

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

Alta precoz posnatal: necesita más estudios

Rivas Fernández MA¹, Pérez-Moneo Agapito B²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona. España.

²Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Correspondencia: M.^a Ángeles Rivas Fernández, mayrivas5@gmail.com

Palabras clave en español: recién nacido; alta del paciente; readmisión del paciente.

Palabras clave en inglés: infant, patient discharge; patient readmission.

Fecha de recepción: 12 de junio de 2021 • **Fecha de aceptación:** 23 de junio de 2021

Fecha de publicación del artículo: 7 de julio de 2021

Evid Pediatr. 2021;17:30.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rivas Fernández MA, Pérez-Moneo Agapito B. Alta precoz posnatal: necesita más estudios. Evid Pediatr. 2021;17:30.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2021;17:30>.

©2005-21 • ISSN: 1885-7388

Alta precoz posnatal: necesita más estudios

Rivas Fernández MA¹, Pérez-Moneo Agapito B²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Cataluña. Barcelona. España.

²Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Correspondencia: M.^a Ángeles Rivas Fernández, mayrivas5@gmail.com

Artículo original: Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early postnatal discharge for infants: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2020;146:e20193365.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: los recién nacidos dados de alta precozmente tras el nacimiento tienen mayor riesgo de ser reingresados en los primeros 28 días de vida. La introducción de políticas para un mínimo tiempo de estancia hospitalaria posparto se ha asociado con una reducción de la tasa de reingresos neonatales a largo plazo.

Comentario de los revisores: con los hallazgos actuales no se deberían extraer conclusiones generales sobre el alta precoz neonatal pues podría haber subgrupos con comportamientos diferentes.

Palabras clave: recién nacido; alta del paciente; readmisión del paciente.

Early postnatal discharge: needs more studies

Abstract

Authors' conclusions: infants discharged early after birth were more likely to be admitted within 28 days. The introduction of postnatal minimum length of stay policies was associated with a long-term reduction in neonatal hospital readmission rates.

Reviewers' commentary: with the current findings, general conclusions about neonatal early discharge should not be drawn as there could be subgroups with different behaviors.

Key words: infant, patient discharge; patient readmission.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: determinar los efectos de las políticas de alta precoz (AP) posparto en mujeres y recién nacidos (RN).

Diseño: revisión sistemática (RS) con metanálisis (MA).

Fuentes de datos: revisión de bases de datos electrónicas hasta enero de 2018 (CENTRAL, Medline, Embase, SCI y Nursing and Allied Health Literature). La estrategia de búsqueda está definida con términos sobre alta, puerperio o reingreso, sin restricción de idioma, tipo de estudio o localización.

Selección de estudios: estudios sobre cualquier nacimiento en ámbito hospitalario en que las mujeres y sus RN estuvieran preparados para el alta y que, además, compararan resultados entre el alta precoz y el alta tradicional. Fueron

válidos para su selección ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios controlados antes-después y análisis de series temporales interrumpidas (STI). En la búsqueda inicial se obtienen 9303 estudios, se valoran 150 y se incluyen en la RS y MA 15: 10 ECA y 5 STI.

Extracción de datos: la selección de estudios y extracción de datos se realizó por duplicado. Las discrepancias se resolvieron por un tercer investigador. Se adaptó un formulario de extracción de datos de la Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC), que se pilotó en unos pocos estudios para reajustes. Se utilizó la herramienta para valoración de sesgos de Cochrane o de ECA según el tipo de estudio.

Para el MA se usó el método de Mantel-Haenszel con un modelo de efectos aleatorios. Si los datos se presentaron en gráficos, se extrajeron los datos mediante Plot Digitalizer y se reanalizó un modelo autorregresivo integrado de promedio

móvil (ARIMA). Se midió efecto del AP como cambio de resultados en primer y segundo año y cambio en tendencia, controlado con los datos previos a la intervención, con nivel de significación estadística menor de 0,05. Se valoró heterogeneidad por inspección de intervalos de confianza (IC), estadístico I^2 y análisis por subgrupos. Se planificó análisis de sensibilidad. No se estudió sesgo de publicación por considerar los autores que el número de estudios era reducido. No se realizó metarregresión.

Resultados principales: se define como AP a aquella anterior a las 48 horas tras un parto o a las 96 horas tras una cesárea. Los resultados principales para el neonato fueron la proporción de reingresos en 7 y 28 días, y para madres las proporciones de reingresos por problemas del puerperio, lactancia materna hasta los 6 meses y depresión posparto. Los resultados secundarios fueron los reingresos por ictericia y el número de visitas a urgencias o a Atención Primaria de los RN.

El reingreso del neonato durante los primeros 7 días de vida solo se recoge en un ECA ($n = 360$), con una diferencia no significativa entre ambos grupos (riesgo relativo [RR] de 3,24 (IC 95% [IC 95]: 0,13 a 77,63). En el MA para reingreso durante los 28 días posparto ($n = 7$ ECA; 4552 pacientes) ofrece un RR de 1,70 (IC 95: 1,34 a 2,15) a favor del grupo de alta precoz. Se informa de un mayor uso de recursos de Atención Primaria y urgencias tras el alta precoz en 2 STI.

