

ALTA NEONATAL PRECOZ Y CONSULTA DE SEGUIMIENTO INMEDIATO

María A. Delgado (1), Jaime A. Furzán (2)

Recepción: 10/10/2013
Aceptación: 15/11/2013

RESUMEN

El egreso precoz del neonato ha devenido en una práctica cada vez más frecuente. Aunque una consulta de supervisión a las 48 horas del alta ha sido reglamentada para detectar complicaciones inadvertidas, su cumplimiento por parte de los padres puede ser inconstante.

Objetivo: Determinar la observancia de la visita de seguimiento y las morbilidades detectadas en ella luego del alta precoz.

Metodología: Estudio observacional, de diseño cohorte prospectivo, que abarcó 427 neonatos egresados antes de las 48 horas, en quienes se registraron la frecuencia de asistencia a la consulta, los hallazgos anormales y las causas de readmisión hospitalaria.

Resultados: Setenta y dos (16,9%) de los egresados fueron prematuros, 64 (15,1%) fueron hijos de adolescentes y 233 (54,7%) nacieron por cesárea. Solo 86 (20%) de los 427 neonatos asistieron a la consulta. El cumplimiento de la visita fue inversamente proporcional al peso al nacer, y únicamente el 22,2% de los prematuros fue supervisado. Cuarenta y cinco (51,2%) de los niños consultados presentaron alguna anomalía. Los hallazgos más comunes fueron problemas de lactancia e ictericia. 12 niños fueron readmitidos para recibir fototerapia.

Conclusiones: Una fracción importante de recién nacidos que son egresados antes de las 48 horas no satisface los criterios mínimos para el alta precoz. El acatamiento de la consulta de seguimiento es bajo y no guarda relación con el riesgo individual del niño. Se deben definir las barreras particulares que interfieren con el cuidado posnatal inmediato del neonato expuesto al egreso precoz.

Palabras clave: Alta precoz, recién nacido, visita de seguimiento.

EARLY NEWBORN DISCHARGE AND IMMEDIATE FOLLOW-UP VISIT

SUMMARY

Early newborn discharge and immediate follow-up visit

Background: Early newborn discharge has become a common clinical practice. Because of inherent risks related to it, an immediate follow-up visit has been proposed to prevent inadvertent complications. Parents' compliance toward this visit may be inconsistent.

Objective: To assess parents' observance toward the follow-up visit and the frequency of abnormalities identified during that surveillance.

Methods: A longitudinal observational analysis was undertaken in 427 early discharged infants, in whom attendance to the scheduled visit and morbidities were estimated.

Results: 16.9% were preterm infants, 15.1% were born to teenage mothers, whereas 54.7% were born by C-section. Only 86 (20%) attended the follow-up visit. Compliance toward the visit was inversely proportional to birth weight. 45 (51.2%) newborns showed some abnormal finding, mainly breast feeding problems and jaundice. 12 infants were readmitted for phototherapy.

Conclusions: A relevant proportion of newborns do not meet the standardized minimal criteria for early discharge. Adherence toward the early follow-up visit is extremely low. Barriers to the accomplishment of the visit must be defined in our population.

Key words: Early newborn discharge, follow-up visit.

INTRODUCCIÓN

La duración de la estadía hospitalaria para madres y recién nacidos luego del nacimiento ha disminuido de manera constante en las últimas décadas. Así, 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 (1). Aunque este procedimiento puede ser seguro para la mayoría, existe la posibilidad de que surjan complicaciones en el hogar, mientras el niño no está siendo supervisado por un profesional de salud (2). En este sentido, es preocupante que

la primera consulta posterior al alta sigue siendo planificada a los 7 días de vida por muchos pediatras (3). La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha recomendado que a todos los neonatos egresados antes de 48 horas se les debe garantizar una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes al alta, a fin de cumplir con la promoción del amamantamiento y detectar la ictericia severa u otras situaciones no manifiestas durante los primeros 2 días de vida (4), advertencia que ha sido refrendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro del programa AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) Neonatal (5). Esta revisión posnatal temprana parece disminuir el riesgo de readmisión de los neonatos egresados de modo precoz (6,7).

