

EGRESO PRECOZ DEL RECIÉN NACIDO

Jaime A Furzán (*)

RESUMEN:

El egreso precoz del recién nacido, definido como el alta antes de las 48 horas del nacimiento, se ha convertido en una práctica clínica rutinaria, motivada en parte por la presión familiar de convertir el acto de nacer en un acontecimiento natural, y fomentada por la escasez de camas maternas en los institutos públicos de salud. A pesar de su frecuente aplicación, no existen estudios bien diseñados que demuestren la seguridad del egreso precoz cuando se emplea de manera colectiva. Aunque ofrece beneficios biológicos y sociales, el alta temprana puede ser un procedimiento riesgoso, debido a situaciones no detectadas que pueden amenazar el bienestar del neonato en el ambiente del hogar, cuando el niño no está siendo supervisado por personal de salud. Las complicaciones neonatales asociadas al egreso precoz son más frecuentes cuando el alta no se complementa con una visita temprana programada a las 48 horas del alta, y cuando se aplica de manera masiva, sin individualizar las necesidades particulares de cada pareja madre-niño. La condición neonatal más importante relacionada al alta precoz es la hiperbilirrubinemia excesiva, especialmente en el neonato prematuro tardío. La Academia Americana de Pediatría ha establecido un conjunto de criterios mínimos a cumplir para que el neonato se vaya al hogar antes de 48 horas, el seguimiento de los cuales es variable entre los pediatras. Estas normas son difíciles de cumplir en los hospitales públicos venezolanos, debido a la alta densidad de nacimientos y a características demográficas particulares. Es factible que se requiera la formulación de requisitos propios de egreso que se puedan aplicar en grupos bien seleccionados de nuestra población. *Arch Venez Pueric Pediatr 70 (3): 89 - 96*

Palabras clave: Neonato, egreso precoz, hiperbilirrubinemia

SUMMARY:

Early newborn discharge has progressively become a common clinical practice in many institutions, due to the mothers' wish to demedicalize the childbirth process and to the scarcity of maternal beds in public hospitals. Although early discharge provides social and biological benefits, its collective application may be associated with risks for the mother and the newborn, since immediate postnatal recovery has shifted from the hospital to the home, where the infant is not being supervised by health professionals. These risks are more relevant when short stays are not complemented with a follow-up visit within 48 hours, and when early discharge is massively applied without consideration for particular needs of mothers and infants. The most common neonatal complication seen after early newborn discharge is extreme hyperbilirubinemia, most notorious in late preterm infants. A list of minimal criteria for early discharge has been published by the American Academy of Pediatrics. The compliance with these guidelines is highly variable among pediatricians, and its suitability in our maternity wards is not warranted. Formulation of particular criteria adjusted to the demographic and behavioral characteristics of our perinatal population seems mandatory. *Arch Venez Pueric Pediatr 70 (3): 89 - 96*

Key words: Newborn, early discharge, hyperbilirubinemia.

INTRODUCCIÓN:

El acto de nacer implica una transición brusca desde el ambiente quieto y tibio del vientre materno, con un suministro continuo de alimento y calor, a un nuevo medio extrauterino frío y pleno de nuevas exigencias para el neonato y su madre. En el breve plazo de unos días, el niño debe cumplir este tránsito exitoso a la vida extrauterina, y la familia debe ajustarse para el cuidado de su recién nacido en el hogar.

El propósito primario de la atención en el período posnatal inmediato debe incluir, no sólo la identificación precoz de complicaciones neonatales, sino también la provisión de asistencia profesional durante este tiempo crucial, cuando la madre requiere consejos y cuidados muy particulares (1,2). Sin embargo, la duración de la hospitalización luego del

parto ha disminuido drásticamente durante las últimas décadas, y esta tendencia puede influir negativamente sobre el cumplimiento cabal del objetivo antes mencionado (3). Aunque el egreso precoz del neonato se ha convertido en una práctica rutinaria en muchos países, su aplicación colectiva, sin considerar las particularidades biológicas y psicoemocionales de cada pareja de madre y niño, puede ser insegura para ambos, pues las estadías hospitalarias cada vez más cortas han desviado el escenario de la recuperación posnatal inmediata desde la institución sanitaria hacia el hogar (2).

