

# Recomendación para el proceso del alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo

## *Guidelines for discharge planning of the high risk newborn*

Grupo de Trabajo de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo  
Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN)

### RESUMEN

La presente recomendación actualiza y amplía la publicada en 2006 por el Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN) en *Archivos Argentinos de Pediatría*.<sup>1</sup> Surge de la revisión de la literatura científica publicada, y se selecciona la mejor evidencia disponible.

Se espera que sirva como "orientadora" para que cada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales elabore estrategias propias para planificar el alta de sus pacientes.

Objetivos principales:

- Destacar el concepto de "proceso del alta", lo que significa que el alta neonatal debe ser planificada desde el ingreso del paciente a la Unidad.
- Resaltar la importancia de asesorar e informar a los padres, que posibilita que adquieran confianza y habilidades en el cuidado de su hijo.
- Enumerar las condiciones clínicas necesarias para otorgar al paciente el egreso institucional asegurando una exitosa transición a los cuidados en el hogar.

**Palabras clave:** Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, alta del paciente, cuidados domiciliarios.

### ABSTRACT

The present recommendation updates the previous 2006 publication. Aims: To highlight that discharge from the neonatal intensive care unit should be considered a "process", meaning that going home should be planned since the unit admission; to underline the importance of giving parents the tools to adequately provide care for their child; and to list the conditions required to

discharge home the baby making transition to home care a safe and successful process.

**Key words:** NICU, patient discharge, home care.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.S77>

**Cómo citar:** Grupo de Trabajo de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo, Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). Recomendación para el proceso del alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo. *Arch Argent Pediatr* 2018;116 Supl 4: S77-S81.

### INTRODUCCIÓN

Se considera paciente recién nacido de alto riesgo (RNAR) a los recién nacidos prematuros (RNPT) y a aquellos que, por su enfermedad de base y su evolución durante la internación, presenten riesgo aumentado de secuelas y/o necesidades especiales de atención en salud a mediano y/o largo plazo.

A diferencia de la recomendación anterior, que se refería exclusivamente a RNPT, esta ha sido extendida a todos aquellos recién nacidos que se incluyen dentro de la consideración mencionada.

Correspondencia:  
Dra. Lidia Giúdice:  
lidiagiudici22@yahoo.  
com.ar

Financiamiento:  
Ninguno.

Conflicto de intereses:  
Ninguno que declarar.

Recibido: 23-3-2018  
Aceptado: 3-4-2018

Coordinadora: Dra. Lidia Giúdice (Hospital Elizalde)

Autores:

Dra. Diana Rodríguez (Hospital Italiano, sede central)

Dra. Margarita Martín Alonso (Hospital Durand)

Dra. Gabriela Bertani (Hospital Durand)

Dra. Adriana Cattaino (Hospital Rivadavia)

Dra. Patricia Fernández (Ministerio de Salud de la Nación, Hospital Británico)

Dra. Nélide M. Aguilera (Clínica y Maternidad Suizo Argentina)

Lic. Gabriela Muniagurria (Sanatorio Mitre)

Dra. Gimena Marzán (Hospital Italiano, sede San Justo)

Lic. Gabriela Pose (Sanatorio Santa Isabel)

La Academia Americana de Pediatría, en 2011, reconoció 4 categorías de niños de alto riesgo:

- 1) RNPT.
- 2) Niños con necesidades especiales en salud o dependientes de tecnología.
- 3) Niños con problemas familiares.
- 4) Niños en los que se prevé la muerte en el hogar en pocos días o semanas a causa de enfermedades terminales e incurables.<sup>2</sup>

La magnitud de la población de RNAR es importante. En nuestro país, según las estadísticas vitales del año 2015, hubo 770 040 recién nacidos vivos, de los cuales 54 658 (7,09%) tuvieron peso al nacer menor de 2500 g y edad gestacional menor de 37 semanas.<sup>3</sup> La prevalencia de recién nacidos con muy bajo peso es alrededor del 1-2%.

Los niños nacidos con anomalías congénitas representan también una población en aumento, con riesgo de secuelas y necesidades especiales de atención en salud.<sup>5,6</sup> Para todo el país, se estimaron 11 200 casos anuales.

La planificación del alta de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es un proceso que debe comenzar con la admisión del paciente en ella. El momento del egreso institucional marca el fin de una etapa muy intensa en términos físicos y emocionales, que no acaba de ser resuelta ni elaborada al concluir la internación.<sup>4</sup>

El alta debe decidirse y programarse en una reunión conjunta entre el equipo asistencial de Neonatología, los padres y el equipo de Seguimiento. Si la institución no contase con este último, será necesario contactarse con un pediatra general, cercano al domicilio del paciente, interesado en la problemática del niño y su familia para que se haga responsable de la atención ambulatoria.

