

**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

**ALTA PRECOZ EN LA  
PUÉRPERA**

José Antonio Sainz Bueno

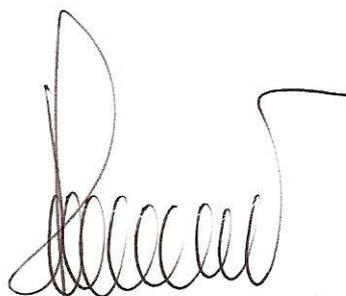
Sevilla, Marzo de 2002

ROGELIO GARRIDO TERUEL, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla y Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Valme.

CERTIFICA:

Que D. JOSE ANTONIO SAINZ BUENO, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo mi dirección y orientación, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, el presente trabajo sobre: "ALTA PRECOZ EN LA PUÉRPERA", que a mi juicio es apto para optar al grado de Doctor.

Sevilla, 20 Marzo de 2002.



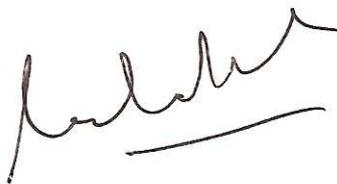
Fdo. ROGELIO GARRIDO TERUEL.

MANUEL CABALLERO MANZANO, Doctor en Medicina y Cirugía, Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Valme.

CERTIFICA:

Que D. JOSE ANTONIO SAINZ BUENO, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo mi dirección y orientación, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, el presente trabajo sobre: "ALTA PRECOZ EN LA PUÉRPERA", que a mi juicio es apto para optar al grado de Doctor.

Sevilla, 20 Marzo de 2002.



Fdo. MANUEL CABALLERO MANZANO.

Al Prof. Dr. D. Rogelio Garrido Teruel, Catedrático de la Universidad de Sevilla y Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Valme de Sevilla, que ejerció admirablemente su labor de dirección de esta Tesis Doctoral, estimulando al mismo tiempo la libertad, la creatividad y el espíritu crítico que deben gobernar la tarea investigadora.

Al Dr. D. Manuel Caballero Manzano, Doctor en Medicina y Cirugía, Profesor Asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Valme, quién desde el primer momento me dedicó todo su tiempo y con enorme paciencia supo transmitirme sus conocimientos, consejos y brindarme su apoyo, colaboración y amistad, siendo la persona que me ha dirigido, orientado y estimulado en la realización de esta Tesis.

A la Dra. D<sup>a</sup> María Ruiz Romano, mi compañera de tesis, por su generosa colaboración.

A D<sup>a</sup> Fátima Chain Ruiz, enfermera, que atendió con dedicación y cariño a las mujeres y a sus niños.

A D<sup>a</sup> Ana Fernández Palacín, Profesora Titular de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, y a D<sup>a</sup> Carmen Almeida González, por la elaboración del análisis estadístico.

A D<sup>a</sup> Fátima Soto Magro, mi mujer, por su apoyo constante.

A mis padres, hermanos y amigos que tuvieron palabras de ánimo y deseos de ayudar.

A mis compañeros del Servicio de Obstetricia-Ginecología y de Pediatría del Hospital Universitario de Valme de Sevilla por facilitar mi labor.

**Mi sincero agradecimiento.**

**A mi mujer Fátima**

**A mis padres: Francisco y Ángeles**

**A mis hermanos: Javier y Dolores**

## **ÍNDICE**

## ÍNDICE.

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.</b>	10
<b>I.1</b>	<b>HISTORIA DE LA ESTANCIA POSPARTO EN EL HOSPITAL.</b>	11
<b>I.2</b>	<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL ALTA PRECOZ.</b>	15
I.2.1	Definición de Alta Precoz.	15
I.2.2	Situación del Alta Precoz en EEUU.	16
I.2.3	Situación del Alta Precoz en otros países.	17
I.2.4	Principios de la Medicina Basada en la Evidencia.	20
I.2.5	Revisión crítica del material publicado sobre el Alta Precoz.	25
I.2.6	Recomendaciones para los Programas de Alta Precoz.	31
<b>I.3</b>	<b>PROBLEMAS MATERNOS DESPUÉS DEL ALTA PRECOZ.</b>	37
I.3.1	Morbilidad Materna en el Puerperio.	37
I.3.2	Ansiedad-Depresión-Psicosis Puerperal.	42
I.3.3	Fatiga-Cansancio Puerperal.	47
I.3.4	Influencia del Alta Precoz en la Patología Depresiva, Fatiga y Ansiedad Materna durante el Puerperio	49
I.3.5	Lactancia Materna en el alta precoz.	53
<b>I.4</b>	<b>PROBLEMAS NEONATALES DESPUÉS DEL ALTA PRECOZ.</b>	58
<b>I.5</b>	<b>VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ.</b>	63
<b>I.6</b>	<b>VALORACIÓN DEL COSTO DE LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ.</b>	64
<b>II.</b>	<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO.</b>	72

<b>III. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.</b>	74
<b>III.1 TIPO DE ESTUDIO.</b>	74
<b>III.2 VARIABLES A MEDIR.</b>	75
<b>III.3 POBLACIÓN.</b>	77
<b>III.4 MÉTODO ESTADÍSTICO.</b>	81
<b>III.5 FORMULARIOS.</b>	83
<b>IV. RESULTADOS.</b>	99
<b>IV.1 CASOS PERDIDOS.</b>	100
<b>IV.2 DISTRIBUCIÓN ALEATORIA DE LAS     PACIENTES POR GRUPO.</b>	101
IV.2.1 Datos Epidemiológicos.	101
IV.2.2 Datos del Parto.	103
<b>IV.3 RESULTADOS MATERNOS.</b>	111
IV.3.1 Reingreso Materno en las primeras 6 semanas.	113
IV.3.2 Patología Ansiosa-Depresiva.	114
IV.3.3 Lactancia Materna.	116
IV.3.4 Patología en el Puerperio Medio-Tardío.	122
IV.3.5 Fatiga Puerperal.	126
IV.3.6 Patología Materna entre 6 semanas y 6 meses posparto.	128
IV.3.7 Reingreso Materna entre 6 semanas y 6 meses posparto.	129
IV.3.8 Consultas en los Sistemas de Salud por Patología Materna.	130
<b>IV.4 RESULTADOS NEONATALES.</b>	131
IV.4.1 Reingreso de los Neonatos en los primeros 28 días de vida.	132
IV.4.2 Patología Neonatal en los primeros 28 días de vida que no requirió reingreso.	133
IV.4.3 Consultas en los Sistemas de Salud por Patología de los Neonatos en los primeros 28 días de vida.	135

<b>IV.5 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.</b>	136
<b>IV.6 VALORACIÓN DE LOS COSTOS.</b>	145
<b>V. DISCUSIÓN.</b>	148
<b>V.1 ANÁLISIS PREVIO DE LOS RESULTADOS.</b>	148
<b>V.2 CASOS PERDIDOS.</b>	152
<b>V.3 DISTRIBUCIÓN ALEATORIA DE LAS PACIENTES POR GRUPO.</b>	153
<b>V.4 RESULTADOS MATERNOS.</b>	155
V.4.1 Reingreso Materno en las primeras seis semanas.	155
V.4.2 Valoración de la Patología Puerperal.	157
V.4.3 Valoración de la Patología Ansiosa Depresiva Puerperal.	158
V.4.4 Valoración de la Lactancia Materna.	160
V.4.5 Valoración de la Fatiga Puerperal.	162
<b>V.5 RESULTADOS NEONATALES.</b>	164
<b>V.6 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.</b>	167
<b>V.7 VALORACIÓN DE LOS COSTOS.</b>	169
<b>VI. CONCLUSIONES.</b>	171
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.</b>	172

## I. INTRODUCCIÓN.

En los últimos 20 años la tendencia se dirige hacia estancias hospitalarias cada vez más cortas de la madre y el RN (recién nacido), pasando de los 7-10 días de estancia en los años 40-50 (1), hasta los 3-5 días de estancia hospitalaria que se consideraba segura en los años 70-80 (2). En un informe del Center for Disease Control's National Hospital Discharge Survey en 1995 se observó que las estancias en el hospital después del parto empezaron a disminuir de manera sostenida desde 1970 hasta 1992 (3) (Gráfica 1). En 1970, la duración promedio de la estancia en todos los casos de parto en el hospital era de 4,1 días. En 1992, la estancia promedio en el hospital había disminuido un 37%, hasta 2,6 días (3).

En los hospitales españoles la estancia media posparto sin complicación, en el año 1997, fue de 3,11 días, con un número de casos de 219.951. En Andalucía la estancia media estándar en los hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud es de 3,30 días, y en el Hospital de Valme de Sevilla de 2,79 días en el año 1998 (4).

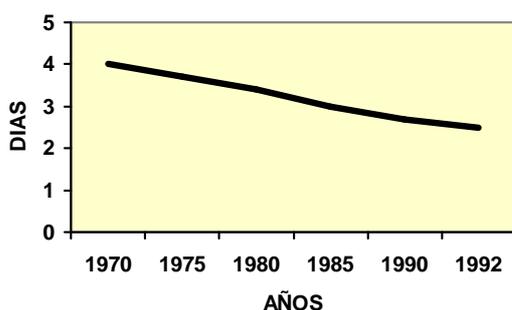
Las dos finalidades de la hospitalización posparto son:

- Identificar las complicaciones maternas o neonatales después del nacimiento.
- Ofrecer asistencia profesional a la madre y a su neonato, garantizando que la primera se haya recuperado del parto, preparado lo suficiente para cuidarse por sí misma y esté en condiciones de cuidar a su hijo cuando se vaya a casa. Para lo cual, la estancia hospitalaria posparto recomendada según el American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (AAP) (17), en un parto vaginal sin complicaciones es de un mínimo de 48 horas, excluyendo el día del nacimiento.

## I.1 HISTORIA DE LA ESTANCIA POSPARTO EN EL HOSPITAL.

Los motivos principales para el cambio de los nacimientos en el hogar a los nacimientos en el hospital fueron: brindar mayor seguridad a la madre y al niño, así como aliviar el dolor, ofrecer comodidad y eficiencia a los médicos, incrementar los datos disponibles para la medicina científica y permitir una provisión regular de pacientes para capacitar a los estudiantes de medicina. Esto se produjo con la llegada del siglo XX (5).

En 1900, menos del 5% de los partos en E.E.U.U ocurrían intrahospitalariamente. En 1945, el 80% ocurría en un hospital y hacia 1960 casi todos los nacimientos en E.E.U.U. ocurrieron en un hospital (6) (Gráfica 1). En el decenio de 1950, la estancia intrahospitalaria posparto vaginal era de 7-10 días (1). Comenzó a existir escasez de camas y a incrementarse mucho los costes por servicios de maternidad; por ello nacieron en esta época los primeros programas de alta temprana (7,8). En 1962, Hellman y colaboradores (8) iniciaron un programa de alta precoz con 1.941 mujeres que se habían dado de alta 72 horas después del parto por vía vaginal con tres visitas por enfermeras cualificadas. Se compararon los resultados maternos y neonatales entre las pacientes que se dieron de alta a las 72 horas con las de un grupo control que permanecieron hospitalizadas durante cinco días; no se observaron diferencias estadísticas entre ambos grupos. En este estudio se concluyó que el alta del hospital a los tres días después del parto era una decisión segura, y que las enfermeras podrían hacer visitas posparto en el hogar después del alta.



**GRÁFICA 1.** Evolución decreciente de la estancia en el hospital después del parto desde 1970 hasta 1992 (Center for Disease Control's National Hospital Discharge Survey)(3).

Durante los decenios de 1970 y 1980, la disminución de la estancia en el hospital después del parto fue “ propiciada por las pacientes “ al insistirse sobre la obstetricia centrada en la familia. Las pacientes empezaron a tener el parto de manera natural, querían que los cónyuges estuvieran con ellas en la sala de partos, y exigían salir pronto del hospital para estar en el hogar con sus familias (9). Como resultado, algunos hospitales crearon programas de alta temprana durante esos años a fin de aceptar los deseos de las pacientes para que se aplicara un criterio obstétrico centrado en la familia. En los primeros años del decenio de 1990, los costos de la asistencia cada vez mayores y los criterios de reembolsos de terceras partes empezaron a generar presión sobre los médicos y los hospitales para que dieran de alta a las madres y a sus hijos del hospital con tanta prontitud como se pudiera a fin de ahorrar dinero. Algunas compañías de seguros empezaron a rechazar el pago de la estancia en el hospital que se extendiera más allá de 12 a 24 horas después del parto vaginal no complicado. Esta presión puso pronto en conflicto a las compañías de seguros con las pacientes, sus médicos y las organizaciones médicas. En 1998 el Congreso de Estados Unidos puso en vigor leyes para regular las altas tempranas exigidas por las compañías de seguros.

La situación en los hospitales españoles actualmente es la siguiente:

La estancia media posparto no complicado en los hospitales españoles en el año 1998 es de 3.20 días, con un número de casos de 176.245 (10). En las Tablas siguientes (Tabla 1,2 y 3) se muestran las estancias hospitalarias posparto no complicado en España.

**TABLA 1. Datos de estancia media en el hospital tras parto no complicado por Autonomías Españolas en el año 1998 (10).**

<b>Autonomía.</b>	<b>Nº de partos sin complicación.</b>	<b>Estancia media. En días.</b>
Andalucía.	37.481	2.94
Aragón.	4.561	3.37
Asturias.	3.392	3.30
Baleares.	3.089	2.80
Canarias.	5.045	3.22
Cantabria.	1.839	3.09
Castilla la Mancha	7.999	2.88
Castilla y León	8.938	3.23
Cataluña.	30.674	3.33
Comunidad Valenciana.	17.771	3.42
Extremadura.	6.508	3.42
Galicia.	10.810	4.02
Madrid.	16.903	2.96
Murcia.	6.065	3.25
Navarra.	3.368	3.92
País Vasco.	9.179	2.99
La Rioja.	1.340	2.80
Ceuta.	543	2.37
Melilla.	740	2.16

**TABLA 2. Datos de estancia media en el hospital tras parto no complicado en 1998, por hospitales Españoles según el número de camas (10).**

<b>Nº de camas.</b>	<b>Nº de partos no complicados.</b>	<b>Estancia media. En días.</b>
Menos de 200.	27.639	3.12
Entre 200-500.	52.855	3.07
Entre 500-1.000.	53.555	3.29
Más de 1.000.	39.246	3.34

**TABLA 3. Datos de estancia media tras parto no complicado en el Hospital de Valme (Sevilla) por años (4,11-16).**

<b>Años.</b>	<b>Nº de parto.</b>	<b>Nº de parto sin complicación.</b>	<b>Estancia media. En días.</b>
1990	3.175	2.063	3.66
1991	3.701	2.756	3.10
1993	3.705	2.881	2.96
1994	3.525	2.565	2.90
1995	2.665	1.794	2.83
1996	3.261	2.272	2.80
1998	3.390	2.385	2.79
1999	3.410	2.192	2.78

## **I.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL ALTA PRECOZ.**

### **I.2.1 DEFINICIÓN DE ALTA PRECOZ.**

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (AAP) cuyos conceptos aparecieron en la cuarta edición de la obra *Guidelines for Perinatal Care* (17), y como se ha indicado en la introducción, la hospitalización posparto tiene dos finalidades principales: la identificación las complicaciones maternas o neonatales después del nacimiento y ofrecer asistencia profesional a la madre y a su neonato; y garantizar que la primera se haya recuperado del parto, preparado lo suficiente para cuidarse por sí misma y esté en condiciones de cuidar a su hijo cuando se vaya a casa.

La estancia posparto recomendada en el hospital, según la ACOG y la APP (17,18), cuando no hay complicaciones varía entre 48 horas en el caso de parto vaginal y de 96 horas en el nacimiento por cesárea, excluyendo el día del nacimiento.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O) en sus protocolos de perinatología, apartado de puerperio normal, recomienda una estancia hospitalaria en el posparto no complicado de 48 horas (19).

El alta “temprana” o la estancia corta en el hospital después de nacimiento por vía vaginal consistiría, por tanto, en egreso de la madre, del neonato o de ambos en menos de 48 horas posnacimiento por vía vaginal. El alta “muy temprana” se ha definido como el egreso 24 horas después del parto por vía vaginal (18).

## **I.2.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ALTA PRECOZ EN E.E.U.U.**

En los años 90 algunas compañías de seguros americanas empezaron a rechazar el pago de las estancias hospitalarias que se extendieran más allá de 12 a 24 horas después del parto vaginal no complicado. Esta presión para dar altas precoces de forma sistemática puso pronto en conflicto a las compañías de seguros con las pacientes, sus médicos y las organizaciones médicas.

Revisiones bibliográficas realizadas por Braveman y Grullon-Grimes (35,37) concluyeron que las investigaciones publicadas ofrecían pocos conocimientos acerca de las consecuencias médicas maternas y neonatales del alta precoz aplicado a la población general.

Todo esto llevó en mayo de 1995, en el estado de Maryland, a aprobar una ley llamada "Mothers' and Infants' Health Security Act" (Acta de los seguros de salud para madres y lactantes), y se convirtió en el primer Estado en limitar el alta a las 24 horas exigida por las compañías de seguros (20). Posteriormente otros Estados aplicaron leyes semejantes y el 1 de enero de 1998 entró en vigor en los 50 estados de los E.E.U.U. la "Newborns' and Mothers' Health Protection Act" de 1996 (21), que prohíbe a las compañías de seguros que restrinjan los beneficios para la estancia de las pacientes en el hospital a menos de 48 horas después del parto vaginal normal, y a menos de 96 horas después del nacimiento por cesárea. La ley establece que la decisión de dar de alta a la madre o al neonato antes de la estancia mínima recomendada en el hospital debería efectuarla el médico a cargo después de consultar esta decisión con la madre.

### **I.2.3 SITUACIÓN ACTUAL DEL ALTA PRECOZ EN OTROS PAÍSES.**

Thilo (22) en “Historia de la política y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal” hace referencia a una encuesta, realizada con más de 35 neonatólogos y pediatras de 22 países, acerca de las prácticas habituales en el cuidado de lactantes saludables nacidos a término después de embarazos no complicados. Se solicitó información a cerca de:

- Duración de la estancia en el hospital después de parto normal o cesárea.
- Si el tiempo de internamiento en el hospital había disminuido durante los últimos 5 a 20 años.
- Si las prácticas de seguimiento de madres y R N habían cambiado como consecuencia de las estancias intrahospitalarias más breves, y si hubo alguna norma que regulara la estancia perinatal.

Se recibieron 26 contestaciones de 21 países distintos (Tabla 4). En general, la estancia para un parto vaginal es de 2 a 3 días y de 7 después de la cesárea.

En todos los países, quienes respondieron indicaron que la duración del tiempo en el hospital para madres y R N había disminuido de modo considerable durante los últimos 10 años o más, en muchos casos de manera bastante sustancial. Gran parte de la disminución ha sucedido en fechas más recientes. Varios comentarios indicaron preocupaciones financieras como una influencia fuerte, combinado con factores sociales (como cambios en los deseos maternos).

A pesar de las estancias intrahospitalarias disminuidas, en algunos países se informa muy pocos cambios de las prácticas de seguimiento sistemático. Por ejemplo, en Quebec (Canadá), con una disminución en un hospital desde 7 días hasta 1.5 días en partos normales en el transcurso de los últimos 40 años, no ha habido cambio sistemático de las prácticas de seguimiento o los recursos disponibles para proporcionar esos cuidados. Observaciones similares se informaron en Finlandia, Alemania, Grecia, Japón, Suiza y Emiratos Arabes Unidos. En muchos países, los centros de salud comunitarios locales proporcionan seguimiento perinatal temprano, y muchos informaron aumento de la participación de

médicos generales en la vigilancia sistemática de la evolución del R N. Varios países tienen clínicas de lactante sano que proporcionan cuidado gratuito a madres y lactantes.

Hay variabilidad en las clases de políticas y pautas que influyen sobre la estancia perinatal en todo el mundo. Algunos de quienes respondieron informan de seguir indicaciones de sus sociedades obstétricas y pediátricas profesionales. Casi todas esas pautas exigen una estancia mínima de 48 a 96 horas, dependiendo del parto. Las recomendaciones canadienses consisten en criterios explícitos para el alta antes de las 48 horas similares a las emitidas por la Academy of Pediatrics. En Suecia, hay normas del National Board of Health and Welfare para cuidado perinatal, con criterios de exclusión explícitos para la salida antes de las 72 horas para algunos lactantes. Varios de quienes respondieron informan que el reembolso por seguro de gastos médicos nacional u otros prestadores de seguro de gastos médicos, ha guiado la disminución de la estancia perinatal (p. Ej., Alemania, Nueva Zelanda, Suiza y Corea).

Por último, un médico de Japón que respondió indicó que no hay cobertura de seguro de gastos médicos para un parto vaginal normal, en contraste con Israel, donde una National Health Law ha otorgado a cada madre un bono para parto por cada R N, y apoya la licencia de maternidad, el cuidado perinatal y el cuidado posnatal pagados.

Esta encuesta internacional debe valorarse con precaución. Sólo representa un intento preliminar para estudiar los factores que guían la estancia perinatal en todo el mundo, y está claro que no es exhaustiva. Por ejemplo, al menos un país industrializado (Holanda) informa que un porcentaje sustancial (35%) de mujeres da a luz en el hogar, y que los partos vaginales normales en el hospital se consideran experiencias ambulatorias. Hay un sistema de parteras, médicos generales, obstetras y auxiliares con capacitación especial para apoyar esos partos en el hogar y esas estancias intrahospitalarias breves. De modo similar, el parto de ciertos embarazos en el Reino Unido es atendido por enfermeras parteras certificadas en una situación que proporciona estancia intrahospitalaria muy breve (6 a 8 horas) de modo similar a algunos programas en E.E.U.U creados por las organizaciones para la conservación de la salud. No obstante, la duración de la estancia para madres y lactantes ha disminuido en todo el mundo debido a la influencia de muchos factores sociales, financieros y de otros tipos. Esta baja ha engendrado algunos cambios en el seguimiento de R.N, con muchos sistemas que podrían apoyar (clínicas comunitarias, visitantes de salud a domicilio y otros por el estilo). El desafío que queda es identificar, en cualquier situación dada, el mejor y más apropiado cuidado para una madre y lactante individuales dentro del contexto de los recursos disponibles, y defender ese cuidado (22).

**TABLA 4. Estancia intrahospitalaria perinatal y cuidados de seguimiento comunes después de parto vaginal normal y cesárea para lactantes a término saludables en todo el mundo.**

PAÍS.	PARTO VAGINAL (días).	CESÁREA.	¿POLÍTICA O REGLAMENTO?	MOMENTO DE LA PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO
Austria	3	5	Pautas*	¿?
Canadá(Ontano)	2	4	Pautas*	En el transcurso de 1 semana.
Canadá(Quebec)	1 a 2	3 a 5	No	En el transcurso de 1 mes.
Inglaterra	1 a 2	5 a 6	No	En el transcurso de 7 a 10 días.
Finlandia	2 a 3	6 a 7	No	Inmediatamente después del egreso.
Francia	2 a 3	6 a 7	Sí	1 mes.
Alemania	2 a 4	7 a 10	No	3 a 10 días.
Grecia	3 a 4	6 a 7	Seguro#	1 semana.
Hong Kong	2 a 5	5 a 7	No	5 a 7 días.
Hungría	5 a 6	9 a 11	Pautas*	¿?
Irlanda	2 a 3	6	No	Pocos días.
Israel	2 a 3	5 a 6	Sí	En el transcurso de 1 semana.
Japón	5 a 6	10	No	1 mes.
Corea	2 a 3	5 a 6	Seguro#	7 a 14 días.
Nueva Zelanda	3	5	Sí	¿?
Noruega	1 a 4	5 a 6	Sí	7 a 14 días.
Perú	2	5	¿	¿?
Arabia Saudita	1 a 1.5	4 a 5	Pautas*	1 mes.
Suecia	2 a 3	5 a 7	No	5 a 7 días.
Suiza	5	7 a 10	Seguro#	4 semanas.
Países Bajos	0.5\$	8	Seguro#	Día 3.
Emiratos Arabes	1	7	No	¿?
EEUU	1 a 2	3 a 4	Ley	2 a 3 días.