Evolución histórica del egreso neonatal

El nacimiento dentro de un hospital era un evento poco común antes de la década de los veinte, incluso en los países desarrollados. Luego, con la creciente disponibilidad de obstetras y de recursos anestésicos y quirúrgicos, el parto institucional fue considerado progresivamente como un método seguro y más confortable para la madre. La idea inicial del egreso precoz se originó como una respuesta a la escasez de camas resultante de un auge en la tasa de nacimientos después de la Segunda Guerra Mundial. Luego de esto, la tendencia a una permanencia institucional cada vez más corta devino en un proceso continuo desde la década

(*) Pediatra Neonatólogo. Jefe de Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken. Profesor Titular de Pediatría. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Estado Falcón.
Dirigir correspondencia a: Jaime A. Furzán. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Calle El Tenis. Coro. Edo. Falcón. Tlf.: (0268)-2513294 – 02682516433. Ext. 138-139. 0416-0680399. Fax 0268-2532744 e-mail: jfurzan@hotmail.com

da de los sesenta, fortalecido por el deseo de las parturientas de hacer del acto del nacimiento un proceso menos regido por las normas de los institutos de salud, y más bajo el control de la madre y la familia (3,4,5). Ciertamente, cuando el parto ocurría dentro de un hospital, la familia se privaba de participar en este acontecimiento tan importante, de forma que el pronto regreso al hogar promovía rápidamente el nexo afectivo dentro del grupo. Luego del impulso generado por esta presión familiar, el factor económico fomentó enormemente el alta precoz, pues esta política de atención se tradujo en grandes ahorros para los sistemas de seguros, debido a que el nacimiento ha sido siempre la causa más común de hospitalización en todos los hospitales del mundo (6).

En los EE. UU., el promedio de estadía decreció de 4,1 a 2,6 días para todos los nacimientos ocurridos entre 1970 y 1992. La reducción fue de 3,9 a 2,1 días para partos vaginales, y de 7,8 a 4 días para cesáreas (5). Después de 1992, ha disminuido aún más, y muchos neonatos egresan antes de 48 horas luego de partos vaginales, y antes de 72 horas o menos después de nacer por cesárea. En otros países también ha ocurrido esta variación hacia un egreso cada vez más adelantado, incluso en naciones como Inglaterra, Australia y Escandinavia, donde la práctica usual incluía una permanencia de 6 a 10 días. Las estancias neonatales mínima y máxima siguiendo el parto vaginal no complicado han sido reportadas desde Arabia, un día a un día y medio, y Japón, Hungría y Suiza, 5 a 6 días, respectivamente (6). El seguimiento posnatal rutinario que ha acompañado a esta política del egreso precoz varía ampliamente en cada país, con la primera evaluación clínica programada en algún momento entre los 2 y 14 días después del nacimiento, y a través de visitas en casa, servicio telefónico o consulta ambulatoria (4,7). Es sorprendente observar cómo la longitud de la estadía de madres y niños ha disminuido en todo el mundo, mientras que el momento de la primera visita ha permanecido sin modificaciones, o al menos sin reglamentaciones.

En Venezuela, no se dispone de datos publicados en relación al promedio de estancia de los neonatos en los hospitales públicos. En un análisis realizado en nuestra institución en 2005, 78% de los neonatos nacidos por vía vaginal egresaron antes de 24 horas, mientras que 65% de los nacidos por cesárea lo hicieron antes de 48 horas. En este hospital, el alta del recién nacido está determinado por la necesidad de camas para las púerperas y por el deseo de las madres por irse prontamente a su hogar. Es probable que estas cifras sean similares a las de otros institutos de atención estatal del país. Debido a la alta densidad de nacimientos y a la necesidad de cupos, el egreso precoz en estos centros puede ocurrir como un acto precipitado, sin consideración de las condiciones peculiares de cada neonato. Es también viable que, al menos en nuestra institución, la preferencia de los obstetras por estadías maternas cada vez más cortas haya influenciado

la conducta de los pediatras hacia un egreso del niño también más apremiante. El porcentaje elevado de neonatos que egresan antes de 24 a 48 horas en los hospitales públicos es aún más inquietante, porque la transición hacia esta práctica no se ha seguido de una modificación del tiempo de la primera revisión posnatal, que en muchos sitios continúa siendo cerca de las 2 semanas, y además, por la alta prevalencia de recién nacidos de bajo peso que, precisamente, comprenden el grupo de mayor riesgo para complicaciones inadvertidas luego del alta precoz.

Egreso neonatal precoz y tardío

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha definido como alta precoz y alta muy precoz al egreso del recién nacido luego de una estancia hospitalaria de 48 y 24 horas, respectivamente, luego de un parto vaginal no complicado (8).

