



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA NEONATAL PARA EL ALTA PRECOZ DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y DE BAJO PESO

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: **INSTITUTO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID**
- Domicilio social (incluido Código Postal): **C/ Martín Lagos s/n 28.040 MADRID**
- CCAA: **COMUNIDAD DE MADRID**
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: **María del Carmen Hernández Sánchez**
E-mail: **chernandezs@salud.madrid.org**
Teléfonos: **696162294 638844029**

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: **AGOSTO de 2013**
- Actualmente en activo: **Desde su implantación sigue en servicio activo**
- Prevista su finalización: **NO PREVISTA SU FINALIZACIÓN**



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	CUIDADOS DE LAS Y LOS RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS
---	--

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El alta precoz de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se ha postulado como una buena estrategia, en pacientes seleccionados, para reducir tanto el ambiente negativo de una estancia hospitalaria prolongada, como para reforzar a los padres y capacitarles en los cuidados de su hijo, y de este modo contribuir al mejor pronóstico de estos pacientes y reducir el coste en sus cuidados.

Siguiendo los protocolos habituales de las unidades neonatales, una vez superados los problemas fisiopatológicos que comporta la prematuridad, se espera a que los recién nacidos alcancen un determinado peso para ser dados de alta. Existen distintas condiciones que determinan la idoneidad del alta de un recién nacido pretérmino, pero existe un relativo consenso en utilizar el peso como “valor de oro”, y situarlo en torno a los 2200-2500g.

La estancia prolongada o el ingreso por bajo peso repercuten negativamente en las cargas de trabajo de los equipos neonatales y sus costes (Melnik BM, et al.2006), el estado afectivo-emocional de la familia (Aguayo Maldonado J, et al. 1995) y, según algunos autores, también dificulta la instauración de la lactancia materna (Domínguez Ortega F, et al.2011)

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 la familia”). El neonato tendrá un desarrollo físico y psicoafectivo más completo y precoz si los padres pueden asumir con prontitud su cuidado.

El origen del alta precoz neonatal surge en los países en vías de desarrollo ante la elevada presión demográfica, la necesidad de fomentar la lactancia materna, la falta de espacio y de recursos sanitarios y la elevada incidencia de infecciones nosocomiales en las unidades neonatales. Mientras que en los países desarrollados, la promoción del alta precoz neonatal se debe a la toma de conciencia de los efectos negativos que conllevan las hospitalizaciones



prolongadas. La asistencia domiciliaria, forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en los países desarrollados. Existen experiencias que así lo demuestran en Estados Unidos, y en algunos países del norte de Europa como Noruega (Altman M, et al. 2006) y Suecia (Örtenstrand A. et al, 2001), y también cada vez más en España.

ANÁLISIS DE COSTES PARA PRIORIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

En Agosto de 2013, cuando comenzó el planteamiento de este proyecto, se realizó en primer lugar una revisión de la evidencia científica, se visitaron los centros más próximos y pioneros en España que comenzaron con esta práctica y a continuación se realizó un análisis de costes, en nuestro medio, para priorizar la intervención. Para ello, se analizaron los precios públicos, ofrecidos por la Comunidad de Madrid y publicados en su Boletín Oficial de Septiembre de 2013, (*Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos para la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la comunidad de Madrid*) y además se analizaron los costes, por GRD, de cada proceso, en nuestro centro, en comparación con los precios públicos y con los costes en los hospitales del Grupo 3, al que pertenecemos.

Hospital Clínico San Carlos		INDICADORES DE ACTIVIDAD CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN									
Sistema Nacional de Salud		POR GFH Y GRD									
GFH: NEO - NEONATOLOGÍA		Año: 2013									
	Precios Públicos	Grupo 3 2010	Diferencia con Precios Públicos	Diferencia con Grupo 3 2010	Altas	Estancia Media	Peso Medio	Coste Proceso	Coste Estancia		
629 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	789	887	248	150	103	3	0	1.037	371		
627 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	3.308	3.088	1.055	1.275	44	5	1	4.363	810		
607 NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGI	29.507	30.187	33.659	32.979	34	49	18	63.166	1.279		
620 NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG	1.926	1.299	-440	187	34	5	0	1.486	284		
628 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	2.165	2.062	61	164	32	3	1	2.226	734		
630 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	1.899	1.499	205	605	26	2	1	2.104	1.094		
612 NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG	11.637	13.098	12.030	10.569	18	32	6	23.667	734		
618 NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG	5.649	6.375	2.897	2.171	16	12	2	8.546	743		
626 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	6.685	7.589	6.240	5.336	12	15	3	12.925	886		
614 NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG	6.562	6.405	5.334	5.492	10	21	3	11.896	564		
621 NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG	3.095	3.026	2.668	2.738	9	12	1	5.763	480		
619 NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG	3.602	3.465	1.079	1.216	6	9	1	4.681	511		
602 NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	84.776	95.699	36.571	25.648	5	64	56	121.347	1.890		
604 NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	67.332	68.301	27.276	26.308	4	69	40	94.608	1.376		
611 NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG	17.644	18.004	18.505	18.146	3	36	12	36.149	1.004		
617 NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG	9.692	10.220	2.882	2.355	3	12	5	12.574	1.048		
622 NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF.	31.418	35.721	1.102	-3.201	3	21	15	32.520	1.549		
640 NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL C	2.436	1.963	3.523	3.997	3	3	1	5.959	1.986		
466 CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA C	1.537	1.615	-370	-448	2	62	1	1.167	19		
605 NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	37.369	41.748	10.067	5.688	2	14	18	47.436	3.388		
638 NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO E	2.333	2.429	1.846	1.750	2	1	1	4.179	8.357		
137 TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS Y VALVULARES EDAD<	4.258	4.411	-881	-1.034	1	0	1	3.377	0		
299 ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2.577	2.802	-784	-1.010	1	44	1	1.793	41		
608 NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	26.506	29.419	67.020	64.107	1	20	16	93.526	4.676		
613 NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG	9.975	7.551	2.318	4.742	1	31	4	12.293	387		
TOTAL					375	13	4	13341	1021		