\* Pautas emitidas por sociedades u hospitales pediátricos y obstétricos.

# Las políticas de aseguradores (privados o nacionales) pueden estar reguladas por el gobierno.

\$ Los partos vaginales se consideran sucesos ambulatorios ; alrededor de 35% de las mujeres da a luz en su hogar.

## **I.2.4 PRINCIPIOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

En París, en la primera mitad del siglo XIX, la realización de sangrías era una práctica terapéutica habitual para multitud de patologías. Louis decidió aplicar su "método numérico " para valorar la eficacia de la sangría en 78 casos de neumonía, 33 de erisipela y 23 de faringitis. Comparó los resultados obtenidos con pacientes que tenían la misma patología y que no habían sido sometidos a esta terapia. No halló diferencia alguna. Louis creó, en 1834, un movimiento al que llamó *Médecine d'observation*, y a través de experimentos como el descrito, contribuyó a la erradicación de terapias inútiles como la sangría. Sus hallazgos tuvieron gran repercusión en aquella época, tanto en Francia como en Inglaterra y Estados Unidos. Pero la medicina ejercida en el siglo XIX y XX aún resuelve los problemas clínicos a los que se enfrenta reflexionando sobre su propia experiencia o sobre la fisiopatología subyacente, consultando un libro de texto o preguntando a un experto local. También leyendo las secciones de introducción y discusión de un artículo relevante procedente de una revista actual. Este procedimiento confiere un elevado valor a la autoridad científica tradicional, y a menudo las respuestas tratan de encontrarse en lo publicado por expertos locales o internacionales (23).

Cochrane en los años 80 usa la noción de que los servicios de salud deben valorarse con base en datos científicos mejor que en la impresión clínica, experiencia anecdótica, opinión de "expertos" o tradición (24). Cochrane reconocía que el estudio clínico aleatorio podría "abrir un nuevo mundo de valoración y control que, en el futuro sería clave para un servicio de salud nacional". En 1976 Cochrane calculaba que menos del 10% de las intervenciones médicas eran apoyadas por pruebas objetivas de que hacían más bien que mal (25). Sabía bien de la necesidad de investigar el inicio de nuevos estudios y la revisión sistemática en proceso de los datos ya existentes de estudios y reconoció esta necesidad en la disertación: "con seguridad es muy criticable para nuestra profesión que no hayamos organizado un resumen crítico, adaptado periódicamente por especialidad o subespecialidad, de todos los estudios aleatorios importantes con testigos" (26).

El grupo de trabajo de David Sackett, un internista ubicado en la Universidad McMaster de Ontario (Canadá), publicó en la revista JAMA, el artículo funcional de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), en el cual, declarándose herederos de la *Médecine d'observation* de Louis, propusieron un cambio de concepto o paradigma para la práctica de la medicina (27).

Así se puede definir la Medicina Basada en la Evidencia como: la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. "La Medicina Basada en la Evidencia pretende, en esencia, que todas las decisiones sobre diagnóstico, pronóstico y terapéutica estén basadas en evidencias numéricas sólidas procedentes de la mejor investigación clínico-epidemiológica posible". Al mismo tiempo nos previene contra las decisiones basadas sólo en la propia experiencia, o en la extrapolación de investigación básica (27).

Practicar Medicina Basada en la Evidencia consiste en localizar las mejores evidencias externas con las que responder a nuestras preguntas clínicas:

- Sobre pruebas diagnósticas: estudios transversales adecuados realizados en pacientes sospechosos de padecer el trastorno de interés (¡ no ensayos randomizados !)
- Sobre pronóstico: estudios de seguimiento establecidos en un punto precoz y uniforme del curso clínico de la enfermedad.
- En otras ocasiones, las evidencias que necesitamos procederán de ciencias básicas como la genética o la inmunología.
- Es al preguntarnos sobre el tratamiento, cuando debemos intentar evitar enfoques no experimentales, ya que de forma habitual éstos llevan a conclusiones falsamente positivas sobre la eficacia.
- Los ensayos randomizados (RCT) y las revisiones sistemáticas (systematic reviews) son el "patrón oro" para juzgar si un tratamiento induce más beneficio que daño.

La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia se desarrolla mediante los cuatro siguientes pasos.

1. Plantear una pregunta de forma que pueda ser contestada. Debe estar basada en las necesidades del paciente, ser concreta y tener una respuesta que pueda ser medible.

2. Buscar la mejor evidencia científica existente a través de las nuevas herramientas disponibles, tales como páginas web específicas en Internet, bases de datos de ensayos clínicos (por ejemplo, la base Cochrane) o síntesis de la evidencia editadas en formato electrónico (por ejemplo, Best Evidence).
3. Evaluación científica, y jerarquización, de la evidencia disponible; es decir, en términos de validez (aproximación a la verdad) y de utilidad (aplicabilidad clínica). Este es el punto más difícil, pues exige conocimientos sobre metodología de la investigación.
4. Integración de todo lo anterior con la propia experiencia para ofrecer al paciente las mejores alternativas.

Para un médico a veces no es fácil tener la mejor evidencia en un momento puntual sobre un tema en concreto debido a que:

- Las principales bases de datos bibliográficas representan menos de la mitad de la literatura mundial y están fuertemente sesgadas por la preferencia a publicar originales en inglés y su actualización no se realiza periódicamente.
- La evidencia no publicada tiene tanto peso como la publicada.
- A veces no es posible hallar la mejor evidencia actual ni siquiera con los más sofisticados sistemas de búsqueda on-line.
- Ningún profesional puede estar al día con toda la literatura que se produce en su campo.

The Cochrane Library es el resultado de la Colaboración Cochrane trabajando a nivel mundial para resolver este problema. Así The Cochrane Collaboration tiene la tarea de preparar, mantener y divulgar revisiones sistemáticas y actualizadas de ensayos clínicos controlados sobre la atención sanitaria, y cuando los de ensayos clínicos controlados no estén disponibles, revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes. Cada revisor (es decir, cualquier persona interesada en analizar críticamente la evidencia/existencia sobre cualquier tema) es miembro de un grupo Colaborador de Revisión (GCR, CRG en inglés), el cual está constituido por individuos que comparten un interés específico sobre un problema de salud determinado y coordinado por un equipo editorial. Este equipo editorial es responsable de ensamblar y editar un módulo con las revisiones preparadas para difundirlo entonces a través de la Base de Datos Cochrane de revisiones Sistemáticas publicada en La Biblioteca Cochrane (The

Cochrane Library). Así The Cochrane Library brinda de forma rápida y sencilla acceso a evidencias de alta calidad sobre los efectos- tanto beneficiosos como perjudiciales- de la atención sanitaria. Actualizada cada tres meses, incluye la Base de Datos Cochrane de revisiones Sistemáticas (The Cochrane Database of Systematic Reviews-CDSR) con más de 600 revisiones completas y los protocolos de las que están en curso; la Base de Datos de Resúmenes de revisiones de Efectividad (The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness-DARE); el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (The Cochrane Controlled Trials Register-CCTR) con más de 112.000 registros. Toda esta información da evaluaciones críticas y resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas, un Manual (The Cochrane Handbook), un glosario y otras referencias sobre la investigación de revisiones. También proporciona los detalles de contacto de los Grupos Colaboradores de Revisión y otras entidades de la Cochrane Colaboración (27,28).

Un ejemplo de medicina basada en pruebas es las indicaciones que realiza la "U.S.Preventive Services Task Force" cuyo sello de calidad de la metodología seguida es un esquema explícito basado en pruebas para determinar la eficacia de un servicio clínico preventivo individual. La Task Force utilizó una estructura (vía causal) para definir los criterios necesarios para establecer un beneficio del estudio y asesoramiento(29,30). La Task Force realiza búsqueda de artículos sobre un tema, y revisa estos para valorar la calidad del estudio y los categoriza según el diseño de las Tablas 5 y 6 (30,31). Esta jerarquía, que refleja el mayor potencial de tendencia en estudios observacionales comparados con los aleatorios con testigo, fue sólo un factor en la valoración de la solidez de las pruebas. La Task Force también consideró el número y la calidad de los estudios, la congruencia de los resultados y la capacidad de generalizar los hallazgos al contexto de la atención primaria. Se hicieron entonces recomendaciones graduadas, que reflejaban la calidad global de las pruebas de apoyo, desde recomendaciones graduadas, que reflejan datos "sólidos" para proveer el servicio sistemáticamente, hasta las recomendaciones de clase E, pruebas "sólidas" para evitar un servicio (29-31).

En la Cochrane Library sobre el tema del alta precoz postparto ("early postnatal discharge") no existe una recomendación clara sobre el riesgo-beneficio del alta precoz en relación al alta tradicional posparto; por ello existe un grupo de trabajo " The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group reviews ". Además podemos encontrar varias revisiones críticas ( Braveman 1995; Margiolis 1995; Grullon 1997; CETS 1997; Renfew 1999) y un

protocolo de actuación "Early postnatal discharge form hospital for healthy mothers and term infants" realizado por Brown, todo ello encaminado a resumir la pobre evidencia existente y a marcar directrices para la realización de trabajos adecuados que intenten resolver el problema (32).

Nuestro trabajo intenta confirmar la seguridad del alta hospitalaria precoz obstétrico-pediátrico posparto en comparación con el alta hospitalaria obstétrico-pediátrico posparto tradicional (que sigue las recomendaciones de la ACOG-AAP (17)) según los métodos actuales de investigación de la medicina basada en pruebas; es decir, intentar buscar la mejor evidencia mediante un estudio aleatorio con control y siguiendo las recomendaciones de los metaanálisis existentes sobre el tema.

**TABLA 5. Adaptado de Canadian Task Force on the periodic health examination (30,31).**

<b>CALIDAD DE LA PRUEBA.</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
• Obtenida de al menos un estudio adecuadamente distribuido al azar, con testigos.	I
• Obtenida de estudios bien diseñados con testigos sin distribución aleatoria.	II-1
• Obtenida de estudios de cohorte o analíticos de casos y testigos bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigadores.	II-2
• Obtenida de múltiples series temporales con o sin intervención. Los resultados espectaculares de experimentos sin testigos (como los de la introducción del tratamiento con penicilina en el decenio de 1940) también podrían considerarse de este tipo.	II-3
• Opiniones de autoridades respetadas con base en la experiencia clínica; estudios descriptivos e informes de casos o de comités de expertos.	III

**TABLA 6. Adaptado de Canadian Task Force on the periodic health examination.**

<b>FORTALEZA DE LA RECOMENDACIÓN.</b>
A. Hay buenas pruebas para apoyar la recomendación de considerar el trastorno especialmente en una exploración periódica de la salud.
B. Hay pocas pruebas para apoyar la recomendación de considerar el trastorno especialmente en una exploración periódica de la salud.
C. Hay pruebas insuficientes para apoyar la recomendar o prohibir la inclusión del trastorno en una exploración periódica de la salud, pero pueden hacerse recomendaciones en otros aspectos.
D. Hay pocos datos para apoyar la recomendación de excluir de consideración el trastorno en una exploración periódica de la salud.
E. Hay buenas pruebas para apoyar la recomendación de excluir de consideración el trastorno en una exploración periódica de la salud.

## **I.2.5 REVISIÓN CRÍTICA DEL MATERIAL PUBLICADO SOBRE EL ALTA PRECOZ.**

Al realizar una búsqueda bibliográfica en la literatura médica sobre el alta precoz posparto ("early postnatal discharge") se encuentran varias revisiones sobre el tema con una conclusión en común: la existencia de importantes errores metodológicos de los estudios, lo que desvaloriza las conclusiones de los mismos. Además, no existían evidencias que apoyaran o denegaran la utilidad de esta práctica, y que con los datos disponibles no se puede definir cual es la duración ideal de la estancia de estos niños y estas madres. En la Cochrane Library existen varias revisiones (Braveman 1995; Margolis 1995; Grullon 1997; CETS 1997; Renfew 1999) con la misma conclusión (34-37,46).

- Britton (33) en 1994 realiza una revisión de la bibliografía publicada acerca del alta precoz de madres y recién nacidos. Observando que la mayoría de los estudios disponibles fueron demasiado pequeños para tener valor estadístico, y que si bien “los riesgos del egreso temprano siguen preocupando a muchos médicos... no se ha establecido la superioridad de una hospitalización más prolongada para facilitar mejores resultados.”
- En otro estudio de revisión, Margolis (34) en 1995 analiza 13 estudios, con más de 15.000 casos de alta precoz, encontrando que es una práctica segura y carente de riesgo, pero concluyendo que no existen suficientes estudios para recomendar el alta precoz como la practica estandar en estos casos, y que el médico debe de asegurar la salud de estas puérperas y neonatos con una estancia adecuada en el hospital o mediante el establecimiento de visitas rutinarias en su domicilio.
- En 1995 Braveman (35) realiza un estudio crítico de la literatura existente sobre el alta precoz de las madres y de los recién nacidos, desde 1975 a 1994, en artículos referenciados en el Index Medicus de lengua inglesa, y concluye que la literatura revisada ofrece poca evidencia científica que nos ayude a planificar el alta de estas madres y estos niños, ya que los estudios disponibles hasta entonces tenían importantes errores metodológicos para que se sacaran conclusiones. Entre los más comunes son :
  - A. El que muchos fueron observacionales.

- B. No usaron grupos controles.
- C. En pocas ocasiones se realizan mediciones de los objetivos.
- D. La mayoría estudiaron pocos casos y no tienen suficiente poder estadístico.
- E. Se seleccionó cuidadosamente a familias de muy bajo riesgo socioeconómico y se incluyeron familias muy motivadas para el alta precoz.
- F. En muchos se realizaron cuidadosos controles posalta.

Por lo tanto, no existían evidencias que apoyaran o denegaran la utilidad de esta práctica, y que con los datos disponibles no se puede definir cual es la duración ideal de la estancia de estos niños y estas madres, ni si en caso de ofrecer un alta precoz es necesario un seguimiento clínico en sus domicilios, ni si este seguimiento debe de realizarse solamente en ciertos grupos socioeconómicos de riesgo, y nos remite a las recomendaciones de la ACOG y AAP (17,18). De todas formas subraya la necesidad de realizar estudios bien diseñados para evaluar el impacto de diferentes períodos de estancias hospitalarias en este grupo de pacientes, y sobre la necesidad de realizar seguimiento después del alta en madres y recién nacidos que aparentemente están sanos, y si este seguimiento debe de estar dirigido a grupos socioeconómicos deprimidos.

- Grullon-Grimes (37), en 1997, vuelve a revisar la literatura sobre el tema publicada hasta ese año, estudiando los 5 Ensayos Controlados y Randomizados (ECR) y los 10 estudios de cohortes existentes, y llega a dar una recomendación tipo B (hay pocas pruebas para apoyar la recomendación) para la inexistencia de incremento de complicaciones maternas y neonatales en casos de alta precoz posparto vaginal eutócico en población seleccionada y con preparación prenatal. En los aspectos de ansiedad, depresión, satisfacción materna refiere una recomendación tipo C. Concuerda con la opinión de Braveman (35) sobre la existencia, de importantes errores metodológicos de los estudios, lo que desvaloriza las conclusiones de los mismos, ya que todos ellos concluyen con la seguridad del alta precoz, y anima a realizar ensayos controlados y randomizados bien diseñados y con suficiente poder estadístico, donde se estudien cuatro parámetros:

1. La existencia de complicaciones en la madre o el hijo que requieran rehospitalización o consulta médica.
2. La existencia de problemas maternos, referidos a fatiga, ansiedad, autoconfianza después del parto, etc.

3. Encuesta de satisfacción en la madre y la familia.
4. Estudio sobre la disminución de los costos.

En esta situación poco clara, varios autores describen efectos negativos para el recién nacido y la madre en los programas de alta precoz como :

- Aumento de los problemas de la lactancia materna.
- Disminución de la confianza de las madres en los profesionales médicos.
- Incremento de los problemas de depresión-ansiedad posparto (33,35).
- Incremento en la readmisión puerperal materna (33,35).
- Incremento en la readmisión neonatal (35,38,39) y casos más graves de hiperbilirubinemia(40-43).

Sin embargo otros autores refieren que dicha práctica es un ejercicio de medicina basada en la familia que conlleva a menores riesgos potenciales de efectos adversos (8,9,33,44):

- Posibilidad de implicación de la familia en el cuidado del R N.
- Mayor descanso-recuperación materna en su ambiente.
- Refuerzo en los lazos afectivos maternos-R N.
- Disminución de las infecciones nosocomiales en el R N y madre.
- Mejora en la instauración y persistencia de la lactancia materna.

Ante estos resultados y la inexistencia de una recomendación clara sobre la práctica del alta precoz dentro de Cochrane Pregnancy and Childbirth Group reviews existe un grupo dedicado a resolver las dudas sobre el beneficio del alta precoz y definir la estancia hospitalaria posparto adecuada. Así existe dentro de la Cochrane Library un protocolo sobre el "Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants" realizado por Brown (45) donde refiere (siguiendo las recomendaciones de CETS Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec) (46) que ante de aplicar ninguna medida o indicación sobre el alta precoz se deben de realizar estudios radomizados con grupo control. Indica una división en subgrupos de estudios según:

- La paridad (primigesta/múltipara).
- La vía del parto (vaginal eutócico/ vaginal operativo/ cesárea electiva/ cesárea urgente).

- El tiempo de estancia ( < de 24 horas/ < de 48 horas/ < 72 horas).
- Y si fuera posible se debería valorar los subgrupos según preparación prenatal (si/no) y visita domiciliaria (si/no).

Donde se debe valorar:

- A. La existencia de complicaciones en la madre o el hijo que requieran rehospitalización o consulta médica.
- B. La existencia de problemas maternos, referidos a fatiga, ansiedad, autoconfianza después del parto, etc.
- C. Estudio de los problemas de la lactancia materna.
- D. Estudio de la satisfacción en la madre y la familia.
- E. Valoración de los costos.

Brown refiere que los estudios deben ser randomizados, prospectivos y con grupo control de madres y de recién nacidos. El tipo de participantes deben de ser madres con R N sanos de más de 2.500 gramos a término (37-42 semanas) y comprobado su normoevolución previa al alta. En cuanto a los parámetros a medir los divide en:

**Resultados primarios del R N:**

- Proporción de R.N readmitidos (incluye hiperbilirrubinemia, deshidratación, infección) valorada a la semana y hasta los 28 primeros días.

**Resultados secundarios del R N:**

- Tiempo de estancia en las readmisiones en casos de R N reingresado en los primeros 28 días.
- Duración total de la rehospitalización en los primeros 28 días.
- Proporción de casos de R N que requieren consulta por urgencias en los primeros 28 días.
- Proporción de R N que requieren consulta a Sistemas de Salud en los primeros 28 días.

**Resultados primarios en la madre:**

- Proporción de readmisiones de las madres (incluye hemorragia puerperal, retención de restos gestacionales, infección, problemas psiquiátricos puerperales) en las primeras 6 semanas.
- Proporción de casos con cifras altas en los scores de depresión a las 6-8 semanas, 3 y 6 meses.
- Proporción de casos de alimentación con lactancia materna (exclusivo o mixta) a las 6, 12 semanas y 6 meses.

**Resultados secundarios en las madres:**

- Duración total de la rehospitalización en las 6 primeras semanas.
- Proporción de casos que requieren consulta por urgencias en las primeras 6 semanas.
- Número de casos que requieren consulta a Sistemas de Salud en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con quejas por fatiga en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con problemas físicos (problemas perineales...) en las 6 primeras semanas.
- Proporción de mujeres que refieren que les faltaba seguridad de cómo cuidar a sus bebés en el 1 y 6 mes.
- Proporción de mujeres que cuentan problemas de alimentación con lactancia materna a las 4 semanas.
- Proporción de mujeres que expresan quejas con la estancia hospitalaria.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como corta.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como larga.
- Proporción de mujeres que expresan su disconfort o malestar al mes y 6 mes.

**Resultados paternos:**

- Proporción de padres que presentaban carencias en el cuidado del R N en los primeros 6 meses.
- Proporción de padres que presentaban un alto nivel de implicación en el cuidado del R N en los primeros 6 meses.

**Resultados económicos:**

- Costo del ingreso desde el parto hasta el alta.
- Costo de los cuidados posnatales requeridos en las 6 primeras semanas. (consultas de salud o sobre lactancia, programas de visitas a domicilio, readmisión en hospitales...).
- Costo que supone el mantenimiento de los programas de alta precoz en las 6 primeras semanas.

## **I.2.6 RECOMENDACIONES PARA LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ.**

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la American Academy of Pediatrics (AAP) hacen recomendaciones para el alta precoz (Tabla 7 y 8) (47,48).

En Canadá, las asociaciones de Pediatras y Obstetras, han publicado una guía de práctica clínica, la "Facilitating discharge home following a normal term birth. Paediatric & Child Health" (49) (Tabla 9 y 10), en la que señalan que el alta de estas madres y de los R.N antes de las 48 horas posparto con un programa de seguimiento en sus domicilios es una práctica segura y efectiva, que puede ofrecer efectos psicológicos beneficiosos a las familias. En este trabajo se vuelve a subrayar la importancia de individualizar los casos, y en la necesidad de preparar a las mujeres durante el embarazo, ya que señala que las mujeres dadas de alta posparto de forma involuntaria tienen un mayor grado de insatisfacción con estas medidas y plantean mayor número de problemas. Revisan los estudios realizados hasta esa fecha y concluyen en la necesidad de nuevos estudios para validar esta práctica.

En general se establece que para que una madre y su hijo puedan ser incluidos en un programa de alta entre 24-48 horas después del parto deben de cumplir con los siguientes criterios:

**A. Parto vaginal normal.** Se deben cumplir los siguientes criterios:

- Parto vaginal sin complicaciones ante, intra ni posparto.
- Se conoce grupos sanguíneos de la madre y R N, y test de Coombs.
- Ha recibido gammaglobulina Rh si es preciso.
- Adecuado control intestinal y urinario.
- Control adecuado del dolor.
- Periné en buen estado.

**B. Recién nacido normal con buena adaptación a la vida extrauterina.** El niño debe ser explorado por un pediatra, y la madre debe demostrar tener una habilidad adecuada para el manejo del niño.

- R N a término, de peso adecuado.
- Adaptación cardio-respiratoria extrauterina normal.
- Adecuada termorregulación en cuna.
- Adecuada succión y alimentación por boca.
- Exploración normal.
- Ha efectuado micción y eliminación de meconio.
- Vacunado de hepatitis B.

**C. Preparación de la madre y de la familia para el alta precoz, incluiría:**

- Evaluar si la paciente-familia, le interesa el programa.
- Valorar la adecuación del programa a la familia:
  - Capacidad para cuidar al R N.
  - Ayuda de que dispone en el hogar.
  - Valoración de riesgo familiar, ambiental y social, incluso abuso de consumo de drogas, antecedentes de abuso o abandono de niños, falta de un hogar fijo, madre adolescente, falta de apoyos sociales, violencia doméstica.

**D. Control en su domicilio o en la consulta por una enfermera después del alta, y en el 5°-7° día de vida, con evaluación de (50):**

- Estado físico y emocional de la madre.
- Estado general del R N.
- La adecuada alimentación del niño y su grado de hidratación.
- Grado de ictericia del neonato y problemas de reciente aparición.
- Valorar la integración del R N en el ambiente doméstico.
- Adecuada toma de muestras para EIM del neonato.
- Revisar conocimientos sobre futuros cuidados del R N, inmunizaciones, revisiones periódicas de salud, etc.