No se conoce con certeza cuál es la duración de una estadía hospitalaria segura para la madre y su niño. Idealmente, ambos deberían permanecer durante un tiempo suficiente que permita constatar la transición fisiológica exitosa a la vida extrauterina, la identificación de complicaciones tempranas, el cumplimiento de inmunizaciones y pruebas metabólicas normativas, y la confirmación de que la familia está preparada para el cuidado del niño en casa. Es presumible que aun una hospitalización mayor de dos días sea insuficiente para completar estos objetivos.

Las permanencias institucionales largas y cortas tienen sus beneficios y desventajas (9-14). Una estancia prolongada, el tiempo de la cual no está claro incluso para aquéllos que la promueven (15,16), tiene las ventajas descritas en el (Cuadro 1).

Cuadro 1. Beneficios del egreso neonatal tardío (> 48 horas)

-
- Descanso y recuperación de la madre
 - Inicio de la lactancia materna bajo la guía de profesionales de salud
 - Educación de los padres sobre cuidado neonatal básico y signos de alarma
 - Supervisión clínica del niño en búsqueda de enfermedades orgánicas de presentación clínica más allá de las 48 horas
 - Cumplimiento de inmunizaciones
 - Realización de pruebas metabólicas obligatorias
 - Menor ansiedad materna
-

Es probable que el mayor atributo general de esta permanencia extendida sea el que la madre y su niño disfruten de una supervisión profesional de todas sus necesidades de adaptación. Su principal dificultad es el incremento de los costos de atención y la falta de disponibilidad de camas maternas en hospitales con una elevada cantidad de nacimientos.

Por otro lado, los proponentes del egreso precoz plantean que esta modalidad de asistencia es confiable en la mayoría de los nacimientos de bajo riesgo, y que además, provee beneficios médicos y psicoemocionales (12,17-19) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Beneficios del egreso neonatal precoz

Conformación del nacimiento como un acto natural, no médico
Rápida vuelta al ambiente hogareño y menor entorpecimiento de la vida familiar
Menor probabilidad de infecciones nosocomiales
Menor riesgo de intervenciones en el neonato
Reducción en los gastos de atención
Mayor éxito de la lactancia materna exclusiva
Facilitación del establecimiento del nexo madre-niño por la mayor satisfacción de la madre como cuidadora principal

A pesar de ello, la práctica colectiva del alta precoz, sin considerar las circunstancias individuales de cada parturienta, puede traer consecuencias adversas (9, 20-23) (Cuadro 3).

Es destacable que la complicación neonatal más relevante asociada al egreso precoz es la hiperbilirrubinemia excesiva, especialmente en neonatos prematuros tardíos o con factores de riesgo desapercibidos para hemólisis (24-27).

La prevalencia de recién nacidos prematuros tardíos, aquellos cuya edad gestacional oscila entre 35 y 37 semanas, ha aumentado en todo el mundo, en parte por la gran frecuencia de cesáreas electivas hechas antes de las 39 semanas de gestación (28).

El niño prematuro tardío frecuentemente es cuidado en el área de alojamiento conjunto como si fuera un neonato sano, cuando en realidad su vulnerabilidad aumentada lo expone a ictericia extrema, deshidratación, problemas de alimentación y mala adaptación conductual (29).

El envío a casa de un niño con estas peculiaridades lo coloca en una situación de riesgo que, frecuentemente, pasa inadvertida en el trajín diario del hospital. La otra compli-

Cuadro 3. Riesgos posibles del egreso neonatal precoz

Retardo en el inicio o cese prematuro de la lactancia materna
Deshidratación y alimentación precaria
Ictericia y kernícterus
Derivación hacia la familia de la responsabilidad de identificar señales clínicas de enfermedad en el niño
Falta de detección de anomalías congénitas
Inmunizaciones incompletas o retardadas
Falla en cumplir la pesquisa metabólica
Aumento de la ansiedad y el estrés materno
Mayor tasa de readmisión hospitalaria durante el primer mes
Mayor riesgo de muerte dentro del primer año de vida

cación factible de no ser detectada con una estadía muy corta, se refiere a las anomalías congénitas que tardan más de 48 horas en dar signos de presentación. En especial, esto concierne a la mala rotación intestinal y a las cardiopatías congénitas dependientes del conducto arterioso.