ANÁLISIS DE COSTES
13/08/2013

Tabla 1.



Análisis de Costes

Se priorizó en aquellos GRDs que bien por número de casos, o bien por encontrar mayores diferencias por exceso entre los precios públicos y/o del Grupo 3, respecto a los costes en nuestro centro, fueran susceptibles de ser mejorados en cuanto a su eficiencia si se realizara sobre ellos una intervención orientada a minorar la estancia media en ese tipo de pacientes.

Dado que en nuestra comparativa con el grupo de la SEN 1500, nuestras estancias medias en el grupo de los más pequeños (< 750g y < 1000 g) eran inferiores al resto del grupo y el tramo de los RN con peso entre 1000-1200 g era donde nuestra estancia era algo superior, enfocamos nuestro objetivo precisamente en este grupo de pacientes (GRD 607), grupo que por otra parte, es más numeroso dentro de los menores de 1500 g. En ellos nuestro objetivo, sería tal y como narran las experiencias descritas en la bibliografía revisada, reducir la estancia media, una media de 9 días.

El otro gran grupo diana sería el de aquellos RN con peso entre 1500 y 2000 g (GRD 611, 612 y 614), por su frecuencia y diferencia de costes respecto al grupo 3 y precios públicos, así como el grupo de 2000 a 2500g (GRD 617, 618, 619 y 621), en este caso principalmente por número de casos implicados cuyo resultado global contribuiría a minorar los costes en su conjunto.

El objetivo de reducción de estancia media en estos dos últimos grupos de pacientes, al no estar tan explicitada en la bibliografía, lo realizamos basándonos en una estimación de mejora en un 10% respecto a la estancia media, que mantuvimos en el Servicio durante el año anterior.

Teniendo en cuenta estos GRDs "diana", y los datos referentes al Servicio de Neonatología del HCSC del año 2012 en cuanto a número de pacientes de cada categoría, su estancia media y su coste por estancia, estimamos el objetivo de minoración de coste/estancia, por GRD y global.

GRD.	ALTAS (AÑO 2012)	ESTANCIA MEDIA (días)	MINORACIÓN (días)	COSTE ESTANCIA €	OBJETIVO DE MINORACIÓN COSTE/ESTANCIA €
607. Neonato, peso al nacer 1000-1499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, alta con vida	34	49	9	1.279	391.374
				TOTAL RN 1000-1500g:	391.374 €
611. Neonato, peso al nacer 1500-1999 g, sin p. quirúrgico, con múltiples problemas mayores o ventil. mecánica + 96 h	3	36	4	1004	12.048
612. Neonato, peso al nacer 1500-1999 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, sin múltiples problemas mayores	18	32	3	734	39.636



613. Neonato, peso al nacer 1500-1999g sin problemas quirúrgicos significativos, con problemas menores	1	31	3	397	1191
614. Neonato, peso al nacer 1500-1999 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, con otros problemas	10	21	2	564	11.280
TOTAL EN 1500-1999g: 64.155 €					
617. Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, con múltiples problemas mayores o ventilación mecánica +96 horas	3	12	1,2	1048	37.728
618. Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, con problemas mayores	16	12	1,2	743	14.265
619. Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, con problemas menores	6	9	1	511	3066
621. Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo, con otros problemas	9	12	1,2	480	5.184
TOTAL DE 2000-2500g: 60.243 €					
TOTAL GLOBAL: 515.772 €					

Tabla 2. Análisis de costes con los GRDs y el cálculo del objetivo de minoración de coste/estancia.

8. OBJETIVOS

La instauración de un programa de alta precoz, comprende una selección adecuada del candidato (prematureo o bajo peso) y de su familia, capacitación de los padres progresiva hacia el cuidado de su hijo durante la estancia hospitalaria, y una intervención protocolizada extrahospitalaria que incluya una estrecha relación con atención primaria.