**TABLA 7. Criterios mínimos para el alta precoz** (American College of Obstetricians and Gynecologists-American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; Hospital stay for healthy term newborns) (47).

### CRITERIOS MÍNIMOS PARA EL ALTA PRECOZ.

- Evolución no complicada, anteparto, intraparto, posparto, de la madre y el R N.
  - Parto vaginal, único, a término (38 a 42 semanas), apropiado para la edad gestacional.
  - Signos vitales normales y estables durante 12 horas.
  - Ha orinado y defecado.
  - Al menos dos alimentaciones con buenos resultados.
  - Examen físico sin anomalías que requieran hospitalización continua.
  - Sin hemorragia en el sitio de la circuncisión durante  $\geq 2$  horas.
  - Sin datos de ictericia durante las primeras 24 horas.
  - Habilidad y confianza de la madre.
    - ▣ Alimentación (al seno materno o biberón).
    - ▣ Cuidado del cordón umbilical, la piel y los genitales del lactante.
    - ▣ Capaz de reconocer síntomas y signos de enfermedad y problemas frecuentes de lactantes, en especial ictericia.
    - ▣ Seguridad del lactante (colocación y uso de asiento de seguridad para automóvil).
  - Valoración de riesgo familiar, ambiental y social, incluso abuso del consumo de drogas, antecedente de abuso o abandono de niños, falta de un hogar fijo, madre adolescente, falta de apoyos sociales, violencia doméstica.
  - Personas de apoyo (familia y cuidado de la salud) disponibles después del egreso; familiarizado con la lactancia: capaz de reconocer ictericia y deshidratación.
  - Datos de laboratorio disponible y revisados, que incluyen:
    - ▣ Sífilis y hepatitis B maternas.
    - ▣ Tipo de sangre de la madre y R N; prueba de Coombs si está indicada.
  - Investigación de trastornos metabólicos según los reglamentos estatales.
  - Vacuna inicial contra la hepatitis B administrada o disposiciones para que se aplique en el transcurso de una semana.
  - Fuente (dirigida por el médico) de seguimiento identificada, y cita hecha para 48 horas después del egreso (si tiene  $< 48$  horas de edad)
- Examinador competente en la valoración de R N; informa al médico el día del examen.
- Si hay factores de riesgo sociales y ambientales, se retrasa la salida hasta que se establece un plan para salvaguardar al lactante.

**TABLA 8. Propósito de la visita temprana de seguimiento** (American College of Obstetricians and Gynecologists-American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; Hospital stay for healthy term newborns) (48).

**PROPÓSITO DE LA VISITA TEMPRANA DE SEGUIMIENTO**

- Valorar la salud general, la hidratación y el grado de ictericia del lactante
- Revisar los antecedentes de alimentación y de eliminación de excretas (lo adecuado de la investigación, la micción y la defecación).
- Examen físico para buscar cualquier problema de salud no manifiestos en el hospital.
- Valorar la calidad de la interacción entre madre y lactante.
- Reforzar la instrucción, en especial respecto a alimentación y lactancia.
- Revisar cualquier resultado de laboratorio sobresaliente en el momento del egreso.
- Efectuar pruebas de investigación según los reglamentos estatales, y cualesquiera otras pruebas indicadas en clínica.
- Identificar el plan para la conservación activa del cuidado de la salud.

**TABLA 9. Recomendaciones de la Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada.** Facilitating discharge home following a normal term birth. Paediatric & Child Health" (49).

**RECOMENDACIONES DE LA SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS OF CANADA.**

- El cuidado de madres y bebés deberían personalizarse y centrarse en la familia.
  - En muchos casos, una estancia de 12 a 48 horas es adecuada siempre que la madre y el bebé estén bien; la madre pueda cuidar de su bebé, y exista un apropiado seguimiento en el hogar por parte de personal cualificado. En ausencia de estos requisitos, las madres deberían permanecer en el hospital con su bebé un mínimo de 48 horas después de un nacimiento por parto vaginal normal.
  - Las mujeres con partos complicados, incluyendo cesárea, pueden requerir una estancia más larga en el hospital.
  - El médico al cargo es el que puede dar la indicación de un alta temprana.
- En caso de alta posparto anterior a las 48 horas, las normas a seguir se indican en el **anexo 1**. Cada hospital puede identificar criterios más específicos según las necesidades de sus poblaciones y regiones.
- En caso de alta posparto anterior a las 48 horas, debe existir un programa de visitas para asegurarse la evaluación apropiada de la madre y el bebé por un profesional cualificado con experiencia en el cuidado materno-infantil. La evaluación personal en el hogar se debe dar a todas las madres y bebés. Esta visita debería enfocarse en los aspectos que requieran una intervención rápida (p.ej. problemas alimenticios, ictericia, señales de infección) . Los programas deben asegurar la evaluación, incluyendo los fines de semanas, de:
  - Evaluación de la alimentación e hidratación del bebé, con el apoyo de la madre en la alimentación de su hijo.
  - Evaluación de la ictericia y otras anomalías que puedan requerir investigación adicional y/o la evaluación por el médico:
    - Pruebas complementarias y/o otras investigaciones requeridas.
    - Evaluación de las condiciones maternas físicas y emocionales en cuanto a procesos involutivos puerperales.
    - Evaluación y apoyo de la integración del bebé al ambiente doméstico.
    - Confirmar y asegurar el conocimiento del cuidado y mantenimiento de salud, incluyendo inmunizaciones de rutina infantiles, identificación de enfermedades y revisiones de salud.
- La preparación para el alta precoz debería considerarse parte normal de la educación prenatal dada a las madres (y familias), incluyendo la información sobre apoyos domésticos, alimentación infantil y detección de problemas neonatales como la deshidratación, ictericia, y sepsis. Estos puntos deberían reforzarse durante la estancia hospitalaria.
- Los hospitales deberían trabajar con agencias comunitarias de salud para asegurar la revisión de la madre y el bebé, y la utilización de estos servicios por la madre y el bebé.
- Facilitar la readmisión al hospital en caso necesario por la madre o el bebé.

**TABLA 10. Anexo 1. Criterios para el alta hospitalaria en menos de 48 horas después del nacimiento.** Facilitating discharge home following a normal term birth. paediatric & child health" (49).

<b>REQUISITOS MATERNOS:</b>	<b>REQUISITOS DEL R.N:</b>
<b>Para asegurar que las madres son dadas de alta sin riesgo se deben cumplir los siguientes criterios:</b>	<b>Para asegurar que los R.N son dados de alta sin riesgo se deben cumplir los siguiente criterios:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto vaginal.</li> <li>• Cuidado del periné adecuado.</li> <li>• Ninguna complicación intraparto o posparto que requiera observación o tratamiento médico (p.ej. una hemorragia importante, fiebre).</li> <li>• Facilidad para moverse y control adecuado del dolor.</li> <li>• Función intestinal y vesical adecuadas.</li> <li>• Capacidad demostrada de alimentar al bebé de forma adecuada.</li> <li>• Conocimiento de grupo Rh y administrada vacunas o gammaglobulinas necesarias.</li> <li>• Consejo respecto a la anticoncepción.</li> <li>• Aceptación del alta precoz por parte materna.</li> <li>• Conocer las posibles complicaciones maternas y acceso de notificación al médico en caso de aparecer.</li> <li>• Familia colaboradora y que acepte el alta precoz.</li> <li>• Si el ambiente doméstico (seguridad, refugio, apoyo comunitario) no es el adecuado, se deben haber tomado las medidas adecuadas para proveer de ayuda (p.ej. servicios sociales).</li> <li>• Acceso fácil por parte de la madre a los recursos de apoyo de la comunidad y el hospital.</li> <li>• Haberse asegurado del control de la madre y R N en las 48 horas posteriores al alta hospitalaria.</li> <li>• El médico responsable del alta haberse asegurado del control de la madre y R N a la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación a término (37-42 semanas) con un peso acorde a la edad gestacional.</li> <li>• Normal adaptación cardiorespiratoria a la vida extrauterina.</li> <li>• Ninguna evidencia de sepsis ni de ictericia imponente.</li> <li>• Temperatura adecuada (axila entre 36.1 y 37 C°).</li> <li>• El examen físico del R N por el médico y la revisión dentro de las 12 horas anteriores al alta, que no indiquen ninguna necesidad de observación adicional y/o terapia en el hospital.</li> <li>• Haber orinado y al menos 1 vez expulsado meconio.</li> <li>• Ningún sangrado por lo menos en 2 horas después de la circuncisión, si este procedimiento se ha realizado.</li> <li>• Haber recibido las vacunas y medicaciones necesarias (p.ej. vacuna de la hepatitis B).</li> <li>• Screening metabólico completo y con resultado satisfactorio.</li> <li>• La madre ser capaz de proveer al R N de los cuidados de rutina (p.ej. del cordón) y reconocer bien las señales de enfermedad y otros problemas.</li> </ul>

## I.3 PROBLEMAS MATERNOS DESPUÉS DEL ALTA PRÉCOZ.

### I.3.1 MORBILIDAD MATERNA EN EL PUERPERIO.

Hay pocos trabajos sobre la morbilidad puerperal. Destacamos el de Glazemer (51) que valora 1.249 mujeres después del alta; en los 18 meses siguientes al parto. Aunque sólo el 3% de estas mujeres necesitaron ser reingresadas en el hospital en las 8 semanas siguientes al parto, el 87% tuvo problemas de salud menores dentro de las primeras 8 semanas posparto y el 76% continuaron con una diversidad de problemas hasta los 18 meses (Tabla 11). Concluye este autor que la morbilidad materna posterior al parto es extensa y hasta ahora poco reconocida.

**TABLA 11. Morbilidad (%) comunicada por la mujer puérpera después del alta hospitalaria.** Postnatal maternal morbidity: Extent,causes,prevencion and treatment.Glazemer (50).

<b>MORBILIDAD MATERNA.</b>	<b>A las 8 semanas posparto.</b>	<b>2 a 18 meses posparto.</b>
Cansancio	59	54
Problema en mamas	36	20
Anemia	25	7
Dolor de espalda	24	20
Hemorroides	23	15
Cefalea	22	15
Llanto/depresión	21	17
Constipación	20	7
Abertura de puntos	16	
Flujo vaginal	15	1-8
Otros	2-7	1-8

Dentro de las patologías más frecuentes en el puerperio, y por lo tanto sugestibles de ser valoradas y seguidas, destacan:

#### 1. Infecciones puerperales.

Proceso séptico originado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, que se manifiesta en el puerperio. Es necesario que la puérpera presente una temperatura igual o superior a 38°C al menos durante dos días y entre los días 2º al 10º tras el parto (19). Las infecciones pélvicas son las complicaciones graves más comunes del puerperio y, junto con

la preeclampsia y la hemorragia obstétrica, durante muchos años conformaban la triada letal de causas de muerte materna (52). Actualmente la muerte materna por infección es rara. Entre un 4-6% de las muertes maternas son debidas a infecciones (52,53). Atrash refiere un 0.6 de muertes maternas por infección cada 10.000 nacimientos vivos (54). La endometritis es rara, con una frecuencia de 1.3-2.6% tras parto vaginal (54); aumentando la frecuencia a un 6% en casos de ruptura de membranas, partos prolongados, múltiples exámenes cervicales y monitoreo fetal interno (54) y se incrementa a un 13% en presencia de infección intraamniótica (55) ó cesárea (54). En el diagnóstico diferencial de dicha infección se encuentran las infecciones de origen respiratorio, urinario, tumefacción mamaria, tromboflebitis, etc.

Los agentes etiológicos más frecuentes aislados son el Streptococcus grupo B, Streptococcus anaerobios, Escherichia coli y diversas especies de Bacteriodes (19). Asombrosamente, las infecciones de las heridas perineales, incluso las episiotomías y los desgarros reparados, son relativamente raras, con una frecuencia del 0.35-0.5%, si se considera el grado de contaminación bacteriana que acompaña el parto normal (54).

## **2. Patología puerperal de la mama.**

- **Mastitis.**

Es la infección del parénquima glandular (galactoforitis, absceso mamario), el tejido celular (absceso pre y retromamario) o los vasos linfáticos (linfangitis) de la mama, que sobreviene en el puerperio como consecuencia de una contaminación bacteriana (en casi todos los casos se debe al estafilococo, aunque también pueden ocasionarla el Streptococo y el Colibacilo). Representa el 90% de la patología mamaria puerperal con una incidencia entre el 0.5-2% (56).

- **Otras patologías mamarias puerperales menos frecuente o menos importantes son:**

La ingurgitación mamaria, las grietas, galactocele y galactorrea.

## **3. Patología vascular del puerperio.**

Se encuentra su etiología durante el puerperio en la hipercoagulabilidad sanguínea presente, la patología de la pared vascular (varicosidad, partos prolongados, cesáreas, infecciones pélvicas) y la inmovilidad. La frecuencia actualmente es menor de un 0.5% (57).

Se puede presentar como una flebitis superficial, trombosis venosa profunda o enfermedad tromboembólica.

#### 4. **Hemorragias puerperales.**

Se entiende por hemorragia puerperal las pérdidas sanguíneas de cierta intensidad que aparecen por la vulva después de las 24 horas de terminado el alumbramiento y antes de la 6 semana del puerperio. Se dividen en precoces (1 semana) y tardías (2-6 semanas) (57). Son más frecuentes las precoces con una frecuencia del 0.7% (58).

Entre sus causas principales destacan la retención de restos, la infección puerperal, la subinvolución, lesiones del canal del parto.

#### 5. **Patología traumática puerperal.**

Incluye las ciatalgias, diástasis de pubis...

#### 6. **Patología psiquiátrica.**

Incluye los trastornos afectivos, los trastornos psicóticos e ingreso en unidad especializada.

**Los estudios de alta precoz** señalan que hubo problemas posparto no urgente que necesitaron consulta con el médico en 0 a 43% de las madres que se dieron de alta precoz. El reingreso en el hospital como resultado de una complicación grave fue muy raro, y se informó en menos de 2% de todas las madres. Los problemas maternos graves que requirieron reingreso solieron ser de naturaleza infecciosa, como endometriosis, mastitis, infecciones de la herida de episiotomía o ITUs (Tabla 12) (33-38).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los programas de alta precoz se efectuaron en población de bajo riesgo (principalmente en mujeres de raza blanca, clase media), que se investigaron con cuidado y que recibieron asistencia y vigilancia mediante visitas domiciliarias (34,35,37,44,60,61).

Braveman (35) en su metaanálisis concluyen que el alta precoz con visita domiciliaria, sin estar demostrado, en casos seleccionados de bajo riesgo de patología materno-neonatal y en familias preparadas puede ser seguro para la madre y el recién nacido. Grullon (37) en su metaanálisis llega a dar una recomendación tipo B (hay pocas pruebas para apoyar la recomendación) para la inexistencia de un incremento de complicaciones maternas y neonatales en casos de alta precoz posparto vaginal eutócico en población seleccionada y con preparación prenatal.

**TABLA 12. Resultados de pruebas con testigos-al azar y estudios de cohortes sobre el alta precoz.** The safety of early postpartum discharge: A review and critique. Grullon y Grimes (36)

**Resultado de "randomized controlled trials".**

Autor (Población)	Resultados informados	Alta precoz (%)	Alta tradicional (%)	Riesgo relativo	95% CI	Comentarios.
Carty-Bradley (University Hospital, n=131)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas maternos</li> <li>Reingreso materno</li> <li>Problemas neonatales</li> </ul>	5.4 1.1 4.3	7.9 2.6 5.2	0.7 0.4 0.8	0.2-2.7 0.0-6.4 0.2-4.3	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron de dos a cuatro visitas adicionales en el hogar.
Yanover (HMO, n=88)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reingreso materno</li> <li>Reingreso neonatal</li> </ul>	0.0 4.5	0.0 0.0	N/A N/A		Las pacientes dadas de alta precoz recibieron cuatro visitas adicionales en el hogar.
Waldrenstrom (Swedish Univ Hospital, n=104).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reingreso materno</li> <li>Reingreso neonatal</li> </ul>	0.0 2.0	1.9 1.9	N/A 1.1	0.1-16	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron de tres a cuatro visitas adicionales en el hogar.
Gagnon. (Medicaid n=175).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperbilirrubinemia neonatal</li> </ul>	2.5	5.0	0.5	0.1-2.5	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron de dos visitas adicionales en el hogar y una llamada telefónica
Brooten (University Hospital, n=122)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultas maternas agudas</li> <li>Reingreso materno</li> <li>Consultas infantiles agudas</li> <li>Reingreso neonatal</li> </ul>	9.8 0.0 41.0 3.2	21.3 4.9 51.0 9.8	0.5 0.0 0.8 0.3	0.2-1.1 N/A 0.6-1.2 0.1-1.6	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron de dos a cuatro visitas adicionales en el hogar y 10 llamadas telefónicas.

CI=intervalos de confianza;N/A=no aplicable.

**TABLA 12 CONTINUACIÓN.**

**Estudios de cohortes.**

<b>Autor (Población)</b>	<b>Resultados informados</b>	<b>Alta precoz (%)</b>	<b>Alta tradicional (%)</b>	<b>Riesgo relativo</b>	<b>95% CI</b>	<b>Comentarios.</b>
Lemmer (clase media, n=42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas maternos</li> <li>• Problemas neonatales</li> </ul>	14.0 43.0	19.0 19.0	0.8 2.3	0.2-3.0 0.8-6.2	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron una visita adicional en el hogar.
James (clase media, n=296)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas maternos</li> <li>• Problemas neonatales</li> <li>• Reingreso materno</li> <li>• Reingreso neonatal</li> </ul>	10.0 21.0 0.7 0.7	15.0 19.0 0.0 0.0	0.7 1.1 N/A N/A	0.4-1.3 0.7-1.8	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron tres visitas adicionales en el hogar.
Norr (n=333).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas maternos</li> <li>• Problemas neonatales</li> </ul>	43.0 41.0	42.0 50.0	1 0.8	0.8-1.4 0.6-1.1	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron una visita adicional en el hogar.
Conrad (indigentes, n=1997).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Readmision neonatal</li> </ul>	2.3	0.9	2.6	1.1-6.7	Las pacientes dadas de alta precoz recibieron una visita adicionales en el hogar .
Pittard-Geddes (indigentes, n=2336)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reingreso neonatal</li> </ul>	3.0	2.7	1.1	0.7-1.9	
Fox-Kanarek (n= 64.764)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reingreso neonatal</li> </ul>	2.8	2.7	1.0	0.9-1.2	
Strong (practica privada, n=210)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones postquirúrgica maternas</li> <li>• Readmisión materna</li> </ul>	6.0 0.0	6.5 1.1	0.9 N/A	0.3-2.7	

CI=intervalos de confianza;N/A=no aplicable.

### **I.3.2 ANSIEDAD-DEPRESIÓN-PSICOSIS PUERPERAL.**

El parto se considera como un acontecimiento vital, importante en cualquier escala de acontecimientos vitales (62-64). Según Leiffer (65), incluso mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad, con un matrimonio satisfactorio y que disfrutaban cuidando a sus hijos, experimentan un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados con la maternidad. Para mantener una adaptación materna óptima es necesario que el puerperio transcurra satisfactoriamente, dentro de un contexto de relaciones interpersonales más amplio que la díada madre-hijo, y también debe acompañarse de un estado emocional placentero. La atención, tanto por parte de los servicios médicos como de los sociales, a la nueva función social de madre y la asistencia en el desarrollo de las aptitudes de éste pueden proteger contra la depresión en el posparto (66). Por lo expuesto, las mujeres que han sido madres pasan por una etapa difícil, que la mayoría superan, aunque parece evidente que experimentan una amplia gama de reacciones psíquicas. Muchos autores aseguran que el período posterior al parto es de alto riesgo con respecto a trastornos afectivos (67,68), a trastornos psicóticos y a ingresos en unidades psiquiátricas (67). El incremento de trastornos psiquiátricos durante esta época probablemente se debe a diversos factores (69):

- Genéticos.
- Bioquímicos, que pueden desempeñar un papel más importante en las psicosis puerperales y estados de tristeza posparto.
- Psicosociales, donde destacamos:
  1. Defervescencia emocional que sigue a la excitación y los miedos que la mayoría de las mujeres experimentan durante el embarazo y el parto.
  2. Los malestares del puerperio temprano.
  3. La fatiga originada por la pérdida de sueño durante el trabajo de parto y el posparto en la mayoría de los ambientes hospitalarios.
  4. La ansiedad sobre sus posibilidades de atender a su R N después de dejar el hospital.
  5. Los miedos que tiene la madre de volverse menos atractiva.

Entre los **trastornos que se manifiestan durante el puerperio** se destacan:

#### **A. Blue post partum.**

Descrito por primera vez por Pitt (70) como "síndrome transitorio que incluye ansiedad y confusión leve, así como depresión y tristeza" y denominándolo como *blue post partum*. La incidencia de este trastorno oscila entre un 40 y 50% (67,71). Suele comenzar durante el segundo o tercer día del puerperio, su duración no sobrepasa nunca los primeros quince días posteriores al parto y en muchos casos se resuelve de forma espontánea durante la primera semana.

El síntoma primordial es la tristeza, que aparece prácticamente en todas las mujeres diagnosticadas. El segundo síntoma en importancia es el llanto y, en mayor o menor medida, aparecen: anergia, irritabilidad, anorexia, dificultad para concentrarse, insomnio, despertar precoz, aislamiento, tensión, ansiedad, cefalea y cavilaciones. El término labilidad afectiva designa el estado emocional cambiante que muestran muchas de estas mujeres. A menudo las pacientes se sorprenden por la aparición de súbitos deseos de llorar que duran varias horas, desaparecen y reaparecen el día siguiente (69).

Respecto a los factores etiológicos implicados en la aparición del *blue*, la mayoría de los autores (72-74) consideran que los cambios hormonales que se producen en la mujer durante el posparto se relacionan con la aparición del *blue*; así pues, se han relacionado estudios que pretenden asociarlo con los niveles de progesterona, FSH, estrógenos, prolactina, cortisol, hormonas tiroideas y AMP cíclico; sin embargo, los resultados no son determinantes (75). Hasta la actualidad no se han podido determinar ningún factor que, de manera exclusiva, se relacione con la aparición de un *blue* posparto. Se ha descrito una asociación entre el *blue* y aspectos psicológicos del embarazo (76) y también con un estilo de crianza que se considera sobreprotector (77). Aguilar (71) estudió la posible relación con factores psicosociales, encontrando únicamente significación estadística entre el *blue* y la relación de pareja, percibida por la mujer durante el embarazo, como carente de compresión, y una significación casi estadística con una crianza percibida como restrictiva de libertad.

Aunque en la mayoría de los casos se trata de un trastorno leve y autolimitado, en algunas ocasiones el *blue* puede suponer el inicio de un trastorno depresivo más grave, particularmente en mujeres con antecedentes personales de trastornos afectivos (78-80). Aguilar (71) observa que las mujeres que padecen un *blue* presentan durante los seis meses siguientes una incidencia significativamente elevada de depresión posnatal, siendo el llanto y la dificultad de concentración los síntomas con mayor poder predictivo; resultados semejantes se han descrito por otros autores (81), concluyendo que pueden existir dos tipos de *blue*, los leves, de duración limitada, y los que representan el inicio de un trastorno depresivo.

### **B. Depresión posparto.**

La depresión puerperal, posparto o posnatal es un trastorno comparable a otro episodio depresivo. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) aparece la primera definición de "trastorno depresivo de inicio en el posparto", según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor de inicio en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo.