A pesar de la pauta dispuesta por la AAP, se estima que entre uno a dos tercios de los recién nacidos no reciben esta supervisión dentro del lapso de tiempo establecido (8,9). Aunque la falta de cumplimiento de esta visita está influenciada por múltiples factores demográficos y sociales, hay evidencias de que los pediatras no siguen de modo consistente las guías de la AAP, incluso en sistemas reglamentados

1 Pediatra. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Estado Falcón.

2 Pediatra Neonatólogo. Jefe Programa de Posgrado de Neonatología Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Estado Falcón.

Dirigir correspondencia a:

Jaime A. Furzán

Tlf. 0268-2526422. Ext. 250. 0416-0680399. Fax 0268-2532744

Correo electrónico: jaimefurzan@hotmail.com

hacia este fin (10,11).

En nuestro hospital, 60% de los neonatos egresan antes de las 48 horas de estancia, y una consulta de seguimiento está sistematizada dentro de las 48 a 72 horas siguientes al alta (12). Este elevado porcentaje de niños que son rápidamente egresados al hogar es preocupante porque en dicha población se desconocen las particularidades de esta consulta. El propósito del presente estudio fue determinar el grado de cumplimiento de la visita luego del alta precoz y definir las patologías detectadas en ella.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, luego de la aprobación del proyecto por las Comisiones de Trabajo de Grado y de Ética de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. En este hospital se atiende un promedio anual de 5250 nacimientos.

Se planificó un estudio observacional de diseño cohorte prospectivo. La población analizada estuvo constituida por recién nacidos de nacimiento intrahospitalario, egresados antes de las 48 horas de vida desde la sala de Alojamiento Conjunto. La muestra fue de tipo no probabilística y se recolectó por muestreo intencional, durante un período de cinco meses. El cálculo previo del tamaño óptimo mínimo de la muestra resultó en un total de 425 niños; dicho cálculo fue basado en una proporción esperada de cumplimiento de la visita de 0,20, una anchura del intervalo de confianza de 0,10 y un nivel de confianza de 99%.

El registro de los datos se efectuó en tres etapas. La primera fase se realizó en la sala de Alojamiento Conjunto donde se recopilaban las características demográficas de los neonatos. La única medición rutinaria en ellos fue la estimación de la bilirrubina transcutánea cuando se evidenció ictericia clínica; todo niño cuyo valor de bilirrubina lo colocara en la zona de alto riesgo del nomograma de Buthani (13) fue hospitalizado y por tanto, excluido del estudio. Los recién nacidos fueron citados a la consulta de seguimiento programada dentro de las 48 horas siguientes al alta, tal y como lo estipulan las normas de atención del hospital. En una segunda etapa se asentó el número de niños que efectivamente acudieron a la consulta, y en ellos se determinó la presencia o ausencia de anomalías. Por último, se cuantificó el número de estos neonatos que, luego de la evaluación de seguimiento, hubo de ser readmitido al hospital.

Los datos estadísticos descriptivos para las variables categóricas son presentados como frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

La muestra finalmente analizada estuvo conformada por 427 neonatos egresados antes de las 48 horas. El 44,2% de los niños nació de primigestas, el 15,1% de madres adoles-

centes, y el 54,7% nació por intervención cesárea. El resto de características demográficas de esta población se presenta en el cuadro 1. Aunque el 93% (397/427) de los niños tuvo un peso al nacer dentro del rango normal, el 7% (30/427) pesó menos de 2500 gramos. En relación a la edad gestacional, el 83,1% (355/427) estuvo conformado por niños nacidos entre 37 y 41 semanas, mientras que el 16,9% (72/427) lo fue por niños prematuros. Adicionalmente, aunque el 82,6% del grupo egresó entre las 24 y 48 horas, el 17,4% de los niños lo hizo antes de 24 horas, e incluso 4 de estos últimos neonatos fueron egresados antes de cumplir 12 horas de vida.