La atención neonatal centrada en la familia, sumada a un alta bien planificada, aseguran una transición adecuada al hogar. Involucrar a los padres en este proceso les brinda seguridad en el cuidado de su hijo y mejora los resultados y la utilización de los servicios de salud por parte del paciente luego del alta.<sup>7</sup>

Para decidir el momento oportuno del alta, se debe tener en cuenta el equilibrio entre los siguientes factores:

- Seguridad y bienestar del niño,
- Capacidades y necesidades de la familia,
- Recursos de la comunidad y servicios de apoyo.<sup>7,8</sup>

La hospitalización prolongada ha sido asociada a pobres vínculos paternos-filiales,

retraso de crecimiento, abuso de niños, duelo parental, sentimientos de ineptitud, entre otros problemas.

Estudios aleatorizados que valoran la utilidad de programas de alta temprana han demostrado seguridad, bienestar, estabilidad emocional y mejor calidad de vida en el hogar. Se beneficia a la familia, no solo psicológica y emocionalmente, sino que también se reduce el costo para los padres del cuidado de su hijo durante la internación y del ausentismo laboral. La estadía más corta en la UCIN reduce el costo institucional y aumenta la disponibilidad de camas.

Sin embargo, también debe tenerse en cuenta que el sistema de salud y los cuidadores deben estar preparados para la atención de niños de alta complejidad en el hogar (ej.: disponibilidad de traslados, estado psicofísico de los cuidadores, características de la vivienda, etc.).

### **Preparación para el alta<sup>8,9</sup>**

En el caso de niños RNPT, el alta está, generalmente, determinada por la demostración de la madurez funcional más que por el peso o la edad gestacional. Muchos niños alcanzan estos hitos entre las semanas 34 y 36 de edad posmenstrual, aunque hay variabilidad individual y los extremadamente prematuros pueden requerir más tiempo.

En todos los casos, deben considerarse listos para el alta cuando estén médicamente estables y hayan logrado madurez fisiológica, que incluye las capacidades de termorregulación, estabilidad respiratoria y adecuada alimentación.

### **Aspectos que deben ser asegurados y completados antes del alta**

1. Ganancia de peso sostenido en la última semana de internación (15 g/día).
2. Ingreso calórico adecuado (120-150 cal/kg/día), preferentemente, por succión y considerando situaciones especiales, como alimentación por sonda o gastrostomía. Se deben detectar riesgos nutricionales, como el aumento de pérdidas intestinales, dificultades en la coordinación succión-deglución, y tomar las precauciones necesarias.
3. Priorizar siempre la lactancia materna.
4. Mantenimiento de la temperatura corporal en la cuna, vestido y a temperatura ambiente. Temperatura axilar entre 36,2 °C y 36,7 °C durante la última semana.
5. Estabilidad y suficiencia respiratoria. En el caso de RNPT, sin apneas ni requerimiento

de xantinas, durante 5-7 días antes del alta. Si el paciente es portador de displasia broncopulmonar, se debe determinar la presencia de hipertensión pulmonar, solicitando la evaluación cardiológica durante la última semana de estadía hospitalaria.

6. Hernias inguinales corregidas antes del alta, excepto contraindicaciones.
7. Inmunizaciones: se deben aplicar las correspondientes a la edad cronológica, según el calendario oficial de vacunación. Se debe evaluar la administración, una semana antes del alta, del anticuerpo monoclonal humanizado contra el virus respiratorio sincicial, palivizumab, según las recomendaciones. Es recomendable la aplicación a los convivientes de las vacunas antigripal (durante el período de circulación viral) y triple bacteriana acelular.
8. Resultado de la pesquisa neonatal metabólica obligatoria.
9. Realizar un control hematológico prealta (hemoglobina, hematocrito, ferritina, reticulocitos), metabolismo fosfocálcico (calcio, fósforo y fosfatasa alcalina) y estado nutricional (proteinograma con albúmina).
10. Realizar prealta la pesquisa universal de hipoacusia a través de emisiones otoacústicas y potenciales evocados auditivos de tronco. Se debe advertir a los padres sobre la importancia de continuar los controles posalta.<sup>11</sup>
11. Examen oftalmológico: se le realizará a todo niño de alto riesgo que egresa de la Unidad Neonatal. En el caso de RNPT, se continuará con los controles de fondo de ojo para corroborar la completa vascularización de la retina y/o detectar la presencia de retinopatía del prematuro (ROP). Se debe recordar que, al momento del alta, la retina aún puede ser inmadura, con lo cual se requerirán controles periódicos hasta las 42 semanas o hasta el alta oftalmológica.<sup>12</sup> Se debe tener presente la posibilidad de presentación de ROP inusual (> 32 semanas) y de otras alteraciones visuales.
12. Realizar una ecografía cerebral entre las 36 y las 40 semanas de edad posmenstrual en RNPT o luego de haber logrado estabilidad clínica en otros pacientes RNAR para determinar la indemnidad del sistema nervioso y/o detectar posibles lesiones.
13. Pesquisa psicológica-vincular y de riesgo social a cargo del psicólogo y asistente social de la UCIN.
14. Realizar una lista detallada, antes del alta,

