



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA.

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA EXTERNA DE MATERNIDAD EN EL HOSPITAL COMARCAL DEL AREA.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Hospital S.V.S. "Mare de Deu dels Liris". Alcoy.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Poligono Caramanxel s/n. 03804 Alcoy
- **CCAA:** Comunidad Valenciana.
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**

Nombre y apellidos: Pascual Escrivá Tomás

E-mail: escriva_pas@gva.es

Teléfonos: 965 537 443; 659 123 217

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	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:** 2012
- **Actualmente en activo:** Sí
- **Prevista su finalización:** Ilimitado. Forma parte de la oferta asistencial del Servicio de Pediatría.

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	CUIDADOS DESDE EL NACIMIENTO A LA PRIMERA SEMANA DE VIDA.
	APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Introducción.- La consulta externa de maternidad centralizada en el Servicio de Pediatría en Hospital comarcal del Area de salud (CEMH), surgió con la intención de intentar cubrir un vacío asistencial que entendíamos se generaba entre el alta de la puérpera de la maternidad y la atención del recién nacido en los departamentos de pediatría de los centros de salud.

Se trata de fase muy particular de la vida de la mujer y de la familia. Tras una gestación, que supone una modificación de los hábitos de la vida, de la situación sociofamiliar, y de cambios en la propia fisiología, se culmina con un ingreso hospitalario, generalmente con carácter de urgencia, seguido del acontecimiento del parto, bien sea éste de evolución normal o complicada con cirugía.

La situación de la madre en el postparto inmediato es particularmente difícil tanto por su situación física y de privación hormonal, estado de postparto ó tras cirugía según casos, como por los nuevos reajustes hormonales que se van a producir a partir de las primeras horas del nacimiento con motivo del puerperio y lactogénesis, todo ello contemplado desde el prisma de encontrarse fuera de su ambiente doméstico y en el entorno hospitalario.

En esta situación, la nueva madre tiene que afrontar la atención de su hijo recién nacido, la incertidumbre sobre la adecuada evolución del mismo, su mayor o menor desconocimiento sobre los cuidados que debe prestar a su hijo, y las dudas que genera la evolución de la lactancia.

Todo lo anterior va acompañado de la tendencia de los últimos años del alta precoz de las madres de las maternidades, con el consiguiente riesgo para que enfermedades neonatales que se manifiestan más allá de producirse el alta de la maternidad queden sin detectar.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



**Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud**

Por otra parte, existen los programas de promoción de salud del recién nacido que deben ser abordados, incluyendo los cribados bioquímicos, detección precoz de la hipoacusia, etc.. Pero uno de los aspectos mas importantes que en nuestra opinión se contempla, es el del apoyo y promoción a la lactancia materna.

En diferentes ámbitos sanitarios y ante diferentes circunstancias, esta preocupación por la atención precoz del recién nacido sano y por el soporte en los primeros pasos de la familia del neonato se ha abordado de diferentes maneras, desde la atención domiciliaria por parte de las matronas, como desde los centros de atención primaria, ofertando programas asistenciales que se ocupan de algunos de estos aspectos, con implantación variable y procedimientos heterogéneos.

Nuestra experiencia, afianzada tras varios años de práctica, es altamente favorable y ofrece asistencia médica en todos los casos, detección de enfermedades neonatales de aparición en los primeros días de vida, con tratamiento hospitalario en los casos necesarios, realización de todos los programas de salud neonatal de manera centralizada con amplia cobertura, enfermería especializada, ofreciendo instrucciones y apoyo (promoción) a la lactancia materna, y sirviendo de nexo conector entre el acontecimiento del parto hasta la reorganización familiar y conexión con el pediatra de atención primaria.

Análisis situación demográfica.- El Departamento de Salud de Alcoy puede considerarse globalmente constituido por las comarcas naturales de l'Alcoià y El Comtat, abarcando una población total en torno a los 140.000 habitantes. Estos se distribuyen en 32 municipios o entidades municipales que oscilan entre los 65.000 habitantes de Alcoy y los menos de 100 habitantes de Famorca, Tollos y Benillup. Es un Área con una fuerte dispersión demográfica, concentrándose el 62,7% de la población en tan sólo dos municipios (Alcoy e Ibi). Está situada a 60 Km. de Alicante y a 110 Km. de Valencia. Se encuentra situada en un conjunto montañoso del prebético valenciano, en el que abundan los valles. Ocupa una extensión de 786,6 kilómetros cuadrados de los cuales el 65,13% del territorio está ocupado por montes y terreno improductivo. En su conjunto supera los 500 metros de altitud, llegando algunas cimas a situarse en altitudes entre los 900 y los 1.500 metros sobre el nivel del mar. Su montañosa orografía ha condicionado en buena forma las dificultades de sus comunicaciones internas y externas.