Cuadro 1. Características demográficas de la población

Variable	Recién nacidos egresados antes de 48 horas	Recién nacidos atendidos en consulta de seguimiento*
n	427 (100%)	86 (20,1%)
Peso al nacer		
< 2500 gramos	30 (7%)	1 (0,3%)
2500- 3000 gramos	131 (30,7%)	22 (16,8%)
3001-4200 gramos	266 (62,2%)	63 (23,7%)
Paridad materna		
Primigestas	189 (44,2%)	38 (20,1%)
Multigestas	238 (55,7%)	48 (20,1%)
Edad gestacional		
Menos de 37 semanas	72 (16,9%)	16 (22,2%)
37 - 41 semanas	355 (83,1%)	70 (19,7%)
Horas de vida al egreso		
Menos de 24 horas	74 (17,3%)	24 (32,4%)
25 - 48 horas	353 (82,6%)	62 (17,6%)
Sexo		
Varones	193 (45,2%)	42 (21,8%)
Hembras	234 (54,8%)	44 (18,8%)

(* Los porcentajes en esta columna se refieren a la proporción de cada variable en relación a los totales de la columna de egresados antes de 48 horas.

Con respecto al seguimiento, sólo 86 (20,1%) de los 427 niños asistieron a la consulta programada. En el cuadro 1 se debe destacar que los porcentajes presentados en la columna de los niños que acudieron a la consulta se refieren a la proporción de cada variable en relación al total de los 427 niños. Como se muestra, la asistencia a la visita fue inversamente proporcional al peso al nacer, y de hecho, solamente uno de los 30 niños con peso menor de 2500 gramos asistió a la misma. El cumplimiento de la consulta fue similar para primigestas y multigestas. En lo que concierne a la edad gestacional de este subgrupo, la mayoría de los supervisados fueron recién nacidos a término, e incluso, de los 72 neonatos prematuros egresados de forma precoz, solo 16 (22,2%) acudieron a la visita de control.

En el cuadro 2 se muestran las anomalías identifica-

das en la consulta de seguimiento. Cuarenta y cinco (51,2%) de los 86 niños presentaron uno o más hallazgos anormales referidos por la madre o evidenciados por el médico. 21 recién nacidos mostraron dificultad en la lactancia materna, siendo éste el hallazgo más frecuente. Veinte niños presentaron ictericia, de los cuales 12 ameritaron hospitalización por ictericia significativa. Se encontró un recién nacido con pérdida excesiva de peso y rechazo al alimento, lo que motivó su reingreso al hospital con el diagnóstico de sepsis precoz.

Cuadro 2. Anormalidades identificadas en la consulta de seguimiento.

Morbilidad n	Frecuencia * 45
Dificultad en la lactancia materna	21 (46,7%)
Ictericia	20 (43,4%)
Obstrucción nasal	6 (13,3%)
Lesiones en piel	3 (6,7%)
Conjuntivitis	2 (4,4%)
Pérdida excesiva de peso	1 (2,2%)

(*) Hubo recién nacidos que presentaron más de una anomalía.

Las características de los recién nacidos readmitidos al hospital luego del alta neonatal precoz se exponen en el cuadro 3. Se reingresaron 13 (15,1%) de los 86 niños que acudieron a la consulta. 12 fueron admitidos por ictericia significativa y uno por sospecha clínica de sepsis precoz. 10 de estos neonatos habían egresado entre 25 y 48 horas, y 3 antes de las 24 horas. 9 de los 12 recién nacidos readmitidos por ictericia fueron prematuros o de bajo peso al nacer. La mayor parte de los neonatos reingresados fueron de sexo masculino. No hubo ninguna muerte.

Cuadro 3. Características de los recién nacidos readmitidos a hospitalización

Variable n	Frecuencia % 13
Ictericia significativa	12 (92,3%)
Sepsis precoz	1 (7,7%)
Horas de nacido al egreso	
12 – 24 horas	3 (23,1%)
25– 48 horas	10 (76,9%)
Sexo	
Masculino	8 (61,5%)
Femenino	5 (38,5%)
Peso al nacer	
< 2500 gramos	6 (46,1%)
2501-4000 gramos	7 (53,9%)
Edad gestacional	
< 37 semanas	3 (23,1%)
37 - 41 semanas	10 (76,9%)

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que en una proporción significativa de los neonatos egresados antes de 48 horas el alta fue indicada en contravención con las normas dispuestas por la AAP (4), como es el caso de recién nacidos hijos de madres adolescentes, prematuros o productos de cesárea. Además, se evidenció un bajo cumplimiento de la consulta de seguimiento luego del alta precoz.