de las provisiones especiales que necesitará el niño al retirarse de la institución: fórmula láctea para prematuros u otras fórmulas especiales, sulfato ferroso, vitaminas ADC, ácido fólico, sondas, bolsas de colostomía, etc.

15. Consejería en lactancia materna.
16. Educación de los padres: pautas de higiene, puericultura, prevención de infecciones respiratorias, alimentación por sonda, cuidado de ostomas, etc.
17. Asesorar a los padres en la tramitación de documentación propia del hijo.
18. Organizar un plan de tratamientos posalta de los problemas médicos no resueltos.
19. Confeccionar y entregar a la familia la epicrisis neonatal detallada y completa con la identificación de los problemas no resueltos. Proporcionar a los padres estudios por imágenes realizados durante la internación.<sup>7</sup>
20. Programar el primer control posalta en el seguimiento.

Según las evidencias científicas, estas estrategias reducen la tasa de rehospitalización y mejoran el proceso del alta, promoviendo la seguridad del paciente y su familia.<sup>1,2,7,10</sup>

#### **Preparación de la familia y el hogar**

El impacto del alta en cada familia y la capacidad de los padres para reorganizar su vida, que incluye las necesidades de cuidado del bebé, estarán altamente influenciados por el soporte que hayan recibido durante la internación. El abordaje del equipo incluye comprensión empática, contención, psicoeducación e información adaptada a sus necesidades subjetivas. Un monto de ansiedad materna exagerada al momento del alta puede ser predictor de respuestas depresivas o de trastorno por estrés postraumático, lo cual impacta en la calidad de interacción y pone en riesgo el desarrollo integral del niño. Los estudios han identificado como momentos de fuerte impacto emocional para los padres el ingreso del RNAR a la UCIN y las primeras semanas posteriores al alta. La crisis que se inició con el nacimiento puede continuar a causa de las múltiples necesidades de asistencia del hijo y del estrés emocional de la familia. La "crisis de continuación", muchas veces, es desconocida por los profesionales y queda, por lo tanto, desatendida.<sup>4</sup>

*Aspectos para tener en cuenta:*

1. Conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño en el hogar. No todos los padres se sienten preparados

para este aspecto. El nacimiento prematuro o con dificultades y la internación en la UCIN son estresores que ubican al niño en riesgo de abandono, trastornos del crecimiento y del desarrollo.<sup>9</sup>

2. Corroborar las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá. El bajo nivel educacional o socioeconómico, baja edad materna, barreras idiomáticas, tanto como inadecuado control prenatal, uso de sustancias ilícitas o alcohol, depresión, aislamiento, falta de sostén familiar, pareja inestable pueden aumentar el riesgo de déficit en el crecimiento y el desarrollo.<sup>7</sup>
3. Entrenar a la familia desde la internación para el cuidado integral de su bebé y para la administración de suplementos nutricionales y medicamentosos. Asegurarse de que hayan comprendido todos los cuidados que deberá tener su hijo y satisfacer sus dudas e inquietudes.
4. Las familias que se encuentran en riesgo psicosocial pueden necesitar la presencia periódica de una enfermera domiciliaria o de una asistente social que supervise el cuidado del niño. Se trata de acompañar y ayudar a las familias en este proceso de reorganización mental y permanecer atentos a dónde focalizan sus preocupaciones y dificultades a fin de intervenir tempranamente y facilitar su preparación para la llegada al hogar.
5. Indicar la realización del curso de reanimación cardiopulmonar como parte de la educación de quienes cuidarán al niño.
6. Fomentar la lactancia materna como el mejor alimento para todo niño egresado de la UCIN.
7. Propiciar la posición supina antes del alta en la UCIN para dormir y adiestrar a los padres para la implementación del sueño seguro.
9. Educar a la familia para la disminución del riesgo de muerte súbita y por sofocación,<sup>14</sup> así como para la prevención de interurrencias y reinternaciones.<sup>15,16</sup>
  - Evitar la asistencia a guarderías o jardines maternos.
  - Restricción de visitas durante la época invernal, en especial, de personas con cuadros catarrales.
  - Restricción de salidas en la estación otoño/invierno, en las que el niño esté expuesto a los virus de la comunidad.
  - Lavado frecuente de manos, especialmente, antes y después de atender al niño.