Las tasas de prevalencia oscilan entre el 5,12% (82) y el 27,5% (83) y las de incidencia entre el 8,2% (84) y el 27% (67). Estas diferencias pueden deberse a la utilización de métodos diversos para el diagnóstico, así como períodos de tiempo distintos. Según la mayoría de los autores, la incidencia de la depresión posnatal en los tres meses posteriores al parto es de aproximadamente el 10%, la cual es similar a la depresión en mujeres en cualquier otra etapa de su vida en un período de tres meses (85-87). No obstante, algunos autores (78,88,89), comparando muestras de mujeres puérperas y no puérperas en períodos similares de tiempo, afirman que los meses posteriores al parto constituyen un período de riesgo para la depresión, sobre todo el primer mes, en el que el riesgo de padecer depresión es el doble que en cualquier otro período de la vida (87,90).

Pitt (70) fue el primero en describir la depresión posparto como una depresión atípica, pues afirma que, además de la sintomatología depresiva, predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad y fobias y los síntomas vegetativos suelen ser atípicos (hipersomnia y aumento del apetito). Para algunos autores, este trastorno tiene unas características peculiares, como mayores sentimientos de culpa, incapacidad para realizar las tareas (sobre

todo las maternales), pensamientos autodestructivos y/o rechazo del R N (87). En estudios comparativos entre grupos de mujeres deprimidas puérperas y no puérperas, algunos investigadores encuentran en las primeras, de manera estadísticamente significativa, mayor número de síntomas somáticos (trastornos de la alimentación, trastorno del sueño, retardo psicomotor y fatiga). Sin embargo, estos síntomas más podrían deberse al estrés físico del parto, a los cambios hormonales y al inicio de la lactancia, es decir, que algunas secuelas comunes del parto, como la alteración del apetito, los trastornos del sueño y la pérdida del deseo sexual podrían confundirse con síntomas vegetativos de la depresión.

Este trastorno suele comenzar en las primeras dos semanas después del parto (82). Según el DSM-IV, el inicio de la sintomatología debe situarse en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. No es habitual, ni se considera posnatal, un comienzo posterior a los seis meses (92), aunque algunos autores (88,91) aseguran que puede aparecer desde la primera semana hasta el noveno mes después del parto.

La duración de la depresión posparto parece ser mayor que la de la depresión en otros momentos de la vida (66,87,88). Pitt (70) señala que un 43% de las mujeres que se deprimen en el posparto experimentan poca o ninguna mejoría al cabo de un año. La duración media de la depresión es de 26,3 semanas (69). Por otra parte, el haber presentado una depresión posparto predispone a padecer este tipo de depresión en partos posteriores (84,93,94), incluso el riesgo puede llegar a ser del 50% al 62% (80,95). La mayoría de autores concluyen que el nacimiento y la crianza de un hijo es, en algunas mujeres, el inicio de dificultades emocionales prolongadas y de episodios recurrentes de trastornos depresivos (96). La depresión posparto suele ser de gravedad moderada, no psicótica y la mayoría de los casos reciben tratamiento ambulatorio o no son tratados.

Los estudios epidemiológicos han analizado la relación entre determinados factores de riesgo y la depresión posparto. Se pueden dividir estos factores en dos grupos: variables sociodemográficas, por una parte, y antecedentes de trastornos psíquicos, tanto familiares como personales, por otra. Parece ser que el mayor riesgo se presenta en las mujeres con antecedentes personales de trastornos afectivos, relacionados o no con el embarazo o el parto. Sin embargo, es más difícil predecir qué mujeres de la población general presentan riesgo de padecer una depresión posparto.

Los datos existentes en la bibliografía médica acerca de la etiología de la depresión posparto son inconsistentes en su mayor parte, ya que algunos factores se consideran en unos trabajos como relevantes, mientras que en otros aparecen como irrelevantes. Sin embargo no parecen estar relacionados con la etiología de este trastorno los factores sociodemográficos, los factores obstétricos, la paridad, ni los factores biológicos, exceptuando algunos casos en los que se encuentran alteradas las hormonas tiroideas.

Los factores que se relacionan de manera más consistente con esta depresión son los antecedentes personales, sobre todo los de tipo afectivo, los factores psicológicos, como la personalidad, y los factores psicosociales, que se pueden dividir en dos categorías: los que reflejan la calidad de las relaciones interpersonales y de pareja y el apoyo proporcionado por éstos en los momentos de crisis, y los que reflejan las adversidades, o acontecimientos vitales negativos, sobre todo los que acontecen en los meses precedentes, los que suponen pérdidas, y los relacionados con el cuidado y el temperamento del niño. De manera que el modelo de vulnerabilidad-estrés propuesto para la depresión en otros momentos de la vida podría ser predictivo, igualmente, para la depresión posparto. Es decir, que la depresión posparto es superponible a la producida en cualquier otro período de la vida, tanto con respecto a la sintomatología como a la etiología (69).

### **C. Psicosis puerperal.**

Es el trastorno mental más severo y preocupante durante el puerperio, con una incidencia de 1-4/1.000 mujeres. Las mujeres con un cuadro de psicosis posparto son incapaces de diferenciar entre la fantasía y la realidad. Estas mujeres también pueden presentar un cuadro subyacente de depresión, manía, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. En estas pacientes es común observar momentos de lucidez que alternan con episodios de psicosis. También son frecuentes los síntomas de confusión y desorientación a menudo asociados con los estados de delirio.

Con mayor frecuencia, la psicosis se instala 10 a 14 días después del parto, pero el riesgo persiste durante meses después del parto. Aún cuando esta enfermedad es rara, el riesgo de desarrollar un episodio psicótico durante el período posparto es 10 a 15 veces mayor que el riesgo de psicosis en cualquier otro momento de la vida de una mujer. En la mayoría de los casos, las mujeres con este trastorno evolucionan hacia el desarrollo de una enfermedad psicótica recidivante que recurre en momentos de la vida no relacionados con el embarazo o el parto (97).

### **I.3.3 FATIGA-CANSANCIO PUERPERAL.**

En psiquiatría **se diferencia el concepto fatiga del de sensación de fatiga**, y durante todo el siglo XIX y XX se ha avanzado en la definición de sensación de fatiga y en su separación de la fatiga. Así destacan los estudios de Ribot (98) y sobre todo los de Deschamps (99). Este fue uno de los primeros en observar que la fatiga y la sensación de fatiga no se correlacionaban a menudo; así, en enfermedades tales como la tabes o la corea, la sensación de fatiga “ no se experimentó ni siquiera después de trabajo duro” mientras que en la neuroastenia, la sensación de fatiga “ era intensa sin haber realizado ningún trabajo”. Para Deschamps, la fatiga “ resulta de cambios químicos y anatómicos”, mientras que la sensación de fatiga resulta de la “ síntesis de percepciones táctiles, tanto periféricas como internas (cenestesia)” (99).

La definición de fatiga según los tratados de fisiología (100) es: “ Agitación, cansancio subsiguiente al trabajo muscular, que se debe a la acumulación en los músculos de sustancias tóxicas de desasimilación resultante de las reacciones desarrolladas para producir energía...”. Mosso (101) en sus estudios sobre la fatiga puso su empeño en desarrollar una visión unitaria de la fatiga incluyendo dos aspectos: físico e intelectual (mental). Desde estos trabajos de Mosso se desarrolla la creencia de que la fatiga intelectual (mental) reflejaba una disminución de la energía del metabolismo de las neuronas, y que las variables cognitivas y de comportamiento variaban con ello.

Sensación de fatiga es algo más difícil de definir y Hernández Vidal (102) escribe de ella: “ La sensación de fatiga es una experiencia pobremente definida cuyo reconocimiento puede incluso variar según el bagaje cultural. Esto ocurre porque el término está ambiguamente colocado con respecto a su referente: cuando se usa en primera persona (p.ej., “me siento fatigado”) nombra un estado de experiencia; cuando se usa en tercera persona (p.ej., “él está fatigado”) se suele incluir referencia a signos objetivos de fatiga. Por otra parte, no está claro si la experiencia de la sensación de fatiga es primaria o se trata de una mezcla de percepción-estado; o bien si sus acompañantes somáticos, como por ejemplo dificultad para respirar, náuseas, cansancio muscular, etc., forman todos ellos parte del mismo concepto”. Para identificar la configuración semántica de la sensación de fatiga se tendrán que separar como mínimo cuatro adscripciones (102):

- La sensación de fatiga después del trabajo donde la experiencia está totalmente explicada por el antecedente y habitualmente asociada con la cognición de no querer continuar actuando. Esto constituye el significado típico y básico.
- La sensación prematura de fatiga que se obtiene cuando la experiencia es demasiado rápida o cuando la recuperación tarda demasiado.
- La sensación de fatiga que no tiene una explicación clara y causa alarma porque no hay un antecedente relevante; en este caso, puede también ir acompañada por el hecho de no tener ganas de empezar ninguna tarea. Esta adscripción es común en relación con la enfermedad física y psiquiátrica.
- La falta de ganas de embarcarse en ninguna actividad y que ocurre en ausencia de sensación de fatiga (p.ej., anhedonia, abulia, inercia, falta de empuje, falta de concentración, leve irritabilidad, aburrimiento y el estado de “no poder ser molestado”).

La medición de la fatiga y la sensación de fatiga puede realizarse desde diversos aspectos y así haber diferentes escalas de medición: escala de sensación de fatiga, escala de fatiga, escala de atribución de fatiga, escala de impacto de fatiga, escala de evaluación de la psicoastenia, escala analógica visual de evaluación de fatiga, escala de intensidad de fatiga, etc.

El parto y puerperio inmediato lleva asociado una fatiga física (malestar, pérdida de sueño...) a la que hay que asociar una fatiga psíquica provocada por el stress del parto (excitación-miedo al parto y su resultado), el estar en un ámbito hospitalario, el stress de atender al recién nacido... Así el 69% de las puérperas preguntadas a las 8 semanas posparto (51) refieren cansancio.

### **I.3.4 INFLUENCIA DEL ALTA PRECOZ EN LA PATOLOGÍA DEPRESIVA, FATIGA Y ANSIEDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO.**

En diversos estudios se ha investigado el efecto que podría tener el alta precoz sobre la capacidad de la madre para afrontar los problemas del hogar después de una estancia corta. En su mayor parte, estos estudios han informado que el alta precoz no incrementa la fatiga, la ansiedad o la depresión:

- Beck y colaboradores (103) estudiaron a 49 pacientes primíparas utilizando la Stein Maternity Blues Scale y el Beck Depression Inventory para valorar las relaciones entre la tristeza de la madre y la depresión posparto en mujeres dadas de alta precoz en comparación con las que permanecieron tres días en el hospital. No se encontraron diferencias importantes a las semanas 1, 6 o 12 después del parto en las puntuaciones medias de la depresión en pacientes que se dieron de alta precoz, en comparación las que tuvieron una estancia de duración ordinaria en el hospital.
- Smith-Hanrahan y Deblois (104) usaron The Rhoten Fatigue Scale y el Inventory of Functional Status después del parto para valorar el impacto que tenía el alta precoz sobre la fatiga materna y la capacidad de la paciente para funcionar durante las primeras seis semanas después del parto en 81 mujeres. Observaron que había fatiga en cierto grado en 78 de las 81 madres (96%) a la semana posparto, pero que el alta temprana no afectó a la fatiga o a la capacidad funcional maternas en un grado más importante que tras la estancia tradicional en el hospital.
- Lemmer (61) no señaló diferencias importantes entre los grupos de alta precoz y de estancia tradicional en la intensidad de las preocupaciones maternas a la semana posparto por asuntos como aspecto corporal, conseguir cuidados de asistencia del niño adecuados, ser una buena madre o tener buenas relaciones con el marido.
- Carty y James (60,105) refieren un incremento de los problemas de depresión en los casos del alta precoz.

- Brown (106) realiza un estudio donde valora el tipo de alimentación y problemas de la alimentación, el grado de satisfacción materna y los problemas de depresión materna en tres grupos con diferente estancia intrahospitalaria (1-2 días, 3-4 días o mayor de 5 días de estancia hospitalaria) y con un número de casos de 1.336. Concluye que los problemas de depresión no se modifican y los scores de valoración no se incrementan por el tiempo de estancia hospitalaria (con unas puntuaciones en los scores por encima de lo habitual en un 16,18 y 17% en estancias de 48 horas, 3-4 días y más de 5 días respectivamente) y sí por otras variables como: el nivel económico bajo, el estar insatisfecha con el tiempo de estancia hospitalaria (tanto por una estancia corta como excesivamente larga), el grado de ansiedad-disconfor materno y el haber tenido un embarazo complicado.
- Grullon (37) en su metaanálisis refiere una calidad de evidencia con respecto a que no hay incremento de problemas de ansiedad-depresión en casos de alta precoz de tipo II-2. Llega a dar una recomendación tipo C o insuficiente evidencia con los estudios existentes.

En todos los programas de alta precoz se recomienda la valoración de la fatiga materna puerperal sin definir el número de controles que se requieren ni tampoco que tipo de escala utilizar (47,59).

Una escala altamente utilizada para medir la intensidad de la fatiga es la conocida como Fatigue Severity Scale (142). Utilizada para medir la fatiga en muchos procesos médicos como en esclerosis múltiple, polio, en lupus, en trastornos del sueño, etc; y se caracteriza por su facilidad y rapidez de aplicación (102). Es una escala de autoevaluación que contiene 9 ítems sobre fatiga y que se puntúan del 1 al 7. Una puntuación igual o mayor a 5 en un sólo ítem, o una suma igual o mayor a 12 se puede considerar como indicativo de fatiga y una puntuación de 20 es claramente patológica (142).

Esta escala la creemos válida para ser utilizada en trabajos de alta precoz para valorar si existe un incremento de la intensidad de la fatiga debido al alta precoz.

La "Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)" diseñada por Zigmond en 1983 (107), es una escala hospitalaria para medir la ansiedad y depresión que presenta las siguientes características generales:

- Tipo de instrumento: La HAD es una escala de autoevaluación. Contiene 14 afirmaciones referidas a síntomas de depresión y ansiedad, cuya frecuencia o intensidad ha de ser evaluada en una escala Likert de 4 puntos (valores de 0 a 3).
- Contenido: De los 14 ítems que componen la escala, 7 evalúan la ansiedad y el resto evalúan la depresión, apareciendo de forma intercalada. La evaluación de la depresión se limita básicamente a los síntomas de anhedonia. Se excluye la evaluación de síntomas somáticos.
- Aplicaciones: Esta escala se ha diseñado para detectar síntomas de depresión y ansiedad durante la semana anterior a la evaluación, en pacientes con problemas médicos no psiquiátricos (107). Por su sencillez, resulta apropiada como instrumento inicial de evaluación en contexto hospitalarios y asistenciales. También se ha utilizado para medir el impacto emocional que determinados trastornos físicos pueden tener en los pacientes afectados. No obstante, y puesto que la sintomatología que evalúa es bastante limitada, la HAD no permite una evaluación precisa del síndrome depresivo. Su empleo exclusivo puede hacer incurrir en muchos falsos positivos (108).
- Condiciones de aplicación y valoración:
  - ▣ Población adulta.
  - ▣ Forma de administración: El paciente ha de elegir para cada ítem entre cuatro opciones de respuesta. Ha de indicársele que su tarea consiste en evaluar la frecuencia o intensidad con que ha experimentado durante la última semana los síntomas a los que hace referencia cada una de la 14 afirmaciones que componen la escala, aunque estas aparezcan formuladas en tiempo presente. Puesto que las categorías de respuesta no son iguales para todos los ítems, conviene asegurarse de que el paciente las diferencia con claridad.
  - ▣ Duración: 5 minutos.
  - ▣ Criterios de corrección e interpretación: Para obtener la puntuación total se suman los valores correspondientes a las alternativas elegidas por el paciente, diferenciado los que corresponden a la subescala de ansiedad y a la subescala de depresión. En ambas subescalas se considera normal una puntuación de 0 a 7, una puntuación entre 8 y 10 nos indicaría un caso probable, y de 11 o más un caso de ansiedad o depresión.

- Datos sobre fiabilidad y validez.
  - Fiabilidad: Consistencia interna en un estudio aplicado a pacientes psiquiátricos en España, se ha encontrado un coeficiente de alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para la de depresión (109).
  - Validez: Se han hallado correlaciones de la HAD con el STAI (estado) y con el BDI de 0.71 y 0.74, respectivamente. Por otro lado, Tejero (109) obtuvieron una correlación entre las subescalas de ansiedad y depresión de 0.59. Algunos autores, como Anderson (110), informan de no haber podido obtener una solución factorial capaz de discriminar entre los ítems de las dos escalas.

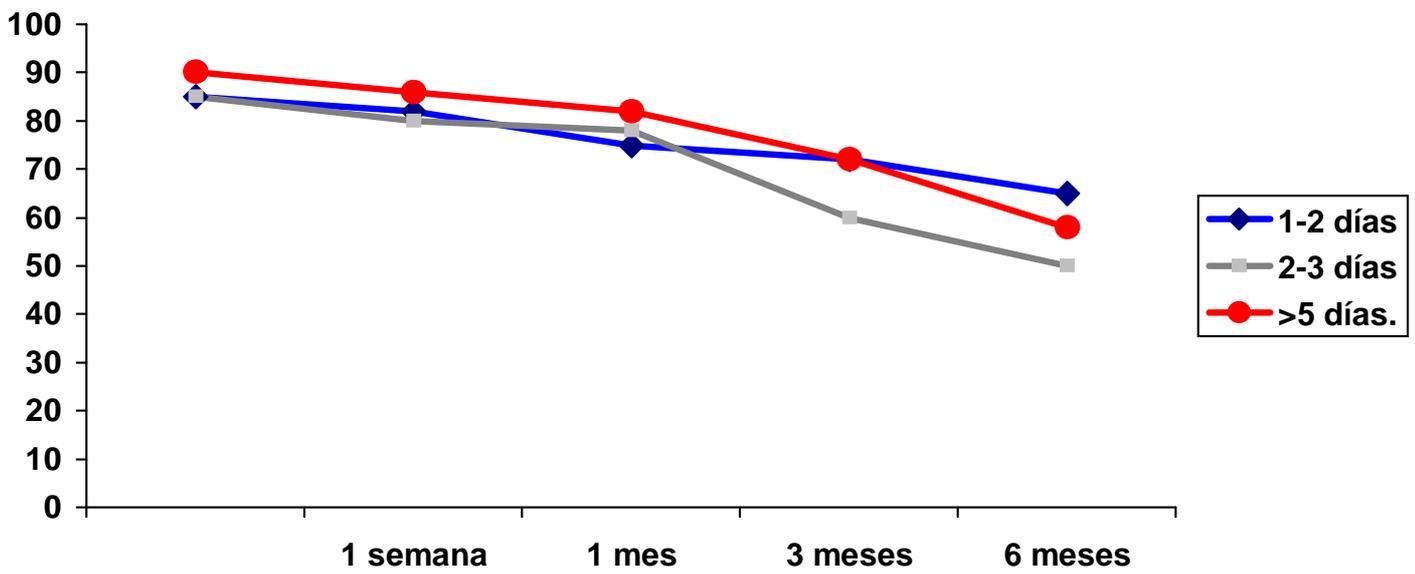
Ante la facilidad de aplicación y sus características de fiabilidad y validez para medir la ansiedad y depresión, podría ser utilizada para la valoración de dichas patologías en los programas de alta precoz.

### **I.3.5 LACTANCIA MATERNA EN EL ALTA PRECOZ.**

La mayor parte de los estudios sobre el alta precoz que ofrecen información sobre el amamantamiento señalan que éste no se ve afectado por la estancia corta en el hospital (8,9,34-38,44,60,106). Como grupo, las mujeres que amamantan tienden a estar mejor educadas, tienen mejores ingresos, reciben más asistencia prenatal y es más probable que hayan acudido a clases sobre el parto (35). Representan a un grupo altamente seleccionado de mujeres que pueden tender más a participar en los estudios sobre el alta precoz.

- Waldenstrom y colaboradores (44) estudiaron la satisfacción de las pacientes con el amamantamiento y la duración de éste después del parto en 50 parejas de madre e hijo dadas de alta en 24 a 48 horas, en comparación con 54 binomios testigo que permanecieron en el hospital durante seis días. No se encontraron diferencias importantes en los buenos resultados de la lactancia entre el grupo de alta precoz y el de estancia tradicional. Concluyeron que el alta precoz no afecta de manera adversa la duración del amamantamiento.
- Carty y Bradley (60) informaron que las madres asignadas al azar para el alta precoz en 48 horas después del parto amamantaban a sus hijos sin complicaciones con mayor frecuencia al mes después del alta que aquellas que estuvieron en la estancia tradicional de cuatro días en el hospital.
- Dershewitz-Marshall (115) refieren que en los casos de alta precoz hay una tendencia a la discontinuidad de la lactancia materna, y aconsejan la ayuda domiciliaria a estas madres. Cooper (116) comunica casos severos de deshidratación en niños alimentados al pecho, a pesar de una buena preparación materna, o un buen seguimiento posalta.

- Brown (106) concluye que la lactancia materna no se modifica por el tiempo de estancia hospitalaria y sí por otras variables como el nivel educacional materno, el grado de satisfacción en el cuidado del niño, el grado de ansiedad-disconfor y clínica depresiva (Gráfica 2).



**GRÁFICA 2.** Relación entre tiempo de Lactancia Materna y días de estancia hospitalaria.

En la revisión realizada por la Cochane Library (39) sobre la influencia del alta precoz (a las 48 horas de vida) comparándola con altas tardías (4 días o más de estancias) concluyen que el alta precoz puede ser beneficiosa en la continuación de la lactancia materna, con una valoración II-2 y recomendación tipo C de la U.S Preventive Services Task Force scale; aunque precisan que se necesitan más estudios para determinar que factores influyen en la duración de la lactancia materna, y sobre cual es el mejor método de ayuda domiciliaria para las madres que se dan de alta precozmente.

Los datos de la lactancia materna en España en 1999 son los siguientes:

**TABLA 13. Informe técnico sobre la Lactancia Materna en España. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (111).**

Edad En meses.	L.Materna en %.	L. Artificial en %.	Nº de casos
0	84.2	15.8	10.487
1	77.6	22.4	9.244
3	54.9	45.1	7.989
6	24.8	75.2	3.950
9	11.6	88.4	1.838
>9	<10	>92	<1.000

Datos de encuesta sobre lactancia materna a 12.165 madres de 18 provincias españolas.

Estos autores informan que la lactancia materna fue significativamente más corta en los casos de: edad gestacional menor de 37 semanas, parto mediante cesárea, peso de nacimiento menor de 2.500 g, nivel de estudios bajo, y edad de la madre menor de 25 años.

**TABLA 14. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud para la Lactancia Materna emitidos en 1997 son los siguientes (112):**

Tipo de lactancia	1995 (en %).	1997 (en %).
<b>6 semanas</b>		
Natural	60.5	65.5
Mixta	10.4	10.4
Artificial	28.0	23.6
NC.	1.1	0.5
<b>3 meses</b>		
Natural	37.4	43.8
Mixta	16.8	14.3
Artificial	44.7	41.0
NC.	1.1	0.9
<b>6 meses</b>		
Natural	15.1	21.2
Mixta	17.5	13.8
Artificial	65.6	64.1
NC.	1.8	0.9

Encuesta Nacional de Salud para la Lactancia Materna con 400 casos.

En cuanto a las causas del abandono de la lactancia materna Moran Rey (113) en una encuesta con 1.061 casos refiere los siguientes resultados (Tabla 15):

**TABLA 15. Motivos de abandono de Lactancia Materna (113).**

Motivos abandono de L.M	Nº en %.
No tenía leche.	32.6
Se quedaba con hambre el niño.	38.5
No quería dar más el pecho.	5.9
Trabajo materno.	6.6
Enfermedad de la madre.	5.7
Mastitis.	1.6
El niño no quería.	4.3
No engorda el niño.	3.1
Otras.	4.4
NS/NC	1.5

García refiere las siguientes causas para el abandono de la lactancia materna. Estudio con 499 casos (114) (Tabla 16).