En relación al egreso de neonatos en quienes el egreso precoz está contraindicado por algunos factores perinatales, un análisis previo de una cohorte de 1557 recién nacidos en nuestro hospital ya había comprobado que aproximadamente un tercio de los niños prematuros o de bajo peso al nacer fue dado de alta antes de 48 horas (12). Esto también ha sido confirmado en otras poblaciones perinatales en las que esta práctica parece emplearse de manera colectiva, sin tomar en cuenta las situaciones de riesgo que podrían restringir su aplicación (14,15). La transgresión de las normas de la AAP puede ser originada por factores diversos y complejos. En las instituciones públicas de salud, como es el caso de nuestra institución, hay una conjugación de elementos que motivan esta conducta. La alta densidad de nacimientos, la premura de los obstetras por la disponibilidad de camas, el deseo de las madres por reintegrarse al hogar y el desconocimiento de las pautas por parte de los profesionales de salud pueden ser las causas más importantes (1).

Con respecto a la observancia de la visita programada de seguimiento, únicamente el 20,1% de todos los niños egresados precozmente acudió a la misma. La tasa más baja de asistencia ocurrió en los recién nacidos menores de 2500 gramos, e incluso sólo uno de cada cinco prematuros fue supervisado. Hay evidencias previas que convalidan lo encontrado en este estudio, y que indican que un porcentaje importante de los neonatos expuestos al alta precoz no reciben una vigilancia temprana, incluso en sistemas legislados para ello (16). Un estudio de California, que abarcó 2828 recién nacidos, comprobó que solamente el 32,5% de los egresados antes de 48 horas fue revisado dentro de los 2 días del alta (17). Otro extenso análisis hecho en un hospital comunitario documentó que, a pesar de intervenciones educacionales dirigidas a pediatras sobre la relevancia de la consulta de seguimiento, solo el 62% de los niños fue citado para ser evaluado antes de los 4 días de vida (9). En relación a esto, la AAP ha reconocido que "el conocimiento es esencial pero no suficiente para producir un cambio de conducta en los médicos", y ha propuesto alternativas para mejorar este cuidado transicional neonatal (3).

Los obstáculos que interfieren en el cumplimiento de la primera visita de seguimiento han sido identificados en varias investigaciones, mas no en nuestro estudio. Salem-Schatz y col., a través de un proceso interactivo que involucró médicos, enfermeras y padres, reseñaron barreras en las áreas de comunicación e información de los profesio-

nales de salud, en los sistemas de cuidados de pacientes en los centros de salud y en el nivel de conocimientos y educación de los padres. Basado en ello, estos autores han propuesto estrategias basadas en la resolución de los impedimentos ya mencionados, a fin de mejorar la atención del neonato durante su primera semana de vida (10).

Cerca de la mitad de los neonatos revisados en la consulta mostraron algún tipo de anormalidad informada por la madre o detectada por el médico. Las morbilidades más frecuentes fueron ictericia y problemas de amamantamiento, hallazgo que ha sido evidenciado en publicaciones anteriores (18-22). Es de notar que en nuestro análisis la ictericia con requerimiento de fototerapia afectó en particular a los niños de bajo peso, lo que es también una advertencia de que aun la estimación de una bilirrubina pre-egreso usada de rutina en nuestra institución para predecir hiperbilirrubinemia significativa, puede dar una falsa sensación de seguridad en neonatos expuestos al egreso precoz (19,23). Por último, el alto porcentaje de anormalidades detectado en la consulta señala que un cuidado transicional impropio en el lapso comprendido entre el alta hospitalaria y la primera revisión ambulatoria expone al niño a varios riesgos que incluyen situaciones patológicas inadvertidas, transferencia inadecuada de información a los padres e inclusive, ambivalencia en cuanto al personal responsable de la supervisión del niño (8). Estos riesgos conciernen en especial a los neonatos prematuros tardíos (24).

Una limitación de nuestro estudio es que, debido a su diseño, no se valoró la frecuencia de readmisiones del neonato expuesto al alta precoz, pues solamente se midió la incidencia de readmisiones en los neonatos que sí acudieron a la visita de seguimiento. Esta información es pertinente y debe ser objeto de posteriores análisis pues, tal como lo ha establecido la AAP, la tasa de readmisiones luego del egreso precoz puede indicar cuán adecuadas o no han sido las evaluaciones acerca de la aptitud de los neonatos para volver con seguridad al hogar luego del nacimiento (4).