La organización sanitaria del Departamento, dependiente de la Agencia Valenciana de Salud, organismo autónomo adscrito a la Consellería de Sanitat, está constituida por un Consejo de Salud, la Gerencia del Departamento y un Hospital de referencia de 270 camas funcionantes.



**Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud**

Cuenta con 10 Centros de Salud, 1 Centro Sanitario Integrado y 30 Consultorios Auxiliares con sus correspondientes equipos de atención primaria. Distribuida en 10 Zonas de Salud, dos de estas zonas tienen el carácter de zonas especiales por la alta dispersión (28 Consultorios auxiliares y 2 Centros de Salud)

La población pediátrica asciende a 19.911 habitantes y representa el 14,27% de la población total con la siguiente distribución por edades y sexo (1):

Edades:	0-4 años	5- 9 años	9 a 14 años
Total	6195	6901	6815
Varones	3249	3696	3490
Mujeres	2946	3505	3325

El número de nacimientos en el hospital, se mantiene estable en los años incluidos, según el siguiente detalle:

	Total partos	Total recién nacidos vivos	Porcentaje cesáreas
Año 2012	1034	1046	31,72%
Año 2013	997	1013	30,19%
Año 2014	1031	1046	29,50%

Con todas las consideraciones anteriores, en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital, se creó la CEMH. Con el paso de los años, se ha ido variando ligeramente su estructura y funcionamiento, para adaptarse a los cambios surgidos en los distintos programas de salud, pero siempre conservando su esencia de prolongar el apoyo sanitario a las familias tras producirse el alta de las madres y recién nacidos de la maternidad y hasta su contacto correctamente establecido con la atención primaria.

La experiencia, ya asentada, ha sido altamente satisfactoria para las familias, logrando magnificas coberturas de asistencia, y ha sido bien recibida por los distintos niveles sanitarios y organismos directivos.



3. OBJETIVOS

La implantación de la CEMH, tiene como objetivo global el ofertar una plataforma asistencial que sirva de puente entre el alta de la hospitalización de las madres en la maternidad, y la asistencia regular a nivel de atención primaria. No solo debe proporcionar atención sanitaria en los primeros días de vida, obligatoria tras el alta precoz de la maternidad, sino que además, debe englobar la realización de los programas de cribado neonatal. Esta época constituye un período especialmente vulnerable para el recién nacido y de particular necesidad de apoyo a las familias.

Previo a la implantación de nuestra consulta, la conexión entre la asistencia pediátrica dispensada en el hospital hasta la incorporación a los programas de cuidados neonatales y pediátricos de la atención primaria, estaba complicada por los trámites burocráticos necesarios para la obtención de la tarjeta sanitaria del recién nacido, asignación de médico en primaria etc. El propio programa de revisiones de la Conselleria de Sanidad de nuestra Comunidad Autónoma contempla la primera revisión para los niños sanos en los centros de salud de Atención Primaria dentro de los primeros quince días de vida. Esto hecho, en nuestra opinión, comporta una laxitud y heterogeneidad que podría provocar que en la transición asistencial desde el hospital a atención primaria, no solo se perdieran unos días muy valiosos en el cuidado del recién nacido, sino que las familias pudieran vivir verdaderas dificultades e incertidumbres respecto a las decisiones que tuvieran que tomar sobre los cuidados de su hijo recién nacido, viéndose abocados a consultar en servicios de urgencias, en los distintos niveles asistenciales, quizá no claramente específicos en resolver estas situaciones.

La CEMH constituye una prolongación necesaria de la asistencia médica en la maternidad. Desde esta plataforma, se formalizan los trámites burocráticos que permiten que el recién nacido disponga desde el momento de su nacimiento de un registro con número de identificación de paciente propio. Este hecho, simplificará todos los aspectos de su atención a nivel hospitalario, y en su primer contacto con atención primaria. Igualmente se procede a la apertura de historia clínica a cada recién nacido, que servirá de soporte a toda la atención médica prestada al neonato mientras dura la hospitalización materna. Esta información es volcada al programa informático de historias clínicas compartido y que conecta atención primaria y especializada, de manera que desde el nacimiento toda la información resulta disponible en todos los niveles asistenciales.