Objetivo Principal:

- Instaurar un programa de alta precoz en prematuros de bajo peso y seguimiento a través de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

Objetivos específicos:

- Revisión de los beneficios sobre paciente/familia:
 - o Normalizar la situación familiar y promocionar y acrecentar el vínculo paterno/filial, estableciendo una relación lo más temprana y continua posible.
 - o Disminuir los efectos y secuelas de la hospitalización neonatal.
 - o Favorecer y prolongar la lactancia materna durante el mayor tiempo posible.



- Revisión de los beneficios sobre la institución y servicios sanitarios:

- o Mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (atención especializada-atención primaria).
- o Disminuir los costes hospitalarios con una menor estancia de los recién nacidos en el hospital, optimizando recursos materiales y humanos y mejorando la eficiencia.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Ámbito de aplicación: Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC)

Población diana: Todo recién nacido con criterios de estabilidad clínica y que asocien alguno de estos diagnósticos:

- Recién nacido gran prematuro y de muy bajo peso: aquellos recién nacidos de < 32 semanas de edad gestacional y/o con peso inferior a los 1500 gramos.
- Recién nacido moderadamente prematuro: los nacidos a las 32/34 semanas de edad gestacional, y/o con peso inferior a los 2000 gramos.
- Recién nacido prematuro tardío: los nacidos entre las 34/36 semanas de edad gestacional, y/o con peso inferior a los 2500 gramos.
- Recién nacido de bajo peso (RNBP) es decir aquellos con un peso al nacer inferior a 2500 gramos, sea cual sea su edad gestacional.
- Otros recién nacidos en situación crónica y estabilizada, derivada o no de prematuridad, que aún precisando algún tipo de tratamiento específico (oxigenoterapia, por ejemplo), estén estables clínicamente y puedan beneficiarse de una atención en la UHD.

Profesionales involucrados: Todos los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar.

- Médico neonatólogo integrado en la plantilla del Servicio de Neonatología del HCSC, con labores de coordinador del programa.
- Enfermera experimentada del Servicio de Neonatología con formación previa en alta precoz.
- Trabajadora social, integrada en la plantilla del centro, encargada del área obstétrica y de pediatría.
- Psicóloga clínica, integrada en la plantilla del Servicio de Neonatología.



Medico neonatólogo de guardia, que asumirá las consultas telefónicas fuera del horario de funcionamiento de la UHD.

Criterios de inclusión:

1. POR PARTE DEL NIÑO:

- Recién nacido de menos 37 semanas de edad gestacional y/o de bajo peso.
- Presentar una situación clínica estable.
- Mantener una adecuada regulación térmica.
- Ser capaz de alimentarse exclusivamente por boca.
- No precisar ningún tratamiento por vía parenteral.

2. POR PARTE DE LA FAMILIA:

- Consentimiento informado oral de los padres o responsables legales.
- Presentar una valoración positiva por parte del equipo multidisciplinar.
- Participación en los cuidados del recién nacido de manera prolongada, diaria y eficiente, indispensable para un buen conocimiento del niño.

3. DOMICILIO-ENTORNO:

- La vivienda debe estar situada a un tiempo no superior de 20 minutos en coche del hospital.
- La vivienda tiene que disponer de teléfono fijo o móvil, luz, agua y calefacción y no tener humedades.

Criterios de exclusión:

- Valoración negativa del equipo multidisciplinar.
- No aceptación por parte de la familia de la atención por la UHD.
- Incapacidad de comunicarse apropiadamente con el equipo de UHD.
- Recién nacidos en situación de cuidados paliativos.

10. METODOLOGÍA

Una vez realizado el análisis de situación, priorizada la intervención para las características de nuestro medio se presentó el proyecto a la alta Dirección del Hospital, en abril de 2014, que recibió con agrado la propuesta y apostó por la implantación del proyecto en nuestro centro. Para



la creación de la UHD y la implantación del programa de Hospitalización Domiciliaria Neonatal-Alta Precoz en el Servicio de Neonatología del hospital, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con todos los miembros que iban a constituir la nueva unidad y se trabajó en las siguientes líneas de actuación:

-Formación del personal de la UHD, dos enfermeras especializadas en cuidados neonatales se formaron en las unidades de alta precoz del Hospital 12 de Octubre y en el Hospital Materno-Infantil de La Paz.

-Desarrollo de un Protocolo Multidisciplinar, especificando las funciones de cada profesional en cada momento del proceso y en cada escenario (hospital-domicilio-atención primaria).

-Creación de los Registros de la UHD, se desarrollaron los registros necesarios para la recogida de datos previa al alta hospitalaria y durante la visita domiciliaria y los registros domiciliarios para los padres junto con las recomendaciones en el domicilio para niños en atención domiciliaria.

Actualmente (abril 2015), hemos creado un programa informático específico para la UHD junto con el Servicio de Informática del hospital que permite la carga directa de los datos recogidos en la visita domiciliaria a la base de datos de la Unidad a través de la VPN y poder así disponer al instante de los mismos para cualquier consulta profesional.