La literatura médica sobre el egreso precoz

En vista de la confrontación de los argumentos en favor de una u otra conducta, el tiempo óptimo para el alta del recién nacido ha sido un tema crucial de discusión durante los últimos años. Este dilema ha generado una profusa información en la literatura médica, en pro y en contra del alta temprana, lo que demuestra que la transición a la práctica del egreso antes de las 48 horas del nacimiento se ha establecido sin que haya datos definitivos que confirmen su seguridad o en todo caso, sus riesgos eventuales (19,30-32). Es posible, incluso, que los efectos negativos del egreso precoz sobre la salud perinatal no hayan sido tan impactantes porque obviamente, la mayoría de los neonatos cursan su primera semana sin mayores contratiempos.

A pesar de la práctica frecuente del egreso precoz, los estudios controlados son escasos. La mayoría de los reportes sobre la estancia hospitalaria ideal tienen limitaciones en su diseño (7,11,30-32), como son las definiciones variables del alta precoz, la falta de grupos de comparación, el tamaño pequeño de muestras, la diversidad de consecuencias adver-

sas a evaluar, la diferencia de los sistemas de seguimiento al niño, y sobre todo, en el caso de nuestro país, la dificultad de proyectar sus hallazgos en las madres que se atienden en los hospitales públicos, de cultura y costumbres muy particulares, y en quienes las necesidades de asistencia posnatal inmediata pueden ser diferentes a otras poblaciones.

En uno de los primeros estudios de tipo aleatorio publicado en 1990, Carty y Bradley (33) evaluaron 131 parejas de madres y niños, egresados entre 12 y 24 horas, entre 25 y 48 horas, y a los 4 días del nacimiento. Las madres egresadas antes de 48 horas se consideraron a sí mismas más satisfechas con sus habilidades para el cuidado del niño; aquéllas hospitalizadas por mayor tiempo mostraron menor confianza y mayor depresión en pruebas psicológicas estandarizadas. Por el contrario, otros estudios diseñados con un propósito similar no encontraron diferencias asociadas con el momento del alta en cuanto a la satisfacción de las madres o a la práctica exitosa del amamantamiento (34,35).

Braveman y cols. (36), en una extensa y minuciosa revisión publicada en 1995 acerca de la evidencia disponible sobre la conveniencia del alta precoz, agruparon la información disponible en seis modalidades de conducta:

- 1- Alta muy precoz antes de 24 horas, sin seguimiento inmediato: no se encontraron estudios.
- 2- Alta muy precoz antes de 24 horas, con seguimiento entre 1 a 3 días del egreso: 5 estudios.
- 3- Alta precoz antes de 48 horas, sin seguimiento inmediato: 3 reportes.
- 4- Alta precoz antes de 48 horas, con seguimiento entre 1 a 3 días del egreso: 10 estudios.
- 5- Alta después de 48 horas, sin seguimiento inmediato: no se encontraron estudios.
- 6- Alta después de 48 horas, con seguimiento inmediato: 7 reportes.

Este amplio análisis demostró que no había ensayos adecuadamente diseñados que evaluaran la seguridad del alta precoz sin servicios de vigilancia inmediata al egreso. Algunas investigaciones que incluyeron pequeñas muestras evidenciaron que el alta precoz puede ser confiable para algunas poblaciones selectas de bajo riesgo psicosocial, económico y médico, lo que hace que la generalización de este dato sea limitada. Otras de las publicaciones informaron de resultados adversos luego del egreso precoz, incluso con sistemas de seguimiento inmediato disponibles.

Un estudio más reciente (9), no incluido en la revisión de Braveman, encontró una tasa de readmisión neonatal de 5,2% y 10,4% con estadías hospitalarias de 2,1 y 1,9 días, respectivamente, lo que sugiere que pequeñas reducciones en la duración de la permanencia institucional pueden resultar en un aumento significativo de la morbilidad neonatal. Adicional a este dato, Malkin y cols. (15) reportaron un aumento en el riesgo de muerte durante el primer año de vida en neonatos egresados antes de las 30 horas del nacimiento.

Una limitación común de algunos de estos análisis ha sido el uso de la frecuencia de readmisión durante el primer mes como la principal consecuencia desfavorable asociada al alta precoz, decisión que podría haber subestimado la incidencia de algunas condiciones sutiles que comprometen la salud de los niños, aunque éstos no sean llevados al hospital.

A diferencia de otros informes, en un reporte de 1989 por Conrad y cols.(18), los neonatos que permanecieron más de 48 horas en el hospital tuvieron una mayor tasa de readmisión antes del primer mes, posiblemente como consecuencia de una mayor exposición a patógenos nosocomiales o al uso más frecuente de fórmulas complementarias a la leche humana durante la hospitalización. La información derivada de este estudio es cuestionable, pues es posible que en algunos niños la estadía inicial se haya prolongado por problemas de salud que luego obligaron a internarlos de nuevo.

