

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

EVALUACIÓN, AL AÑO DE IMPLANTACIÓN, DEL PLAN DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor principal LUCIA CARBONELL MUÑOZ

CoAutor 1 M^ª ROSARIO FERNÁNDEZ LAGO

CoAutor 2 ELENA LOPEZ MEGIAS

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave Evaluación Enfermería Pediátrica Atención Posnatal Atención de Enfermería

» Resumen

El Ministerio de Sanidad y Política Social, en su documento Cuidados desde el nacimiento, publicado en 2010, recomienda que la primera visita del recién nacido y su madre se realice en el centro de Atención Primaria a las 48-72 horas después del alta y en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.

El acceso de los recién nacidos a los Centros de Atención Primaria, exige la realización de trámites burocráticos que no suelen efectuarse de manera inmediata al alta de la maternidad.

Desde el momento en el que el recién nacido es dado de alta, hasta que es atendido por primera vez por un especialista en pediatría (Enfermero/a y/o Pediatra), pasa un período de tiempo crítico en el que pueden aparecer efectos no deseados.

En el año 2010, las Enfermeras Pediátricas de nuestro Centro de Salud, detectamos que en más de la mitad de los casos, la primera visita de valoración del recién nacido se realizaba a partir del octavo día.

Con el fin de contribuir a disminuir los resultados adversos originados con el retraso de esta primera visita, diseñamos un plan de mejora que se puso en marcha desde Abril de 2011.

Como todo proceso de mejora, debería ser dinámico, flexible y tener un plan de seguimiento y evaluación.

El presente trabajo evalúa el impacto de la medida, al año de su implantación.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El alta hospitalaria posnatal, se produce actualmente entre los 2 y 3 días tras un parto vaginal no complicado y entre los 4 y 5 días en caso de cesárea.

Estas altas precoces cuentan con múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. Algunos de estos beneficios son la mejora del vínculo afectivo, mejor descanso de la madre en el domicilio y menor riesgo de infecciones nosocomiales.

No obstante, desde la instauración de las altas tempranas se han investigado posibles resultados adversos, debidos a éstas, como el abandono de la lactancia materna, problemas en las mamas como grietas, ingurgitación mamaria y mastitis, reingresos neonatales por deshidratación hipernatémica o hiperbilirrubinemias patológicas, etc.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El impacto de las altas posnatales tempranas, en la salud de la madre y neonato, depende en gran parte de la facilidad para acceder a las consultas de los profesionales especializados en atención pediátrica de Atención Primaria.

Con el fin de evitar los posibles resultados adversos de estas altas, se recomienda que la primera visita de madre/recién nacido, en la consulta de Atención Primaria, se realice a las 48-72 horas de la salida del Hospital, y en todo caso, antes de finalizar la primera semana de vida.

En nuestro Centro de Salud, en el año 2010, la primera visita al recién nacido, la realizamos I@s enfermer@s pediátric@s entre el 5^º-10^º día, coincidiendo con la toma de la segunda muestra para la detección de las metabolopatías congénitas.

Esta primera consulta, se realizó en las primeras 72 horas tras el nacimiento en el 3,8% de los casos y en el 47% de los casos antes del octavo día.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Como estrategia de seguridad para los recién nacidos y sus madres, las enfermeras pediátricas de nuestro Centro de Salud, diseñamos un proceso de mejora, con el objetivo de acortar el tiempo de esta primera valoración y contribuir a reducir los resultados adversos.

Se implantó este proceso en Marzo de 2011 y ha consistido en la captación precoz de madre/recién nacido desde la etapa prenatal, participando en las clases de preparación al parto e impartiendo la sesión de cuidados del recién nacido; información a la Unidad administrativa del Centro de Salud de la necesidad de que todo/a padre/madre que acuda al Centro a informarse de los trámites burocráticos, sea derivado a la consulta de Enfermería pediátrica; y flexibilización de la agenda de Enfermería pediátrica para atender a los recién nacidos y sus madres, aun cuando no hayan concertado cita previamente.

Realizamos un estudio descriptivo siendo la población a estudiar las madres y niños nacidos entre Marzo de 2011 y Febrero de 2012.

Realizamos análisis descriptivo de todas las variables presentando las variables cualitativas con su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas con su media.

Analizamos mediante el test de χ^2 la influencia de las variables paridad, modalidad de nacimiento, sexo del bebé, asistencia de los padres a clases de preparación al parto y origen de los padres (españoles o inmigrantes), sobre el porcentaje de visita en las primeras 48-72 horas del alta y en la primera semana.

Resultados obtenidos: Dos de las tres enfermeras pediátricas, participaron a lo largo de este periodo en los siete grupos de educación prematernal realizados en el Centro, impartiendo la sesión de cuidados del recién nacido. El 26,4% de las gestantes acudieron a las clases de

parto.

El total de recién nacidos asignados al Centro de Salud, de Abril de 2011 a Marzo de 2012, fue 180 niños. Se excluyeron del estudio 6 niños que fueron dados de alta tardíamente por complicaciones en el periodo neonatal.