-Creación y validación de una Encuesta para padres, junto con la Unidad de Calidad del Hospital, que nos permite medir la calidad percibida de los usuarios del programa de Hospitalización Domiciliaria, e introducir cambios futuros para mejorar la eficiencia del mismo.

-Creación de un circuito de Urgencias para la UHD, junto con el Servicio de Urgencias del hospital se creó un circuito específico para los niños que precisaran este servicio durante su permanencia en el programa de hospitalización domiciliaria, evitando así el riesgo que supone una sala pediátrica de urgencias para estos pacientes.

Este programa de alta precoz a través de UHD comenzó a incluir pacientes en Octubre de 2014.



PROCEDIMIENTO

Todo el equipo de la UHD participa en la selección de los candidatos para incluir en el programa, y realizan su valoración multidisciplinar desde los primeros días de vida del paciente

El procedimiento incluye una serie de actividades que se desarrollan tanto en el hospital, previas a la inclusión en el programa del alta precoz, como en el domicilio y Atención Primaria.

1. ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL:

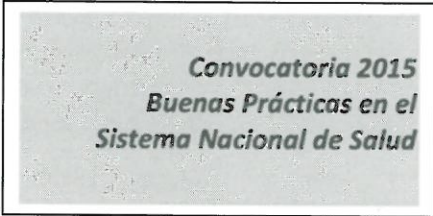
Se realizan diversas actividades por parte del equipo multidisciplinar de hospitalización domiciliaria-alta precoz (UHD).

1.1. Valoración médica

- Confirmación de que el niño reúne los criterios clínicos para entrar en el programa de hospitalización domiciliaria-alta precoz.
- Comunicación a la enfermera de hospitalización domiciliaria-alta precoz de la inclusión del niño en el programa. Así mismo mantiene con ella una comunicación constante para valorar las necesidades asistenciales de cada caso y es el interlocutor al que recurrir, cuando existan dudas clínicas de estos pacientes o se precise coordinar alguna prueba o visita de los mismos.
- El neonatólogo responsable del paciente hasta el alta hospitalaria programa los controles de seguimiento (analíticos, oftalmológicos, inmuno-profilaxis, pruebas de neuroimagen, etc.) y se transmiten al equipo de UHD. Dichas revisiones, se hacen, dentro de lo posible, de forma conjunta, condensadas y regladas en lo que se llama "Consulta de Atención Integral del Prematuro". Una consulta multiprofesional, en la que el epicentro es el paciente y no los especialistas que lo atienden.

1.2. Valoración de enfermería

- Confirmar que los padres tienen la formación e información necesarias para reconocer y satisfacer las necesidades de su hijo en el domicilio. Esta formación/información se realiza:



1.2.1. Durante el ingreso del niño en la unidad y a través de **La Escuela de Padres**, y de forma programada, reciben los siguientes talleres (estos talleres son voluntarios):

- Taller de lactancia materna.
- Taller de RCP y prevención del SMSL
- Taller de higiene y lavado de manos.
- Prevención de infecciones respiratorias.

1.2.2. Antes del alta hospitalaria dos sesiones personalizadas:

- La primera sesión es el día anterior al alta, en ella se les entrega y explica a los padres el registro que deben rellenar en el domicilio, la hoja de recomendaciones para la hospitalización domiciliaria y el peso que usarán en casa. Se les facilita a los padres un contacto de asistencia telefónica 24 horas con el equipo de UHD.
- La segunda sesión es el mismo día del alta para aclarar dudas y concertar la cita del día siguiente en el domicilio.

- Confirmar la capacitación de los padres, para ello deben reconocer bien las necesidades de su hijo en los siguientes campos:

1.2.3. *Alimentación:*

Lactancia materna:

- Conocer las diferentes posturas de colocación del niño al pecho.
- Número y duración de las tomas y cuando necesitarían suplementarse.
- Extracción manual y con sacaleches.
- Conservación de la leche materna y manera de calentarla.

Lactancia artificial:

- Fórmula artificial que deben utilizar en casa
- Cantidad a administrar en cada toma.
- Cómo se prepara un biberón.
- Cómo se esterilizan los biberones.



1.2.4. *Hidratación/Eliminación:*

- Valorar el aspecto y color de la piel.
- Valorar si moja o no los pañales.
- Tipo, color, consistencia y número de deposiciones.

1.2.5. *Aseo/Higiene:*

- Cambio de pañal.
- Manejo de secreciones oculares.
- Manejo de secreciones nasales.
- Baño, uso de geles y cremas/aceites y temperatura del agua.
- Cuidados del cordón umbilical.

1.2.6. *Sueño/Seguridad/Confort:*

- Temperatura del bebé y abrigo.
- Posturas recomendadas para dormir.
- Prevención del SMSL.

1.2.7. *Actividad/Descanso:*

- Salidas fuera del domicilio.
- Masaje/estimulación.