**TABLA 16. Motivos de abandono de Lactancia Materna (114).**

Motivos abandono de L.M	Nº en %
Hipogalactinemia.	25.49
Introducción de alimentación complementaria.	38.5
Hospitalización del R.N.	9.16
Trabajo materno.	7.56
Enfermedad de la madre.	7.17
Anomalía/Enfermedad de la mama.	8.36
Rechazo del pecho.	2.78
Indicación médica.	3.58
"Leche aguada" "Tenía hambre".	5.57
No quiso dar lactancia materna	4.78
Se le retiró la leche.	7.96

Entre las recomendaciones que se deben dar a las madres que inician la lactancia están las siguientes (18):

- Se debe poner el niño al pecho inmediatamente después del parto o, por lo menos, antes de transcurrida una hora después del nacimiento; se ayuda así a instaurar la lactancia y, en cualquier caso, el calostro es bueno para el niño.
- La subida de la leche se beneficia con aplicaciones frecuentes del niño al pecho; recuerde que se puede acompañar de aumento de la temperatura, siendo totalmente normal.
- La tumefacción mamaria es frecuente entre 3 y 6 días después del parto; la succión repetida por parte del niño ayuda a reducirla.
- La cantidad y la calidad de la leche materna cubre habitualmente las necesidades nutricionales del niño.
- El tamaño de la mama no afecta a la capacidad de la lactancia.
- La succión del pecho provoca contracciones del útero que, en ocasiones, son dolorosas, pero que ayudan a disminuir la hemorragia.
- La lactancia artificial puede ser necesaria y existen preparados excelentes que sustituyen a la leche natural, pero siempre el pecho es superior al biberón.
- Asegurar la correcta ingesta hídrica de la madre, que debe oscilar alrededor de los 3 litros de agua al día.
- Beneficios de la lactancia para la salud del niño:
  - ⇒ Nutrición adecuada.
  - ⇒ Propiedades antiinfecciosas.
  - ⇒ Propiedades antialérgicas.
  - ⇒ Espaciamiento de los partos.
  - ⇒ Unión psicológica madre-hijo.

Tomado de "American Academy of Pediatrics, American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 3 ed,1992" (18).

## **I.4 PROBLEMAS NEONATALES DESPUÉS DEL ALTA PRECOZ.**

Una de las preocupaciones más grandes que tienen los médicos sobre el alta precoz consiste en que podría ponerse en peligro la seguridad del neonato. Como señaló el Committee on the Fetus and Newborn en un artículo de 1995, “muchos problemas cardiorespiratorios del neonato relacionados con la transición desde el ambiente intrauterino hacia el extrauterino suelen ponerse de manifiesto durante las 12 primeras horas que siguen al nacimiento, pero otros problemas como ictericia, lesiones cardíacas ductales y obstrucción gastrointestinal pueden requerir un período más prolongado de observación por personal capacitado y experimentado antes que se puedan identificar”(117). Es muy importante que todos los neonatos que pasan una estancia corta en el hospital se sometan a exploración por parte de un prestador de asistencia de la salud experimentado dentro de las 48 horas que siguen al alta. Si no se puede garantizar que se va a efectuar esta exploración de vigilancia, las Guidelines for Perinatal Care (17) recomiendan que se difiera el alta precoz hasta que se identifique un mecanismo para la vigilancia adecuada.

A principios del decenio de 1990, cuando era máxima la frecuencia del alta precoz en E.E.U.U exigida por las compañías de seguros, muchos lactantes se mandaron a casa en menos de 24 horas después del nacimiento y recibieron poca vigilancia o ninguna. Como resultado problemas médicos neonatales raros hasta esa época, como Kernicterus, deshidratación grave y sepsis fulminante, comenzaron aparecer a los pocos días del alta precoz. Catz y colaboradores (42) revisaron las historias de 22 lactantes nacidos a término o casi a término, durante un período de cuatro años, que desarrollaron Kernicterus después del alta precoz. De estos lactantes, 21 eran amamantados por su madre, cinco tenían deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G-6-PD), y muchos experimentaron factores de riesgo de ictericia como moretones, enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO u otras causas de hemólisis. Como grupo, ninguno de estos lactantes con Kernicterus tuvo citas médicas para vigilancia hasta las dos semanas siguientes al alta.

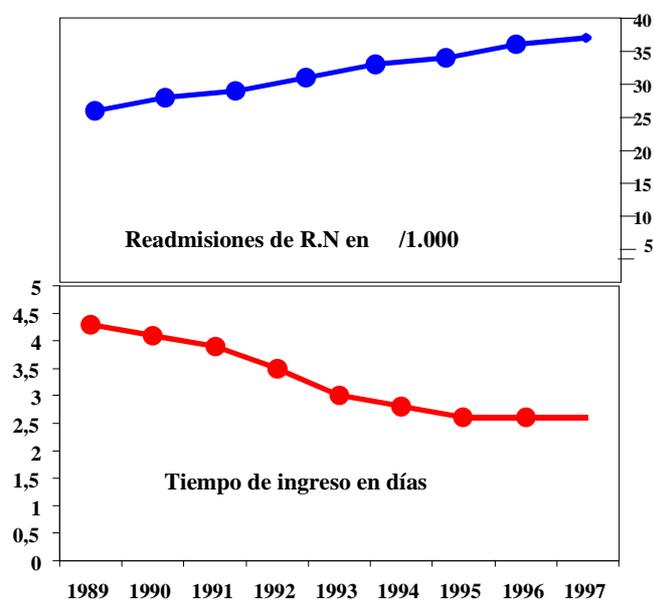
## **Tasa baja de rehospitalización de neonatos.**

Una de las principales preocupaciones es el riesgo de reingreso hospitalario por la posibilidad de presentación de patologías no detectables en las primeras 24 horas de vida, aunque no se han encontrado diferencia significativa entre los niños de alta precoz y los grupos controles (1,9,33,37,81,115,118,119) existiendo en los diversos estudios tasas de reingreso entre el 0-6.5% (33,58) (Tabla 12).

En otros estudios se observa que la tasa de rehospitalización de neonatos dados de alta precoz es menor (3%) a los lactantes dados de alta tradicional. Sin embargo, estas tasas bajas se produjeron en poblaciones, de bajo riesgo y todos los lactantes recibieron cuidados de vigilancia de buena clase (44,60,61,105,120).

Liu y colaboradores (38), en un informe de gran tamaño y buen diseñado (con 2.029 casos y 8.657 controles), refieren una tasa global de rehospitalizaciones neonatales baja (2%). Refieren que los lactantes dados de alta precoz tiene incrementado el riesgo de rehospitalización dentro de los siete días (riesgo relativo aproximado [OR] =1.28), 14 días (OR=1.16) y 28 días (OR=1.12) siguientes al alta; y con mayor incidencia en los hijos de primíparas y madres menores de 18 años.

Liu (121) refiere que la disminución del tiempo de ingreso hospitalario lleva asociado un incremento en las readmisiones neonatales; así en un estudio con más de 2 millones de R N lo indica (Gráfica 3 y Tabla 17):



**GRÁFICA 3.** Evolución del tiempo de ingreso y número de readmisiones neonatales en el periodo de 1989-1997.

**TABLA 17.** Readmisiones de neonatos (por 1.000 R N) a los 7 y 28 días de vida en el período de 1989 a 1997.

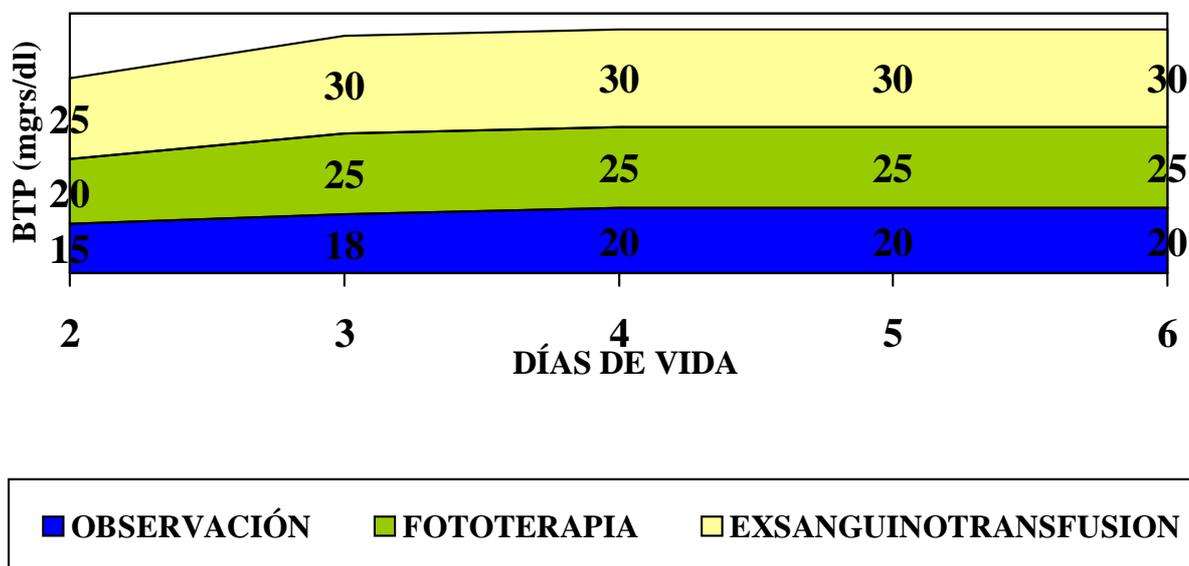
Diagnóstico.	Edad (días).	1989-90.	1996-97.
Ictericia.	7	3.99	12.21
	28	7.76	16.44
Deshidratación.	7	0.13	1.79
	28	0.56	3.00
Incremento de peso inadecuado.	7	0.02	0.17
	28	0.73	1.08
Problemas de alimentación.	7	0.42	3.06
	28	3.01	6.38
Sepsis.	7	0.24	7.82
	28	1.29	2.34
Otras	7	7.75	16.71
	28	27.96	37.19

## La hiperbilirrubinemia es el problema médico más frecuente.

Según Catz y colaboradores (42) entre 1 y 4% de los lactantes nacidos a término reingresan en el hospital durante la primera semana de vida. De todos estos reingresos, cerca de 45-85% es por ictericia (35,36,58,122).

Muchos de los estudios, no especifican qué concentración de bilirrubina total era lo suficientemente alta para exigir el reingreso del neonato. Seidman y colaboradores (40), en un estudio en el que se valoró la incidencia de la hiperbilirrubinemia grave en neonatos sanos a término, observó que la definición de lo que constituye hiperbilirrubinemia importante entre los pediatras es aún motivo de controversia. Sugirió que debe adoptarse una definición uniforme de la hiperbilirrubinemia grave, que se efectúe mediante fototerapia en el hogar, con lo que disminuirá la necesidad del reingreso hospitalario. Además el cambio de enfoque terapéutico de estos niños, difiriendo la fototerapia hasta valores de bilirrubina sérica superior a los 18 mgs/dl (41), la ictericia ha dejado de ser un importante problema.

Nosotros hemos seguido las indicaciones que realiza la APP (59) sobre el control y tratamiento de la ictericia neonatal en recién nacido a término (Gráfica 4). Se decide ingreso en neonatal cuando el recién nacido requiere tratamiento con fototerapia o exsanguinotransfusión.



Gráfica 4. Tratamiento de la ictericia neonatal según los niveles de bilirrubina sérica por días de vida.

## **Pruebas de investigación genética neonatales.**

Son de dos tipos:

- Las que se efectúan con marcadores proteínicos (galactosemia, hemoglobinopatías); por lo tanto, no es importante la edad del neonato en el momento de efectuarlas.
- Las pruebas para fenilcetonuria, hipotiroidismo e hiperplasia suprarrenal congénita se basan en la identificación de metabolitos anormales, y el neonato debe haberse estado alimentando durante 24 a 48 horas para contar con metabolitos anormales suficientes para que se vuelva positivo el resultado anormal de la prueba.

El análisis de regresión lineal efectuado por McCabe (123) y colaboradores señaló que, al emplear un límite de investigación de 4 mg/dl para la fenilalanina, según se hace en la mayoría de sitios, pasarían inadvertidos 30% de los lactantes con fenilcetonuria si la prueba se efectuara a las 12 horas de edad, y no se identificaría a 10% si se hiciera entre las 12 y las 24 horas de vida. Para evitar esta tasa inaceptablemente alta de resultados falsamente negativos en las pruebas de investigación genéticas neonatales en los lactantes dados de alta a las 24 horas de edad, la American Academy of Pediatrics (124) recomienda una segunda prueba entre la primera y la segunda semanas posnacimiento. Este problema no afecta a nuestro área sanitaria donde los estudios metabólicos neonatales se realizan al 5º día de vida, y por lo tanto siempre extrahospitalariamente.

**Otros problemas en el neonato** (sospecha de sepsis, problemas en la alimentación, deshidratación hipernatrémica, dificultad respiratoria, cardiopatías congénitas) se han comunicado muy raramente en los casos de alta precoz (5,9,20).

## I.5 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ.

El alta precoz es un ejercicio de medicina basada en la familia que conlleva a menores riesgos potenciales de efectos adversos (8,9,33,43):

- Posibilidad de implicación de la familia en el cuidado del R N.
- Mayor descanso-recuperación materna en su ambiente.
- Refuerzo en los lazos afectivos maternos-R N.
- Disminución de las infecciones nosocomiales en el R N y madre.
- Mejora en la instauración y persistencia de la lactancia materna.

Así los defensores del alta precoz refieren que una de sus principales ventajas es la recuperación materna en un habitat familiar.

Brown refiere un grado de satisfacción con la estancia hospitalaria en un 80% (Tabla 18). No encuentra diferencias en cuanto al grado de satisfacción según el tiempo de ingreso cuando se ajusta por variables y si se incrementa el disconfort cuando se tienen problemas de ansiedad y depresión (106).

**TABLA 18. Grado de satisfacción con la estancia hospitalaria en relación con el tiempo de ingreso.**

<b>Tiempo de ingreso</b>	<b>Menor de 48 hs.</b>	<b>Entre 3-4 días.</b>
Estancia considerada como adecuada	80%	80%
Estancia considerada como larga.	21%	26%
Estancia considerada como corta.	7%	4%

En otros estudios como los Australianos refieren mayor grado de satisfacción con la estancia corta hospitalaria (105,125). Otros como autores como Norr (126) no encuentran diferencia, y Carty (60) indica que solo existe mayor satisfacción a la semana en casos de estancia hospitalaria corta pero al mes tampoco encuentra diferencias.

En todas las revisiones críticas sobre el tema del alta precoz, en las recomendaciones refieren que deben realizarse encuestas de satisfacción; así en nuestro trabajo incluimos una encuesta que deben responder en la primera semana posalta (33-37,45).

## **I.6 VALORACIÓN DEL COSTO DE LOS PROGRAMAS DE ALTA PRECOZ.**

En 1987, en E.E.U.U los gastos totales estimados por cuidados obstétricos fueron de 15,2 mil millones de dólares o aproximadamente 4.000 dólares por nacido vivo. Los cargos por parto intrahospitalario explican el 54% de estos 15,2 mil millones de dólares (127,128). En 1.986 según el Medicaid el coste por parto vaginal era de 1.219 dólares y de 2.261 para cesárea (129). En 1992 el parto vaginal costaba en E.E.U.U unos 2.601 dólares y la cesárea 6.548 (130).

Gazmararian y Kaplan (131) hacen una revisión importante del apartado de costo-beneficio en los programas de altas precoces. Entre los artículos revisados destacan:

- Hickey y colaboradores (132) compararon datos provenientes de 15 madres con alta precoz (definida como alta en el transcurso de 12 a 24 horas) que recibieron una visita a domicilio en el transcurso de 24 horas y a los 3-4 días, con 15 madres de alta tradicional que no recibieron visita a domicilio, y estimaron un ahorro de 180 dólares por cada paciente que participó en el programa de alta precoz.
- En un estudio realizado por Kaiser-Permanente (131) se halló que los ahorros de costo son hasta 30% en comparación con la estancia tradicional en el hospital, incluso cuando personal de enfermería adicional hace hasta 3 visitas a domicilio por cada paciente. Se cree que se obtienen más ahorro si las camas y los cuartos que quedan vacíos se usan para otros pacientes o propósitos.
- Norr y colaboradores (126) compararon 3 grupos. Grupo 1, con alta precoz separado; madre a las 24-47 horas, lactante a las 48-72 horas. Grupo 2, madre y lactante entre las 48 a 72 horas. Grupo 3, madre y lactante a las 24-47 horas, visitada a domicilio en el transcurso de 3 días. Se estimó que el grupo 1 ahorra en comparación con el grupo 2 55 dólares y el grupo 3 ahorra en comparación con grupo 175 dólares y en comparación con grupo 2 unos 130 dólares

- Cottrell y colaboradores (133) en su programa de alta precoz con 404 casos con dotación de clases prenatales, cuidados pediátricos del R N, cuidado posparto de la madre y visita de seguimiento a domicilio refiere un costo de 565 dólares en las altas precoces en comparación con los 1.800-2.000 dólares para el alta tradicional.
- Un artículo de especial importancia en cuanto a la valoración del costo-beneficio; es el de Brumfield (134) y colaboradores (Tabla 19): Estudiaron las relaciones entre costo y beneficio del alta a las 24 horas en madres y neonatos seleccionados por bajo riesgo. Se proporcionó vigilancia a domicilio con una visita de enfermería a las 48 horas después del parto. Al dar de alta a 972 madres y 856 neonatos un día antes, informaron que su hospital había ahorrado 616.084 dólares durante un período de 2 años. Cuando se restaron del dinero ahorrado con el alta a las 24 horas los costes del programa (como las consultas de enfermería al hogar, las mediciones de la concentración de bilirrubina neonatal y los reingresos maternos-R N), el hospital siguió teniendo un ahorro neto de 506.139 dólares en un período de 2 años. Aproximadamente por cada mujer el ahorro es de 521 dólares.

**TABLA 19. Resumen de los datos Costo/Beneficio.  
(Brumfield et al) (134). Año 1.996.**

<b>Dinero ahorrado con el alta precoz.</b>	
• 972 madres.	+471.420\$.
• 856 R.N	+144.664\$.
<b>Costo del alta precoz.</b>	
• Visita de enfermería al hospital.	-106.062\$.
• Dos reingresos maternos.	- 3.013\$.
Pruebas neonatales de bilirrubina.	- 870\$.
<b>Ahorro neto de dinero en dos años.</b>	<b>+506.139\$.</b>

- En otros artículos no sólo hacen referencia al ahorro económico, sino que además hay un incremento de nacimientos, de admisiones generales y de procesos ginecológicos (120,131,135) (Tabla 20).
- Yanover y colaboradores (9) observaron que los gastos de su programa de altas precoces centrado en la familia, con una visita de enfermería al hogar como medio de vigilancia, equivalía aproximadamente a los costos del hospital ahorrados con el alta precoz.

A pesar de que la mayor parte de los estudios científicos han informado que el alta precoz tiene una gran relación entre el costo y beneficio, muchos investigadores no están de acuerdo (5,9). Así lo expresa Annas (5), que señala que el dinero ahorrado por muchos hospitales con el alta precoz se acerca mucho más a la cifra de 100 dólares que a la de 1.000 dólares día, como informan muchas compañías de seguros.

Grullon y Grimes (37), después de revisar de manera crítica todos los estudios en los que concluye que el alta precoz ahorra dinero, calificaron las pruebas científicas como pruebas “C” o inadecuadas de que el alta posparto precoz da por resultado costos más bajos.

Gazmararian-Koplan (131) en su revisión del tema concluyeron: La suposición frecuente es que el egreso temprano es eficaz en cuanto al costo. Sin embargo, no se ha analizado con sumo cuidado el costo verdadero de los programas y los servicios de alta precoz en comparación con los costos de hospital. Los pocos estudios en los que se han examinado temas de costo regularmente los miden en términos de cargos al hospital o sumas cargadas a los pacientes o a los pagadores de tercera parte, y no consideran los costos verdaderos del programa de alta precoz. Los pocos intentos de hacer un análisis expreso de costo-eficacia, no se ajustan a los estándares formulados para esos estudios (136,137).

En teoría, los ahorros de costo adicional por un programa de salida temprana han de igualar el costo adicional de cada día de estancia para la madre y el lactante, así como establecer costos para instituir el programa (138). Lukacs (139) nota 4 temas esenciales para determinar los costos verdaderos de programas:

- Costo de desarrollo.
- Costo por concepto de visitas a domicilio (tiempo del prestador de cuidado y tiempo de transporte).
- Número de visitas por paciente.
- Costo por responsabilidad legal.