De los 172 niños incluidos en el estudio, el 55,8% eran varones y el 44,2% mujeres. En el 51,7% de los casos se trataba del primer hijo y el 13,8% eran hijos de inmigrantes.

El 75% nació por parto vaginal, de ellos en el 86,8% de los casos fue parto eutócico y en el 13,2% distócico. Un 25% de los bebés nacieron por cesárea.

El alta se produjo a los 2,76 días de media (2,47 días en parto vaginal y 3,63 días en cesárea).

La primera visita se realizó en el 63,4% de los casos en las primeras 48-72 horas y en el 71,5% en la primera semana.

Del total de madres, el 71,5% ofrecían lactancia materna exclusiva a sus hijos, un 15,1% lactancia mixta y el 13,4% lactancia artificial. Del 86,6% de las madres que lactaban a sus hijos el 95,9% deseaban continuar con lactancia materna.

Se realizó la observación estructurada de la toma en el 42% de los casos, teniendo una técnica correcta el 81,4% y siendo la lactancia eficaz en el 97,1% de los casos. Cuando se observó una técnica incorrecta se instruyó a la madre sobre los errores de la técnica y como corregirlos.

El 33,6% de las madre lactantes, manifestaban problemas con la lactancia: el 72% tenía grietas, el 8% dolor, un 10% utilizaba pezoneras por alteraciones de pezón, el 2% tuvo una ingurgitación mamaria y el 8% mastitis.

Las frecuencias de visitas de valoración en las primeras 48-72 horas, fueron significativamente mas altas en: nacimientos producidos en hospital público frente a hospital privado (68,6%-48,7%), en madres que habían asistido a las clases de preparación al parto frente a las que no habían asistido (81,1%-52,3%), y en niños atendidos en turno de mañana frente a turno de tarde (78,5%-45,6%). No encontramos diferencias significativas en la asociación de frecuencias de esta primera visita con otras variables como sexo, tipo de nacimiento, paridad, tipo de lactancia y población inmigrante.

Las frecuencias de visitas de valoración en la primera semana, fueron significativamente mas altas en: nacimientos producidos en hospital público frente a hospital privado (76%-58,5%), en madres que habían asistido a las clases de preparación al parto frente a las que no habían asistido (89,2%-68,9%), en niños atendidos en turno de mañana frente a turno de tarde (81,7%-59,5%) y en hijos de madres españolas frente a inmigrantes (75%-47,8%). No encontramos diferencias significativas en la asociación de frecuencias de esta primera visita con otras variables como sexo, tipo de nacimiento, paridad y tipo de lactancia.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La asistencia al programa de preparación al parto ha demostrado una frecuencia significativamente mayor de visitas en las fechas previstas pero el porcentaje de mujeres que acuden a estas es bajo (el 26,4% de las gestantes). Debido a ello, la Enfermería pediátrica pierde la oportunidad de captación del recién nacido desde antes del nacimiento en un importante número de casos por lo que deberemos diseñar nuevas estrategias de captación precoz.

Por otro lado, en múltiples ocasiones, esta primera visita no puede ser programada con anterioridad. Teniendo en cuenta el tiempo de dedicación que requiere (apertura de historia, valoración de madre y recién nacido, observación de la toma, consejo e información), esta atención a demanda, interfiere en la dinámica de la consulta ocasionando retrasos en otras revisiones previamente concertadas.

Por último, en octubre de 2011, se inició en la Comunidad de Madrid, el cribado neonatal ampliado de enfermedades congénitas del metabolismo de aminoácidos, ácidos grasos y ácidos orgánicos, mediante una única toma de muestra, a las 48 horas de vida y antes del alta de la maternidad. Al suprimirse la segunda toma de muestra que se realizaba en Atención Primaria y que suponía una estrategia de captación del recién nacido, cabía la posibilidad de una demora en la primera visita.

En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en las frecuencias de recién nacidos valorados en las fechas propuestas, con anterioridad y posterioridad de la implantación de la nueva modalidad de cribado neonatal.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

En todas las etapas del proceso, desde la participación en las clases prematernales, la captación de madre y recién nacido, la primera visita de valoración, hasta las visitas de seguimiento del programa del niño, las enfermeras pediátricas, pretendemos establecer una interacción profesional con los padres y madres con el fin de contribuir a que estos adquieran habilidades en el autocuidado y cuidado de sus bebés favoreciendo así el bienestar de la familia.

» Propuestas de líneas de investigación.

Un año después de la implantación de la propuesta de mejora de la accesibilidad a la consulta de Enfermería pediátrica, como estrategia de seguridad en el periodo neonatal, en nuestro Centro hemos conseguido un aumento significativo de niños valorados en las primeras 48-72 horas (3,8% en 2010 y 63,4% en 2011) y a la semana (47% en 2010 y 71,5% en 2011).

No obstante aún existe un porcentaje nada despreciable de madres y recién nacidos que acuden tardíamente a nuestras consultas por lo que deberemos diseñar nuevas estrategias para la captación de este grupo.

La calidad esta ligada a las competencias de quienes deben favorecerla. Para mejorar la calidad de los cuidados, no siempre es necesario nuevos equipamientos y tecnologías, lo verdaderamente importante e imprescindible, son los profesionales que deben garantizarla.