1.3. Valoración social de la Familia

Esta valoración la realiza la trabajadora social mediante una entrevista personal con los padres, se encarga también, en caso necesario, de la coordinación de los asuntos sociales que conciernan al recién nacido y de la comunicación con los servicios sociales de atención primaria. Sólo en casos de riesgo socio-familiar grave, se solicita por parte de los servicios sociales una visita previa al domicilio, para valorar las condiciones de la vivienda.



1.4. Valoración psicológica de la Familia

Esta valoración la realiza la psicóloga mediante una entrevista a las familias candidatas a participar en la UHD, indicando su idoneidad, así mismo se encarga de la coordinación, si es necesaria, con los Centros de Atención Temprana, y del seguimiento en la Consulta integral del prematuro hasta cumplir al menos los dos años de edad.

1.5. Alta hospitalaria:

Antes del alta hospitalaria, la familia ha facilitado el nombre y dirección del pediatra de primaria elegido para la asistencia del paciente.

- Realización y entrega del informe de alta médica y de enfermería a los padres.
- Resolución de dudas tanto por parte médica como de enfermería.
- Contactar con el pediatra y enfermera/o del centro de salud de referencia del niño para informarles del alta hospitalaria y del ingreso de un paciente de su área de influencia en el programa de hospitalización domiciliaria y enviarles por correo electrónico o fax el informe de alta médico y de enfermería.

2. ACTIVIDADES EN EL DOMICILIO:

2.1. Visitas domiciliarias:

Las visitas domiciliarias las realiza la enfermera de hospitalización domiciliaria-alta precoz. Se estipulan las siguientes visitas, las cuales pueden ser modificadas en función de las condiciones particulares de cada niño:

- Primera visita al día siguiente del alta hospitalaria.
- Segunda visita al tercer día del alta hospitalaria.
- Tercera visita a la semana del alta hospitalaria.
- Visitas semanales hasta el alta en hospitalización domiciliaria.
- Los días que no haya visita se contactará con los padres por teléfono.



En las visitas se valora y registra:

- Estado general.
- Manejo de los padres o responsables del niño.
- Hidratación, aspecto de la piel y color.
- Reactividad y actitud del niño.
- Higiene.
- Temperatura.
- Alimentación-eliminación. Si fuera posible se valorará una toma al pecho (escala de LATCH) en caso de lactancia materna.
- Confort, reposo y sueño.
- Apego y vínculo paterno-filial.(escala de Massie-Campbell, observación del apego)
- Resolución de dudas y asesoramiento.

En la última visita domiciliaria, el equipo de alta precoz contacta con los profesionales del centro de referencia de salud del niño, se les comunica la proximidad del alta y las peculiaridades del caso.

2.2. Alta en hospitalización domiciliaria

El paciente es dado de alta de la UHD cuando alcanza el objetivo del peso, no cursa ningún proceso, ni presenta ningún tipo de alteración, y puede ser atendido de forma completa por el equipo de Atención Primaria.

- Se les da a los padres el documento de alta médica y de enfermería definitivo.
- Se remite el alta definitiva, tanto médica como de enfermería, al centro de Atención Primaria correspondiente bien por correo electrónico o fax.
- Junto con los padres, se concierta una cita para que el niño siga siendo valorado por su pediatra de Atención Primaria y entre en el programa del recién nacido sano.
- Se comunica al Centro de Salud de referencia la existencia y el funcionamiento del programa de Alta Precoz para su difusión a la población general.



El día del alta se entrega a los padres una encuesta de satisfacción sobre el programa de hospitalización domiciliaria, esta encuesta nos permite evaluar la calidad percibida por los usuarios.

3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL HOSPITAL

Durante el tiempo en que el niño está incluido en el programa de hospitalización domiciliaria-alta precoz, pueden surgir diversas situaciones en las que se plantee la posibilidad de derivar al recién nacido al hospital, estas pueden estar relacionadas directamente con la situación clínica del niño, con la familia o con el entorno.

3.1. Situación clínica del niño

Cualquier alteración clínica, conductual o de comportamiento habitual del niño tales como rechazo del alimento, temperatura axilar igual o superior a 38 °C o inferior a 35,5 °C mantenida tras adecuar la ropa a la temperatura ambiente, pérdida de peso en dos o tres días consecutivos, ictericia en aumento a pesar del tratamiento adecuado, dificultad respiratoria, vómitos y/o diarrea... Ante la aparición de estos u otros signos que pudieran surgir, los padres pueden ponerse en contacto con el equipo de atención domiciliaria durante las 24 horas.

3.1.1. Circuito en el Servicio de Urgencias:

- Los padres entran directamente a la urgencia pediátrica y comunican que están incluidos en el programa de hospitalización domiciliaria-alta precoz neonatal.
- Se les pasa a una sala independiente del resto de niños.
- Se avisa a los neonatólogos para la valoración.
- Uno de los padres realiza la filiación del niño en urgencias.