Otro de los objetivos que se consiguen desde la consulta es el cumplimiento con la máxima cobertura de los programas establecidos de cribado neonatal.



Estos protocolos incluyen toma de muestra de sangre para despistaje de enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas y fibrosis quística, (últimamente centralizados en la maternidad) así como la realización de los tests del programa de detección precoz de hipoacusia, y fase tardía de pulsioximetría en el cribado de cardiopatías congénitas.

El hecho de centralizar todos estos protocolos en el hospital es posible que genere un desplazamiento adicional de las familias, pero asegura el cumplimiento. Por otra parte sería muy complejo coordinar para todos y cada uno de los centros de salud y consultorios del Área sanitaria que las muestras fueran recogidas y remitidas en tiempo y forma. Por su parte, el programa de hipoacusia precisa de un instrumental y material fungible para la realización de las otoemisiones de disponibilidad exclusivamente hospitalaria. En el protocolo para el desarrollo de la técnica, queda establecido que en los primeros días de vida se pueden generar falsos negativos, por lo que quizá la prueba tenga que ser desplazada a los días siguientes (tercero, cuarto día de vida), con lo cual la consulta también resulta eficaz para dar cabida a esta eventualidad, aunando aspectos asistenciales y reduciendo incomodidades a las familias. Un equipo de pulsioximetría, empleado en el cribado de defectos cardíacos congénitos, debería estar disponible en todos los centros de salud a disposición de los neonatos. Estando el procedimiento centralizado en el hospital, con un equipo compartido con la unidad de neonatología, sensores neonatales disponibles, y personal de enfermería entrenado en el manejo de la tecnología, es francamente rápido y sencillo obtener las mediciones.

Otro aspecto de especial interés en la CEMH lo constituye el apoyo a las madres en los primeros días en la lactancia materna. El objetivo de la consulta es crear una base de apoyo con médicos y enfermeras, que revise la evolución de la lactogénesis en los primeros días, sirva de apoyo técnico y emocional a las familias y, en definitiva, contribuya al correcto establecimiento de una lactancia duradera.

Finalmente, es de gran interés en el funcionamiento de la CEMH la detección de enfermedades que pudieran presentarse en el paciente neonatal y que pudieran pasar inadvertidas en el intervalo que sucede al alta hospitalaria de las madres hasta la conexión con atención primaria. De particular interés resultan la detección de situaciones como infecciones, ictericia, cardiopatías congénitas, deshidrataciones, etc., tanto desde el punto de vista de su diagnóstico y tratamiento hospitalario, como en el caso de su seguimiento en los supuestos en los que no se cumplen los criterios de ingreso.



Este conjunto de intenciones arriba enumeradas, a cual de ellas de mayor importancia, nos llevaron a implantar la CEMH en nuestro Servicio hace más de diez años, y desde entonces sigue funcionando regularmente y con máximo rendimiento. Se expondrán a continuación algunos datos de los últimos tres años de trabajo.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La CEMH se dirige fundamentalmente a todos los recién nacidos en nuestro hospital, que tuvieron un alta precoz de la maternidad, entendiendo por tal, cuando la misma se produjo antes del tercer día de vida. Quedan excluidos los recién nacidos cuya estancia en la maternidad se prolongó por distintas razones y, desde luego, los recién nacidos que precisaron ingreso en la sala de Neonatología de nuestro Servicio. En estos casos, se dispensaron los cuidados en las áreas correspondientes y no son motivo de comentario en el presente análisis.

Por lo tanto el grueso de los pacientes incluidos son recién nacidos de partos vaginales eutócicos sin complicaciones, nacidos en los años 2012, 2013 y 2014.

En la siguiente tabla se detallan los datos poblacionales. El total de recién nacidos incluidos en los tres años fue de 2034, si bien las visitas computadas fueron 2198. La pequeña diferencia que se observa entre el número de partos vaginales y de primeras visitas, se explicaría porque quedarían englobados algunos recién nacidos de parto múltiple nacidos por vía vaginal, y también algunos casos de recién nacidos por cesárea, cuyas madres tuvieron alta precoz de la maternidad, este último hecho cada vez observado con mayor frecuencia.

