



Seguimento Ambulatorial do RN de Alto Risco

Hospital Materno Infantil de Brasília
20 de Maio de 2015

Roberto Faria
R3 de UTI Ped- HMIB

www.paulomargotto.com.br

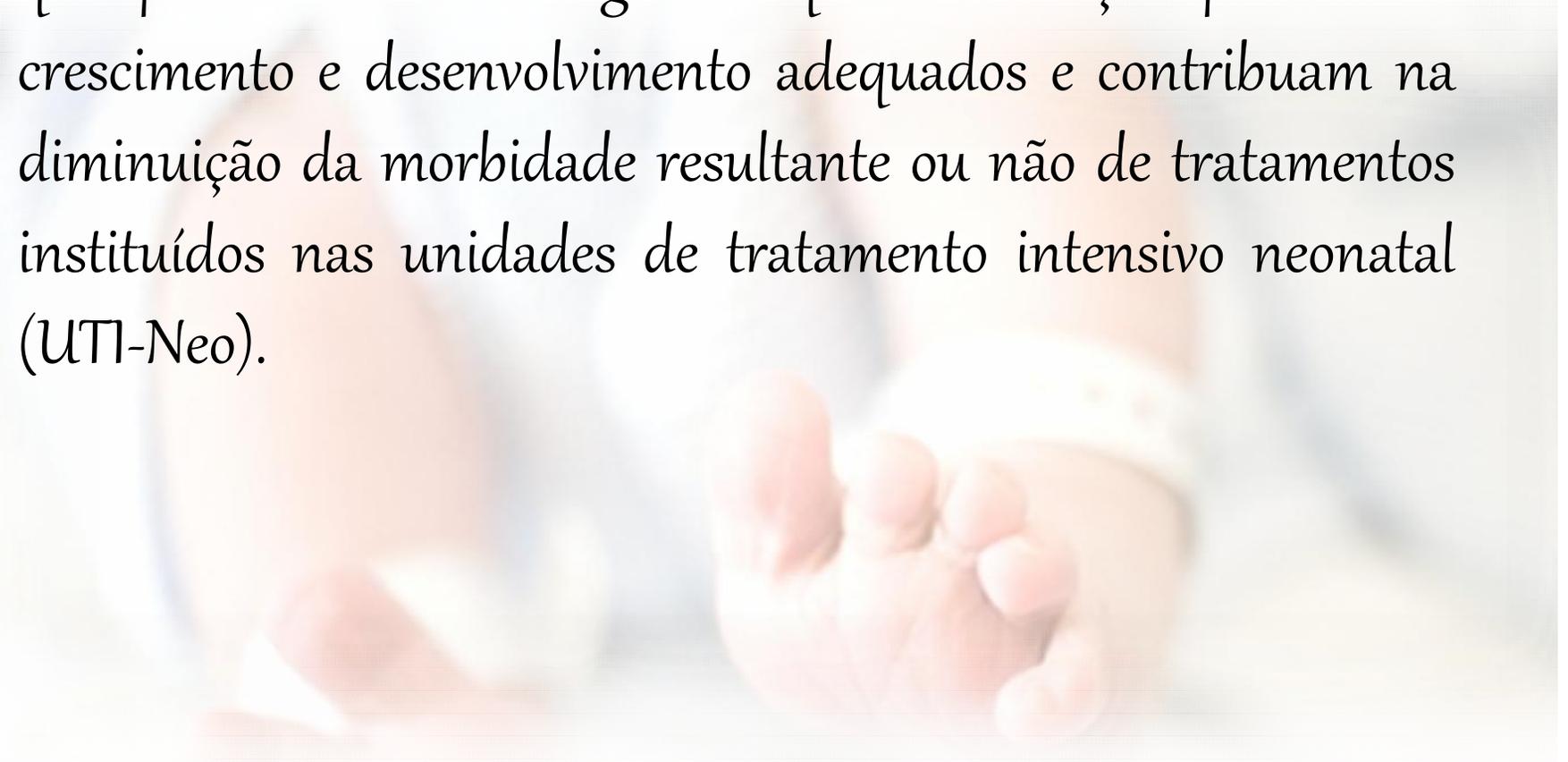
Brasília, 30 de junho de 2015

Seguimento do RN de Alto Risco

- Especialidade estabelecida na maioria dos serviços de saúde dos países desenvolvidos.
- No Brasil: na década de 80
- Com o desenvolvimento dos programas, foram ampliados os objetivos do seguimento, dos quais podemos citar: detecção e intervenção das alterações do desenvolvimento neuro-psico-motor da criança, suporte à família e realização de pesquisas com grupos específicos de RN.

Seguimento do RN de Alto Risco

- *Objetivo Geral: O atendimento no ambulatório permite que procedimentos dirigidos àquelas crianças promovam crescimento e desenvolvimento adequados e contribuam na diminuição da morbidade resultante ou não de tratamentos instituídos nas unidades de tratamento intensivo neonatal (UTI-Neo).*