3.2. Por parte de la familia:

- Enfermedad de la madre.
- Depresión postparto o ansiedad con respuesta emocional excesiva, comentarios siempre negativos: de impotencia, desconocimiento ó descalificación al niño, ó de sentirse desbordados e



incapaces de seguir. Esto se valora en la visita domiciliaria con la escala de Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress.

3.3. En relación con el entorno:

- Malas condiciones higiénicas.
- Sospecha de malos tratos ó negligencia.
- Cualquier situación sospechosa de que el niño no está recibiendo los cuidados que necesita.

En estos casos la enfermera de alta precoz comunica la situación a la trabajadora social y la psicóloga del equipo.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES

1. Indicador de cobertura:

Nº de recién nacidos de 1800-2200gr en un año en el HCSC en UHD X 100

Nº de recién nacidos de 1800-2200gr en un año en el HCSC

2. Frecuencia y causas de no aceptación del protocolo por parte de los padres:

Nº de niños cuyos padres no aceptan el protocolo de hospitalización domiciliaria X100

Nº de recién nacidos con un peso de 1800-2200gr en un año en el HCSC
propuestos para el alta precoz

3. Indicadores de proceso:

-Media de visitas por niño:

Nº de visitas de la enfermera en un año X 100

Nº total de niños incluidos en el protocolo en un año

-Consultas telefónicas: frecuencia, motivo y resolución de las mismas,

Nº de llamadas telefónicas en un año X 100

Nº de niños incluidos en el protocolo en un año



Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud

-Lactancia materna exclusiva al alta:

$$\frac{\text{Nº de niños con lactancia materna exclusiva}}{\text{Nº de niños incluidos en el protocolo en un año}} \times 100$$

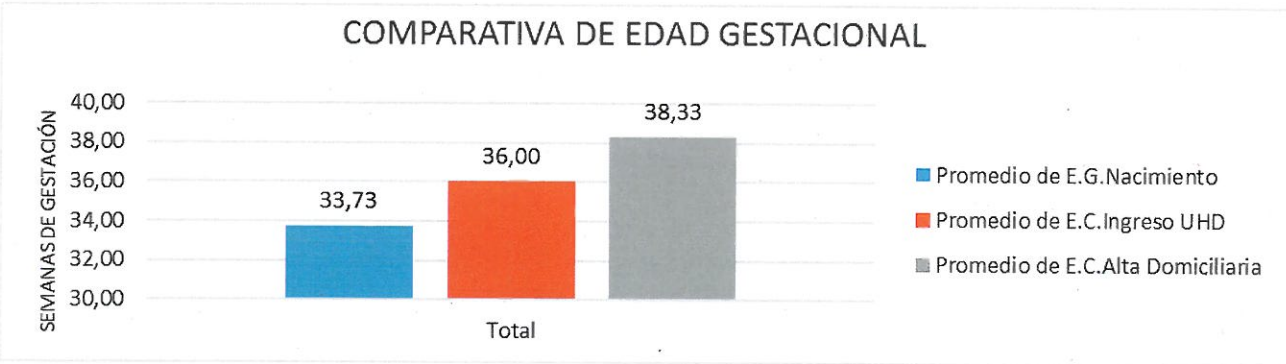
-Reingresos:

$$\frac{\text{Nº de reingresos en Neonatología}}{\text{Nº de niños incluidos en el protocolo en un año}} \times 100$$

• **RESULTADOS**

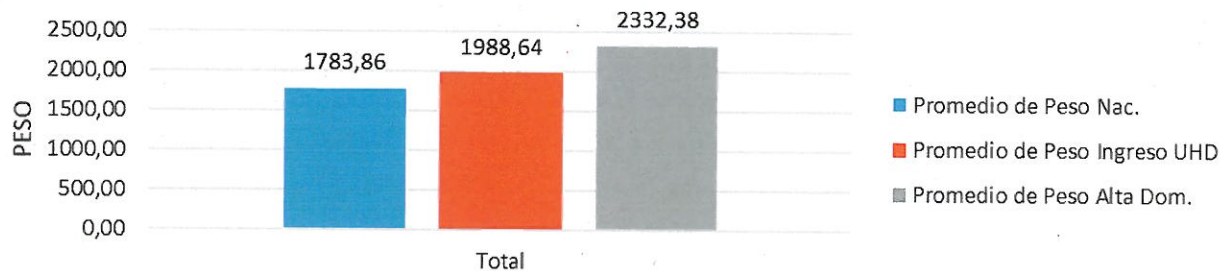
Los resultados en la mejora del proceso en nuestra población diana, comenzaron a notarse desde antes de la inclusión de pacientes en el programa, lo que prueba que las mejoras en el procedimiento y la capacitación de los padres, que implica el proyecto desde su planteamiento ya consigue resultados en salud, como mostramos al final de este apartado. La UHD comenzó a incluir pacientes en Octubre de 2014 y hasta la fecha de la redacción de este texto, ha valorado a 25 niños, de los cuales 2 fueron descartados en la primera fase por valoración negativa de la trabajadora social, y 1 no se incluyó en el programa por negación materna tras darles a ambos padres toda la información necesaria sobre el programa.

