

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

Alta precoz posnatal; ¿dónde estamos hoy?

Sánchez Luna M

Presidente de la Sociedad Española de Neonatología (SENEO). Servicio de Neonatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: Manuel Sánchez Luna, mssluna@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 24 de junio de 2021 • Fecha de aceptación: 30 de junio de 2021

Fecha de publicación del artículo: 7 de julio de 2021

Evid Pediatr. 2021;17:36.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sánchez Luna M. Alta precoz posnatal; ¿dónde estamos hoy? Evid Pediatr. 2020;17:36.

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;17:36>.

©2005-20 • ISSN: 1885-7388

Alta precoz posnatal; ¿dónde estamos hoy?

Sánchez Luna M

Presidente de la Sociedad Española de Neonatología (SENEO). Servicio de Neonatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: Manuel Sánchez Luna, mssluna@salud.madrid.org

Con relativa frecuencia, nos enfrentamos al dilema del momento del alta de las madres y sus recién nacidos tras el parto o la cesárea. Cada vez es más frecuente que se vaya recortando progresivamente el tiempo de hospitalización, buscando en la mayoría de los casos mejores resultados economicistas en los centros hospitalarios al reducirse la estancia de estos y por lo tanto los costes asociados a la hospitalización¹.

Es un tema de debate del que se discute con frecuencia en foros científicos, pero del que disponemos de poca evidencia sobre las ventajas y desventajas del alta precoz, muy especialmente para los recién nacidos, y en general empleamos recomendaciones de expertos basadas en las escasas publicaciones que avalan estas prácticas. La definición de alta precoz es muy heterogénea y ha cambiado con el tiempo, variando desde menos de 24 horas², a la más extendida, de alta antes de las primeras 48 horas tras un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas tras una cesárea. Las políticas de alta sin embargo difieren mucho en cada país, y aún más en un mismo país en función del tipo de centro hospitalario, llegando a promover altas antes de las primeras 24 horas y sin la exploración por parte de un pediatra antes del alta, entrenando a personal de enfermería y matronas para reducir la ocupación de las maternidades².

En España se han realizado múltiples recomendaciones tanto por parte de grupos de trabajo de sociedades científicas como de instituciones sanitarias.

En 2014 la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad³ estableció que, en base a la evidencia de ese momento, no existían diferencias significativas entre beneficios y riesgos del alta precoz, pero siendo la calidad de la evidencia encontrada baja. Se hacía entonces referencia a que el riesgo de rehospitalización neonatal descendía si se acompañaba esta alta precoz de soporte profesional, estableciéndose, con una evidencia débil que: el alta hospitalaria se debería ofrecer antes de las 48 horas a aquellas mujeres cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento, recomendándose la realización de talleres formativos y entrega de folletos a la madre antes del alta. Es interesante ver como en este documento se recomienda el seguimiento entre las 24-48 horas tras el parto de la madre y de su recién nacido.

La Sociedad Española de Neonatología, a través de su Comisión de Estándares, elaboró un documento en 2017 de recomendaciones sobre el alta hospitalaria del recién nacido a término sano⁴. En este documento se recomendó que el alta hospitalaria no debería de realizarse antes de las 48 horas tras el parto, o antes de las 72-96 horas tras una cesárea. De la misma manera se insistió en la importancia de que el alta se base estrictamente en criterios clínicos y en la necesidad de una evaluación precoz tras el alta.

Vivimos hoy un cambio en el perfil de las madres que tienen a sus hijos actualmente. Un retraso importante en la edad de la maternidad, reducción en el número de hijos, menor apoyo familiar y otros factores que condicionan mayor riesgo de complicaciones neonatales, lo que reafirma la importancia de estudiar y analizar en cada situación las ventajas y los potenciales problemas asociados a un alta demasiado precoz del ambiente hospitalario, y es por todo ello por lo que las indicaciones del alta deberían hacerse cada vez más de forma individualizada y teniendo muy en cuenta el apoyo tras el alta en la asistencia primaria.