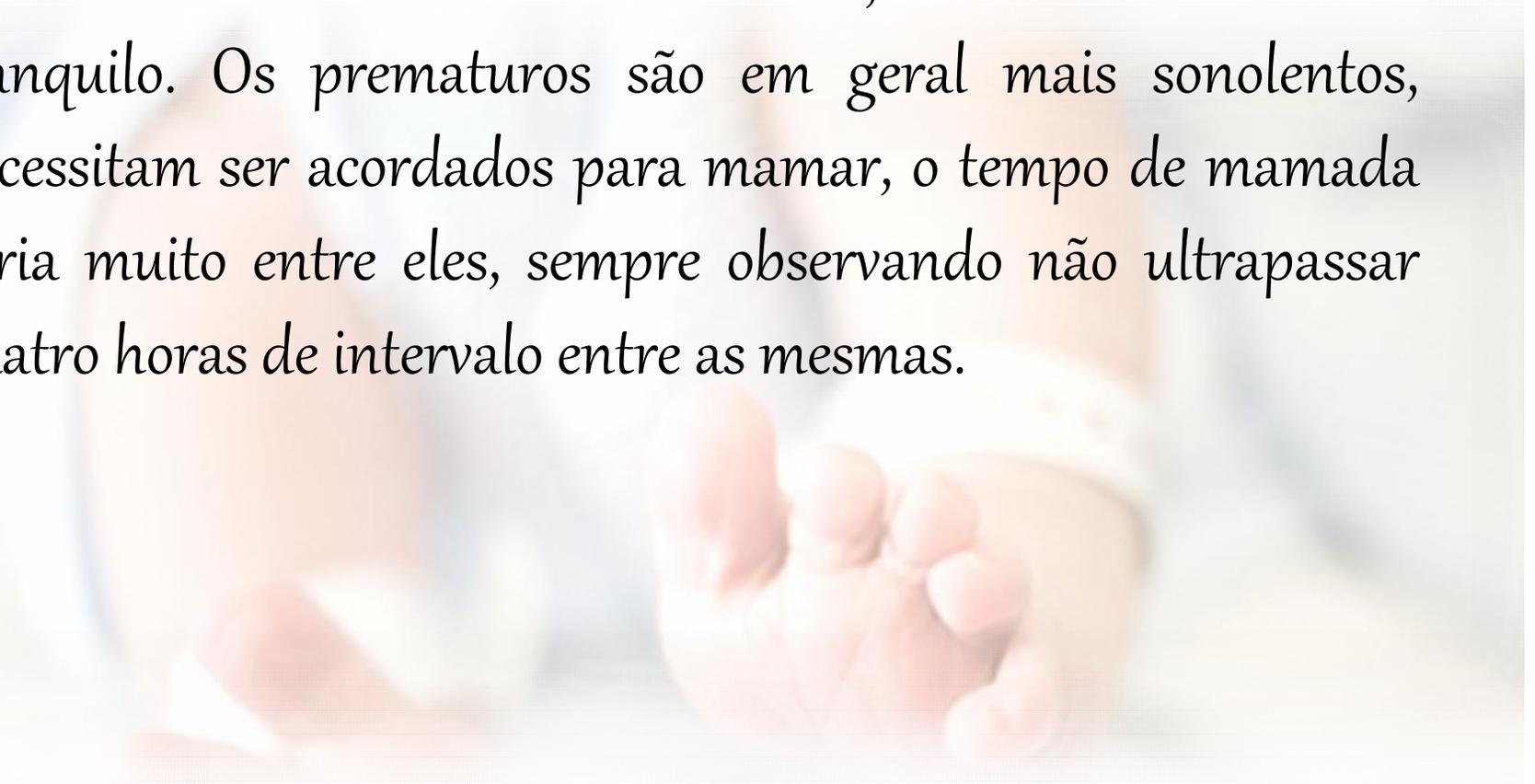


Alta do RN



Alta do RN

- Alimentação LME deve ser insentivado. Informação acerca dos cuidados com as mamas, estímulo e ambiente tranquilo. Os prematuros são em geral mais sonolentos, necessitam ser acordados para mamar, o tempo de mamada varia muito entre eles, sempre observando não ultrapassar quatro horas de intervalo entre as mesmas.



Alta

-
p
ir
fi
n
n
n
h
d

As particularidades da **vacinação do prematuro** são apresentadas abaixo:

- Recém-nascidos internados na unidade neonatal não devem receber vacinas com vírus vivo atenuado (BCG, poliomielite oral e rotavírus).
- BCG: indicada após a alta hospitalar, quando a criança atingir 2.000 gramas, pelo menos.
- Hepatite B: nos pré-termos com menos de 2.000 gramas recomenda-se quatro doses (nas primeiras 12 horas de vida, com 1, 2 e 6 meses).
- Poliomielite: a vacina Salk (injetável, com vírus inativado) está indicada em pré-termos com peso ao nascer inferior a 1.000 g e em crianças que ainda permaneçam internadas por ocasião da idade da vacinação.
- DTP acelular: indicada em pré-termos com menos de 32 semanas e em crianças que ainda permaneçam internadas por ocasião da idade da vacinação.
- Rotavírus: indicada após a alta hospitalar.
- Influenza: lembrar que não somente a criança deve ser vacinada, mas também seus familiares e comunicantes domiciliares.

que os
etíveis a
ivos são
oitamento
pessoas,
s, lavar as
manter a
e roupas

Alta do RN

— Prevenção da Síndrome da Morte Súbita: Prematuridade e baixo peso ao nascer são fatores de risco para a ocorrência da SMSL, que consiste no óbito inesperado e sem explicação durante o sono, cuja frequência é maior nos primeiros meses de vida. Portanto, os pais devem ser orientados sobre a importância de evitar outros fatores de risco que aumentam a chance de ocorrência da SMSL. A criança deve dormir em seu próprio berço, próxima dos pais, de barriga para cima, com a cabeça descoberta e os pés próximos da borda inferior do berço, para evitar que deslize e seja sufocada pelo cobertor. O colchão deve ser firme e o uso de travesseiros e cobertores volumosos é desaconselhado. Os pais devem ser esclarecidos sobre o efeito protetor da chupeta, usada criteriosamente para dormir, quando a amamentação ao seio já estiver estabelecida. A exposição ao fumo deve ser proibida.

Alta do RN

— Estimulação: Os pais necessitam receber orientações sobre a possibilidade de seu bebê apresentar atrasos no desenvolvimento, por ser prematuro, e da eventual necessidade de acompanhamento por profissionais especializados em estimulação e correção de vícios posturais que possam ocorrer. O acompanhamento fisioterápico deve ser mantido durante todo o primeiro ano de vida do prematuro ou mais. Em alguns casos, avaliação e acompanhamento com fonoaudióloga pode ser necessário

Alta do RN

— Exames: individualizados de acordo a necessidade e grau de imaturidade, porém os recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso deverão ser monitorados quanto à anemia, doença metabólica óssea, doenças infecciosas e imunopreveníveis. Dentro da possibilidade de cada centro de Neonatologia, além da realização de ultrassonografia cerebral para diagnóstico de leucomalácia periventricular, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é considerada o padrão-ouro de diagnóstico do componente difuso da leucomalácia periventricular, sendo preconizada ao termo ou próximo do termo (entre 37 semanas e 40 semanas de idade pós-concepcional).

Alta do RN

– Medicamentos: Considerando que alguns

As crianças alimentadas exclusivamente ao seio devem receber a seguinte prescrição na alta hospitalar:



Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D: 12 gotas VO 1x/dia; ou, vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).



Sulfato ferroso (solução oral): a dose profilática para o RNMBP é de 3-4 mg/kg/dia de ferro elementar VO durante o primeiro ano de vida.



Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0.5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.

a
e
s
a
a
e
e

Alta do RN

- Situações de risco: Os pais devem ser orientados a reconhecer os principais sinais e sintomas diante dos quais deverão procurar atendimento médico de urgência. São eles: hipoatividade, choro fraco ou gemência, choro excessivo ou irritabilidade intensa, mudança de coloração da pele (cianose ou palidez), apneia, dificuldade respiratória, sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações ou vômitos frequentes, distensão abdominal, tremores ou convulsões, hipo ou hipertermia.

Alta do RN

- *Prevenção de Acidentes durante transporte: Para o transporte de carro a criança deve ser colocada na cadeira de transporte, presa pelo cinto de três pontas. Não transportar no colo. Recomenda-se que antes da alta a criança seja colocada na cadeira de transporte, com monitorização por 90 a 120 minutos, a fim de detectar episódios de quedas de saturação, apneia e bradicardia, onde é contraindicado o transporte em cadeira específica, devendo-se usar car-bed no chão do banco traseiro do veículo.*

Alta do RN

-

ca

ex

su

ser

As **três competências fisiológicas** consideradas essenciais para a alta do prematuro são:



Capacidade para **alimentar-se exclusivamente por via oral**, sem apresentar engasgo, cianose ou dispneia, em quantidade suficiente para garantir um crescimento adequado (mínimo de 20 gramas por dia, **por pelo menos 3 dias consecutivos**).



Capacidade de **manter temperatura corporal normal**, estando vestido e em berço comum, a uma temperatura ambiente de 20 a 25 °C.



Função cardiorrespiratória estável e fisiologicamente **madura**, sem apneia ou bradicardia por um **período de 8 dias**.

e da
la de
os. O
ração

Avaliação no Desenvolvimento do RNPT



Avaliação no Desenvolvimento do RNPT

Testes de triagem

- Denver II é o teste de triagem mais utilizado, de fácil e rápida execução (20 minutos). Pode ser aplicado por vários profissionais da saúde, sem necessidade de treinamento. Não foi validado, mas foi adaptado para o Brasil e tem boa reprodutibilidade.
- Avalia 4 setores do desenvolvimento: motor grosseiro, motor-adaptativo fino, linguagem, pessoal-social. Pode ser usado na faixa etária de 0 a 6 anos. Permite saber se o desenvolvimento da criança está dentro da faixa de normalidade e categorizar o risco no desenvolvimento, mas não tem valor prognóstico e não avalia alterações qualitativas.
- Na interpretação dos resultados considera-se: normal quando executa as atividades previstas, aceitando-se 1 falha/área; suspeita de atraso se ≥ 2 falhas em ≥ 2 áreas de atividades realizadas por 75-90% das crianças; atraso quando ≥ 2 falhas nas atividades realizadas por mais que 90% das crianças. Nos casos de suspeita de atraso, reavaliar em 2-3 meses. Se persistirem as alterações, investigar a causa e realizar intervenção.
- Uma limitação do teste de Denver II é sua baixa sensibilidade em lactentes < 8 meses

Avaliação no Desenvolvimento do RNPT

- Especial atenção deve ser dada ao desenvolvimento nos primeiros anos de vida, período de grandes modificações e aquisições de habilidades nas diversas áreas
- Biológicos: prematuridade, especialmente os recém-nascidos prematuros (RNPT) de muito baixo peso (< 1.500 g); muito prematuros (< 32 semanas de idade gestacional); aqueles com morbidades graves no período neonatal, como displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular grave, leucomalácia periventricular; os com restrição do crescimento intrauterino, e aqueles com perímetro cefálico anormal na alta.
- Ambientais: baixa condição sócio-econômica-cultural e pais usuários de drogas.

Avaliação no Desenvolvimento do RNPT

- Os principais problemas no desenvolvimento de RNPT de muito baixo peso são:
- Nos primeiros 2 anos: distonias transitórias, menores escores nos testes de desenvolvimento, deficiências sensoriais, atraso na linguagem e paralisia cerebral.
- Na idade escolar: pior desempenho acadêmico, principalmente em matemática, leitura e ortografia; problemas comportamentais, especialmente hiperatividade e déficit de atenção; menor fluência verbal, deficiência cognitiva e de memória; problemas motores sutis; maior necessidade de escola especial.

Avaliação no Desenvolvimento do RNPT

- Uso da idade corrigida (IC) Traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade (subtrair da idade cronológica as semanas que faltaram para a idade gestacional atingir 40 semanas). Embora não haja consenso sobre quanto tempo deve ser corrigida a idade do prematuro, a maioria dos autores utiliza a IC nos primeiros 2 anos de vida.
- O quê avaliar e quando? Entretanto apenas a avaliação clínica não é suficiente para detecção precoce dos distúrbios do desenvolvimento (detecta cerca de 1/3 dos problemas, e geralmente os mais graves), é necessário o seguimento com avaliações sistematizadas por meio de testes de triagem do desenvolvimento, focalizando os aspectos mais relevantes nas diversas faixas etárias.

Avaliação da linguagem do RNPT

- Atraso na linguagem além de ser frequente, chegando a acometer mais que 40% dos RNPT < 1.000 g, associa-se com maior risco de problemas de aprendizagem (< habilidade na leitura e escrita), problemas comportamentais e de ajuste social.
- Mesmo os RNPT com desenvolvimento normal têm pior desempenho na linguagem expressiva (menor complexidade), receptiva (menor entendimento) e prejuízo na memória audiométrica e verbal, em comparação aos RN de termo. Assim, a avaliação do desenvolvimento da linguagem deve ser um tópico de especial atenção durante o seguimento do RNPT.



O diagnóstico de desenvolvimento é realizado no 2º ano de vida, por meio das escalas Bayley, aplicadas por psicólogos.



Nos primeiros dois anos de vida especial atenção deve ser dada ao desenvolvimento sensoriomotor e da linguagem, que podem ser avaliados por meio de instrumentos específicos aplicados por outros profissionais da saúde, como: avaliação do desenvolvimento motor pela Escala Motora Infantil de Alberta, avaliação dos movimentos generalizados e TIMP, aplicados por fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais. Avaliação do desenvolvimento da linguagem por meio de testes aplicados por fonoaudiólogos, tais como: ELM, CAT/CLAMS, inventário de MacCarthur e PPVT-R.