CONCLUSIONES

A pesar de las pautas establecidas por la AAP, muchos recién nacidos son egresados antes de las 48 horas aunque no satisfagan los criterios mínimos para el alta. Además, un alto porcentaje de ellos no se beneficia de la visita de seguimiento temprano que ha sido reglamentada para aminorar las complicaciones del egreso precoz. La combinación de un alta precoz y una falta de revisión posnatal es particularmente riesgosa para el neonato prematuro o de bajo peso. Las causas de la falta de cumplimiento de la consulta de seguimiento en nuestra población se desconocen. La definición de las barreras que obstaculizan una supervisión oportuna luego del alta precoz es un elemento esencial para asegurar el bienestar de los recién nacidos, y debe ser motivo de estudios subsiguientes.

REFERENCIAS

1. Furzán JA. Egreso precoz del recién nacido. *Arch Ven Puer Ped* 2007; 70(3):89-96.
2. Eaton AP. Early postpartum discharge: recommendations from a preliminary report to Congress. *Pediatrics* 2001; 107(2):400-404.
3. Lannon C, Stark AR. Closing the gap between guidelines and practice: ensuring safe and healthy beginnings. *Pediatrics* 2004; 114(2):494-496.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010; 125(2):405-409.
5. Intervenciones neonatales después del parto. En: AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Organización Panamericana de la Salud. 2ª edición. Washington DC. 2011. pp 41.
6. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics* 2004; 113(6):1619-1627.
7. Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner M et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child* 2005; 90(2):125-131.
8. Profit J, Cambric-Hargrove AJ, Tittle KO, Pietz K, Stark AR. Delayed pediatric office follow-up of newborns after birth hospitalization. *Pediatrics* 2009; 124(2):548-554.
9. Maisels MJ, Kring E. Early discharge from the newborn nursery - effect on scheduling of follow-up visit by pediatricians. *Pediatrics* 1997; 100(1):72-74.
10. Salem-Schatz S, Peterson LE, Palmer RH, Clanton M, Ezhuthachan S, Luttrell RC et al. Barriers to first-week follow-up of newborns: findings from parent and clinicians focus group. *Jt Comm J Qual Saf* 2004; 30(11):593-601.
11. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improving. *JAMA* 1999; 282(15):1458-1465.
12. Furzán JA, Cumare M. Egreso neonatal precoz en una unidad de alojamiento conjunto. *Arch Ven Puer Ped* 2012; 75(3):84-88.
13. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a pre-discharge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics* 1999; 103(1):6-14.
14. Britton J. Follow-up after early discharge of term newborns: practice of pediatricians in Canada and the United States. *Int Pediatr* 1998; 13(1):6-12.
15. Britton J, Baker A, Spino C, Bernstein HH. Postpartum discharge preferences of pediatricians: results from a national survey. *Pediatrics* 2002; 110(1):53-60.
16. Purcell LK, Kennedy JT, Jangaard KA. Early neonatal discharge guidelines: have we dropped the ball? *Paediatr Child Health* 2001; 6(10):769-772.
17. Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, Chavez G, Braveman PA. Newborn early discharge revisited: are California newborns receiving recommended postnatal services? *Pediatrics* 2003; 111(2):364-371.
18. Farhat R, Rajab M. Length of postnatal stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *N Am J Med Sci* 2011; 3(3): 146-151.
19. Tomashok KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity.

- Semin Perinatol 2006; 30(2):61-68.
20. Young PG, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics* 2013;131(5): e1538-e1544.
 21. Islas DL, Ortiz AR, Verduzco GM. Causas de reingreso a un hospital de recién nacidos egresados tempranamente. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70(5):243-245.
 22. Gupta P, Malhotra S, Singh D, Dua T. Length of postnatal stay in healthy newborns and re-hospitalization following their early discharge. *Indian J Pediatr* 2006; 73(10): 897-900.
 23. Furzán JA, Expósito M, Luchón C. Correlación entre bilirrubina sérica y bilirrubinometría transcutánea en neonatos estratificados por edad gestacional. *Arch Ven Puer Pediatr* 2007; 70(2):39-46.
 24. Goyal NK, Fager C, Lorch SA. Adherence to discharge guidelines for late-preterm newborns. *Pediatrics* 2011; 128(1):62-71.