La revisión sistemática y metanálisis realizada por Eleanor Jones *et al.*⁵, comentada de forma crítica en este número de *Evidencias en Pediatría*, en el artículo "Alta precoz posnatal: necesita más estudios", adquiere una gran importancia hoy, y no solo por volver a revisar la evidencia tras de los posibles problemas asociados con el alta precoz de los recién nacidos a término sanos, sino por incorporar nueva evidencia que ayudará a la toma de decisiones en nuestros hospitales. Esta revisión tiene importantes fortalezas frente a revisiones previas. Es más cercana en el tiempo a las características de la asistencia perinatal actual, tiene en cuenta no solo ensayos clínicos sino también estudios de series de alta calidad y emplea además una definición homogénea del alta precoz, antes de las primeras 48 horas tras un parto vaginal o 96 horas tras una cesárea. Es llamativo, sin embargo, como de los 9298 estudios analizados, solo se incluyen 15 estudios de alta calidad, de los cuales 10 son ensayos clínicos aleatorizados, y 5 estudios cuasiexperimentales en los que al realizarse un cambio de la política que afecta directamente a la estancia hospitalaria no es posible la aleatorización. De estos 5, 4 reflejan el efecto que la ley federal en EE. UU. en 1996, de no restricción de la estancia hospitalaria a menos de 48 horas tras el parto o 96 horas tras una cesárea hace que el efecto sobre el rein-

greso se mitigue significativamente. El último estudio se realiza en 5 condados daneses.

En los ensayos clínicos aleatorizados, a diferencia de revisiones sistemáticas previas, se demuestra como el riesgo de reingreso del recién nacido en los primeros 28 días, es significativamente mayor que tras el alta no precoz.

Sin embargo, lo interesante de este metanálisis es la inclusión de estudios no aleatorizados en los que se analizan cambios en la política del alta precoz en Estados Unidos tras la ley Federal de 1996, en la que se establece que los beneficios de la hospitalización madre-hijo no pueden limitarse a menos de 48 horas tras el nacimiento por vía vaginal o 96 tras una cesárea. Aún más, en esta ley se contempla que, si la madre precisa ingreso hospitalario con su hijo tras el parto, este periodo comienza a contabilizarse de nuevo. Por lo tanto, estos estudios incluyen aspectos novedosos e interesantes del efecto de modificaciones de políticas hospitalarias e implementación de protocolos y criterios de alta, sin que exista obligatoriedad del alta según criterios economicistas, con un claro sentido de protección de la madre y el recién nacido y de respeto a la decisión médica individualizada.

Al incluir estos estudios se demuestra una inflexión con una tendencia significativa a reducirse los reingresos de los recién nacidos, lo que demuestra de nuevo que las políticas de alta precoz deben de ir acompañadas de la individualización de esta alta y la selección de aquellas madres e hijos con preparación y entrenamiento e implementación de estrategias de lactancia asegurada y seguimiento clínico tras el alta. El proceso del alta precoz no puede ser por lo tanto una política aislada de trabajo de un centro hospitalario, sino una parte de una mejora en la asistencia sanitaria de la madre y del recién nacido, no solo buscando la reducción de las estancias hospitalarias y los costes derivados de esta, sino una franca mejoría del cuidado perinatal. Si el alta precoz va emparejada a un incremento del uso de los servicios de salud tras el alta debido a complicaciones, estamos ante un sistema fracasado y con consecuencias perniciosas para las familias y el propio sistema sanitario.

No quiero finalizar la revisión de este excelente estudio sin reflejar la importancia actual de incluir en las revisiones sistemáticas estudios que, no siendo ensayos clínicos aleatorizados, revelan el efecto del análisis de variables en la práctica real de la medicina, fuera de ensayos clínicos, como es la implementación de estrategias o tratamientos no aleatorizables, pero con un impacto real en los resultados.

En el caso del alta precoz de las maternidades hospitalarias, incluso al incluir estos estudios no aleatorizados, se sigue demostrando un mayor riesgo de re-hospitalización a los 28 días tras el alta hospitalaria, algo que debe de hacernos reevaluar continuamente algunas políticas basadas en resultados a corto plazo que repercuten luego negativamente en la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:714-26.
2. Wong H, Kadalraja R. Early discharge of newborn infants before formal neonatal examination: a new model of practice. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008;93:F476.
3. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
4. Rite Gracia S, Pérez Muñozuri 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. e1-289.e6.
5. Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early postnatal discharge for infants: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2020;146:e20193365.