Os distúrbios do desenvolvimento do RNPT nos primeiros anos de vida podem comprometer a qualidade de vida futura, mas a identificação precoce dos mesmos possibilita medidas de intervenção precoce e pode melhorar, em muito, o prognóstico futuro do prematuro.

Psicopatologias do RNPT

- De forma similar e paralela às dificuldades escolares, problemas de comportamento têm sido relatados com frequência mais elevada no acompanhamento de prematuros, quando tais crianças são comparadas às nascidas a termo.
- Dentre as alterações comportamentais mais citadas, destacam-se os comportamentos de somatização, o déficit de atenção e hiperatividade, a ansiedade e as dificuldades de socialização, além de problemas de internalização e externalização⁵.
- Aos 14 anos, os distúrbios psiquiátricos continuam a ter uma prevalência maior nos adolescentes nascidos prematuros. Indredavik et al. observaram uma chance 4,3 (IC95% 1,5-12,0) maior de doenças psiquiátricas em adolescentes nascidos com muito baixo peso, comparados aos nascidos a termo. Recentemente, em uma metanálise que

Psicopatologias do RNPT

- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)
- Distúrbio psiquiátrico mais frequente nas crianças de muito baixo peso ao nascer, acometendo 16% a 19% dessa população, com uma prevalência 2 a 3 vezes maior do que nos nascidos a termo, havendo predomínio do déficit de atenção, em relação à hiperatividade.
- Naqueles pacientes pré-termo com peso ao nascer inferior a 1.000 gramas, o distúrbio é quatro vezes mais frequente do que nos nascidos a termo.
- Os sintomas de TDHA associam-se à diminuição do volume de substância branca e afinamento do corpo caloso, com comprometimento das conexões entre os hemisférios cerebrais
- Nos serviços de seguimento um vez feita a suspeita, a avaliação conjunta do neurologista e/ou psiquiatra infantil é importante para a condução adequada do paciente, com a oferta, sempre que necessária, de abordagem multiprofissional, que orientará a família a acolher e superar as dificuldades relacionadas ao desenvolvimento da criança e do adolescente

Psicopatologias do RNPT

- As Desordens do Espectro Autista (ASD) também são mais frequentes nos nascidos pré-termo, sendo apontadas em 3,6% daqueles com extremo baixo peso ao nascer, aos 8 anos de idade¹¹ e, em 8%, aos 11 anos
- Embora as ASD tenham um caráter genético, na criança prematura se associam a déficit cognitivo, menor quociente de inteligência, menor perímetro cefálico, alterações à ultrassonografia de crânio, redução do volume cerebral de substância branca, aumento do tamanho dos ventrículos e hemorragia cerebelar
- As ASD também se associam à displasia broncopulmonar, provavelmente, devido às dificuldades relacionadas à oxigenação durante o período neonatal
- As ASD incluem o autismo, a Síndrome de Asperger e os transtornos não invasivos do desenvolvimento não especificados, sendo seu diagnóstico efetuado segundo as diretrizes do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição

Psicopatologias do RNPT

- Os distúrbios emocionais
- Também são mais frequentes no seguimento de pacientes pré-termo, embora os achados não sejam consistentes entre os vários estudos.
- Mais recentemente, em um estudo que avaliou adolescentes por volta de 11 anos de idade, nascidos na Inglaterra, os distúrbios emocionais foram 4,6 vezes mais frequentes em prematuros do que nos nascidos a termo (9% versus 2%)
- Alguns estudos mostram que esses distúrbios permanecem até a fase de adulto jovem, sobretudo no sexo feminino e naqueles que apresentaram restrição de crescimento intra-útero
- Metanálise dos estudos relacionados a distúrbios comportamentais indicam: tais pacientes, avaliados entre 5-22 anos, apresentam déficits no desempenho acadêmico, problemas de atenção, comportamentos internalizantes (ansiedade e depressão) e de função executiva (flexibilidade cognitiva e planejamento).

Doença Metabólica Óssea do RNPT



Doença

- De como u extrauto
- O 1 último t não sup pode de
- A it principa menor predispo mecânica prolong

→ 1. Fosfatase alcalina (FA), fósforo e cálcio:

FA aumenta em todos recém-nascidos nas primeiras 2-3 semanas e, após, aumenta quando o suplemento mineral é insuficiente. A FA no prematuro pode aumentar devido a crescimento acelerado ou devido ao suplemento insuficiente de mineral⁵. Valores entre 400 e 800 UI podem comumente ser encontrados em recém-nascidos que se encontram em crescimento rápido, mas frente a valores acima de 800 UI deve-se suspeitar de osteopenia, como também se o fósforo sérico estiver abaixo de 3,5 mg/dl. O cálcio sérico habitualmente está normal.

→ 2. Testes séricos complementares:

1,25 Hidroxi-Vitamina D está aumentado e 25-Hidroxivitamina D está diminuído quando o paciente apresenta osteopenia da prematuridade⁶. O PTH na osteopenia da prematuridade está normal ou elevado.

→ 3. Análise urinária:

Concentração baixa de cálcio e fósforo na urina sugere baixa ingestão. Isso ocorre principalmente devido a um aumento da reabsorção tubular de fosfato consequente à baixa ingestão na dieta, e pelo aumento do PTH, que estimula a reabsorção de cálcio⁴. Recém-nascido muito prematuro perde muito mais fósforo na urina do que recém-nascido de termo.

Doença Metabólica Óssea do RNPT

- Na investigação radiológica:
- RX simples: osteopenia ,mostrando ossos finos, fraturas ou fraturas em fase de consolidação; porém para que sejam observadas essas alterações radiológicas, há necessidade de pelos 20 a 40% da diminuição da mineralização
- A investigação aos 6 meses de idade corrigida deve ser realizada em prematuros que tenham apresentado suspeita clínica na UTI Neonatal, com marcadores bioquímicos e séricos alterados.
- DEXA: atualmente é o padrão-ouro para medir massa óssea em adultos e correlaciona com risco de fratura , apesar de ter sido realizado em crianças, mas seu uso tem sido limitado. A realização em prematuros tem sido validado .
- Ultrassom quantitativo: oferece medidas que estão relacionadas com a densidade e estrutura óssea. É um método simples, não invasivo e relativamente de baixo custo.