Además de todos los recién nacidos de nuestro hospital, son admitidos pacientes cuyos domicilios habituales se encuentren en el área de salud y hubieran nacido en otros hospitales públicos o privados, a petición de los hospitales de origen, de la familia o del personal sanitario del área de salud. Igualmente también son citados un menor grupo de pacientes que comprende aquellos casos en los cuales su alta no fue precoz (estancia hospitalaria prolongada en el hospital más de 72 horas), pero se preveía que iban a precisar un soporte médico en relación a las competencias de CEMH cercano a su alta y/o frecuente.



**Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud**

El programa incluye tanto procedimientos y cuidados de enfermería como médicos, manejo de la información, etc.

	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Total partos vaginales	706	602	726
Total visitas	728	694	776
Primeras visitas	686	687	713
Visitas sucesivas	42	7	63

10. METODOLOGÍA

La asistencia prestada por la CEMH se inicia en realidad con el ingreso de la gestante y resulta verdaderamente inseparable de la atención neonatal del niño. En la maternidad se inicia el apoyo informativo a las madres sobre todos aquellos aspectos que la atención de su hijo a punto de nacer les pueda preocupar, estando estandarizados aspectos de la alimentación, higiene, trámites administrativos, programas de cribado neonatal, etc.

La asistencia es prolongada por el personal de la consulta y las matronas del hospital, con quien compartimos tareas, protocolos de actuación etc. Durante el nacimiento, a nivel de paritorio y quirófanos se fomenta el contacto madre-hijo lo más precozmente posible, incluyendo a los padres en el acontecimiento del nacimiento cuando así lo desean. Durante la estancia en la maternidad se inician los aspectos administrativos del recién nacido, que permiten que desde su nacimiento posea identidad propia sanitaria, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario. Se mantiene seguimiento médico y de enfermería durante toda la hospitalización y se realizan los pasos de los cribados programados.

Los recién nacidos/as con alta acontecida de sus madres de la maternidad antes de 72 horas, incluyendo todos los supuestos ya anteriormente reseñados, son citados a la CEMH en el plazo de 2 a 4 días. Se encuentra situada adyacente a la planta de pediatría, cercana a la maternidad,



**Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud**

con señalización clara y acceso bien indicado. Dispone de espacio para la lactancia y zona para la resolución conjunta e individual de dudas. La consulta tiene una frecuencia diaria de lunes a viernes, y dispone de una enfermera asignada y un facultativo en turno de mañanas asignados a tiempo parcial.

Las labores de enfermería se centran en la toma de constantes, incluyendo peso, pulsioximetría, temperatura, además de completar programas de cribado neonatales, apoyo a la alimentación del recién nacido, resolución de dudas menores y coordinación de pruebas complementarias programadas o solicitadas en el momento de la consulta. Se realiza un examen clínico de los recién nacidos, y se recoge la información médica y de enfermería en soporte informático, compartido con atención primaria. Se orienta a las familias hacia su incorporación a los centros de atención primaria. La actividad está complementada por el seguimiento de pacientes. Se trata de casos en los que se detecta alguna anomalía o riesgo para la salud, generalmente en relación con

el peso, incertidumbre materna con la lactancia, ictericia incipiente, etc. Este grupo de pacientes son citados nuevamente hasta la resolución del problema.

11. EVALUACIÓN

Un total de 2086 primeras visitas han sido atendidos en la consulta de maternidad, en los tres años del presente análisis y hasta 2198 vistas realizadas, incluyendo las sucesivas.

Los registros burocráticos han tenido una cobertura para el total de los pacientes, constituyendo un procedimiento automatizado de la asistencia de los pacientes. Este hecho ha dejado de ser un motivo de dudas, de pérdidas de tiempo y de información, y constituye una rutina de funcionamiento. Igualmente, según datos facilitados por la Dirección General de Salud Pública de nuestra comunidad, disponibles en los años de estudio, la cobertura poblacional registrada para el cribado neonatal de metabolopatías, etc, es del 99.9% en el año 2012 (No se dispone de datos históricos previos al comienzo de nuestra CEMH), pero los resultados actuales son sobradamente expresivos por sí solos. Los datos referidos a cobertura de primera prueba de cribado de hipoacusia, y atendiendo a la misma fuente anteriormente consultada, se obtienen coberturas del 99,63% , 100% y 98,26% para los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente, que se encuentran por encima de las registradas para la media de la comunidad en los mismos años (95, 42% , 89,57% y 91.50%).



Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud

La realización de una segunda pulsioximetría, (la primera o precoz realizada durante la estancia en la maternidad) realizada a todos nuestros pacientes en la consulta, no ha resultado alterada en ningún caso.

La contribución a la promoción de la lactancia materna pensamos que es indiscutible. En un ensayo muestral realizado en los últimos meses, se ilustra como la consulta resulta un magnífico instrumento para evitar abandonos precoces de la lactancia. El resultado de los datos obtenidos en los últimos 3 meses, avala la potencia de la consulta en la conservación de la lactancia materna. Se computan las madres con voluntad de lactancia materna a su alta de la maternidad en los meses de Marzo, Abril y Mayo del presente año y se comprueba el porcentaje de abandono cuando las mismas llegan a la consulta de maternidad. De esta manera, de un total de 193 madres, solo 10 optaron por abandonar la lactancia materna antes de ser atendidas en la consulta, lo cual supone poco más del 5 por cien. En la tabla siguiente se detallan los datos:

Año 2015, Mes:	Madres con voluntad de lactancia materna al alta de maternidad	Abandonos previos a la revisión en consulta externa maternidad
Marzo	60	2
Abril	60	6
Mayo	73	2
Total	193	10 (5.18%)

Otra de las prestaciones de la consulta respecto del seguimiento de la lactancia, lo constituye el pequeño grupo de pacientes que por distintas razones médicas, incluyendo prematuridad, pérdida ponderal excesiva, indisposición materna temporal, etc., fueron dados de alta con lactancia mixta (materna y suplementos de fórmula). La consulta en estos casos resultó útil para retomar aquellos casos en los cuales los suplementos ya podían ser eliminados. Este fue el caso de un total de 20 pacientes en la muestra, de los cuales se indicó la retirada de suplemento en 12.



De la misma manera, con la intención de de obtener más datos objetivos que respaldaran nuestras convicciones sobre el efecto de apoyo que para las madres tiene la consulta, y sobre la confianza que la consulta prevista generaba en las madres, se realizó una encuesta entre las mismas que intentaba valorar el hecho de posponer decisiones respecto del abandono de lactancia materna hasta la visita de la consulta de maternidad, así como la utilidad de la misma en el refuerzo de perseverar en la instauración de una lactancia eficaz.

En las últimas 25 encuestas realizadas, a la pregunta de *¿como valora la confianza de disponer de una cita para la revisión de su hijo en el hospital?*, y sobre tres posibles respuestas (valorable, indiferente, de escasa importancia) el 100 por cien de las encuestadas la consideró valorable. Respecto de otra pregunta más concreta sobre el valor de la cita programada respecto de la resolución de dudas de la lactancia, con tres posibles respuestas dadas de antemano: mucho valor (pospongo la toma decisiones para asesorarme en la consulta) valor medio: (tomo mis propias decisiones y las corroboraré en la consulta) y escaso valor (tomo mis propias decisiones), se obtuvo el siguiente resultado: 19 de 25 mucho valor, 6 de 25 valor medio. Por lo tanto, para más del 75% de madres amamantando, la cita programada constituye un pilar fundamental de apoyo acerca de sus decisiones sobre la lactancia.

Desde el punto de vista de la detección de enfermedades (que por otra parte podrían haber quedado inadvertidas en el domicilio, o haber sido diagnosticadas tardíamente, con el consiguiente riesgo para la salud de los recién nacidos), y en lo que respecta a los casos de deshidratación/fiebre de sed, en los 3 años de estudio, solo se registra 1 caso de ingreso, entendiéndose por tal pacientes con pérdida de peso igual o superior al 10% de su peso al nacimiento, sin posibilidad de recuperación con los tratamientos habituales o con criterios de gravedad requiriendo ingreso. Hemos comparado con un periodo de tiempo similar, histórico (1999 a 2001) en el que se registraron un total de 11 casos, cuando permanecían los niños sin revisión médica en el domicilio, y resultando ingresados de urgencia. Por lo tanto, la consulta también se muestra eficaz en este aspecto, reduciendo el número de casos. Se mantuvo en seguimiento por este diagnóstico hasta un total de 19 casos en los tres años, los cuales finalmente no requirieron ingreso en neonatología. Indudablemente la evitación de ingresos, implica un mayor número de pacientes en seguimiento, pero indudablemente repercute favorablemente en su seguridad.