Otras restricciones en el diseño de las investigaciones en cuanto al alta precoz conciernen a la dificultad asociada con la asignación aleatoria del momento del egreso y al gran número de sujetos requeridos en las muestras (7). Como las tasas de readmisión durante el primer mes son relativamente bajas, se precisarían muestras muy grandes para detectar diferencias del riesgo de rehospitalización entre grupos de neonatos egresados de manera precoz o tardía. En un estudio casos-controles, precisamente así diseñado para obviar el obstáculo de muestras muy grandes, Liu y cols. demostraron que el egreso antes de 36 horas aumenta la posibilidad de rehospitalización durante los primeros 28 días, pero la reducción de este riesgo requeriría retener los neonatos en el hospital por al menos 4 días (20).

Otro estudio retrospectivo más reciente (37), que incluyó 20 366 parejas de madres y niños, ha establecido que no hay asociación entre la estadía corta y el riesgo de ictericia o dificultades en la alimentación, proponiendo que el aumento en la frecuencia de estas complicaciones se debe más bien a la evaluación más minuciosa que se ha hecho rutinaria a los 3 o 4 días de vida.

Zimmerman, en un ensayo realizado para evaluar los diagnósticos que habrían sido ignorados si los niños hubieran sido egresados antes de 24 horas, determinó que 5,1% de los neonatos así explorados presentaron diagnósticos cuyos signos clínicos aparecieron sólo después de las 48 horas (38). El diagnóstico principal fue hiperbilirrubinemia, seguido de cardiopatía congénita, trauma del parto, trastornos metabólicos, displasia de cadera, sepsis y policitemia.

En un análisis retrospectivo hecho en nuestro hospital en 2005, se encontró que en 3780 neonatos egresados antes de 48 horas hubo una tasa de readmisión de 2,7% en la primera semana de vida (observación no publicada). Los datos de esta revisión probablemente reflejan una subestimación de la morbilidad asociada al egreso precoz, pues la exploración se limitó a la primera semana, y es probable que los neonatos hayan sido admitidos en otros hospitales, o que las madres

no hayan advertido problemas potencialmente serios en sus niños. Las causas de readmisión en nuestra población fueron hiperbilirrubinemia excesiva, sospecha de sepsis, enfermedad hemorrágica, anomalías congénitas gastrointestinales y deshidratación. Un niño desarrolló kernícterus y hubo una muerte asociada a sepsis bacteriana. El 67% de estos niños readmitidos tenían un peso al nacer entre 2500 y 3000 gramos. Como se mencionó antes, estos recién nacidos con peso subóptimo y que son albergados junto a los neonatos sanos, tienen un mayor riesgo de ictericia y deshidratación, debido a problemas con sus primeras tomas de alimento, evacuación retardada de meconio y menor actividad de la enzima glucuroniltransferasa.

En suma, aunque los estudios publicados no han mostrado evidencia consistente de que el egreso precoz es arriesgado para la madre y el neonato, esto no significa necesariamente que este sea un sistema seguro para ser aplicado de manera general. Es posible afirmar que, dada la complejidad de los cambios fisiológicos y psicoemocionales inmediatos al nacimiento, todos los neonatos y sus madres deben ser evaluados por un profesional de la salud en el tercer o cuarto día de vida, independientemente de cuándo dejaron el hospital, de manera que aun una estadía de 72 horas no obvia la indicación de una pronta evaluación después del alta.

Criterios mínimos para el egreso precoz

La primera guía sobre cuidados hospitalarios del neonato fue publicada en 1943, auspiciada por el Comité sobre Feto y Recién Nacido de la AAP. Sin embargo, no fue sino hasta la sexta edición de estas normas en 1980 cuando el momento del egreso del niño fue específicamente enfocado (39). En 1992, la AAP, en conjunto con el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), estipuló que el recién nacido sano debería permanecer en el hospital por más de 24 horas, y el momento usual del alta debería ser entre 48 y 96 horas (40). Así, esta recomendación fue diferenciada para partos vaginales (48 horas) y cesáreas (96 horas), excluyendo el día del nacimiento. Asociaciones de otros países como Canadá también han establecido sus propios principios para el momento del alta (41). En 1995, la AAP definió los criterios mínimos a considerar antes del alta de cualquier neonato, las definiciones de alta precoz y alta muy precoz fueron formuladas, y un seguimiento a las 48 horas fue recomendado para todos los egresos, independientemente del momento del alta (8). Estos preceptos han sido reafirmados en 2004 (42):