Doença Metabólica Óssea do RNPT

- Tratamento profilático:
- Nos recém-nascidos abaixo de 1.500 gramas de peso de nascimento, iniciar com nutrição parenteral total nos casos em que não há condições de alimentação enteral. Fornecer 40 mg/Kg de cálcio (4 ml/Kg de gluconato de cálcio a 10%) e 50 mg/Kg de fósforo (0,5 ml/Kg de fosfato ácido de potássio).
- A melhor relação cálcio/ fósforo para mineralização óssea é 1.7:1.
- Assim que as condições clínicas do paciente permitirem, iniciar com a alimentação enteral, preferentemente com leite humano, inicialmente com a enteral mínima e aumentar paulatinamente o volume.

Doença Metabólica Óssea do RNPT

- Quando atingir pelo menos 100 ml/Kg/dia, adicionar o suplemento FM85 na proporção de 1 grama/20 ml de leite humano.
- A suplementação de cálcio e fósforo deverá ser realizada até a criança completar 40 semanas de idade gestacional corrigida.
- Composição: o conteúdo de cálcio do leite humano de 24 mg% e de fósforo 14 mg%. O FM 85 contém 51 mg de Cálcio/5g do pó, e 34 mg de fósforo/5g do pó.
- O fosfato tricálcico deve ser oferecido a cada 6 horas.

Doença Metabólica Óssea do RNPT

- Vitamina D: A absorção do cálcio depende do estado da vitamina D,
- A suplementação de 400 UI de vitamina D deve ser suficiente; observar o conteúdo no multivitamínico. Terapia com anticonvulsivante tem sido associada com metabolismo aumentado da vitamina D.
- Controle do cálcio, fósforo e fosfatase alcalina: Durante nutrição parenteral, analisar semanalmente. Durante leite humano com suplemento ou fórmula de pré-termo, a cada 15 dias. Período só alimentando ao seio ou fórmula de criança de termo, fazer controle a cada 3 meses e até 1 ano de idade corrigida.

Seguimento do RN de Alto Risco



Seguimento do RN de Alto Risco

- No HMIB o ambulatório interdisciplinar de Follow-up do RN de Risco surgiu em 1999, com o objetivo inicial de fazer a triagem das crianças com seqüelas neurológicas e acompanhá-las.
- Atualmente acompanhamos todos os RNPT abaixo de 1000g, os com alterações neurológicas, dentre outros.
- Os nossos registros contam com 287 crianças acompanhadas, 24 altas e 13 encaminhadas a outros Serviços.

Seguimento do RN de Alto Risco

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

- Grupos Prioritários:
 - PN < 1000g
 - Asfixia perinatal;
 - RN com alterações neurológicas (convulsões, alterações tônicas);
 - Infecções congênitas;
 - Malformações no tubo neural;
 - Síndromes genéticas.
 - RN com alterações na substância branca cerebral detectadas na ecografia cerebral (Os marcadores da lesão da substância branca incluem: ecoluscência periventricular; hiperecogenicidade periventricular; ventriculomegalia

Seguimento do RN de Alto Risco

FLUXO DE PACIENTES

- 1) Os RN mais graves são avaliados ainda durante o período de internação, onde são agendadas as consultas posteriores.
- 2) O maior grupo é encaminhado ao ambulatório pela equipe de neonatologia após a alta hospitalar
- 3) Encaminhado após passar pelo exame de USG TF ; pacientes egressos de outras UTI neonatais da Rede Hospitalar do DF e Entorno.

O ambulatório funciona 1 vez por semana, tendo 5 consultas de 1 vez e agenda de retorno aberta.

O agendamento das consultas subseqüentes é realizado de acordo com cada caso e de sua necessidade.

A cada consulta é realizado o exame clínico, exame neurológico, avaliação visual, avaliação auditiva, avaliação neuro-motora e funcional, e avaliação social.

Os pacientes são acompanhados até 7 (sete) anos de idade cronológica, quando então recebem alta ou são encaminhados a outros Serviços se necessário.

neurologista pediátrico
Oftalmologista e Retinólogo
Otorrinolaringologista
Nutricionista clínica
Fonoaudiologia
Enfermagem
Assistente social
Fisioterapeuta
Terapeuta ocupacional

Quadro 1 - Equipe do programa de seguimento

Membro da equipe	Papel na equipe de seguimento
Pediatra/Neonatologista	Núcleo da equipe, coordenação. Avalia crescimento e triagem do desenvolvimento. Responsável pelo manejo de intercorrências clínicas em geral.
Psicóloga infantil	Avaliação formal do neurodesenvolvimento com escalas diagnósticas. Triagem dos problemas comportamentais, vínculos e manejo dessas situações. Intervenções de apoio e suporte terapêutico das morbidades psiquiátricas frequentes.
Neurologista pediátrico	Manejo em longo prazo das neuropatologias, tais como convulsões, paralisia cerebral e distúrbios de deglutição.
Oftalmologista e Retinólogo	Follow-up da retinopatia da prematuridade e tratamento. Avaliação da acuidade visual e triagens, tais como estrabismo, nistagmo e erros de refração. Prevenção da cegueira.
Otorrinolaringologista	Manejo da perda auditiva.
Nutricionista clínica	Conselhos sobre aleitamento materno e alimentação complementar adequada. Manejo das crianças com falha de crescimento. Manejo das situações que requerem dieta especial (ex.: galactosemia).
Fonoaudiologia	Avaliar potencial auditivo, prevenção da perda auditiva, coordenação da deglutição e auxílio nas dificuldades de linguagem e fonação.
Enfermagem	Controle dos medicamentos em uso. Orientação de medidas preventivas de diversas doenças. Manejo do oxigênio domiciliar, sondas entéricas e cuidados gerais de higiene, quando necessário reforço.

Fonte: Personnel required for follow-up ppt

Seguimento do RN de Alto Risco

O esquema de consultas recomendado é :

Primeira consulta



7 a 10 dias após a alta.

Revisões mensais



até 6 meses de idade corrigida.

Revisões bimestrais ou trimestrais



6 meses aos 12 meses de idade corrigida.

Revisões trimestrais



13-24 meses.

Revisões semestrais



2 a 4 anos de idade cronológica.

Revisões anuais



dos 4 anos até a puberdade.

proprio Hospital.