Otra patología en la que obtenemos buenos resultados anticipatorios es la ictericia. En los tres años de análisis un total de 40 pacientes cumplían criterios de ingreso por este diagnóstico a su llegada a la consulta, distribuidos por años de la siguiente manera: 7 en 2012; 21 en 2013 y 12 en 2014. La mayoría de los diagnósticos correspondían a ictericia por conjugación tardía, si bien también hubo 4 casos de ictericia del pretérmino y un caso de ictericia por isoimmunización. Otro grupo constituido por 18 pacientes, fue seguido por el mismo diagnóstico sin requerir finalmente ingreso.

Se detectó en el periodo de estudio un caso de cardiopatía congénita que correspondió a una coartación aórtica y un caso de luxación congénita de caderas no detectada en la maternidad. Afortunadamente no hemos registrado ningún caso de sepsis durante los tres años, si bien es un diagnóstico sobre el que seguimos permaneciendo con un grado alerta máxima, dada la morbimortalidad asociada a este diagnóstico.

Un total de 54 frenectomías fueron realizadas (18 en 2012, 20 en 2013, 16 en 2014). Pensamos que la CEMH es el sitio ideal donde se indica el procedimiento, ya pasados unos días de iniciada la succión, en los casos moderados y severos, y con criterio más homogéneo para su indicación.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nuestra consulta externa de maternidad, localizada en el hospital, como instrumento de prolongar la atención pediátrica en la maternidad y actuar de colchón entre la maternidad y la atención primaria, particularmente en el recién nacido sano, funciona en nuestro Servicio desde el año 1998 con alto índice de satisfacción para las familias, para los profesionales del hospital y para los compañeros de atención primaria. Durante estos años se ha ido adaptando a los cambios que los programas de cribado neonatal han ido experimentando, y englobando a las nuevas exploraciones que estos programas han ido introduciendo, fundamentalmente en los campos de detección precoz de hipoacusia y detección precoz de cardiopatías congénitas.

Los trámites burocráticos han pasado de ser un obstáculo a formar parte de la rutina habitual, facilitando el manejo de la información. De la misma manera, las coberturas que obtenemos en los programas de cribado neonatales, se sitúan por encima de la media de la comunidad, abarcando prácticamente a la totalidad de la población. La CEMH, dispone de recursos automatizados de detección y recuperación de eventuales pérdidas de pacientes.



En cualquier caso, el sentimiento más profundo de la implantación de dicha consulta en nuestro Hospital estriba en la sensación que teníamos los profesionales, que tras producirse el alta de la maternidad, los recién nacidos y las familias tenían un periodo de tiempo importantísimo en la vida del neonato en el cual se producía una falta de asistencia médica especializada y reglada, hasta que finalmente se producía la conexión regular con atención primaria. En este periodo podía producirse un inaceptable fracaso en la lactancia materna, y asumirse unos riesgos en la salud inaceptables.

En un reciente estudio (2), se comprueba que hasta un 72.5% de las madres amamantando a sus hijos tienen problemas tras el alta de maternidad. Es conocido que la fase II de la lactogénesis, en la cual la madre tiene sensación de congestión mamaria e inicio de flujo de leche, se produce entre las 50 y las 73 horas post parto. No obstante, en un 25% de las madres, este hecho no ocurre hasta más allá de las 72 horas, y esta circunstancia se asocia a fracaso en la lactancia materna (3).

De la misma manera, se refiere en la literatura que 8 de cada 1000 recién nacidos a término aproximadamente que reciben alta precoz, van a precisar reingreso alrededor del cuarto o quinto día de vida por ictericia (4). En algunos países existe una legislación que regula las revisiones neonatales precoces, puesto que se demuestra que se reduce el riesgo de hospitalización por ictericia (5). En nuestro caso, el porcentaje de ingresos por ictericia para niños a término ha sido el doble de lo publicado, superando el 1.7% de los pacientes en seguimiento.

La incidencia de la sepsis neonatal se estima alrededor del 1 por mil de recién nacidos (6). Aún no habiendo detectado en nuestro periodo de estudio ningún caso, considerando la elevada morbimortalidad de la enfermedad, y teniendo en cuenta que el alta de los recién nacidos sanos se produce en nuestro hospital de manera precoz, sigue siendo obligado mantener un seguimiento de los pacientes a este respecto.