1. Desarrollo no complicado de los períodos prenatal, intraparto y posparto en la madre y el niño.
2. Parto vaginal, simple, edad gestacional entre 38 y 42 semanas, crecimiento apropiado a la edad gestacional.
3. Signos vitales del niño documentados como estables por 12 horas antes del alta (frecuencia respira-

toria <60 rpm, frecuencia cardíaca de 100 a 120 lpm, temperatura de 36,5°C a 37,4°C).

4. Verificación de micción y al menos una evacuación espontánea.
5. Alimentación exitosa por dos tomas, con registro de succión, deglución y respiración coordinada al comer.
6. Examen físico sin anomalías que requieran seguir la hospitalización.
7. Ausencia de hemorragia excesiva en el sitio de circuncisión.
8. No evidencia de ictericia antes de 24 horas; si hay ictericia antes del alta, formulación de plan de manejo y seguimiento.
9. Competencia demostrable de la madre en sus habilidades para alimentación por seno o fórmula, vigilancia del patrón evacuatorio normal, cuidados de piel y cordón, reconocimiento de signos de alarma (en particular, ictericia) y manipulación segura del bebé.
10. Disponibilidad para la madre y el niño de personas experimentadas en cuidados neonatales luego del alta.
11. Confirmación de resultados de las pruebas de laboratorio de madre y niño referentes a sífilis, hepatitis B, tipaje y Coombs directo (si hay indicación).
12. Cumplimiento de la vacuna anti-hepatitis B.
13. Ejecución de la prueba de audición.
14. Revisión de factores de riesgo familiar, ambiental y social (drogadicción, abuso infantil o violencia doméstica, enfermedad mental, falta de soporte económico, adolescencia materna).
15. No barreras para el transporte o la disponibilidad de servicios médicos de seguimiento.
16. En caso de egreso antes de 48 horas, visita obligatoria de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes al alta.

Se debe enfatizar que la necesidad de una estadía de al menos 48 horas sería necesaria para el cumplimiento de las normas. En esta normativa se estipula claramente la imposición de la primera visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes al alta. Los objetivos de esta primera supervisión deben ser determinados con claridad, y competen a profesionales de salud diestros en el manejo posnatal inmediato de madres y neonatos:

1. Examen del estado de salud general, hidratación y amamantamiento.
2. Estimación visual de la ictericia.
3. Fortalecimiento y reconducción de los conceptos familiares sobre la interacción madre-niño, cuidados primarios y amamantamiento.
4. Revisión de pruebas de laboratorio y de despistaje metabólico.

5. Formulación y explicación a los padres sobre planes de cuidados preventivos, inmunizaciones y consultas de seguimiento.

Actitud de los pediatras ante el egreso precoz

Al igual que se ha descrito con otras guías oficiales para diversas prácticas clínicas (43,44), parece haber variaciones considerables por parte de los pediatras en el cumplimiento de las pautas sobre el egreso precoz.

En 2002, una encuesta nacional a 490 pediatras de EEUU, hecha por Britton y cols. para determinar las características que influyen sobre la práctica del egreso neonatal, mostró que sólo 23% de ellos preferían una estancia hospitalaria mayor de 48 horas para el neonato sano (45). Este dato contrasta con el resultado de un sondeo aleatorio conducido por la AAP en 731 pediatras en 1998 (46), en el que se informó que 47% de ellos seleccionó como óptima una estancia hospitalaria mayor de 48 horas, pero concuerda con otra investigación dirigida por la ACOG en la que sólo 24% de los obstetras prefería una estancia óptima similar (47). El estudio también reveló divergencias importantes asociadas al sexo masculino o femenino de los pediatras, en cuanto a su conducta ante el alta. Aunque 81% de los profesionales encuestados calificaron los signos clínicos de estabilidad del niño como altamente relevantes para decidir el egreso, las mujeres les asignaron tres veces más relevancia que los hombres a factores maternos tales como estrés y fatiga, demostración de habilidades para el cuidado y el amantamiento, edad materna menor de 18 años, falta de sostén familiar y bajo nivel económico. Además, las pediatras estuvieron más a favor de las estadías más prolongadas y de las visitas de seguimiento más cercanas al alta. Estas últimas observaciones son consistentes con reportes anteriores de que las médicas en general hacen más énfasis en la medicina preventiva y están más a tono con las necesidades psicosociales de sus pacientes que sus colegas varones (48). Los pediatras encuestados percibieron una mayor urgencia para la visita precoz posterior al egreso en los neonatos amamantados al seno, en comparación con los alimentados con fórmula. Es posible que esta necesidad se advierta por el conocimiento de que, durante la primera semana, los niños alimentados al seno tienen un riesgo aumentado de pérdida excesiva de peso, menor ingesta de calorías e hiperbilirrubinemia exagerada. Por último, los pediatras dedicados a la práctica rural mostraron preferencia por las estadías más cortas, probablemente derivada de una mayor facilidad para el contacto familiar posterior al alta en las comunidades pequeñas.