Los cuatro STI de EE. UU. se analizan independientemente, ya que su grupo comparador es la intervención contraria: previo a establecer legalmente un tiempo mínimo de estancia tras el parto (48 horas) o cesárea (96 horas) las altas eran aún más precoces. Se realiza MA para ver cambio de tendencia del ingreso del neonato a 28 días, con un resultado en primer año de una diferencia de medias (DM) de -4,27 (IC 95: -7,91 a -0,63) y de -6,23 (IC 95: -10,15 a -2,32) en el segundo año.

No hay diferencias significativas en las tasas de lactancia materna en ningún estudio. No se presentan datos sobre depresión en madres. Los reingresos por ictericia no muestran diferencias significativas en 2 de 3 STI.

Conclusión: la evidencia de este MA y RS de ECA y análisis de STI indica que estancias posnatales inferiores a 48 horas tras parto y a 96 horas tras cesárea se asocian con un aumento en el reingreso del recién nacido en los primeros 28 días de vida.

Conflicto de intereses: no existen.

Fuente de financiación: financiado por una beca de National Institute for Health Research Collaborations Leadership in Applied Health Research and Care West Midlands.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: en RN a término el AP durante la última década vive un auge internacional¹. No obstante, si bien con esta política hospitalaria se reducen claramente los costes², una revisión Cochrane³ de 2010 cuestiona que existan suficientes pruebas acerca de su costo-efectividad a medio y largo plazo. El presente trabajo actualiza dicha revisión³.

Validez interna: las fuentes de extracción de datos, así como los criterios de elegibilidad, se llevaron a cabo por pares. El diagrama de flujo muestra que la identificación, exclusión de duplicados, elegibilidad y definición de AP fueron adecuados. Sin embargo, resultaría metodológicamente cuestionable que ECA y STI se engloben en la misma RS, pues no comparten un grupo comparador (lo cual debería ser un criterio de inclusión imprescindible): 4 de los 5 STI se realizaron en EE. UU. donde la anterior legislación federal marcaba unos periodos de ingreso todavía inferiores al AP (24 horas en partos vaginales y 72 horas en cesáreas).

Sus objetivos principales y secundarios están bien definidos e incluyen los posibles reingresos por complicaciones del parto en las madres y sus RN. En caso de alta heterogeneidad estadística no se metanalizó el resultado. Los riesgos de sesgos –aleatorización, cegamiento, pérdidas y selección– fueron evaluados adecuadamente. Hubo insuficientes ECA para poder realizar un *funnel plot*, por lo que se desconoce si existió sesgo de publicación. Aunque se planificó, no se pudo realizar análisis de sensibilidad –*post hoc*– debido a que, en la mayoría de los estudios, las exclusiones posaleatorización y las pérdidas durante el seguimiento no se analizaron por intención de tratamiento.

Importancia clínica: el presente trabajo describe que el AP aumenta entre 1,3 y 2,5 veces el riesgo de reingresar durante los 28 primeros días de vida. No obstante, aunque el ECA de mayor peso (88%) tiene bajo riesgo de sesgo, solo incluyó partos por cesárea. Además, existe imprecisión en 3 de los 7 ECA metanalizados para este resultado, pues el bajo número de eventos en la muestra analizada (reingresos <300) no garantizan que este dato sea confiable. Aun así, existe adecuada consistencia, sin heterogeneidad estadística (I^2 0%), entre 6 de los 7 ECA.

Las principales variables maternas (reingresos, depresión y tasa de lactancia materna) no se pueden describir por insuficiente potencia.

Las variables secundarias para los RN (reingreso por ictericia, visitas a servicios de Atención Primaria o urgencias hospitalarias) proceden de las STI, donde el grupo comparador fueron las altas a las 24 h y 72 h (en partos vaginal y por cesárea respectivamente).

Otros subgrupos de RN para quienes el alta –quizá– sí resultaría segura muestran insuficiente potencia, pues en los estudios originales se carece de ciertos datos de gran interés (como por ejemplo la edad gestacional, ser un parto de riesgo, o el motivo de los reingresos) que podrían ayudar a discriminar qué RN se podrían beneficiar del AP. La asociación española de Pediatría emite recomendaciones sobre AP neonatal que van en este sentido⁴.

La RS solo puede generalizarse a población hospitalaria.

Por todos estos motivos nuevos estudios podrían cambiar los resultados actuales.

Aplicabilidad en la práctica clínica: si bien la actual tendencia sanitaria –sobre acortar las estancias hospitalarias posparto– a corto plazo reduce costes, los presentes resultados sugieren que en los nacidos por cesárea el AP podría incrementar sus reingresos, reduciendo así la eficiencia. En partos vaginales parecería razonable recomendar que, en espera de resultados confiables, los días de estancia no sean establecidos por las administraciones sanitarias, sino por las características clínicas de las madres y de sus RN.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys. *PLoS Med.* 2016;13:e1001972.
2. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:16.
3. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;CD002958.
4. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr (Barc).* 2017;86:289.e1-6.