

Artículo especial

Asistencia domiciliaria al prematuro

Home care for the premature newborn infant

Roser Álvarez Miró¹, Julia Bella Rodríguez², Lourdes Arroyo Gili²

¹Profesora titular de Enfermería infantil. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

²Enfermeras. Unidad neonatal. Hospital Clínic. Barcelona

RESUMEN

El Programa de Asistencia Domiciliaria al recién nacido pretérmino consiste en el seguimiento domiciliario de éste por el equipo de salud responsable del programa, una vez el niño ha superado los problemas agudos de salud del periodo neonatal inmediato y se ha capacitado a sus familias para ofrecerle los cuidados necesarios para el mantenimiento de su salud hasta alcanzar el alta definitiva del hospital.

Palabras clave: prematuro, asistencia domiciliaria, recién nacido, alta precoz.

ABSTRACT

The Home Care Program for preterm newborn infants consists in the follow-up at home of premature newborns by the health care team responsible for the program, once the acute health problems associated with the immediate neonatal period have been overcome and their families have been trained to provide the care necessary to maintain their health until they are definitively discharged from the hospital.

Keywords: Premature, home care, newborn infant, early discharge.

Introducción

Las mejoras tecnológicas y científicas, tanto del conocimiento de la fisiopatología de los problemas que presentan los recién nacidos prematuros como de la calidad de los cuidados que precisan, han contribuido al aumento de la supervivencia de éstos, que son cada vez más inmaduros y de menor peso. Sin embargo, aunque ha disminuido el riesgo de secuelas a largo plazo, no ha sido así desde el punto de vista absoluto, pues al sobrevivir más niños deben atenderse más problemas respiratorios, neurológicos y sensoriales. Estudios recientes han relacionado el bajo peso al nacer con patrones conductuales caracterizados por dificultad en el aprendizaje, trastornos de conducta, falta o dificultad para mantener la atención, problemas en el lenguaje, etc. En el análisis de estos problemas se observa con frecuencia que su etiología no es tanto la propia prematuridad en sí como las dificultades para mantener un entorno o ambiente propicio que estimule el desarrollo integral del niño durante su estancia hospitalaria, cada vez más prolongada en los grandes inmaduros.

Siguiendo los protocolos habituales de las unidades neonatales, una vez superados los problemas fisiopatológicos que comporta la prematuridad, se espera a que estos recién nacidos alcancen un determinado peso para ser

dados de alta. Esta situación altera de forma importante el ambiente familiar idóneo, y retrasa la estimulación psicoafectiva de los niños y la relación inicial padres-hijos por la dificultad de los padres de crear precozmente los vínculos afectivos con su hijo, tan necesarios para el buen crecimiento, desarrollo, salud y calidad de vida del niño. La evidencia científica actual muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una mejor evolución si sus padres se integran en sus cuidados («Cuidados centrados en el desarrollo»)¹⁻⁶.

La asistencia domiciliaria (AD), es decir, el cuidado y seguimiento del recién nacido (RN) en su propio domicilio en lugar de en el box de prealta hospitalaria, forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en los países desarrollados. Existen experiencias que así lo demuestran en Estados Unidos⁷, Noruega y países del norte de Europa^{8,9} y también en España^{2,10-12}. El neonato tendrá un desarrollo físico y psicoafectivo más completo y precoz si los padres pueden asumir con prontitud su cuidado^{4,13}. Puede considerarse también un «derecho» del niño la posibilidad de estar en su casa en vez de en un hospital. De él dimana el «deber» del personal sanitario de procurar que los programas de asistencia domiciliaria sean establecidos, llevados a cabo y controlados.

Correspondencia:

Roser Álvarez.

Correo electrónico: rosenalvarez@ub.edu

Álvarez Miró R, Bella Rodríguez J, Arroyo Gili L. Asistencia domiciliaria al prematuro. *Matronas Prof.* 9(3): 28-30

Algunas familias rechazan el programa de asistencia domiciliaria, quizá por miedo a no saber cuidar correctamente a su hijo. Este rechazo se ve agravado en prematuros con anomalías congénitas o complicaciones graves previas¹⁴, o si requieren alguna técnica especial para su cuidado (p. ej., alimentación por sonda nasogástrica...).

Se ha podido comprobar que el método canguro durante el ingreso en la unidad neonatal facilita que los padres acepten la asistencia domiciliaria^{15,16}. También se ha constatado que la alimentación por sonda nasogástrica, con una buena educación sanitaria previa y un seguimiento posterior, puede realizarse de manera eficaz durante la asistencia domiciliaria^{17,18}, consiguiendo incluso aumentos de peso de hasta 31 g/día¹⁷.

La inclusión del apoyo domiciliario por parte del equipo de salud responsable es imprescindible para optimizar los cuidados del niño, pues es en los primeros días después del alta cuando pueden detectarse problemas psicosociales familiares¹⁹, como ansiedad o estrés, que dificultan la buena calidad de los cuidados²⁰.

