

M^a J. Martín Puerto, I. Pérez Agromayor,
A. Belaústegui Cueto

An Esp Pediatr 1997;46:372-373.

Alta precoz en Neonatología

La patología del recién nacido de bajo peso (RNBP), constituye el principal problema de los Servicios de Neonatología. El momento en que se da de alta a estos niños es variable y suele estar condicionado por el peso, que, en general, oscila entre 2.200 y 2.500 g. Razones como el hábito o el temor son las que conducen a los neonatólogos a fijarse un peso mínimo, sin que esto tenga una base científica sólida, dando lugar a hospitalizaciones innecesariamente prolongadas. Existen varios estudios que han demostrado que no es el peso, sino otras condiciones las que deberían determinar cuando un niño está preparado para ser dado de alta⁽¹⁾.

El período postnatal inmediato es un tiempo crítico durante el cual comienzan a afirmarse complejas interacciones entre la madre y su hijo. Se le ha denominado "período sensitivo materno". Las alteraciones en esta unión pueden tener consecuencias negativas para ambos más o menos inmediatas. En la mayoría de las madres de los recién nacidos que precisan ingreso en el Servicio de Neonatología, este período sensitivo no se produce, puesto que la separación es inmediata al parto⁽²⁻⁵⁾. La unión de la madre con su hijo RN es, tal vez, la relación más fuerte de la especie humana. Se puede definir como una relación única y específica entre dos personas, que persiste a través del tiempo⁽³⁾. La manera de perpetuar esta relación ante el inevitable ingreso hospitalario, es favorecer, por un lado, la entrada de los padres a la Unidad, y por otro, dar el alta hospitalaria a los niños lo antes posible.

Debido a los avances científicos conseguidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, nos encontramos ante una mayor supervivencia de niños con peso al nacimiento cada vez menor y con problemas más graves, que precisan permanecer en el hospital durante mucho tiempo. Las consecuencias positivas encontradas al permitir y alentar a las madres para que pasen el mayor número de horas junto a sus hijos ingresados han sido múltiples: una visión más favorable del hijo por parte de la madre (a pesar de no ver realizadas las fantasías creadas sobre él durante el embarazo), mayor apego hacia su hijo, y menor ansiedad. También se ha observado una mayor confianza de las madres en sí mismas ante el manejo general del niño⁽⁶⁾. Por todo ello, se debe facilitar el que la madre y el niño permanezcan juntos, o si éste requiere ingreso en la Unidad de Neonatología, a que el con-

tacto entre ambos sea lo más prolongado y estrecho posible. Se ha demostrado que aunque las enfermeras pasan más tiempo con los niños ingresados, las madres habla, miran, sonríen y tocan más a sus hijos, provocando y potenciando ciertas actitudes positivas para ellos. Diversos estudios en los que las madres tuvieron contacto con sus hijos prematuros durante su estancia en el hospital, realizados varios años después, demuestran que estos niños presentan un cociente de desarrollo significativamente más alto que los prematuros sin contacto. Los padres no sólo deben estar autorizados, sino animados a entrar en la sala donde se encuentra su hijo ingresado, tantas cuantas veces deseen y sin limitación de tiempo ni de horario, ya que esto produce efectos positivos en ambos⁽⁵⁾. El personal de la unidad debe insistir a los padres sobre la necesidad de tocar al niño en la medida de lo posible (teniendo en cuenta que el primer contacto es difícil y dramático), así como de ayudar a sus cuidados para aprender a manejarle, indicándoles que de esta manera pueden acelerar el alta hospitalaria. Los estudios referentes al alta precoz (AP) de los RNBP son escasos y se podrían dividir en dos grandes grupos: por una parte, los realizados en los llamados países desarrollados^(1,7) y por otra, los de los países en vías de desarrollo^(8,9). En los primeros, intentan averiguar si el AP favorece la unión madre-hijo, evita malos tratos y abandono y ofrece ventajas económicas; todo ello sin aumento de la morbimortalidad. En los segundos, está condicionada, en general, por el gran desarrollo demográfico y en particular por el gran número de RNBP, la escasez de recursos humanos y de hospitales, la gran mortalidad hospitalaria debida a infecciones y la necesidad de mantener la lactancia materna. Los resultados son buenos en ambos grupos de países.

¿Qué es el alta precoz?. El alta precoz consiste en dar el alta hospitalaria antes de lo que constituye la práctica habitual en los distintos servicios de neonatología. Para ello, los recién nacidos deben presentar una situación clínica estable, sus padres han de estar entrenados y preparados para cuidarlos, y, al mismo tiempo, se ha de disponer de un soporte en el domicilio por parte del hospital. Es una hospitalización a domicilio adaptada a los RN y por lo tanto con características propias.

La idea de llevar a cabo el alta precoz surgió de todo lo comentado previamente y porque creemos que la separación de estos niños de sus padres debe ser lo más breve posible y por lo tanto la casa es el lugar más apropiado para ellos cuando no precisan el hospital de forma absoluta.