**TABLA 20. Aspectos económicos de estancia intrahospitalaria perinatal. Gazmararian J.A (131).**

Referencia	Población. Período de estudio	Programa	Evaluación costo/económica	Comentario
Berryman, 1991	Air Force Academy, Colorado Spring, CO. 371 mujeres seleccionadas a partir de expedientes médicos. Marzo de 1989 a febrero de 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de un nuevo centro de nacimiento.</li> <li>• Llamada de seguimiento en el transcurso de 48 hs a la madre por parte de una enfermera.</li> <li>• Cita de seguimiento del R.N a los 3 días.</li> <li>• No se proporcionaron servicios a domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorró a los 490 días de hospitalización en un año.</li> <li>• Cuartos liberados en el pabellón para admisiones generales.</li> <li>• Aumento en el número de partos(577 a 639)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los costos sólo incluyeron los de hospital por parto; no abarcaron costos por servicios después del parto.</li> </ul>
Britton-Britton, 1984	Hospital metropolitano privado en Arizona. Clase media 1583 lactantes sanos. Noviembre de 1981 a marzo de 1982.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparó lactantes con anomalías y sin ellas en el período transicional inicial de 6 horas; 6 horas en comparación con 72 horas.</li> <li>• Visita de seguimiento con R.N a los 2 a 3 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancia de 6 horas (259.612\$) en comparación con 72 horas (639.532\$); ahorros de 379.920 \$.</li> <li>• Incluido el costo adicional si 34 lactantes que inicialmente estuvieron bien, con egreso temprano, permanecieron 72 horas (1.103 \$) y costo por readmisión después de egreso temprano (7.069\$). Diferencia de 5.966 \$.</li> <li>• El egreso temprano de lactantes inicialmente sanos, con rehospitalización de los que cayeron enfermos en el transcurso de 72 horas (639.532\$ a 5.966\$);236\$ por lactante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cargos por estancia de 6 horas incluyeron cargos por visita de seguimiento y cualquier costos de readmisión.</li> <li>• La estancia de 72 horas abarcó costo de niveles de cuidado más altos que aquellos en los que habrían incurrido los lactantes rehospitalizados (6 horas) si hubieran permanecido inicialmente más tiempo en el hospital.</li> <li>• No se incluyeron los costos maternos</li> </ul>
Brumfield y col, 1.996	University Hospital, Birmingham AL Recpetores de Medicaid 971 madres y 856 R.N. Octubre de 1.993 a septiembre de 1.995.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de salud a domicilio a las 48 horas.</li> <li>• Visita clínica a las dos semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorros de costo totales de 654\$/día;comprende costos de madre (485\$) y del R.N (169\$).</li> <li>• El hospital ahorró 616.084\$ en dos años (471.420\$ para madres, 144.664\$ para R.N)</li> <li>• Menos costos de visitas de enfermería a domicilio (109\$/visita; 106.062\$), cuantificación neonatal de bilirrubina con punción en el talón (870\$), y dos rehospitalizaciones maternas para terapéutica de infección (3.013\$); los ahorros de costo neto para el hospital fueron de 506.139\$ en el período de dos años.</li> </ul>	

Cottrell y col, 1.986	University Hospital, Kansas City, MO 404 mujeres seleccionadas al azar. Enero de 1.980 a enero de 1.982	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo firmado por la madre de elegibilidad para el programa a corto plazo.</li> <li>• El hospital proporciona clases prenatales, cuidado pediátrico del RN, cuidado posparto de la madre, visita de seguimiento a domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo de paciente de 565\$ para el programa de egreso temprano, en comparación con 1.800\$ a 2.00\$ para el programa de cuidado tradicional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivo para el programa mediante inscripciones de autopago, en efectivo.</li> </ul>
Drummond, 1.984	No se especificó el tamaño de la muestra		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las madres con estancia de un día ahorraron 842\$; las madres con estancia de dos días ahorraron 358\$</li> </ul>	
Feldman, 1.993	Sentara Health Plan, personal modelo HMO, Virginia Beach, VA. Cuatro hospitales. 6% muestra de mujeres que dieron a luz en dos hospitales (N=36). Abril de 1.988 a diciembre de 1.989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita de salud a domicilio en el transcurso de 36 horas; se repiten las muestras de sangre para PKU si la salida fue antes de las 24 horas.</li> <li>• Honorarios negociados por visita a domicilio, con base en honorario descontado por servicio, 40 dólares por visita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorros de costo promedio 224\$ a 298\$ por parto.</li> <li>• Ahorro de costo totales para 911 partos, 61.048\$.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ahorros de costo se ajustaron para la tendencia basal previa.</li> <li>• Los costos de hospital obtuvieron a partir de facturas descontadas finales pagadas por cuidados; estas incluyeron cargos por cuartos, sala de partos, trabajo de parto y parto, medicamentos, y otros, pero no los cargos por médicos.</li> </ul>
Gonzalves, 1.993.	Army Community, Fort Riley, KS Militar. 296 mujeres de 1.991 a mayo de 1.992.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egreso a las 24 a 48 horas después del parto.</li> <li>• Llamada por teléfono de seguimiento a las 48 horas por parte de una enfermera.</li> <li>• Visita a domicilio a las 72 horas. Cita para revisión de lactante sano a las dos semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedaron disponibles 788 días cama totales valuados en 705.260\$ (447,50\$ costo por día de hospital por paciente).</li> <li>• Más camas usadas para prematuros. Evitación aproximada de costo de 224.350\$.</li> <li>• Procedimientos ginecológicos incrementados en hospital y clínicas, con más espacio personal de camas.</li> <li>• Costo de la visita a domicilio 31\$/ hora en comparación con cita para revisión de lactante sano (visita de 20 minutos, sin costos de viaje, tres visitas al mismo tiempo que una visita a domicilio), evitación de costo de 62\$.</li> </ul>	
Hickey y col, 1.977.	15 madres con egreso temprano, y 15 con egreso tradicional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egreso con el transcurso de 12 a 24 horas.</li> <li>• Visita a domicilio en el transcurso de 24 horas y a los tres a cuatro días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorros directos de 180\$ por paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los costos incluyeron cuarto y comida, sala de cunas, servicios auxiliares, visita del pediatra y visita de enfermería.</li> </ul>

Izak, 1.990.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El decrecimiento de medio de la duración de la estancia par 1.010 pacientes dio lugar a ahorros de 275.808\$.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ahorros de costo se calcularon como la disminución de la duración de la estancia multiplicado por el promedio de la tasa por día. Incluyó ahorros por prematuros, fototerapia a domicilio y visitas prenatales.</li> </ul>
Mehl y col, 1.976	<p>West Marin Medical Center, Pt Reyes Station, CA. Práctica familiar rural 130 nacimientos con egreso temprano, y 58 con egreso tradicional. Agosto de 1.970 a abril de 1.975.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos a tres horas.</li> <li>• Visita a domicilio el día del egreso por una enfermera profesional.</li> <li>• Visita a domicilio de seguimiento al día tres.</li> <li>• Visita clínica del lactante y la madre al día siete.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahorros de 550\$ por madre, más tiempo del médico para visitas intrahospitalarias.</li> </ul>
Norr y col, 1.989.	<p>Metropolitan University Hospital. Chicago, IL. Madres y lactantes con riesgo bajo 1.983 a 1.987.</p> <p>Se compararon tres grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Egreso temprano con separación; madre a las 24 a 47 horas, lactante a las 48 horas (N=94).</li> <li>2. Madre y lactante entre la 48 a 72 horas (N=115).</li> <li>3. Madre y lactante a las 24 a 47 horas, visita de seguimiento a domicilio en el transcurso de tres días luego del egreso (N=124).</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de cuidado de enfermería por lactante al segundo día: grupo 1=3.75 horas; grupo 2= 4.83 horas.</li> <li>• El tiempo de cuidado de enfermería se tradujo en costos aproximados para cuidado y artículos de enfermería, más los costos indirectos.</li> <li>• El costo estimado para el grupo 1 fue de 55\$ menos que para el grupo 2.</li> <li>• El tiempo de enfermería por visita a domicilio de 3.2 horas más 1.6 horas de tiempo de ayudante en la comunidad; costos por cuidado y artículos de enfermería, más auxiliar y alquiler de automóvil, promedio; los costos indirectos para el hospital fueron más bajos que otros grupos de egreso.</li> <li>• El costo promedio del grupo 3 fue 75\$ menor que el grupo 1, y 130\$ menor que el del 2 (egreso convencional).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comparación sólo en los costos del cuidado y los artículos de enfermería. Puesto que el primer día fue similar, únicamente se compararon los costos del segundo día.</li> <li>• Se omitieron pruebas de laboratorio, prescripciones y tiempo de residentes.</li> </ul>

Rhodes, 1.994	Air Force Academy, Colorado Springs, CO Militar. 1.340 mujeres seleccionadas a partir de los expedientes médicos. Marzo de 1.989 a febrero de 1.992.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del centro de nacimientos.</li> <li>• Llamada de seguimiento en el transcurso de 48 horas a la madre por parte de una enfermera.</li> <li>• Cita de seguimiento del R N a los tres días.</li> <li>• No se proporcionaron servicios a domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pacientes ahorraron 2.143 días de hospitalización durante tres años (disminución de 48%) o potencial excesivo de 92% de hospitalización después del parto.</li> <li>• Aumento del número de partos en el centro de nacimientos (237 durante tres años)</li> <li>• Ahorros de 924.300\$ de fondos del gobierno en tres años (3.990\$ por costo de parto, honorarios del hospital más los del médico). Con el uso de 1.988 como basal, la evitación de costos fue de 994.500\$.</li> <li>• Las camas disponibles se utilizaron para intervención quirúrgica ginecológica de un día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque los costos de hospital disminuyeron, se desconocen los costos totales por cuidado de la madre y el lactante.</li> <li>• Los costos sólo incluyeron costos del hospital por el parto, no por servicios posparto.</li> </ul>
Scupholme, 1.981.	University of Miami-Jackson Memorial Medical Center, Miami,FL. Sección central superpoblada de una ciudad grande. 35 madres y lactantes completaron el programa 1.980.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egreso 12 horas después del parto.</li> <li>• Una visita a domicilio antes del parto.</li> <li>• Visitas a domicilio a diario durante dos a tres por una enfermera partera/equipo de enfermeras obstétricas.</li> <li>• El lactante se observó en la clínica 7 a 10 días más tarde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El costo total por cuidado intraparto y luego del parto para la madre y el lactante fue de 800<sup>a</sup> 900\$ en comparación con 1.400\$ para la estancia intrahospitalaria tradicional.</li> <li>• Ahorros: 500 a 600\$.</li> </ul>	
Williams y Cooper, 1.993.	Partos Kaiser Permanente en tres hospitales contratados, Cleveland, OH. 1.616 mujeres: 1.328 vaginales, 288 cesáreas 1.989.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración de la estancia de 24 horas; la primera visita a domicilio en el transcurso de las primeras 24 horas después del egreso; la segunda, 2 a 3 días más tarde.</li> <li>• Duración de la estancia de 48 horas: una visita dos a tres días después del egreso.</li> <li>• Todas las enfermas reciben llamada de seguimiento 7 a 10 días después de la visita final.</li> <li>• Acceso a especialista en enfermería clínica obstétrica 24 horas al día.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ahorros por egreso temprano fueron de más de 500.000\$ para 925 pacientes.</li> <li>• También quedó de manifiesto un beneficio respecto al costo para estancias más prolongadas que pueden haberse acortado debido al suministro de visita a domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No incluyeron costos por operar la línea de teléfono de 24 horas.</li> <li>• No separaron los costos por parto vaginales y por cesárea.</li> </ul>

Woods y col, 1.988.	Cooperative Care Unit of Methodist Hospital, Indianapolis, IN. 1.107 grupos de hospitales; 576 grupos de cooperativa. Marzo de 1985 a febrero de 1.986.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las madres sanas y sus parejas de cuidado elegibles permanecen en la unidad con los R.N antes de egresar del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parto normal: los costos de cooperativa fueron de 131,69\$/caso menor que los de hospital.</li> <li>Los ahorros de costo de hospital para las 576 pacientes que usaron la unidad cooperativa fueron de 80.640\$ o de alrededor de 105.000\$ en cargos totales a pacientes. Casi todos los ahorros provinieron de disminución de los servicios de enfermería sistemático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distinguieron entre el costo de hospitalización en sí, en contraposición con los cargos facturados a la paciente.</li> </ul>
Yanover y col, 1.976.	Kaiser-Permanente, San Francisco, CA. 36 mujeres investigadas inicialmente, 44 seleccionadas para estudio, 44 testigos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salida en etapas tan tempranas como 12 horas.</li> <li>Las enfermera profesional perinatal hace visitas diarias a domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ahorro inmediato de aproximadamente 30% de los costos diarios del suministro de cuidados en el hospital para madre y lactante, incluidos alimentos, ropa de cama, artículos y cuidado de enfermería.</li> <li>Ahorros de costo adicionales con la mayor utilización de las camas y los cuartos disponibles, para pacientes prenatales de alto riesgo.</li> </ul>	

## **II. HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

Ya se ha indicado que las dos finalidades de la hospitalización posparto son: la identificación de las complicaciones maternas o neonatales después del nacimiento y el ofrecer asistencia profesional a la madre y a su neonato; y garantizar que la primera se haya recuperado del parto, preparado lo suficiente para cuidarse por sí misma y esté en condiciones de cuidar a su hijo cuando se vaya a casa.

La estancia hospitalaria posparto recomendada para asegurar el cumplimiento de estas dos finalidades es según la ACOG y la APP (17), en un parto vaginal sin complicaciones, de un mínimo de 48 horas, excluyendo el día del nacimiento.

Nos proponemos la siguiente hipótesis:

- Garantizar las finalidades del alta hospitalaria posparto con un ingreso hospitalario menor de 48 horas y seguimiento en su domicilio por personal cualificado.
- Que esta práctica conlleva una mejoría del bienestar materno-familiar.
- Y que supone un ahorro a los sistemas de salud.

Para ello intentamos confirmar la seguridad del alta hospitalaria precoz obstétrico-pediátrico posparto en comparación con el alta hospitalaria tradicional según los métodos actuales de investigación en medicina basada en pruebas; es decir, mediante un estudio aleatorio con control y siguiendo las recomendaciones de los metaanálisis existentes sobre el tema, como se comenta en el apartado I.2.5.

## **OBJETIVOS:**

En nuestro trabajo intentamos demostrar los siguientes objetivos:

Que el alta precoz posparto obstétrico-pediátrico:

- 1 No implica un incremento de la patología puerperal materna en comparación con el alta hospitalario posparto tradicional.
- 2 No conlleva un incremento de la patología neonatal en comparación con el alta hospitalario posparto tradicional.
- 3 No supone un incremento de la fatiga, ansiedad-depresión materna en comparación con el alta hospitalario posparto tradicional.
- 4 Da lugar a una mejora del bienestar materno-familiar.
- 5 Además, se produce un ahorro de costos a los sistemas de salud en comparación con el alta hospitalario posparto tradicional.

### **III. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.**

#### **III.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se trata de un estudio epidemiológico:

- Analítico observacional.
- Prospectivo.
- Longitudinal de seguimiento.

#### **COHORTE EXPUESTA:**

Puérpera de la población que es dada de alta en las primeras 24 horas posparto, que será controlada en su domicilio en las siguientes 24-48 horas después del alta, a los 10-12 días en la consulta y a los 1-3-6 meses con seguimiento mediante consulta telefónica a su domicilio.

#### **COHORTE NO EXPUESTA:**

Puérpera de la población, que es dada de alta en las primeras 48 horas posparto, tal como se hace habitualmente, y que serán controladas en la consulta a los 10-12 días y a los 1-3-6 meses con seguimiento mediante consulta telefónica a su domicilio.

## **III.2 VARIABLES A MEDIR.**

### **Resultados primarios en las madres:**

- Proporción de readmisiones de las madres en las primeras 6 semanas.
- Proporción de casos con cifras altas en los scores de depresión a las 6-8 semanas, 3 y 6 meses.
- Proporción de casos de alimentación con lactancia materna (exclusivo o mixta) a la 4, 12 semanas y 6,9 meses.

### **Resultados secundarios en las madres:**

- Duración total de la rehospitalización en las 6 primeras semanas.
- Proporción de casos que requieren consulta por urgencias en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con quejas por fatiga en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con problemas físicos (problemas perineales...) en las 6 primeras semanas.

### **Resultados primarios del R N:**

- Proporción de R N readmitidos (incluye hiperbilirrubinemia, deshidratación, infección) valorada a la semana y hasta los 28 primeros días.

### **Resultados secundarios del R N:**

- Tiempo de estancia en las readmisiones en casos de R N reingresado en los primeros 28 días.
- Duración total de la rehospitalización en los primeros 28 días.
- Proporción de casos de R N que requieren consulta por urgencias en los primeros 28 días.

**Encuesta de satisfacción:**

- Proporción de mujeres que expresan quejas con la estancia hospitalaria.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como corta.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como larga.
- Proporción de mujeres que expresan su disconfort o malestar al mes y 6 meses.

**Valoración económica:**

- Costo del ingreso desde el parto hasta el alta.
- Costo de los cuidados posnatales requeridos en las 6 primeras semanas. (consultas de salud o sobre lactancia, programas de visitas a domicilio, readmisión en hospitales...).
- Costo que supone el mantenimiento de los programas de alta precoz en las 6 primeras semanas.

### III.3 POBLACIÓN.

Puérperas del Hospital de Valme, durante el período de Abril de 1999 a Abril de 2001, y que cumpla los siguientes criterios:

#### A. GESTACIÓN ACTUAL:

- Gestación a término.
- No hábitos tóxicos importantes.
- Primípara o multípara.
- La no existencia de patología gestacional que requiera seguimiento en el puerperio:
  - ▣ HTA-preeclampsia-eclampsia.
  - ▣ Diabetes gestacional.
  - ▣ Cardiopatías grados 2-3-4.
  - ▣ Isoinmunización Rh.
  - ▣ Endocrinopatías.
  - ▣ Rotura prematura de membranas.
  - ▣ VIH.
  - ▣ Infección materna (toxoplasma,rubeola,lues,listeria...).
- Se incluyen las gestaciones de riesgo, que una vez terminada la gestación con buen resultado, no requieran control:
  - ▣ Amenaza de parto prematuro.
  - ▣ Placenta previa.
  - ▣ Anemia leve o moderada (mayor o igual a 9 g/100ml de Hgb o 25% de Hematocrito).
  - ▣ Aumento de peso excesivo (mayor de 15 kg) o disminuido (menor de 5 kg).
  - ▣ Cesarea anterior.
  - ▣ Baja estatura.
  - ▣ Poco control de la gestación.

## **B. PARTO:**

- Parto vaginal con:
  - Presentación:cefálica-nalgas.
  - Iniciación:espontánea o inducida.
  - Dilatación:con o sin medicación habitual(oxitocina-analgesia-anestesia epidural).
  - Terminación:espontanea o instrumental (ventosa-espátula).
  - Alumbramiento: expulsión espontánea o manual pero siempre completa.
  - Con o sin episiotomía; excluyendo los desgarros grado 4.
  - Ausencia de sufrimiento fetal intraparto.

## **C. PUERPERIO INMEDIATO.**

- T°(menor o igual a 38°) y TA(menor o igual a 140-90) adecuadas.
- Perdida hemática menor de 500 ml.
- Involución uterina adecuada(con 20 u.i de oxitocina altura uterina 1 través por debajo de ombligo).

## **D. PUERPERIO CLÍNICO.**

- Puérpera en buen estado general.
- Control del dolor.
- T° menor o igual a 38° y TA menor o igual 140-90, en tomas cada 8 horas.
- Episiotomía-periné en buen estado.
- Loquios moderados o mínimos y de características adecuadas.
- Orina normal y peristaltismo existente.
- Involución uterina correcta (1 través por debajo del ombligo).
- Deambulación.
- Mamas en buen estado.
- Hemograma de control con perdida hemática adecuada (Hcto disminuye menos del 10% y Hgb mayor de 9 g/ml).
- Conocer grupos sanguíneos de madre y R N. Puesta gammaglobulina antiD en caso necesario.

**E. RESULTADO NEONATAL ADECUADO: ALTA POR PARTE DEL PEDIATRA.**

- Gestación a término con un peso acorde a la edad gestacional.
- Normal adaptación cardiorespiratoria a la vida extrauterina.
- Ninguna evidencia de sepsis ni de ictericia importante.
- Temperatura adecuada (axila entre 36.1 y 37 C°).
- Examen físico del R N por el médico y la revisión dentro de las 12 horas anteriores al alta, que no indiquen ninguna necesidad de observación adicional y/o terapia en el hospital.
- Haber orinado y al menos 1 vez expulsado meconio.
- Haber recibido las vacunas y medicaciones necesarias (p.ej. administración de vitamina K).
- Datos de laboratorio disponible y revisados, que incluyen:
  - Sífilis y hepatitis B maternas.
  - Tipo de sangre de la madre y R N; prueba de Coombs si está indicada.
- Cita para la realización del screening metabólico.
- La madre ser capaz de proveer al R N de los cuidados de rutina y reconocer bien las señales de enfermedad y otros problemas.

**F. ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA MADRE Y LA FAMILIA DEL ALTA PRECOZ, PREVIA COMPROBACIÓN DE SABER CUIDAR AL NIÑO POR PARTE DE LA MADRE.**

**G. RESIDENCIA EN DOS HERMANAS-ALCALÁ-LOS PALACIOS-SEVILLA Y ACCESO FÁCIL AL HOSPITAL.**

En resumen la población objeto de estudio cumple los criterios de:

- Gestación a término sin patología que requiera control en el puerperio.
- Parto vaginal:
  - Independientemente de la forma de inicio.
  - Presentación cefálica-nalgas.
  - Con adecuada evolución y terminación espontánea o instrumental (salvo forceps).
  - En caso de desgarro perineal debe ser menor de D-4.
  - Alumbramiento completo de membranas.
- Puerperio inmediato y clínico adecuado y sin complicaciones.
- Resultado neonatal adecuado: alta por parte del pediatra.
- Aceptación del alta precoz por madre y familiares.
- Residir en Dos Hermanas-Alcalá-Los Palacios-Sevilla y fácil acceso al hospital.

### **III.4. MÉTODO ESTADÍSTICO.**

Se fijó el tamaño muestral en 189 mujeres en cada grupo considerando un error  $\alpha$  del 5%, una precisión del 2% y una tasa de rehospitalización materna y neonatal estimada del 2%.

Realizamos una aleatorización por bloques dentro de los dos estratos definidos por la variables paridad (prími para, multí para); el tamaño muestral dentro de cada grupo en estos dos estratos se fijó teniendo en cuenta la distribución de la variable paridad dentro de nuestra área de estudio.

El análisis estadístico de los datos recogidos consistió en:

#### **EXPLORACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS DATOS.**

En un primer paso se realizó una depuración estadística de los datos, con métodos gráficos y analíticos para explorar la información y detectar la posible existencia de valores extremos y observaciones aberrantes.

Generamos estadísticos de resumen y representaciones gráficas, para todos los casos y de forma separada para dos grupos de casos (alta precoz, alta estándar). Utilizamos este procedimiento: para inspeccionar los datos, identificar valores atípicos, obtener descripciones, comprobar supuestos y caracterizar diferencias entre subpoblaciones (grupos de casos). La inspección de los datos nos mostró si existían valores inusuales, valores extremos, discontinuidades en los datos u otras peculiaridades.

#### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO.**

Posteriormente para describir la información de la muestra, se determinaron medias y desviaciones típicas y, en su defecto, medianas y rangos intercuartílicos para las

variables cuantitativas mientras que para las cualitativas, realizamos tablas de frecuencias y porcentajes.

## **ANÁLISIS INFERENCIAL.**

Para comparar la información de tipo cuantitativo en los dos grupos del estudio (alta precoz, alta estándar), utilizamos tests de comparación de medias t-Student, previa comparación de la normalidad (mediante test de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov, según procediera) y prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se determinaron intervalos de confianza para diferencias de medias al 95%.

Para las variables de tipo cualitativo, se realizaron tests de la Chi-cuadrado para tablas  $r \times s$  y test chi-cuadrado con corrección por continuidad o test exacto de Fisher (tablas  $2 \times 2$  poco pobladas), para estudiar su distribución en los dos grupos establecidos. Se complementaron los resultados de estas pruebas de hipótesis con el cálculo, cuando existieron diferencias estadísticamente significativas, de las odds ratio e intervalos de confianza de las odds ratio.

### III.5. FORMULARIOS.

#### • ALTA PRECOZ EN LA PUÉRPERA . HOJA DE DATOS.

**MADRE:**

EDAD: ESTADO CIVIL:  
 NIVEL DE ESTUDIO: SE EP EM ES  
 PROFESIÓN: DIRECCIÓN:  
 TELÉFONO: N.HC:

**PAREJA:**

EDAD PROFESIÓN  
 NIVEL DE ESTUDIO: SE EP EM ES ANTECEDENTES DE INTERÉS:

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

HTA. DM. NEO. ENF.HEREDITARIA. CROMOSOMOPATÍA. OTROS.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

CROMOSOMOPATÍA	DM	NEUROPATÍAS
HTA	ENF. TIROIDEA	PSICOPATÍAS
CARDIOPATÍA	ENF. METABÓLICA	TRAUMATISMOS
VARICES	FLEBITIS	INTERVENCIÓN QUIRURG.
ANEMIA	COAGULOPATÍA	
NEUMOPATÍA	COLAGENOSIS	
PATOLOGÍA DIGESTIVA	HEPATITIS	ALERGIAS
NEFROPATIA	ITU	TABACO
NEOPLASIA	OTRAS INFECCIONES	ALCOHOL TÓXICOS.

OBSERVACIONES:

MENARQUIA	INFERTILIDAD	INFECCIONES GENITALES
TIPO MENSTRUAL	INCOMPETENCIA CERVICAL	ENF MAMARIA
ALTERACIONES DEL CICLO	CIA GINECOLOG	OTROS

OBSERVACIONES:

NO ANTICONCEPCIÓN	D.I.U
COITUS UNTERRUPTUS	ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
METODO BARRERA	ESTERILIZACIÓN

**EMBARAZOS ANTERIORES:**

FORMULA OBSTETRICA: G...P...A...C...

	AÑO	CURSO DEL EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO	NEONATO/PESO-SEXO.
1					
2					
3					
4					

**DATOS DE LA GESTACIÓN ACTUAL**

FECLA DE LA ÚLTIMA REGLA: / / FECHA PROBABLE DE PARTO: / / .  
 Rh MATERNA: Rh NIÑO:

ANTECEDENTES DE INTERÉS:





**PUERPERIO INMEDIATO:**

PRIMERA HORA:

T°:

TA:

HEMORRAGIA: + ++ +++ ++++.