La mayoría de las condiciones patológicas del neonato que pueden aparecer en el hogar luego del alta precoz son consultadas a los médicos encargados de la sala de urgencias pediátricas, no a los servicios neonatales. Estos profesionales deben ser entrenados en cuanto a la particularidad de estos problemas y a la fragilidad de este tipo de niños, especial-

mente si en la institución en que laboran se practica de rutina el egreso precoz (49). Esta advertencia es todavía más relevante en lo que concierne a la hiperbilirrubinemia extrema. Un neonato con ictericia extensa en el área de emergencia debe ser considerado y tratado como una urgencia médica en cuanto a la premura de su tratamiento.

El egreso precoz en los hospitales públicos venezolanos

Las pautas dispuestas por la AAP son difíciles de ser adoptadas en su totalidad para los hospitales públicos de Venezuela, aun con estadías de 48 horas o más. En primer lugar, se desconoce si los pediatras venezolanos están del todo familiarizados con estas disposiciones, o si están inclinados a adoptarlas en su trabajo clínico diario. En segundo lugar, la escasez de camas maternas, la falta de reglamentos y facilidades físicas para la visita precoz de seguimiento, la educación sanitaria precaria de la población, y la alta densidad de neonatos de bajo peso obstaculizan su práctica efectiva. Dado que las recomendaciones se refieren sólo al nacido por parto vaginal, la aplicación de estos principios en neonatos extraídos por cesárea no está reglamentada. En nuestra institución, entre 42% y 45% de todos los nacimientos ocurren por intervención cesárea.

A pesar de lo antedicho, las primeras 9 disposiciones propuestas por la AAP son susceptibles de ser cumplidas, pues sólo requieren una evaluación clínica cuidadosa por personal experimentado y una asesoría sistemática sobre el amamantamiento y los cuidados generales del neonato. El resto de las normas enumeradas en el estatuto, con la excepción de la colocación de la vacuna antihepatitis B, sí requeriría modificaciones en vista de la ausencia de programas y facilidades físicas para la visita inmediata, y de la alta prevalencia de embarazo en adolescentes y mujeres en abandono social.

Una consideración complementaria corresponde a la atención rutinaria del neonato de bajo riesgo en el sistema del alojamiento conjunto, propio de los hospitales públicos. A pesar de que esta modalidad de atención tiene beneficios indudables, también conlleva riesgos, pues es probable que en este sector el niño no cuente con una supervisión cuidadosa durante su fase de adaptación y se confíe a la madre inexperta la detección de señales de enfermedad. La tendencia común en algunos hospitales de asignar los deberes médicos del área de alojamiento conjunto a los profesionales menos experimentados supone además otro inconveniente, dado que la sutileza de la diferenciación entre los hallazgos normales del período de transición y los signos precoces de enfermedades potencialmente letales más bien requiere de médicos y enfermeras diestros en estos problemas.

Aunque la calidad de los servicios de supervisión inmediata parece ser clave para la seguridad del egreso precoz (19,50), su impacto positivo en nuestra población es algo aún inexplorado. Se sabe que confiar en que las madres recién

paridas asistan a la consulta de seguimiento está asociado a una alta frecuencia de inasistencia a esta visita. En un ensayo hecho en Denver, en madres de bajo nivel económico que fueron egresadas entre 24 y 36 horas después del parto, 10% fallaron en regresar a su visita de seguimiento a las 48 horas del alta, aun cuando habían firmado el consentimiento para ello (18). En el Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken se dispone de un servicio de atención al recién nacido ya egresado, en donde el niño es citado a los 4 días de vida, independientemente del momento de su alta. El cumplimiento de esta primera consulta de seguimiento es aún más bajo que lo reportado en el estudio anterior, pues menos de 40% de las madres acuden a ella, aun teniendo facilidades de acceso al hospital.