Las cardiopatías congénitas son otra entidad con incidencia estimada entre el 7-8 por 1000 de los recién nacidos. Los signos clínicos de las mismas a veces no son evidentes durante la estancia de los niños en la maternidad, pero es conveniente realizar un cribado de los pacientes, siendo la revisión clínica y la pulsioximetría recomendables (7,8). Hemos detectado un caso de cardiopatía congénita, pero al igual que ocurre con la sepsis neonatal precoz, la elevada morbimortalidad de los procesos determina la importancia de un diagnóstico precoz de las mismas.



La frenectomía sublingual, y el efecto liberador que ésta produce en la lengua del recién nacido para la lactancia materna, indicada en los casos de anquiloglosia moderada y severa, tiene unos beneficios cuestionados en los últimos años (9,10). No obstante, nosotros seguimos realizándola en los casos que objetivamos tras varios días de succión cierta dificultad en la lactancia. Los resultados son favorables sin haber tenido complicaciones. El procedimiento es sencillo y la CEMH lugar óptimo para su realización

El realizar esta actividad en el hospital, nexo común de los nacimientos y lugar ya conocido para las familias, cuenta con la disponibilidad del equipamiento para la de realización de las distintas exploraciones: otoemisiones, pulsioximetría, etc., Permite mantener al personal de enfermería con alto grado de adiestramiento y actualización para las técnicas, minimiza fallos de cumplimiento de los programas, simplifica la centralización de las muestras para su remisión a los centros de referencia comunitarios. Todo lo anterior redundará en facilitar la transmisión y recuperación de la información.

Por tal razón pensamos que la consulta externa de maternidad localizada en el hospital constituye la mejor opción, en nuestro medio, de englobar los programas de cribado, atención neonatal temprana tras el alta de maternidad precoz, etc. frente a otras opciones descritas en la literatura (visita de matrona a domicilio, visitas en centros de salud, etc.)

Nuestras expectativas de futuro se centran actualmente en la posibilidad de la creación de un sistema de recogida de datos, que tuviera soporte oficial, y que pudiera ser extensible a las distintas Áreas de Salud, con acceso compartido para atención hospitalaria y primaria. Con esta idea, se podrían registrar y recuperar datos relativos las variables más interesantes manejadas en nuestra CEHM (tipo de lactancia, duración etc.), lo cual, además de una información valiosa en sí, podría proporcionar unos resultados de mayor proyección respecto de la influencia de nuestra actividad a medio y largo plazo, y a la vez, permitiera realizar análisis comparativos con otros grupos de trabajo.



BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Memoria Actividad 2013. Departamento de Salud de Alcoy. Agencia Valenciana de Salud. Generalidad Valenciana.
- 2.- Suresh S, Sharma KK, Saksena M, Thukral A, Agarwal R, Vatsa M. Predictors of breastfeeding problems in the first postnatal week and its effect on exclusive breastfeeding rate at six months: experience in a tertiary care centre in Northern India. Indian J Public Health. 2014; 58: 270-2
- 3.- Martín-Calama J. Lactogénesis. En: Lactancia Materna. Guía para profesionales. 2004 Ergon: 45-59
- 4.- Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. Pediatrics. 2015; 135: 314-21
- 5.- Meara E, Kotagal UR, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. Pediatrics. 2004; 113: 1619-27
- 6.- Santos RP, Tristram D. A practical guide to the diagnosis, treatment, and prevention of neonatal infections. Pediatr Clin North Am. 2015; 62: 491-508
- 7.- Fillips DJ, Bucciarelli RL. Cardiac evaluation of the newborn. Pediatr Clin North Am. 2015; 62: 471-89
- 8.- Knowles R, Griebisch I, Dezteux C, Brown J, Bull C, Wren C. Newborn screening for congenital heart defects: a systematic review and cost-effectiveness analysis. Health Technol Asses. 2005; 9: 44
- 9.- Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. Breastfeed Med. 2012; 7: 189-93
- 10.- Emond A, Ingram J, Johnson D, Blair P, Whitelaw A, et al. Randomised controlled trial of early frenotomy in breastfed infants with mild-moderate tongue-tie. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014; 99: 189-195

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 alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.