Seguimento do RN de Alto Risco

AValiação DA NEONATOLOGIA

Objetivo: exame clínico do paciente, visualização do cartão de vacinas, curva de desenvolvimento, avaliação de peso, estatura, perímetro cefálico.

Orientação nutricional (estímulo ao LME até o 6o. mês, introdução de frutas, sucos, sopas, e manutenção do aleitamento até o 2o. ano de vida).

Há um esforço da equipe para se evitar o uso de mamadeiras e quando a mãe já está usando, é feito um trabalho de orientação e convencimento com a Fonoaudiologia e Pediatria, mostrando os riscos e prejuízos para o desenvolvimento da musculatura orofacial e sistema sensório-motor oral.

Seguimento do RN de Alto Risco

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Objetivo: identificar anormalidades e classificar de acordo com os tipos clínicos, síndromes e intensidade.

Observação, teste de reflexos primitivos, miotáticos, pares cranianos e medida de perímetro cefálico

É feito também o acompanhamento do paciente após os métodos de estimulação utilizados (terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, etc), para se observar a evolução do mesmo.

Seguimento do RN de Alto Risco

AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivo: avaliar o desenvolvimento neuro-psico-motor do bebê, e caso haja disfunção em qualquer uma das áreas, acompanhá-lo em sessões semanais objetivando a estimulação global.

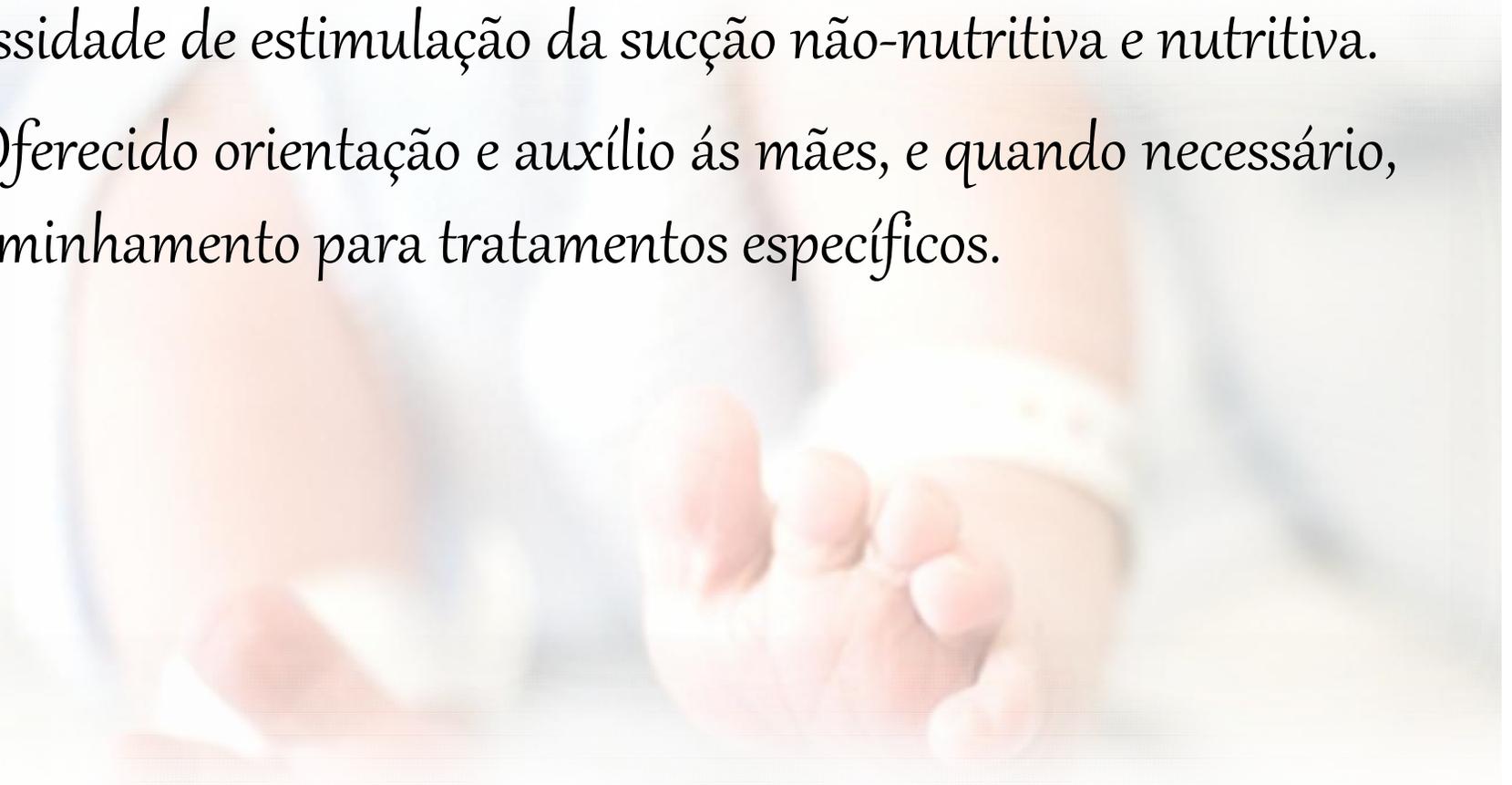
Até as 40s de IGPC os bebês são avaliados pelo Prechtl's Method on Qualitative Assessment of General Movements, que consiste na avaliação qualitativa dos movimentos globais do bebê. A partir das 40 s de IGPC, é utilizado o Alberta Infant Motor Scale (AIMS), que é uma escala de desenvolvimento de 0 a 18 meses.

Seguimento do RN de Alto Risco

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Pesquisa-se o desenvolvimento da audição, cognição e a necessidade de estimulação da sucção não-nutritiva e nutritiva.

Oferecido orientação e auxílio às mães, e quando necessário, encaminhamento para tratamentos específicos.



Seguimento do RN de Alto Risco

AValiação Social

Trata-se de anamnese do grupo familiar com vistas a avaliar os aspectos sociais, relacionais e estruturais que poderão dificultar a adesão ao tratamento do RN.