INVOLUCIÓN UTERINA:

1 TRAVES POR DEBAJO DE OMBLIGO O MÁS. SI /NO .

ATONÍA UTERINA: SI / NO .

MEDICACIÓN:

OXITOCINA

CATIDAD

OTRAS:

SEGUNDA HORA:

T°:

TA:

HEMORRAGIA: + ++ +++ ++++.

INVOLUCION UTERINA:

1 TRAVES POR DEBAJO DE OMBLIGO O MÁS. SI /NO .

MEDICACIÓN:

OXITOCINA

CANTIDAD

OTRAS:

**PUERPERIO CLÍNICO:**

T°:

TA:

HEMOGRAMA:

ESTADO GENERAL:

DOLOR:

ORINA:

PERISTALTISMO:

ESTADO DE MMII:

DEAMBULACIÓN: SI/NO

EDEMAS: SI/NO

FLEBITIS: SI/NO

OTROS:

INVOLUCIÓN UTERINA:

LOQUIOS:

EPISIOTOMÍA:

MAMA:

LACTANCIA AL ALTA:

TACTO VAGINAL:

TRATAMIENTO:

FE 300MG DIAS.COMPLEJO VITAMINICO. LAXANTE LEVE.

OTROS

CONFORMIDAD DE LA MADRE AL ALTA PRECOZ:

**REVISIÓN A LAS 24-48 HORAS DEL ALTA:**

**T°:**

**TA:**

**ESTADO GENERAL:**

**DOLOR:**

**ORINA: SI/NO/DISMINUIDA/MOLESTIAS**

**PERISTALTISMO:SI/NO**

**ESTADO DE MMII:**

**DEAMBULACIÓN:**

**EDEMAS:**

**FLEBITIS:**

**OTROS:**

**EPISIOTOMÍA: BUEN ESTADO / EDEMATOSA / ABIERTA / OTROS**

**INVOLUCIÓN UTERINA:**

**POR ENCIMA DEL OMBLIGO/ EN OMBLIGO/ POR DEBAJO  
DE OMBLIGO.**

**LOQUIOS: NO/+/++/+++. CARACTERÍSTICAS: COLOR:**

**SANGUINOLENTO /AMARILLENTO /CLARO. OLOR: MAL OLOR/ NO MAL  
OLOR**

**MAMAS:**

**CONTINUA CON LACTANCIA:**

**OBSERVACIONES:**

**PATOLOGÍA TRAUMÁTICA: CIATALGIA PUBALGIA OTRO**

**REVISIÓN A LOS 7-10 DIAS DEL ALTA:**

**REVISIÓN DE LA INVOLUCION PUERPERAL:**

**T°:**

**TA:**

**ESTADO GENERAL:**

**DOLOR:**

**ORINA: SI/NO/DISMINUIDA/MOLESTIAS**

**PERISTALTISMO:SI/NO**

**ESTADO DE MMII:**

**DEAMBULACIÓN:**

**EDEMAS:**

**FLEBITIS:**

**OTROS:**

**EPISIOTOMÍA: BUEN ESTADO / EDEMATOSA / ABIERTA / OTROS**

**INVOLUCIÓN UTERINA:**

**POR ENCIMA DEL OMBLIGO/ EN OMBLIGO/ POR DEBAJO  
DE OMBLIGO.**

**LOQUIOS: NO/+//+/+++. CARACTERÍSTICAS: COLOR:**  
**SANGUINOLENTO /AMARILLENTO /CLARO. OLOR: MAL OLOR/ NO MAL  
OLOR**

**MAMAS:**

**CONTINUA CON LACTANCIA:**

**OBSERVACIONES:**

**PATOLOGÍA TRAUMÁTICA: CIATALGIA PUBALGIA OTRO**

**ANSIEDAD-DEPRESION:**

**FATIGA:**

**REVISIÓN AL 1-3-6 MESES DEL ALTA:**

**T°:**

**TA:**

**ESTADO GENERAL:**

**DOLOR:**

**ORINA: SI/NO/DISMINUIDA/MOLESTIAS**

**PERISTALTISMO:SI/NO**

**ESTADO DE MMII:**

**DEAMBULACIÓN:**

**EDEMAS:**

**FLEBITIS:**

**OTROS:**

**EPISIOTOMÍA: BIEN/MAL**

**INVOLUCIÓN UTERINA-HEMORRAGIA TARDIA: SI/NO.**

**MAMAS:**

**CONTINUA CON LACTANCIA:**

**OBSERVACIONES:**

**PATOLOGÍA TRAUMÁTICA: CIATALGIA PUBALGIA OTRO**

**ANSIEDAD-DEPRESION:**

**FATIGA:**

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME.

Se está realizando una aplicación práctica de alta a las 24 horas del parto en madres y recién nacidos que cumplan los requisitos previos en este hospital, con el objeto de hacer un seguimiento exhaustivo en sus domicilios de todos los incidentes que eventualmente puedan afectar tanto a madres como a recién nacidos.

Con este objeto, solicitamos su autorización para formar parte de este programa de alta a las 24 horas y seguimiento posterior.

D<sup>a</sup>....., accede al alta de su hijo/a y a la de ella misma, en el presente día, y acogiéndose a lo establecido anteriormente , a mantener un contacto necesario posteriormente.

En Sevilla, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

FDO:

**TABLA ALEATORIA.**

**PARIDAD NO.**

- A. ALTA ESTANDAR.**
- B. ALTA PRECOZ.**

ABBABABBAA  
AABBABBBAA  
BBBAAAABBA  
AAABBBAABB  
AAABAABBBB  
BBBABAABAB  
ABABBBAAAB  
ABABBBAAABA  
ABABBAABAB  
ABBBABAABA  
BBAABABBAA  
BABAAABBAB  
AAAAABBBBB  
AABBBABABA  
BABBAABAAB  
AABBAAABBB  
BAABBBBAAA  
ABBAABAABB  
BABBAABAB  
BBAAABAABB  
ABAAABABBB  
BBAAABABAB  
AABAABBBBA  
BAAABBBBAA  
BBABBAAAAB  
BABBBAAAABA  
BBABBAAAAB  
BBABBABAAA  
AABBBBAAAA

**TABLA ALEATORIA.**

**PARIDAD SI.**

- A. ALTA ESTANDAR.**
- B. ALTA PRECOZ.**

BBABBAAABA  
AABBABBABA  
BAABABBAAB  
BABABBAAAB  
BBAABABABA  
ABBBAAAABB  
ABABAAABBB  
AAABBBBBAA  
ABAAABBABB  
BBBABBAAAA  
BAAAABABBB  
ABBAABBAAB  
BABBAABBAA  
BBABAAAABB  
ABAAABBBBA  
ABABAABBAB  
ABABBBABAA  
ABBAABBBA  
ABBBAAABAB  
BBABABAABA  
BABAAAABBB  
AABBBAAABB  
ABBBAAABABA  
ABABABABAB  
AABBAABBAB  
BBBAAABAAB  
BBABAABBAA  
BABBBBAAAA  
BAABABBBAA  
BAAABAABBB  
BABABBAABA  
ABABABABAB  
ABBABBABAA  
BBBAAAABAB  
BBAABAABBA  
BAABBABAAB  
BABBABAAAB  
BBAAABABAB  
ABABBAABAB

**ESCALA DE GRAVEDAD EN LA FATIGA (FATIGUE SEVERITY SCALE). De Krupp y cols. 1989.**

- |   |      |
|---|------|
| 1. Mi motivación se reduce cuando estoy cansado                                     | 1-7. |
| 2. El ejercicio me produce fatiga   | 1-7. |
| 3. Me fatigo fácilmente   | 1-7. |
| 4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico                                 | 1-7. |
| 5. La fatiga me produce con frecuencia problemas                                    | 1-7. |
| 6. La fatiga me impide hacer ejercicio físico continuado                            | 1-7. |
| 7. La fatiga interfiere en el desempeño de algunas obligaciones y responsabilidades | 1-7. |
| 8. La fatiga es uno de mis tres síntomas que más me incapacitan                     | 1-7. |
| 9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia o vida social                        | 1-7. |

La escala se responde con siete opciones: 1 indicando estar en gran desacuerdo y 7 que indica estar totalmente de acuerdo.

## ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

Nombre:

Evaluador:

Instrucciones:

Este cuestionario se ha constituido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

- Me siento tenso o "molesto" (A).
  - Todos los días 3.
  - Muchas veces 2.
  - A veces 1.
  - Nunca 0.
- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba (D).
  - Como siempre 0.
  - No lo bastante 1.
  - Sólo un poco 2.
  - Nada 3.
- Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.(A)
  - Totalmente, y es muy fuerte 3.
  - Sí, pero no es muy fuerte 2.
  - Un poco, pero no me preocupa 1.
  - Nada 0.
- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (D).
  - Igual que lo hice siempre 0.
  - Ahora, no tanto 1.
  - Casi nunca 2.
  - Nunca 3.
- Tengo la cabeza llena de preocupaciones (A).
  - La mayoría de las veces 3.
  - Con bastante frecuencia 2.
  - A veces, aunque no muy a menudo 1.
  - Sólo en ocasiones 0.
- Me siento alegre (D).
  - Nunca 3.
  - No muy a menudo 2.
  - A veces 1.
  - Casi siempre 0.
- Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado (A).
  - Siempre 0.
  - Por lo general 1.
  - No muy a menudo 2.
  - Nunca 3.

- Me siento como si cada día estuviera más lento (D).
  - Por lo general, en todo momento 3.
  - Muy a menudo 2.
  - A veces 1.
  - Nunca 0.
- Tengo sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago (A).
  - Nunca 0.
  - En ciertas ocasiones 1.
  - Con bastante frecuencia 2.
  - Muy a menudo 3.
- He perdido el interés por mi aspecto físico (D).
  - Totalmente 3.
  - No me preocupo tanto como debiera 2.
  - Podría tener un poco más de cuidado 1.
  - Me preocupo igual que siempre 0.
- Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento (A).
  - Mucho 3.
  - Bastante 2.
  - No mucho 1.
  - Nada 0.
- Me siento optimista respecto al porvenir (D).
  - Igual que siempre 0.
  - Menos de lo que acostumbraba 1.
  - Mucho Menos de lo que acostumbraba 2.
  - Nada 3.
- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico (A).
  - Muy frecuentemente 3.
  - Bastante a menudo 2.
  - No muy a menudo 1.
  - Nada 0.
- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión (D).
  - A menudo 0.
  - A veces 1.
  - No muy a menudo 2.
  - Rara vez 3.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

¿ ESTÁ USTED SATISFECHA CON EL TRATO POSNATAL POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO?.

- 0 NO
- 1 BIEN
- 2 SATISFECHA
- 3 MUY SATISFECHA

LE HAN CONTESTADO A LAS PREGUNTAS QUE SE LE PRESENTABAN EN LOS DIAS POSPARTO.

- 0 NO
- 1 BIEN
- 2 SATISFECHA
- 3 MUY SATISFECHA

¿QUIÉN LE HA DADO MÁS NOCIONES SOBRE CUIDADOS PERSONALES Y NEONATALES?.

GINECOLOGO      PEDIATRA      ATS      TODOS.

EN CASO DE HABER ESTADO 2 O MÁS DIAS. ¿ CREE QUE CON MENOS DÍAS INGRESADA (1 DÍA) Y VISITA A CASA HUBIERA MEJORADO SU SATISFACCIÓN?.

- 0 NO.
- 1 INDIFERENTE
- 2 MEJORADO

EN CASO DE REPETIR PARTO Y TODO EVOLUCIONE BIEN PREFIERE:

- 0 CONTROL HABITUAL.
- 1 ALTA PRECOZ.
- 2 INDIFERENTE.
- 3

EN CASO DE ALTA PRECOZ: ¿CÓMO LO VALORAS?

- 0 INSATISFACTORIO
- 1 INDIFERENTE
- 2 SATISFECHA
- 3 MUY SATISFECHA

¿CUÁNDO SE ENCONTRABA MEJOR?.

- 0 EL DÍA DE CONTROL INTRAHOSPITALARIO CON VISITA DE PEDIATRA-GINECÓLOGO-ATS .
- 1 VISITA DE PERSONAL SANITARIO A DOMICILIO.

PUNTUACIÓN DE ALTA PRECOZ:

0    1    2    3    4    5

## **RECOMENDACIONES A LA PUÉRPERA:**

**HIGIENE: LAVADO DEL PERINÉ DOS VECES AL DÍA Y POSTERIOR SECADO ADECUADO .LAVADO CUIDADOSO DE LAS MAMAS PREVIO A CADA TOMA DE LECHE.MEJOR DUCHA QUE BAÑO.**

**ACTIVIDAD:** ACTIVIDAD RELATIVA EN CASA-TRABAJO LOS PRIMEROS DÍAS. NO REALIZAR TRABAJO ,ESFUERZO IMPORTANTTE LOS PRIMEROS DÍAS. ES RECOMENDABLE QUE PRACTIQUE EJERCICIOS FÍSICOS; EMPLEARÁ PARA ELLO UN CUARTO DE HORA AL DÍA.

**DIETA: NORMAL.** NO ES MOMENTO DE INICIAR DIETAS DE ADELGAZAMIENTO PUES LA LACTANCIA REQUIERE APORTE ALIMENTICIO SUFICIENTE E HIDRATACIÓN ADECUADA ( AL MENOS 2 LITROS DE AGUA).

**MOLESTIAS ABDOMINALES** INTERMITENTES, ENTRE EL 1-4 DÍA POSTPARTO, QUE AUMENTAN CON LA PUESTA AL PECHO DEL NIÑO, SON NORMALES (SON LOS ENTUERTOS).

**MENSTRUACIÓN:** LA PRIMERA PUEDE SOBREVENIR 6 U 8 SEMANAS DESPUÉS DEL PARTO, PERO GENERALMENTE (NO SIEMPRE) NO APARECE DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE LACTANCIA.

**COMPLICACIONES: ACUDIRÁ AL HOSPITAL SI PRESENTA:**

HEMORRAGIA VAGINAL IMPORTANTE MAYOR QUE LA QUE TENÍA AL ALTA.

FIEBRE (MAYOR DE 38° Y EN DOS OCASIONES EN 24 HORAS; RECUERDE QUE LA SUBIDA DE LA LECHE PRODUCE AUMENTO DE LA TEMPERATURA Y SUELE APARECER ENTRE EL2 Y 5 DÍA POSTPARTO).

LEUCORREA (FLUJO) MALOLIENTE.

RETENCIÓN URINARIA.

DOLOR O EDEMAS EN EXTREMIDADES INFERIORES.

DOLOR MAMARIO CON O SIN INFLAMACIÓN.

**RELACIONES SEXUALES:** DEBEN SUPRIMIRSE HASTA QUE TERMINE LA INVOLUCIÓN DEL APARATO GENITAL; APROXIMADAMENTE 40 DÍAS. EVITARLAS EN TODOS LOS CASOS DURANTE EL PERÍODO DE SANGRADO.

**ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO:** EN EL PUERPERIO HAY PROTECCIÓN NATURAL QUE SUELE DURAR DE 1 A 3 MESES; EN CASO DE DESEAR ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPCIÓN (YA QUE LA PROTECCIÓN NATURAL NO ES DEL 100%), DEBE SER CON **PRESERVATIVO** Y EN EL CASO DE REQUERIR LA PÍLDORA DEBE SER REVISADO POR EL GINECÓLOGO Y NUNCA ANTES DE 3 MESES POSTERIOR AL PARTO.

**REVISIÓN** A LAS 6 SEMANAS DEL PARTO DEL APARATO GENITAL. PARA ENTONCES SE HABRÁ COMPLETADO LA CICATRIZACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES Y TERMINADO LA EXPULSIÓN DE LOQUIOS.

**VISITA AL PEDIATRA Y SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNAS.**

**INFORMACIÓN ÚTIL PARA LAS MADRES QUE INICIAN LA LACTANCIA.**

SE DEBE PONER EL NIÑO AL PECHO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO O, POR LO MENOS, ANTES DE TRANSCURRIDA UNA HORA DESPUÉS DEL NACIMIENTO; SE AYUDA ASÍ A INSTAURAR LA LACTANCIA Y, EN CUALQUIER CASO, EL CALOSTRO ES BUENO PARA EL NIÑO.

LA SUBIDA DE LA LECHE SE BENEFICIA CON APLICACIONES FRECUENTES DEL NIÑO AL PECHO; RECUERDE QUE SE PUEDE ACOMPAÑAR DE AUMENTO DE LA TEMPERATURA, SIENDO TOTALMENTE NORMAL.

LA TUMEFACCIÓN MAMARIA ES FRECUENTE ENTRE 3 Y 6 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO; LA SUCCIÓN REPETIDA POR PARTE DEL NIÑO AYUDA A REDUCIRLA.

LA CANTIDAD Y LA CALIDAD DE LA LECHE MATERNA CUBRE HABITUALMENTE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES DEL NIÑO.

EL TAMAÑO DE LA MAMA NO AFECTA A LA CAPACIDAD DE LA LACTANCIA.

LA SUCCIÓN DEL PECHO PROVOCA CONTRACCIONES DEL ÚTERO QUE, EN OCASIONES, SON DOLOROSAS, PERO QUE AYUDAN A DISMINUIR LA HEMORRAGIA.

LA LACTANCIA ARTIFICIAL PUEDE SER NECESARIA Y EXISTEN PREPARADOS EXCELENTES QUE SUSTITUYEN A LA LECHE NATURAL, PERO SIEMPRE EL PECHO ES SUPERIOR AL BIBERÓN.

ASEGURAR LA CORRECTA INGESTA HÍDRICA DE LA MADRE, QUE DEBE OSCILAR ALREDEDOR DE LOS 3 LITROS DE AGUA AL DÍA.

**BENEFICIOS DE LA LACTANCIA PARA LA SALUD DEL NIÑO:**

NUTRICIÓN ADECUADA.  
PROPIEDADES ANTIINFECCIOSAS.  
PROPIEDADES ANTIALÉRGICAS.  
ESPACIAMIENTO DE LOS PARTOS.  
UNIÓN PSICOLÓGICA MADRE-HIJO.

## IV. RESULTADOS.

Hemos realizado un estudio prospectivo y randomizado sobre el alta precoz con **430** casos.

Se hicieron dos grupos de estudio según la paridad (primíparas y multíparas) y, después del parto, se randomizaron según tabla de randomización. No se realizó preparación prenatal para el alta precoz.

La distribución final de las 430 pacientes fue:

	N° total				N° primíparas				N° multíparas			
			No aceptan				No aceptan				No aceptan	
	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V
<b>Grupo de alta precoz (AP).</b>	<b>213</b>	49.6	<b>11</b>	2.6	<b>78</b>	18.2	<b>5</b>	1.2	<b>135</b>	31.4	<b>6</b>	1.4
<b>Grupo control (CO).</b>	<b>217</b>	50.4	<b>4</b>	0.9	<b>82</b>	19.0	<b>1</b>	0.2	<b>135</b>	31.4	<b>3</b>	0.7

**FE= Frecuencia.      %V= Porcentaje válido.**

## IV.1 CASOS PERDIDOS.

Hubo un total de 15 casos perdidos o que no aceptan el tipo de alta asignado (3.5% del total). La distribución es la siguiente:

Motivo	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Miedo.</b>	7	1.63	7	3.3	0	0
<b>Vivir lejos.</b>	1	0.23	0	0	1	0.5
<b>No querer revisión.</b>	7	1.63	4	1.9	3	1.4
	15	3.5	11	5.16	4	1.84

**FE= Frecuencia.    %V= Porcentaje válido**

Motivo	N° total	N° AP Primípara	N° CO Primípara	N° AP múltipara	N° CO múltipara
<b>Miedo.</b>	7	4	0	3	0
<b>Vivir lejos.</b>	1	0	1	0	0
<b>No querer revisión.</b>	7	1	0	3	3
<b>% del total</b>	<b>15 (3.5%)</b>	<b>5 (1.2%)</b>	<b>1 (0.2%)</b>	<b>6 (1.4%)</b>	<b>3 (0.7%)</b>

## IV.2 DISTRIBUCIÓN ALEATORIA DE PACIENTES POR GRUPO.

### IV.2.1 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

#### Distribución por edad.

AÑOS	Nº TOTAL		Nº ALTA PRECOZ		Nº CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<= 19	18	4.2	7	3.3	11	5.0
20-30	232	53.9	117	54.9	115	53.1
31-40	173	40.2	88	41.3	85	39.2
>40	5	1.2	1	0.5	4	1.8
PERDIDOS.	2	0.5	0	0	2	0.9

FE= Frecuencia.      %VT= Porcentaje válido.

#### Distribución por localidad de procedencia, estado civil y nivel cultural.

	Nº total		Nº AP		Nº CO	
	FE	%V	FE	%V	FE	%V
<b>Localidad.</b>						
Dos Hermanas	238	55.3	126	59.2	112	51.6
Alcalá.	80	18.6	32	15.0	48	22.1
Los Palacios.	71	16.5	31	14.6	40	18.5
Sevilla	41	9.5	24	11.3	17	7.8
<b>Estado civil</b>						
Casada.	418	97.2	207	97.2	211	97.2
Soltera.	12	2.8	6	2.8	6	2.8
<b>Nivel cultural.</b>						
Sin estudios.	59	13.7	32	15.0	27	12.4
Estudios 1º.	291	67.7	133	62.4	158	72.9
Estudios 2º.	57	13.3	29	13.6	28	12.9
E Superiores	23	5.3	19	8.9	4	1.8

FE= Frecuencia.      %V= Porcentaje válido.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas		
	FE	%V	FE	%V	FE	%V	FE	%V	
<b>Localidad.</b>									
Dos Hermanas	45	57.7	40	48.8	81	60.0	72	53.3	
Alcalá.	14	17.9	21	25.6	18	13.3	27	20.0	
Los Palacios.	10	12.8	15	18.3	21	15.6	25	18.5	
Sevilla	9	11.5	6	7.3	15	11.1	11	8.1	
<b>Estado civil</b>									
Casada.	72	92.3	78	95.1	135	100	133	98.5	
Soltera.	6	7.7	4	4.9	0	0	2	1.5	
<b>Nivel cultural.</b>									
Sin estudios.	10	12.8	13	15.9	22	16.3	14	10.4	
Estudios 1°.	48	61.5	55	67.1	85	63.0	103	76.3	
Estudios 2°.	14	17.9	11	13.4	15	11.1	17	12.6	
E Superiores	6	7.7	3	3.7	13	9.6	1	0.7	

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

#### Distribución por paridad:

Antecedentes Gestacionales.	N° total de múltiparas		N° AP		N° CO	
	N°	Pocentaje del total	N°	Pocentaje del total	N°	Pocentaje del total
<b>Primigesta</b>	160	<b>47</b>	78	<b>18</b>	82	<b>19</b>
<b>Múltipara</b>	270	<b>63</b>	135	<b>31.5</b>	135	<b>31.5</b>
	430	<b>100</b>	213	<b>49.6</b>	217	<b>50.4</b>

La distribución en casos de múltiparas es la siguiente:

Antecedente de Cesárea	N° total de casos	N° total de múltiparas	N° AP		N° CO	
				Múltipara		Múltipara
<b>No.</b>	423	263	211	133	212	130
<b>Sí.</b>	7	7	2	2	5	5
	430	270				
<b>Porcentaje de cesáreas.</b>	1.6%	1.6%	0.4%		1.2%	
<b>Porcentaje válido de cesáreas.</b>	<b>1.6%</b>	<b>2.6%</b>	<b>0.9%</b>	<b>1.5%</b>	<b>2.3%</b>	<b>3.7%</b>

Antecedentes Gestacionales.	N° TOTAL múltiparas		N° AP múltiparas		N° CO múltipara	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1 Parto.</b>	173	<b>64.1</b>	93	<b>68.9</b>	80	<b>59.3</b>
<b>2 Partos.</b>	77	<b>28.5</b>	34	<b>25.2</b>	43	<b>31.9</b>
<b>3 Partos.</b>	19	<b>7.1</b>	8	<b>5.9</b>	11	<b>8.1</b>
<b>4 Partos.</b>	1	<b>0.3</b>	0	<b>0</b>	1	<b>0.7</b>

## IV.2.2 DATOS DEL PARTO.

Datos del parto totales. N= 430.