CONCLUSIONES:

La conducta de los profesionales de la salud venezolanos en cuanto al tiempo óptimo de estadía hospitalaria para la madre y su recién nacido no ha sido analizada en estudios que hayan sido publicados. El conocimiento de las variables institucionales y familiares que se relacionan con esta práctica es esencial para establecer la orientación de cualquier programa de organización del alta neonatal.

En vista de los obstáculos para la implantación de los criterios mínimos del egreso precoz derivados de países desarrollados, hay la necesidad evidente de formular pautas y recomendaciones propias para el momento propicio del alta después del nacimiento, sobre todo si no hay estudios de diseño apropiados que indiquen cuál modalidad de permanencia puede ser definida como ideal. Estas normas deben ajustarse a las características demográficas y culturales de las madres y sus familias.

Hasta que se establezca una reglamentación particular, el tiempo apropiado de la estadía hospitalaria debería basarse en las características singulares de cada madre y su neonato. Es factible afirmar que nunca será posible enunciar una recomendación única sobre el momento del alta que sea aceptable para todas las madres y niños. Cada bebé es diferente, cada madre es distinta, y los problemas a enfrentar son diversos. Así que el énfasis debe fundamentarse, no en el número de horas que se pase en el hospital, sino en indagar si ambos están aptos para irse a casa.

La preparación para el alta debería considerarse parte de la educación prenatal a la madre expectante, incluyendo información sobre alimentación y signos de alerta en la salud neonatal, con especial atención a la ictericia. Estas instrucciones se deben fortalecer durante la estadía hospitalaria, aunque ésta sea muy breve.

La complejidad de la adaptación de la madre y su niño al acto de nacer exige que sus necesidades sean atendidas por médicos y enfermeras preparados, en especial en el área de alojamiento conjunto en que el neonato está desprovisto de una supervisión continua. La fragilidad del recién nacido

prematuro tardío exige que sea vigilado con especial esmero en cuanto a sus riesgos después del alta precoz.

La relación inversa que parece existir entre tiempo de la estadía y la perentoriedad de la primera visita de seguimiento, exige que ante el egreso precoz se disponga dentro de los hospitales de las facilidades físicas y los recursos humanos destinados a cumplir a cabalidad los objetivos de esta actividad. La baja aceptación de las madres a la visita inmediata de seguimiento es una advertencia de la necesidad de un plan de motivación hacia la importancia de esta primera consulta.

Finalmente, los médicos de las emergencias pediátricas deben estar preparados y familiarizados con los problemas de salud a los que se exponen los recién nacidos que egresan precozmente de las salas de maternidad, en especial la hiperbilirrubinemia excesiva.

REFERENCIAS:

1. Williams LR, Cooper MK. A new paradigm for postpartum care. *J Obstet Gynecol and Neonatal Nurs* 1996; 25:745-749.
2. Eaton AP. Early postpartum discharge: recommendations from a preliminary report to Congress. *Pediatrics* 2001; 107:400-403.
3. Kessel W, Kiely M, Nora A, Sumaya C. Early discharge: in the end, it is judgement. *Pediatrics* 1995; 96:739-742.
4. Annas GJ. Women and children first. *N Engl J Med* 1995; 333:1647-1651.
5. Thilo EH, Townsend SF, Merenstein GB. The history of policy and practice related to the perinatal hospital stay. *Clin Perinatol* 1998; 25:257-270.
6. Center for Disease Control and Prevention: trends in length of stay for hospital deliveries – United States, 1970-1992. *MMWR* 1995; 44:335-337.
7. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: A continued dilemma. *Pediatrics* 1994; 94: 291-295.
8. Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995; 96:788-790.
9. Lock M, Ray JG. Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: are we sending newborns home too early? *CMAJ* 1999; 161:249-253.
10. Dershewitz R, Marshall R. Controversies of early discharge of infants from the well-newborn nursery. *Curr Opin Pediatr* 1995; 7:494-501.
11. Braveman P, Kessel W, Egerter S, Richmond J. Early discharge and evidence-based practice. Good science and good judgment. *JAMA* 1997; 278:334-336.
12. Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76:727-732.
13. Arborelius E, Lindell D. Psychological aspects of early and late discharge after hospital delivery. An interview study of 44 families. *Scand J Soc Med* 1989; 17:103-107.
14. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res* 1995; 4:50-66.
15. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstet Gynecol* 2000;