgica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cirugía realizada: _____ Edad de corrección: _____
Displasia Broncopulmonar			Edad cronológica al diagnóstico: _____ Grado: _____ Manejo: _____

Enterocolitis necrotizante			Grado: ___ Corrección quirúrgica: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿Cuá?: _____
Infección asociada a la atención sanitaria			¿Cuál?: _____ Agente aislado: _____

Otras:

### 5. TRATAMIENTO RELEVANTE RECIBIDO

### 6. ESTUDIOS REALIZADOS

Resultados de Pruebas indirectas de sepsis al egreso	Resultados de Pruebas TORCH:	Otros exámenes:
Hemoglobina: _____ g/dl	Serología para Sífilis: _____	
Leucograma: _____ x mm <sup>3</sup>	Toxoplasmosis: IgM _____ IgG _____	
Neutrófilos: _____ x mm <sup>3</sup>	Citomegalovirus: IgM _____ IgG _____	
Plaquetas: _____ x mm <sup>3</sup>	Zika: PCR _____ IgM _____ ID VIGEPES _____	
Proteína C Reactiva: _____ mg/dl	VIH: _____ Rubeola: IgM _____	

USG Transfontanelar: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	<b>Otros estudios:</b>
Descripción: _____	
Tamizaje auditivo: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	
Descripción: _____	
Tamizaje cardíaco: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	
Descripción: _____	
Tamizaje para hipotiroidismo congénito: Boleta No. _____ Resultado: _____	
Tamizaje de cadera: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	
Descripción: _____	

### 7. EVALUACIONES POR ESPECIALISTAS

Fecha	Especialidad	SI	NO	Diagnóstico o Procedimiento realizado:	Próximo control
	Cirugía				
	Neurología				
	Oftalmología				
	Cardiología				
	Infectología				
	Ortopedia				
	Fisioterapia				
	Otras: _____				

Se brinda apoyo psicológico básico a la madre o cuidadores: SI  NO

Se da referencia para apoyo psicológico especializado: SI  NO

### 8. DIAGNÓSTICOS AL EGRESO

### 9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AL ALTA

### 10. INMUNIZACIONES CUMPLIDAS

Vacuna	Fecha de cumplimiento	Próxima dosis

### RECOMENDACIONES ADICIONALES