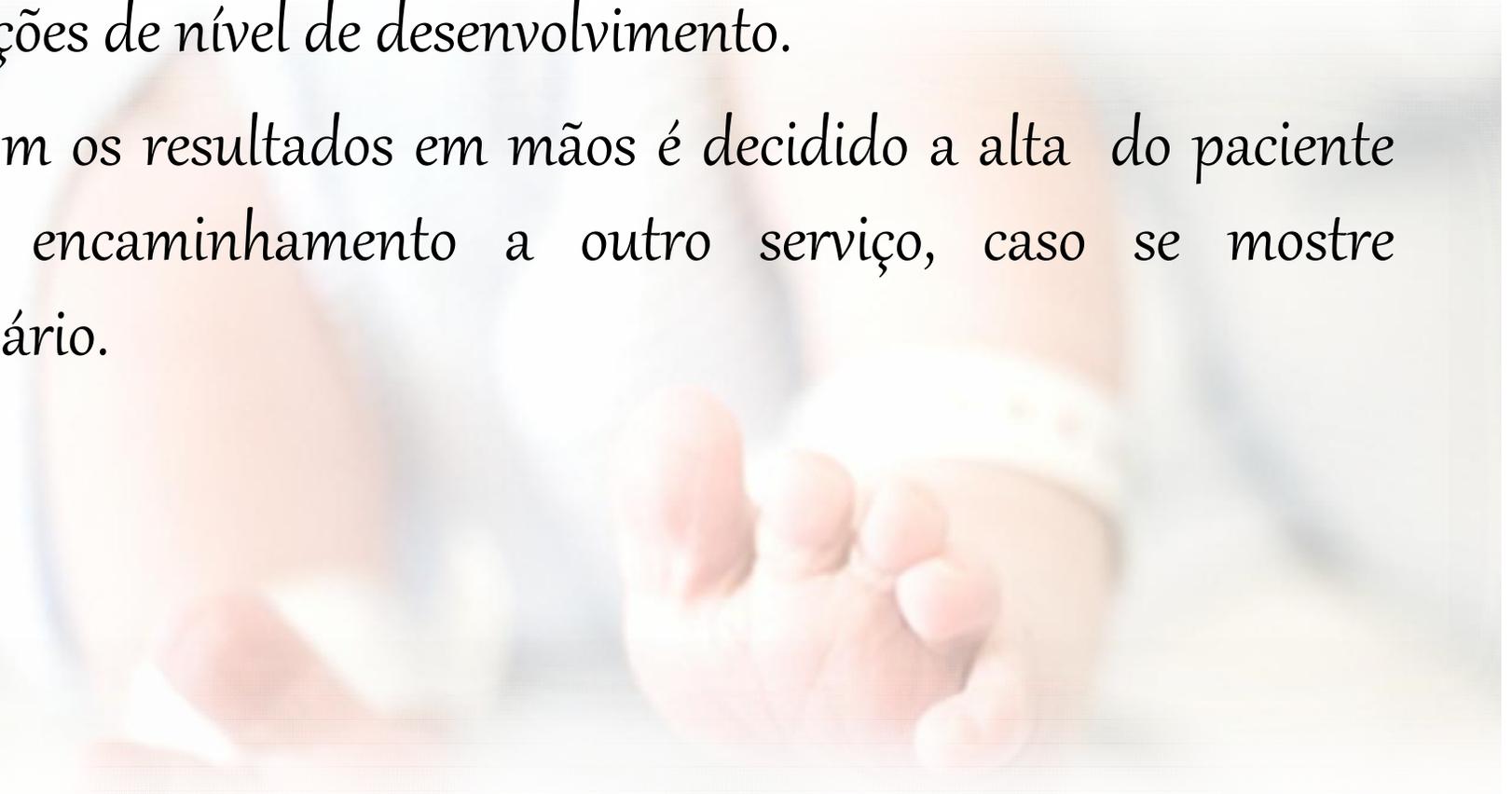
Após o diagnóstico, faz-se os encaminhamentos necessários para acessar os serviços (passe livre, benefício do portador de deficiência, apoio social, etc) e medidas protéticas cabíveis junto às autoridades competentes (Vara da Infância, Conselhos Tutelares). Há casos em que a família continua o tratamento no sentido de fortalecer as figuras parentais, tanto na interação com o RN, como na promoção de uma rede comunitária de apoio familiar

Seguimento do RN de Alto Risco

ALTA

A alta é dada aos 7 anos de idade, quando são realizadas avaliações de nível de desenvolvimento.

Com os resultados em mãos é decidido a alta do paciente ou o encaminhamento a outro serviço, caso se mostre necessário.



Seguimento do RN de Alto Risco

3 períodos de ambulatório d(prematuros,sindrômicos, cardiopatas, cirúrgicos).

1- Dra. Rosângela faz 2 tardes: 2ª e 4ª, sendo o da 2ª feira para pacientes de retorno e a 4ª feira para os pacientes de 1ª vez, estes ambulatórios são acompanhados por dois R1 de pediatria. Na 4ª feira a Enfermeira Ludmilla faz atendimentos em paralelo, com duas residentes de enfermagem, o acompanhamento dos bebês prematuros. Busca ativa quando os pacientes não retornam para as consultas agendadas. Média de atendimentos de 12 a 15 pacientes por período.

2- 5ª feira à tarde, com Dra Carla, geralmente com um(a) R3 com uma média de atendimentos de 10 a 15 pacientes. Em alguns períodos a fisioterapeuta Renata acompanha para identificar, orientar e agendar para o ambulatório de fisioterapia.

3- São duas fisioterapeutas (Letícia e Renata) e uma Terapeuta Ocupacional (Mônica). A consulta das fisio e TO nesta fase é semelhante. Elas se diferenciam mais na fase pré-escolar. Elas têm 3 períodos para atendimento (seg manhã e qua manhã e tarde) atendendo 4 pacientes por período.

4- Geralmente são encaminhados para o Centro de Saúde mais próximo do paciente para obtermos o seguimento mais frequente e para uma referência próxima de casa no caso de adoecimento (idealmente rever semanalmente até 3.000g, mensalmente até 6 meses de idade corrigida, bimestral ou trimestralmente até 1 ano e no mínimo a cada 4 a 6 meses até 2 anos, e após anualmente. O ideal é que eles fossem acompanhados até 8 anos (Dra. Rosângela consegue acompanhar alguns) mas não há condições de fazê-lo além dos 2 anos no momento.

Seguimento do RN de Alto Risco

5- A enfermeira Taciana também faz um ambulatório de seguimento dos pacientes colostomizados.