El apoyo domiciliario servirá también no sólo para detectar precozmente los posibles problemas de salud que puedan darse en el niño, sino también para mejorar y ampliar las posibilidades de sus cuidados, pues en ocasiones problemas simples como los referidos a la temperatura corporal del niño pueden estar ocasionados por un fallo en la técnica de la toma de temperatura corporal del lactante²¹, o bien por la incorrecta interpretación de la temperatura por parte de los padres, o por su propia sensibilidad térmica, que los lleve a abrigar más o menos al niño o a mantenerlo a una temperatura ambiental más o menos elevada. También facilita la comunicación, inclusión y seguimiento de los distintos programas de estimulación sensitivo-motora que pueden realizar los padres a su hijo en el domicilio y que serán muy beneficiosos para el desarrollo del lactante, además del efecto de satisfacción e implicación de los padres¹³.

Por lo tanto, el objetivo primario de la AD es favorecer el cuidado domiciliario, en vez de en el box de prealta del hospital, de los recién nacidos tributarios de dicha atención, una vez alcanzada la estabilidad clínica. Los objetivos secundarios de la AD son: mejorar el desarrollo del neonato, favorecer una buena relación padres-hijo, disminuir los costes sanitarios y mejorar la eficiencia del sistema de salud.

Las principales ventajas de la AD son:

- Los padres pueden ocuparse del recién nacido permanentemente, con lo que mejora su relación y su satisfacción.
- Se normaliza la situación familiar, al no tener que desplazarse al hospital, con lo que disminuye el estrés.
- Se favorece la lactancia materna.

- El crecimiento (curva de peso) mejora en dichas condiciones.
- Disminuye el riesgo de infecciones (teniendo en cuenta un ambiente familiar libre de epidemias estacionales).
- Se reducen los inconvenientes de los servicios de neonatología (ruidos, ausencia de ritmo nictameral, riesgo de infección nosocomial, etc.).
- Puede realizarse una educación sanitaria más completa a la familia.
- Los recursos económicos pueden orientarse a una asistencia más adecuada, mejorando la satisfacción de los usuarios.

¿Cómo organizarla?

Las normativas existentes son variadas^{22,23}. Se recomienda:

1. Valorar con el pediatra responsable del RN, la enfermera responsable del box y el equipo de AD los RN tributarios para dicho programa, teniendo en cuenta:
 - El estado clínico y situación del RN (peso, edad corregida ≥ 33 semanas, homeostasis térmica, calidad de la alimentación, curva de peso ascendente, etc.).
 - La situación familiar (el tipo de vivienda, la capacidad de los padres para el cuidado del RN).
 - Distancia del domicilio al hospital y problemas de transporte.
2. Si el RN es apto para el programa, se intensificará:
 - La educación sanitaria a los padres a cargo de enfermería (normas sobre la lactancia, higiene personal, baño, prevención de infecciones, vacunaciones, aconsejar la vacuna de la gripe a los padres y/o cuidadores, prevención de la muerte súbita, etc.).
 - Asegurarse de un buen dominio de la succión del RN durante la alimentación, estimulándola si es preciso.
 - El pediatra responsable del RN realizará y/o se programará los controles prealta o postalta (analíticos, oftalmológicos, administración de EPO, EEG y otras pruebas), y se transmitirán al equipo de AD.
 - Si existen situaciones familiares susceptibles del Trabajo Social, se contactará con la asistente social. En casos de duda, se realizará una visita previa al domicilio.
 - De común acuerdo (equipo asistencial durante la hospitalización y equipo de AD) se programará el alta.
 - Se solicitará el consentimiento informado a los padres.
 - El día en que el RN sea dado de alta del hospital se le entregará un informe de alta que incluirá el resumen de la estancia hospitalaria, diagnósticos, tratamientos realizados y controles pendientes, y en el que constará que el niño pasa a AD. Dicho resumen lo realizará el médico responsable de la hospitalización. El alta del RN la dará la supervisora de la unidad conjuntamente

con la enfermera del programa de AD. El RN pasará así al régimen de hospital de día con AD.

3. Los RN sujetos a este programa reciben la visita de enfermería:
 - Primera visita en los dos días siguientes a la salida del hospital.
 - Segunda visita a los tres días de la primera visita.
 - Otras visitas con periodicidad de dos veces por semana hasta alcanzar los 2.100 g.
4. La enfermera se desplaza al domicilio, provista del siguiente material:
 - Báscula con maleta portátil, termómetro, fonendoscopio, teléfono móvil y material para administración de medicación, si precisa.
 - Controla el estado general, el incremento de peso, la alimentación, las medidas higiénicas, el ritmo de sueño, etc.
 - Realiza soporte organizativo y de apoyo a los padres.
 - Completa la educación sanitaria iniciada en el servicio.
 - Comprueba la situación familiar adaptada.
 - Coordina los horarios de las siguientes visitas domiciliarias y en el hospital, y después comprobará que se han llevado a cabo.
5. Los padres, durante los días que dura el programa, tienen la posibilidad de:
 - Contacto telefónico las 24 horas del día con el servicio de neonatología en casos de duda sobre la asistencia al RN.
 - Visita domiciliaria de la enfermera ya reseñada.
 - Visita pediátrica a juicio de la enfermera y el día del alta del hospital de día.
 - Reingreso en el hospital si fuese necesario.
6. El/la pediatra coordinador/a del programa, el día del alta del Programa de Asistencia Domiciliaria, realizará la visita médica del RN, remitiéndolo a los controles posteriores del programa de seguimiento que le corresponda.