Hemos tenido ingresados hasta el momento 22 niños, la media de edad gestacional (E.G) al nacimiento de los pacientes incluidos en la UHD fue de 33,7 semanas de E.G, ingresando con una media de 36 semanas de edad corregida (E.C) y recibiendo el alta con 38,33 semanas de E.C.



La relación de pesos, tanto al nacimiento, como al ingreso en la UHD y al alta domiciliaria aparece reflejada en el siguiente gráfico, siendo la media de peso al ingreso en la UHD de 1990gramos.

COMPARATIVA DE PESOS

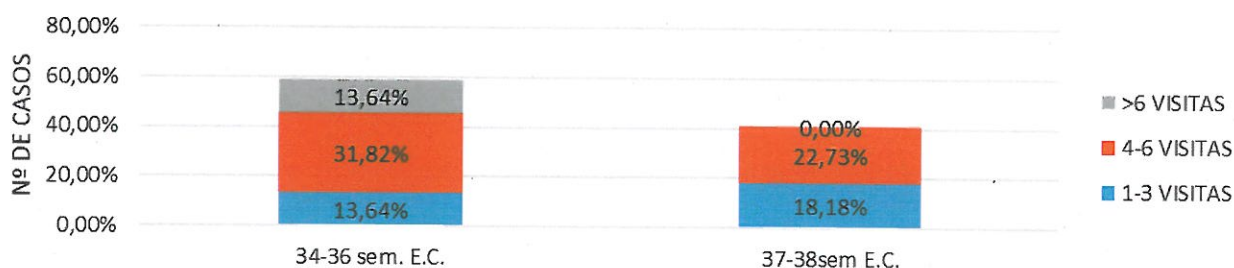


La media de visitas ha sido de 4,41 por niño y el tiempo medio de ingreso en la UHD de 15,5 días. Estos datos son inversamente proporcionales al peso y la edad gestacional del niño al ingreso en el programa de atención domiciliaria como muestran los siguientes gráficos.

VISITAS RESPECTO AL PESO AL INGRESO EN UHD



VISITAS RESPECTO A E.C. AL INGRESO EN UHD



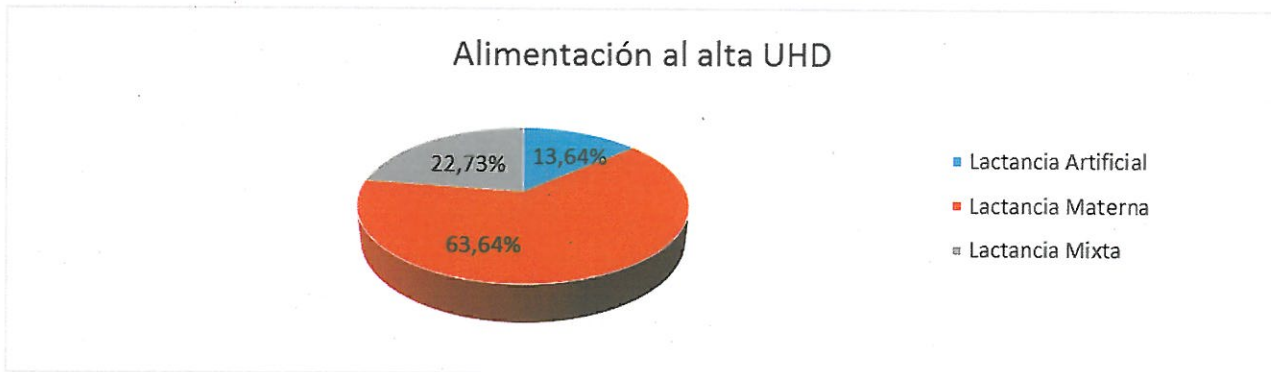
Todo esto ha supuesto un ahorro de días de ingreso hospitalario en el Servicio de Neonatología de 341 días, en beneficio tanto de las familias como del hospital, y cumpliendo por tanto con los objetivos específicos planteados.

Durante el tiempo que lleva funcionando la UHD hemos tenido solamente un reingreso y el número de consultas telefónicas demandadas por los padres, un total de 6, han sido resueltas sin



precisar visitas adicionales, excepto dos, que precisaron la valoración del bebé en urgencias sin reingreso.

Hemos analizado también si la lactancia materna se ha visto favorecida con el alta precoz, obteniendo como resultado que casi el 64% de los niños continúan con lactancia materna exclusiva, y los casos de lactancia artificial fueron por decisión materna desde el ingreso en el Servicio de Neonatología. El Comité de Lactancia del hospital en el año 2012 obtuvo un porcentaje de lactancia materna exclusiva del 40,9% al alta hospitalaria.