6- Todos os pacientes com alterações neurológicas, ou que no seguimento apresentam distonias ou outras anormalidades são referidos para o ambulatório do Dr. Sérgio.

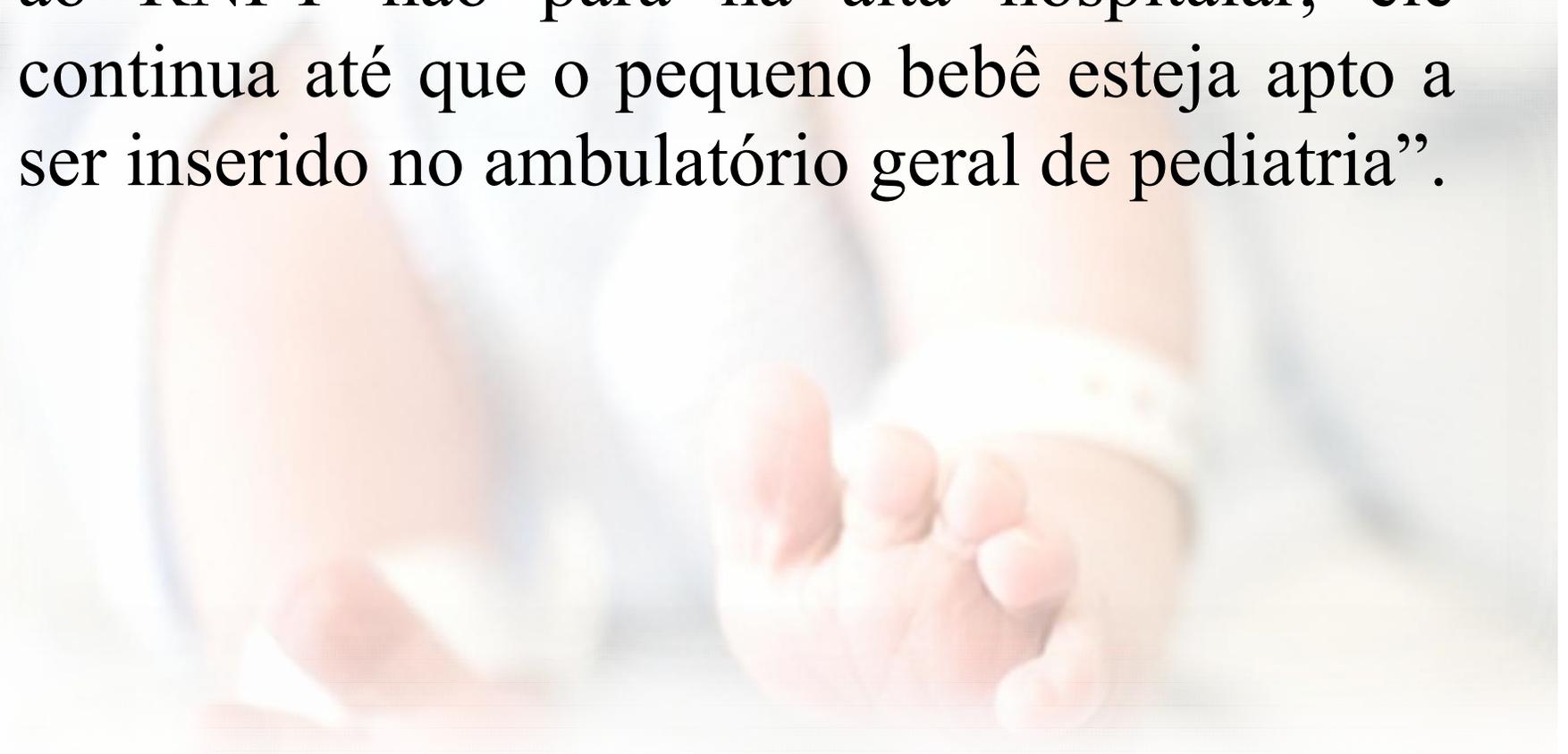
7- Todos os prematuros <32 semanas ou <1500g ou com anormalidades na ecografia transfontanela ou com problemas neurológicos são encaminhados para a fisioterapia/estimulação precoce. Geralmente iniciam com 3 meses de idade corrigida, antes se necessário. Este ambulatório funciona até 1 ano de idade corrigida. Após 1 ano são encaminhados para o Sara Kubitschek ou para estimulação precoce de suas regionais (quando houver). Quando de regionais que têm o programa de follow up (exemplo, da Regional de Taguatinga), logo de início são referenciados para suas regionais.

8- Os prematuros tardios fazem seguimento conosco até os 3 kg e depois são encaminhados para a rede.

10- Os pacientes cirúrgicos são acompanhados pela CIPE. Ficam conosco até mãe segura, curva ponderal adequada, já encaminhados para pneumo, ou gastro ou fisio e quando com pediatra no CS de referência sem intercorrências.

Seguimento do RN de Alto Risco

- “O atendimento do neonatologista e equipe ao RNPT não pára na alta hospitalar, ele continua até que o pequeno bebê esteja apto a ser inserido no ambulatório geral de pediatria”.



Bibliografia

- Assistência ao Recém Nascido de Risco, , Morgotto PR, Cap 10, 3ª , ESCS, Brasília, Edição, 2013 
- Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco, Departamento Científico de Neonatologia, da SBP, 1ª Edição, 2012

Margotto

Consultem também

www.paulomargotto.com.br no ítem

Recém-nascido de baixo peso

Segmento do recém-nascido pré-termo-Avaliação Neurológica

Autor(es): Soraya Abbasi (EUA). Realizado por Paulo R. Margotto



Capítulo do livro Assistência ao RcéM-Nascido de Risco, ESCS,
Brasília, 3ª Edição, 2013

Seguimento do recém-nascido de risco

Autor(es): Mônica de Lima Lemos / Sérgio Henrique Veiga / Rosângela Cândido
Marinho/ Rita de Cássia Dias / Fernanda dos Reis Macri



- Como estão os nossos prematuros extremos
na vida adulta?

**Prematuro extremo na vida adulta (34º Congresso Brasileiro de Pediatria, 8-12
de outubro de 2009, Brasília)**

Autor(es): Ruth Guinsburg (SP). Realizado por Paulo R. Margotto





Dra. Joseleide de Castro, Dra. Márcia Pimentel, Dr. Paulo R. Margotto e Dr. Roberto Faria

Obrigado!