El alta precoz que actualmente se está llevando a cabo en nues-

Servicio de Neonatología. Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre. Madrid.
Correspondencia: M.J. Martín Puerto
Servicio de Neonatología. Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, Km. 5,400. 28041 Madrid

tro hospital está basada, en general, en todos estos comentarios, y en particular, en un estudio prospectivo, controlado y aleatorizado, realizado durante 13 meses en los años 86-87, con 80 RN de bajo peso al nacimiento, de los que 40 pertenecían al grupo objeto de estudio y 40 eran niños control. Ambos grupos eran semejantes en cuanto a condiciones del embarazo, parto y período neonatal, así como, en las condiciones socioeconómicas familiares. Lo único diferente fue que los niños del grupo control permanecían en el hospital hasta que pesaban 2.200 g y los del grupo estudio se dieron de alta con peso inferior a 2.000 g, y posteriormente contaron con unas visitas domiciliarias por parte de personal del Servicio de Neonatología. Se hizo un seguimiento médico y psicológico, hasta los 4 meses de edad corregida⁽⁷⁾.

Los objetivos que nos planteamos antes de iniciar este trabajo fueron: por un lado, comprobar la ausencia de riesgos, y por otro, estudiar las posibles ventajas como podrían ser, una mayor ganancia ponderal, prolongación de la lactancia materna, relación más precoz padres-hijo, mayor educación sanitaria a la familia, menor riesgo de complicaciones hospitalarias (derivado de una menor estancia en el hospital), satisfacción padres-personal sanitario y mejor rendimiento hospitalario (mayor disponibilidad de los profesionales que trabajan en el Servicio de Neonatología, menores costes económicos). Creemos que se cumplieron todos estos objetivos y que los resultados fueron tan favorables que a partir de ese estudio se llegó al alta precoz actual, la cual presenta algunas modificaciones respecto al trabajo inicial.

Recién nacidos que se incluyen actualmente en el programa de alta precoz

- Peso inferior a 2.200 g en el momento del alta.
- Necesidad de algún tipo de aparataje en el domicilio (monitor de apnea, bomba de alimentación, oxígeno, pulsioxímetro).
- Necesidad de técnicas especiales en el domicilio (cánula de traqueostomía, sonda nasogástrica).
- Problemas sociales (padres muy angustiados, adictos a drogas, muy jóvenes, etc.)

Al alta, los niños deben reunir los siguientes requisitos: a) presentar una situación clínica estable, b) mantener su temperatura corporal en la cuna y c) ser capaces de alimentarse por boca.

Método de trabajo

- a) En el hospital:
 - Explicación del programa y aceptación del mismo por los padres.
 - Enseñanza en el cuidado del recién nacido (baño, alimentación, temperatura, peso, etc.)
 - Enseñanza del aparataje o técnicas especiales.
- b) En el domicilio:
 - Seguimiento del niño y de la familia, de los cuidados que precisan el niño y del manejo de los distintos aparatos y/o técnicas.

Todas las visitas son realizadas por la enfermera, en un número variable según las condiciones clínicas del niño, el cual

depende del Servicio de Neonatología mientras esté incluido en el programa de AP, es decir mientras la enfermera no le de el alta domiciliaria. Los padres han de disponer de un teléfono de fácil acceso con el que pueden comunicarse, para exponer sus dudas, con el teléfono de contacto del hospital que está a su disposición las 24 horas del día.

Número de niños incluidos en este programa (febrero 1988-febrero 1996)

- Recién nacidos con un peso inferior a 2.200 g en el momento de alta:
 - Servicio de Neonatología930 niños
 - Servicio de Maternidad440 niños
- Problemas sociales46 niños
- Monitor de apnea.....37 niños
- Oxígeno21 niños
- Monitor de apnea más oxígeno6 niños
- Bomba de alimentación5 niños
- Traqueostomías.....3 niños
- Pulsioxímetro.....1 niño
- TOTAL1.488 niños

Durante este tiempo reingresaron 18 niños procedentes del Servicio de Neonatología y 10 que se habían ido de alta desde la Maternidad. La mayoría de ellos lo hicieron por problemas banales, frecuentemente relacionados con la alimentación y/o problemas respiratorios.

En el año 1995 ingresaron en el Servicio de Neonatología 708 niños y de éstos, 131 se incluyeron en el programa de AP (18%); este mismo año, se incluyeron 71 niños que se fueron de AP directamente desde la Maternidad.

Bibliografía

- 1 Lefebvre F, Veilleux A, Bard H: Early discharge of low birthweight infants. *Arch Dis Child* 1982;**57**:511-513.
- 2 Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, Mcalpine W, Steffa M, Kennell JH: Meternal attachment. Importance of the first post-partum days. *N Engl Med* 1972;**286**:460-463.
- 3 Kennell JH, Trause MA, Klaus MH: Evidence for a sensitive period in the human mother. In Parent-infant interaction, Ciba Foundation Symposium 33 (New series), Amsterdam Elsevier Publishing Co. 1975:87-101.
- 4 Barnett CR, Leiderman PH, Grobstein R, Klaus MH: Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. *Pediatrics* 1970;**45**:197-205.
- 5 Klaus MH, Kennell JH: Labor, birth, and bonding. In Klaus MH and Kennell JH eds. Parent-Infant bonding 2nd ed. St Louis. The CV Mosby Co, 1982:22-109.
- 6 Jeffcoate JA, Humphrey ME, Lloyd JK: Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery. *Dev Med Child Neurol* 1979;**21**:344-352.
- 7 Martín Puerto MJ: Alta Precoz en Recién Nacidos de bajo peso. Experiencia de 5 años. *An Esp Pediatr* 1993;**38**:20-24.
- 8 Tafary N, Sterky G: "Early" discharge of low birth-weight infants in a developing country. *Environm Child Health* 1974;**20**:73-76.
- 9 Lowry MF, Jones MR, Shanahan MD: Early discharge of low weight babies. *J Trop Pediatr* 1980;**26**:190-192.