En cuanto a los resultados en costes, se ha conseguido minorar los costes, al reducir tanto los costes por proceso en sí mismos como en la reducción en la estancia media de la población diana del proyecto. Esta mejora de la eficiencia ha sido progresiva desde el inicio del proyecto de la UHD, en el siguiente gráfico se aportan el análisis de costes desde antes de su implantación (2012), durante su proyección (2013) y con su implantación (2014). Analizado el GRD 607, que corresponde a recién nacidos con peso al nacimiento entre 1000-1499 g.

GRD 607	ALTAS	E.MEDIA	COSTE PROCESO	C.PROCESO PREC.PUBLICO
2012	34	49	63.166 €	29.507 €
2013	24	57.25	39.867 €	29.770 €
2014	22	40.13	26.294 €	29.770 €



12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La UHD representa una oportunidad para promover el vínculo, favorecer el desarrollo y la lactancia materna, disminuyendo los costes hospitalarios y facilitando la transferencia del paciente desde los cuidados más especializados hasta su entorno familiar y a Atención Primaria. La revisión del estado del tema, a nivel nacional e internacional, permite fundamentar nuestra propuesta desde el punto de vista médico-psicológico y desde la efectividad y eficiencia del modelo.

La conexión con Atención Primaria que contempla el programa, facilita la continuidad asistencial y mejora la comunicación y la racionalización en el empleo de recursos sanitarios.

Con este programa minoramos costes, al reducir estancias medias en estos pacientes. A pesar del escaso nº de casos, los resultados son prometedores y en un futuro es de esperar que la minoración de estancia sea mayor, cuanto más experiencia adquiera el equipo.

AUTORÍA

C. Hernández Sánchez*, E. Aleo Luján*, S. Álvarez Gómez**, MI Armadá Maresca*, R Valera Monsalve*, C. Solana Arellano*, EA Criado Vega*, MJ. Simón García*, MM. Valle Trapero*, A.López Hernando*, A. Alguacil Pau***, AS Santiago Sáez**** JA.Martinez Orgado*

* Instituto del Niño y del Adolescente. Hospital Clínico San Carlos.

** Subdirección de Gestión Económica. Hospital Clínico San Carlos.

*** Unidad de Calidad. Hospital Clínico San Carlos.

**** Unidad funcional de Gestión de Riesgos. Hospital Clínico San Carlos.



BIBLIOGRAFÍA

- A Gutierrez Benjumea, E RodriguezGarcia, J Matute Grove, J Aguayo Maldonado, C GarciaArqueza, J Casanovas Lax. Alta precoz de recién nacidos de bajo peso con control domiciliario. Vox Paediatrica, 2000; 8 (1): 44-49.
- Aguayo Maldonado J, Marquez Rivas P et a. Problemas psicoafectivos generados en las madres de los neonatos ingresados en Unidades Neonatales. AnEsp Pediatr1995; 42: 436[443]
- Álvarez Miró R, Bella Rodríguez J. Arroyo Gili L. Asistencia domiciliaria al prematuro. Matronas Prof. 2008;8 (3): 28[30]
- Brooten D, Kumar S, Brown LP, Butts P, Finkler SA, Bakewell-Sachs S, Gibbons A, Delivoria-Papadopoulos M. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very low birth weight infants. N Engl J Med 1986; 315: 934-939.
- Charpak N, Ruiz JG, Figueroa de Calume Z. What is the issue when discharging "premies": early discharge from hospital or early integration with the family? ActaPaediatr 2001; 90: 1105-1106.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2011 Mar 16;(3): CD002771.
- Martín Puerto MJ, Pérez Agromayor I, et al. Early discharge in neonatology. An EspPediatr. 1997 Apr;46(4):372[3]
- Martín Puerto MJ; Gómez Castillo E, Pascual et al. Early discharge of low birth weight neonates. 5 year experience. An EspPediatr. 1993 Jan;38(1):20[4]
- Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert Gillis et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2006; 118: 1.414[27]
- Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L at al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2006; 118: 1.414-27.
- Merritt TA, Pillers DA, Prows SL. Early NICU discharge of very low birth weight infants: a critical review and analysis. Seminars in Neonatology 2003; 8: 95-115
- Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos para la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la comunidad de Madrid. BOCM. Número 215, Martes 10 de Sept 2013. Pág: 8-30



- Richardson DK, Zupancic JA, Escobar GJ, et al. A critical review of cost reduction in neonatal intensive care. I-II The structure of costs. JPerinatol. 2001 Mar;21(2):107[15].
- Sáenz P, Cerdá M, Díaz JL, et al. Psychological stress of parents of preterm infants enrolled in an early discharge programme from the neonatal intensive care unit: a prospective randomised trial. ArchDisChild Fetal Neonatal Ed 2009; 94: 98[104].
- Sáinz Bueno JA, Ruiz Romano M, Garrido Teruel R, Rodríguez Benjumea A, Fernández Palacín A, Almeida González C, Caballero Manzano M. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193, 714–26.
- Spittle AJ, Anderson PJ, Lee KJ, et al. Preventive Care at Home for Very Preterm Infants Improves Infant and Caregiver Outcomes at 2 Years. Pediatrics 2010; 126; e171[178].

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.