- Ambiente sin humo.
- Cumplir los controles pediátricos programados y estimular la consulta precoz ante signos de alarma.

10. Informar a los padres las recomendaciones sobre sistemas de retención infantil en el transporte y uso seguro de cunas.<sup>13</sup>
11. Evitar demoras en el egreso de la Unidad Neonatal por fallas en la organización de los recursos humanos y técnicos que cada niño necesite.

### Cuidados coordinados en el hogar

1. Otorgar el alta al niño con un plan de cuidado hogareño. Se debe entregar un cronograma de seguimiento personalizado escrito con un esquema de controles médicos y evaluaciones periódicas del crecimiento y desarrollo. Se debe programar una consulta de control no más allá de las 72 horas posalta.
2. Explicar a dónde deben dirigirse en caso de urgencias y consignar nombres, apellidos, teléfonos y direcciones de referentes de salud y contactos útiles.
3. Implementar la utilización de un cuaderno donde consten indicaciones, estudios pendientes, tiempos de las futuras vacunaciones y evaluaciones con el equipo de Seguimiento, especialistas involucrados y pediatra de cabecera.
4. Educar a los padres para la detección de síntomas de estrés y desorganización, e indicar su conducta ante ellos.
5. Aconsejar posiciones que pueden favorecer el desarrollo de los bebés decúbito prono y laterales en vigilia, evitar la incorporación de patrones patológicos y maximizar los momentos de interacción.
6. Monitorizar el impacto que la internación en la UCIN puede haber causado en la familia.

### CONCLUSIONES

Los cuidados en la UCIN deben tener continuidad luego del egreso hospitalario.

Estas recomendaciones señalan los puntos indispensables para tener en cuenta cuando se planifica el alta de niños de alto riesgo neonatal con la complejidad que esto significa.

Para finalizar, cabe agregar que es importante el contacto que se establezca entre los médicos de la internación, el pediatra de cabecera y el equipo de Seguimiento para proporcionar un mensaje unificado, coherente y de trabajo en equipo a la familia. ■

## REFERENCIAS

1. Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Estudios Feto-neonatales (CEFEN). Recomendación para el alta de prematuros. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(6):560-2.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008; 122(5):1119-26.
3. Argentina. Ministerio de Salud Pública de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica-Año 2015. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>.
4. Muniagurria G. Perspectivas psicológicas, vinculares, comunicacionales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Curso para optimizar el Seguimiento de Recién nacidos de alto riesgo, Educasap, 2016.
5. Groisman B, Bidondo MP, Barbero P, et al. RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2013; 11(6):484-94.
6. Groisman B, Tardivo A, Gili J, et al. Reporte anual 2015. Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en Recién nacidos, registradas durante 2014 en la República Argentina. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000711cnt-Reporte%20Renac%202015-web\\_2016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000711cnt-Reporte%20Renac%202015-web_2016.pdf).
7. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Pediatr Child Health* 2014; 19(1):31-42.
8. Hintz SR, Bann CM, Ambalavanan N, et al. Predicting time to hospital discharge for extremely preterm infants. *Pediatrics* 2010; 125(1):e146-54.
9. Purdy IE, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *J Perinatol* 2015; 35(Suppl 1):S24-8.
10. Whyte R. Safe discharge of the late preterm infant. *Pediatr Child Health* 2010; 15(10):655-66.
11. Liceda M, Taglialegne N, Neustadt N, et al. Programa Nacional de fortalecimiento de la detección precoz de Enfermedades Congénitas. Pesquisa Neonatal Auditiva. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Maternidad e Infancia; 2014. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: hHYPERLINK "<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf>" ttp://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf.
12. Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico para la Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro. Recomendación para la pesquisa de retinopatía del prematuro en poblaciones de riesgo. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(1):71-6.
13. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Prevención de Accidentes. Consenso sobre mobiliario infantil seguro. 2016. [Acceso: 4 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-sobre-mobiliario-infantil-seguro-nbsp2016.pdf>.
14. Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(3):285-7.
15. Auger KA, Kenyon CC, Feudtner C, et al. Pediatric hospital discharge interventions to reduce subsequent utilization: a systematic review. *J Hosp Med* 2014; 9(4):251-60.
16. Desai AD, Popaliski J, Simon TD, et al. The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes from Hospital Settings to Home: a Review of the Literature. *Hosp Pediatr* 2015; 5(4):219-31.