En conclusión, se está demostrando que la asistencia domiciliaria constituye un programa eficaz para el recién nacido, ya que mejora su curva ponderal, está libre de infecciones nosocomiales y el desarrollo es mejor en casa, con sus padres. A las familias les supone una normalización de la situación familiar, menos estrés y un ahorro de tiempo y dinero en los desplazamientos, y para el hospital significa, por lo menos, mayor disponibilidad de plazas libres.

Bibliografía

1. Berman S. Caring for parents versus caring for children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157: 221.

2. Pallás Alonso C. Relación con los padres en los servicios de neonatología. XIX Congreso Español de Medicina Perinatal. San Sebastián, 2-4 de octubre de 2003. Libro de Ponencias, 107-108.
3. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics.* 1993; 92: 643-649.
4. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 4: CDOO1814.
5. Als H, Gilkerson L, Duffy FH, McAnulty GB, Buehler DM, Vandenberg K, et al. A three-center randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and care-giving effects. *J Dev Behav Pediatr.* 2003; 24: 399-408.
6. Perapoch J, Pallás CR, Linde MA, Moral MT, Benito F, López M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barc).* 2006; 64: 132-139.
7. Merritt TA, Pillers D, Prows SL. Early discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis. *Semin Neonatol.* 2003; 8: 95-115.
8. Ortenstrand A, Waldenstrom U, Winbladh B. Early discharge of preterm infants needing limited special care, followed by domiciliary nursing care. *Acta Paediatr (Norway).* 1999; 88: 1.024-1.030.
9. Ortenstrand A, Winbladh B, Nordstrom G, Waldenstrom L. Early discharge of preterm infants followed by domiciliary nursing care: parents' anxiety, assessment of infant health and breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2001; 90: 1.105-1.106.
10. Esqué MT, Carbonell X, Alsina L. Assistència domiciliària de nens prematurs. *Pediatría Catalana.* 2004; 64: 54-56.
11. Martín Puerto MJ. Alta precoz en recién nacidos de bajo peso. Experiencia de 5 años. *An Esp Pediatr.* 1993; 38: 20-24.
12. Martín Puerto MJ, Pérez Agromayor I, Belaústegui Cueto A. Alta precoz en Neonatología. *An Esp Pediatr.* 1997; 46: 372-373.
13. Koldewijn K, Wolf MJ, van Wassenaer A, Beelen A, de Groot IJ, Hedlund R. The infant behavioral assessment and intervention program to support preterm infants after hospital discharge: a pilot study. *Dev Med Child Neurol.* 2005; 47: 105-112.
14. Klínger G, Reichman B, Sirota L, Lusky A, Linder N, and Israel Neonatal Network. Risk factors for delayed discharge home in very-low-birthweight infants: a population based study. *Acta Paediatr.* 2005; 94: 1.674-1.679.
15. Neu M. Kangaroo care: is it for everyone? *Neonatal Netw.* 2004; 23: 47-54.
16. Conde-Agudelo A, Díaz-Rosello JL, Bellzan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 4: CDO02771.
17. Sturm LD. Implementation and evaluation of a home gavage program for preterm infants. *Neonatal Netw.* 2005; 24: 21-25.
18. Collins CT, Makrides M, McPhee AJ. Early discharge with home support of gavage feeding for stable preterm infants who have not established full oral feeds. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 4: CDO03743.
19. Bohu D, Mesbahi N, De Montgolfier-Aubron L, Binet G, Malle S, Baudon JJ, et al. Problemes psychosociaux posés par le retour a domicile du nouveau-né prématuré. *Arch Pédiatr.* 1999; 6: 264-166.
20. Kaaresen PI, Ronning JA, Llevund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics.* 2006; 118: e9-e19.
21. Thomas KA. Infant weight and gestational age effects in thermoneutrality in the home environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32: 745-752.
22. Gambllan V, Hess DJ, Kenner C. Early discharge from the NICU. *J Pediatr Nurs.* 1998; 13: 296-301.
23. Gold F, De Montgolfier-Aubron L, Baudon JJ. Conditions et modalités de sortie du nouveau-né prématuré. *Arch Pédiatr.* 1999; 6: 258-260.