		ME.	DT.	FE.	%V.
<b>Edad media.</b>		29.47	1.79		
<b>Semanas de gestación.</b>		39.51	1.12		
<b>Inicio de parto.</b>	Espontáneo			368	85.6
	Estimulado			34	7.9
	Inducido			28	6.5
<b>Presentación fetal.</b>	Cefálica.			427	99.3
	Pelviana.			3	0.7
<b>Amniorrexis.</b>	Espontánea			155	36.0
	Artificial.			275	64.0
<b>Color del L.A.</b>	Claro			392	91.2
	Meconio			36	8.4
	Meconio++			2	0.4
<b>T-Dilatación. En horas</b>		3.42	3.75		
<b>T-Expulsivo. En minutos</b>		15.27	10.0		
<b>T-Oxitocina. En minutos</b>		199.58	164.73		
<b>Horas de bolsa rota.</b>		5.06	4.31		
<b>Terminación.</b>	Eutócica.			379	88.1
	Ventosa.			35	8.1
	Espátula.			16	3.7
<b>Tipo de episiotomía.</b>	No.			62	14.4
	Media.			98	22.8
	Mlateral.			270	62.8
<b>Desgarro.</b>	No.			392	91.2
	1.			10	2.3
	2.			28	6.5
<b>Detección de EGB.</b>	Negativo.			291	67.7
	No consta.			139	32.3
<b>Sexo de R.N</b>	Varón.			211	49.1
	Hembra			219	50.9
<b>Peso de R.N. gramos.</b>		3349.0	384.45		
<b>Talla. cm.</b>		50.50	1.94		

FE= Frecuencia.      %V= Porcentaje válido.  
ME= Media.            DT= Desviación Típica.

Datos del parto según grupo de estudio. N= 430.

		ALTA PRECOZ				CONTROL			
		ME.	DT.	FE.	%V.	ME.	DT.	FE.	%V.
<b>Edad media.</b>		<b>29.51</b>	<b>4.94</b>			<b>29.43</b>	<b>5.8</b>		
<b>Semanas de gestación.</b>		<b>39.52</b>	<b>1.13</b>			<b>39.50</b>	<b>1.12</b>		
<b>Inicio de parto.</b>	Espontáneo			179	84.0			189	87.1
	Estimulado			18	8.5			16	7.4
	Inducido			16	7.5			12	5.5
<b>Presentación fetal.</b>	Cefálica.			212	99.5			215	99.1
	Pelviana.			1	0.5			2	0.9
<b>Amniorrexis.</b>	Espontánea			71	33.3			84	38.7
	Artificial.			142	66.7			133	61.3
<b>Color del L.A.</b>	Claro			191	89.7			201	92.6
	Meconio			21	9.9			15	6.9
	Meconio++			1	0.5			1	0.5
<b>T-Dilatación. En horas</b>		3.08	2.74			3.76	2.73		
<b>T-Expulsivo. En minutos</b>		14.48	9.5			16.04	9.33		
<b>T-Oxitocina. En minutos</b>		179.3	160.8			219.4	166.4		
<b>Horas de bolsa rota.</b>		4.79	4.39			5.33	4.22		
<b>Terminación.</b>	Eutócica.			187	87.8			192	88.5
	Ventosa.			16	7.5			19	8.7
	Espátula.			10	4.7			6	2.8
<b>Tipo de episiotomía.</b>	No.			33	15.5			29	13.4
	Media.			52	24.4			46	21.2
	Mlateral.			128	60.1			142	65.4
<b>Desgarro.</b>	No.			193	90.6			199	9.7
	1.			6	2.8			4	1.8
	2.			14	6.6			14	6.5
<b>Detección de EGB.</b>	Negativo.			146	68.5			145	66.8
	No consta.			67	31.5			72	33.2
<b>Sexo de R.N</b>	Varón.			106	49.8			105	48.4
	Hembra			107	50.2			112	51.6
<b>Peso de R.N. gramos.</b>		3348	396.7			3335	372.8		
<b>Talla . cm.</b>		50.53	2.17			50.47	1.68		

FE= Frecuencia.

ME= Media.

%V= Porcentaje válido.

DT= Desviación Típica.

**Datos del parto por paridad. N= 430.**

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE	%V	FE	%V	FE	%V	FE	%V
<b>Edad media</b>	27.9	4.5	26.6	5.3	30.4	5.0	31.1	5.4
<b>Semamas Gestac</b>	39.4	1.04	39.4	1.07	39.5	1.18	39.5	1.15
<b>Inicio de parto.</b>								
Espontáneo	65	83.3	75	91.5	114	84.4	114	84.4
Estimulado.	6	7.7	4	5.1	12	8.9	12	8.9
Inducido.	7	9	3	5.1	9	6.7	9	6.7
<b>Presentac fetal.</b>								
Cefálica.	77	98.7	82	100	135	100	133	98.5
Pelviana.	1	1.8	0	0	0	0	2	1.5
<b>Amniorrexis.</b>								
Espontánea.	24	30.8	37	45.1	47	34.8	47	34.8
Artificial.	54	69.2	45	54.9	88	65.2	88	65.2
<b>Color de L.A</b>								
Claro.	71	91	73	89	120	88.9	128	94.8
Meconio	6	7.7	9	11	15	4.1	6	4.4
Meconio ++	1	1.3	0	0	0	0	1	0.7
<b>Terminación.</b>								
Eutócica.	60	76.9	69	84.1	127	94.1	123	91.1
Ventosa.	11	14.1	8	9.8	5	3.7	11	8.1
Espátula.	7	9.0	5	6.1	3	2.2	1	0.7
<b>Tipo episiotomía</b>								
No.	1	1.3	2	2.4	32	23.7	27	20.0
Media.	13	16.7	12	14.6	39	28.9	34	25.2
Mlateral.	64	82.1	68	82.9	64	47.4	74	54.8
<b>Desgarro.</b>								
No.	67	85.9	70	85.4	126	93.3	129	95.6
1°	4	5.1	2	2.4	2	1.5	2	1.5
2°	7	9.0	10	12.2	7	5.2	4	3.0
<b>Detección EGB.</b>								
Negativo.	51	65.4	57	69.5	95	70.4	88	65.2
No consta.	27	34.6	25	30.5	40	29.6	47	34.8

**FE= Frecuencia.      %V= Porcentaje válido.**

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.
<b>Semanas Gestac.</b>	39.4	1.04	39.4	1.07	39.5	1.18	39.5	1.15
<b>T-Dilatación(hs)</b>	4.64	3.18	4.74	2.61	2.17	1.96	3.16	2.64
<b>T-Expulsiv(min)</b>	19.5	11.4	18.1	10.2	11.5	6.68	14.7	8.54
<b>T-oxitocina(min)</b>	264	187	280	159	130	118	182	160
<b>Horas de B.Rota</b>	6.04	4.46	6.59	4.56	4.07	4.21	4.56	3.82

ME= Media.

DT= Desviación Típica.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sexo de R.N.</b>								
Varón.	41	52.6	39	47.6	65	48.1	66	48.9
Hembra.	37	47.4	43	52.4	70	51.9	69	51.1
	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.
<b>Peso R.N gm.</b>	3267	361	3293	335	3395	409	3384	390
<b>Talla. cm.</b>	50.4	1.49	50.2	1.55	50.5	2.48	50.6	1.74

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

ME= Media. DT= Desviación Típica.

**Datos del parto. Porcentaje de los grupos sanguíneos maternos y de R N.**

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Grupo de madre</b>						
A-	33	7.7	17	8	16	7.4
A+	160	37.7	82	38.5	78	35.9
AB-	0	0	0	0	0	0
AB+	11	2.6	4	1.9	7	3.2
B-	6	1.4	3	1.4	3	1.4
B+	30	7.0	18	8.5	12	5.5
O-	28	6.5	12	5.6	16	7.4
O+	162	37.7	77	36.3	85	39.2
<b>Grupo de R.N</b>						
A-	18	4.2	10	4.7	8	3.7
A+	164	38.1	80	37.6	84	38.7
AB-	2	0.5	1	0.5	1	0.5
AB+	10	2.3	3	1.4	7	3.2
B-	5	1.2	2	0.9	3	1.4
B+	38	8.8	18	8.5	20	9.2
O-	23	5.3	11	5.2	12	5.5
O+	170	39.5	88	41.3	82	37.8

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Grupo de madre</b>								
A-	7	9.0	5	6.1	10	7.4	11	8.1
A+	32	41.0	28	34.1	50	37.0	50	37.0
AB-	0	0	0	0	0	0	0	0
AB+	2	2.6	3	3.7	2	1.5	4	3.0
B-	0	0	1	1.2	3	2.2	2	1.5
B+	7	9.0	7	8.5	11	8.1	5	3.7
O-	3	3.8	6	7.3	9	6.7	10	7.4
O+	27	34.6	32	39.0	50	37.0	53	39.3
<b>Grupo de R.N</b>								
A-	4	5.1	6	7.3	6	4.4	2	1.5
A+	33	42.3	30	36.6	42	34.8	54	40.0
AB-	0	0	0	0	1	0.7	1	0.7
AB+	1	1.3	2	2.4	2	1.5	5	3.7
B-	1	1.3	1	1.2	1	0.7	2	1.5
B+	7	9.0	9	11.0	11	8.1	11	8.1
O-	1	1.3	4	4.9	10	7.4	8	5.9
O+	31	39.7	30	36.6	57	42.2	52	38.5

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Datos del parto. Porcentaje de casos que requieren administración de gammaglobulina AntiD.**

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí</b>	39	9.1	19	8.9	20	90.8
<b>No</b>	391	90.9	194	91.1	197	9.2

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí</b>	8	10.3	4	4.9	11	8.1	16	11.9
<b>No</b>	70	89.7	78	95.1	124	91.9	119	88.1

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

**Datos del parto. Casos de inducción-estimulación. N°= 62 casos (14.41%).**

CAUSAS.	N° total		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE	%V	FE	%V	FE	%V
<b>Bolsa Rota.</b>	10	2.3	6	2.8	4	1.8
<b>Ges.Cronol.Prolongada</b>	10	2.3	5	2.3	5	2.3
<b>L Meconial.</b>	18	4.2	10	4.7	8	3.7
<b>CIR.</b>	3	0.7	1	0.5	2	0.9
<b>RCTG prepatol.</b>	5	1.2	2	0.9	3	1.4
<b>Oligoamnios.</b>	16	3.7	10	4.7	6	2.8
<b>NUMERO</b>	<b>62</b>	<b>14.4</b>	<b>34</b>	<b>15.9</b>	<b>28</b>	<b>12.9</b>
Tipo de medicación para la inducción-estimulación						
<b>Prostaglandina.</b>	28	6.5	16	7.5	12	5.5
<b>Oxitocina.</b>	33	7.6	16	7.5	17	7.8

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

CAUSAS.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE	%V	FE	%V	FE	%V	FE	%V
<b>Bolsa Rota.</b>	2	2.6	0	0	4	3	4	3.0
<b>Ges.Cronol.Prol</b>	0	0	1	1.2	5	3.7	4	3.0
<b>L Meconial.</b>	4	5.1	4	4.9	6	4.4	4	3.0
<b>CIR.</b>	1	1.3	0	0	0	0	2	1.5
<b>RCTG prepatol.</b>	0	0	1	1.2	2	1.5	2	1.5
<b>Oligoamnios.</b>	6	7.7	1	1.2	4	3.0	5	3.7
<b>NUMERO</b>	<b>13</b>	<b>16.6</b>	<b>7</b>	<b>8.5</b>	<b>19</b>	<b>14.1</b>	<b>22</b>	<b>16.3</b>
Tipo de medicación para la inducción-estimulación.								
<b>Prostaglandina.</b>	7	9	3	3.7	9	6.7	9	6.7
<b>Oxitocina.</b>	6	7.7	4	4.9	10	7.4	13	9.6

**FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.**

**Datos del parto. Tiempo de ingreso.**

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.
<b>Tiempo de ingreso (horas)</b>	39.3	14.5	27.23	9.12	51.25	7.29
<b>Tiempo de ingreso (días)</b>	<b>1.63</b>		<b>1.13</b>		<b>2.13</b>	

ME= Media.

DT= Desviación Típica.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.	ME	DT.
<b>Tiempo de ingreso (horas).</b>	39.3	14.5	28.1	10.0	50.8	7.4	26.6	8.5	51.5	7.2
<b>Tiempo de ingreso (días)</b>	<b>1.63</b>		<b>1.17</b>		<b>2.11</b>		<b>1.11</b>		<b>2.14</b>	

ME= Media.

DT= Desviación Típica.

### IV.3 RESULTADOS MATERNOS.

#### Resultados primarios en la madre:

- Proporción de readmisiones de las madres en las primeras 6 semanas.
- Proporción de casos con cifras altas en los scores de depresión a la semana y 4-6 semanas.
- Proporción de casos de alimentación con lactancia materna (exclusivo o mixta) a las 6, 12 semanas y 6 meses.

#### Resultados secundarios en las madres:

- Duración total de la rehospitalización en las 6 primeras semanas.
- Proporción de casos que requieren consulta por urgencias en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con quejas por fatiga en las primeras 6 semanas.
- Proporción de mujeres con problemas físicos (problemas perineales...) en las 6 primeras semanas.

#### ¿Acudio a la revisión semanal?.

#### Resultados maternos.

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí</b>	408	94.9	205	96.2	203	93.5
<b>No</b>	22	5.1	8	3.8	14	6.5

**FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.**

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí</b>	76	97.4	75	91.5	129	95.6	128	94.8
<b>No</b>	2	2.6	7	8.5	6	4.4	7	5.2

**FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.**

Se incluyen aquí los casos que no aceptaron participar en el grupo de estudio asignado. La valoración de la patología puerperal, la patología neonatal y lactancia materna se realiza por teléfono. La valoración de ansiedad-depresión y fatiga, como se realiza mediante encuesta con scores, se consideran como casos perdidos.

**Resultados maternos. Distribución de los casos que no acudieron a la revisión de la semana según grupo de estudio.**

	N° total				No acuden a revisión			
	No aceptan				No aceptan			
	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V	FE.	%V
<b>Grupo de alta precoz (AP).</b>	213	49.6	11	5.1	8	3.75	3	1.4
<b>Grupo control (CO).</b>	217	50.4	4	1.8	14	6.45	4	1.8

**FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.**

También incluimos la distribución de los casos que no acudieron a la revisión en relación a los casos que no aceptaron el grupo al que fueron asignados según tabla de randomización.

### IV.3.1 REINGRESO MATERNO EN LAS PRIMERAS SEIS SEMANAS.

Reingreso materno en las seis primeras semanas. Distribución por grupo de estudio.

REINGRESO.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	9	2.0	4	1.9	5	2.3
<b>No.</b>	421	98.0	209	98.1	212	97.7

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Reingreso materno en las seis primeras semanas. Distribución por paridad.

REINGRESO.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	2	2.5	4	4.9	2	1.5	1	0.7
<b>No.</b>	77	97.5	78	95.1	133	98.5	134	99.3

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Reingreso materno en las seis primeras semanas. Descripción.

N°	TIPO DE ALTA	MOTIVO DE REINGRESO	TIEMPO DE REINGRESO EN DÍAS
<b>Caso 1</b>	AP-Primípara	Dehiscencia de episiotomía	3
<b>Caso 2</b>	AP-Primípara	Fiebre-Absceso de Bartolino	2
<b>Caso 3</b>	AP-Múltipara	Endometritis	5
<b>Caso 4</b>	AP-Múltipara	Psicosis Puerperal	10
<b>Caso 5</b>	CO-Primípara	Dehiscencia de episiotomía	3
<b>Caso 6</b>	CO-Primípara	Psicosis Puerperal	25
<b>Caso 7</b>	CO-Primípara	Endometritis	4
<b>Caso 8</b>	CO-Primípara	Mastitis	2
<b>Caso 9</b>	CO-Múltipara	Fiebre Puerperal	5

### IV.3.2 PATOLOGÍA ANSIOSA-DEPRESIVA.

Evaluación de la patología ansiosa-depresiva según la "Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)" a la semana y mes posparto. En la escala se considera normal una puntuación de 0 a 7, una puntuación entre 8 y 10 nos indicaría un caso probable de patología, y 11 o más un caso patológico de ansiedad o depresión.

En la evaluación de la ansiedad-depresión ha habido un total de 22 pérdidas por no acudir a la revisión semanal.

#### Patología Ansiosa-Depresiva. Semana posparto.

HAD SCALE.	Nº TOTAL		Nº ALTA PRECOZ		NºCONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No (0-7).</b>	364	84.6	188	88.3	176	81.1
<b>Probable(8-10)</b>	32	7.4	14	6.6	18	8.3
<b>Patológico(&gt;10)</b>	10	2.3	2	0.9	8	3.7
<b>Grave (&gt;32)</b>	2	0.5	1	0.5	1	0.5
<b>Perdidos</b>	22	5.1	8	3.8	14	6.5

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

HAD SCALE.	Nº AP primíparas		Nº CO primíparas		Nº AP múltiparas		Nº CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No (0-7).</b>	62	79.5	66	80.4	126	93.3	110	81.5
<b>Probable(8-10).</b>	11	14.1	5	6.1	3	2.2	13	9.7
<b>Patológico(&gt;10)</b>	2	2.6	3	3.6	0	0	5	3.7
<b>Grave (&gt;32)</b>	0	0	1	1.2	1	0.7	0	0
<b>Perdidos</b>	3	3.8	7	8.7	5	3.7	7	5.2

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Patología Ansiosa-Depresiva. Mes posparto.**

HAD SCALE.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No (0-7).</b>	398	97.7	203	95.3	195	89.9
<b>Probable(8-10).</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Patológico(&gt;10)</b>	10	2.3	2	0.9	8	3.7
<b>Grave (&gt;32)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Perdidos</b>	22	5.1	8	3.8	14	6.5

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

HAD SCALE.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltíparas		N° CO múltíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No (0-7).</b>	74	94.9	71	86.5	129	95.6	124	91.9
<b>Probable(8-10).</b>	0	0	3	3.6	0	0	0	0
<b>Patológico(&gt;10)</b>	1	1.3	1	1.2	1	0.7	4	2.9
<b>Grave (&gt;32)</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Perdidos</b>	3	3.8	7	8.7	5	3.7	7	5.2

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

### IV.3.3 LACTANCIA MATERNA.

#### Lactancia Materna. Evaluación al alta posparto.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	425	98.8	78	100	80	97.6	135	100	132	97.8
<b>L.Artificial.</b>	5	1.2	0	0	2	2.4	0	0	3	2.2

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	425	98.8	213	100	212	97.8
<b>L.Artificial.</b>	5	1.2	0	0	5	2.3

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

#### Lactancia Materna. Evaluación a la semana del parto.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	405	94.2	73	93.6	75	91.3	132	97.8	125	92.6
<b>L.Artificial.</b>	25	5.8	5	6.4	7	8.5	3	2.2	10	7.4

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	405	94.2	205	96.2	200	92.2
<b>L.Artificial.</b>	25	5.8	8	3.8	17	7.8

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Lactancia Materna. Evaluación al mes del parto.**

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	372	86.5	68	87.2	66	80.5	122	90.4	116	85.9
<b>L.Artificial.</b>	58	13.5	10	12.8	16	19.5	13	9.6	19	14.1

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	372	86.5	190	89.2	182	83.9
<b>L.Artificial.</b>	58	13.5	23	10.8	35	16.1

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Lactancia Materna. Evaluación a los tres meses del parto.**

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	260	60.5	58	61.5	42	51.2	93	68.9	77	57.0
<b>L.Artificial.</b>	170	39.5	30	38.5	40	48.8	42	31.1	58	43.0

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	260	60.5	141	66.2	119	54.8
<b>L.Artificial.</b>	170	39.5	72	33.8	98	45.2

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Lactancia Materna. Evaluación a los seis meses del parto.**

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	170	39.5	33	42.3	28	34.1	61	45.2	48	35.6
<b>L.Artificial.</b>	260	60.5	45	57.7	54	65.9	74	54.8	87	64.4

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	170	39.5	94	44.1	76	35.0
<b>L.Artificial.</b>	260	60.5	119	55.9	141	65.0

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

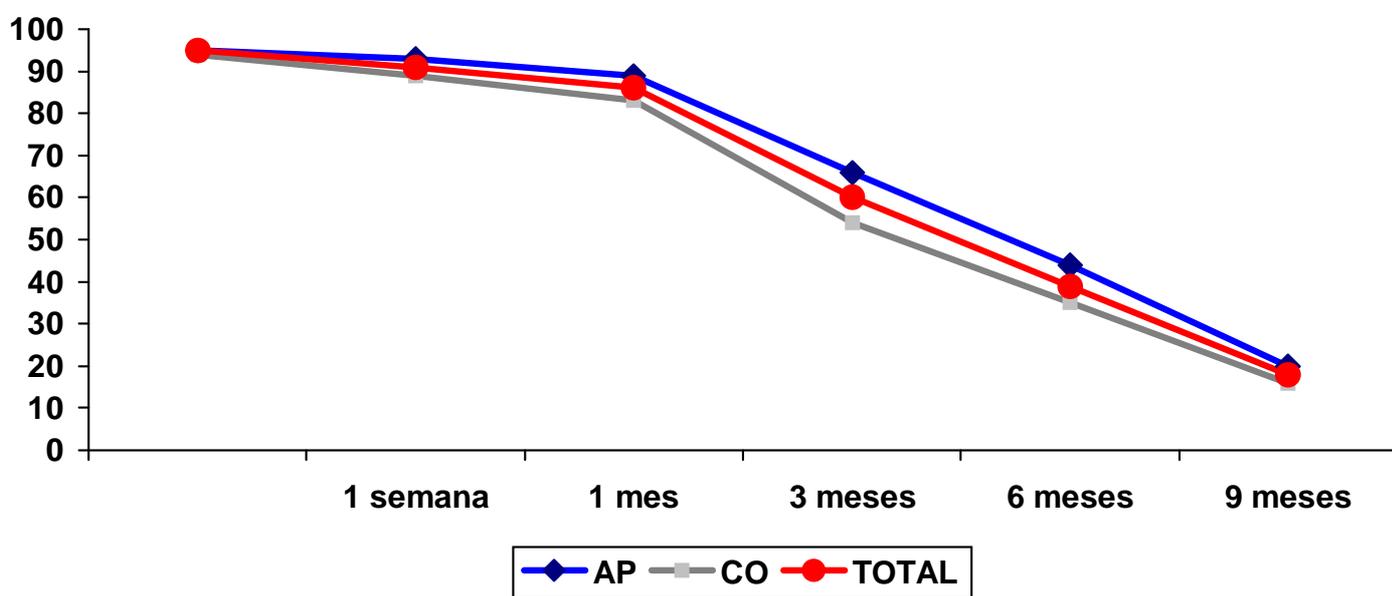
**Lactancia Materna. Evaluación a los nueve meses del parto.**

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	78	18.1	14	17.9	12	14.6	28	20.7	24	17.8
<b>L.Artificial.</b>	352	81.9	64	82.1	70	85.4	107	79.3	111	82.2

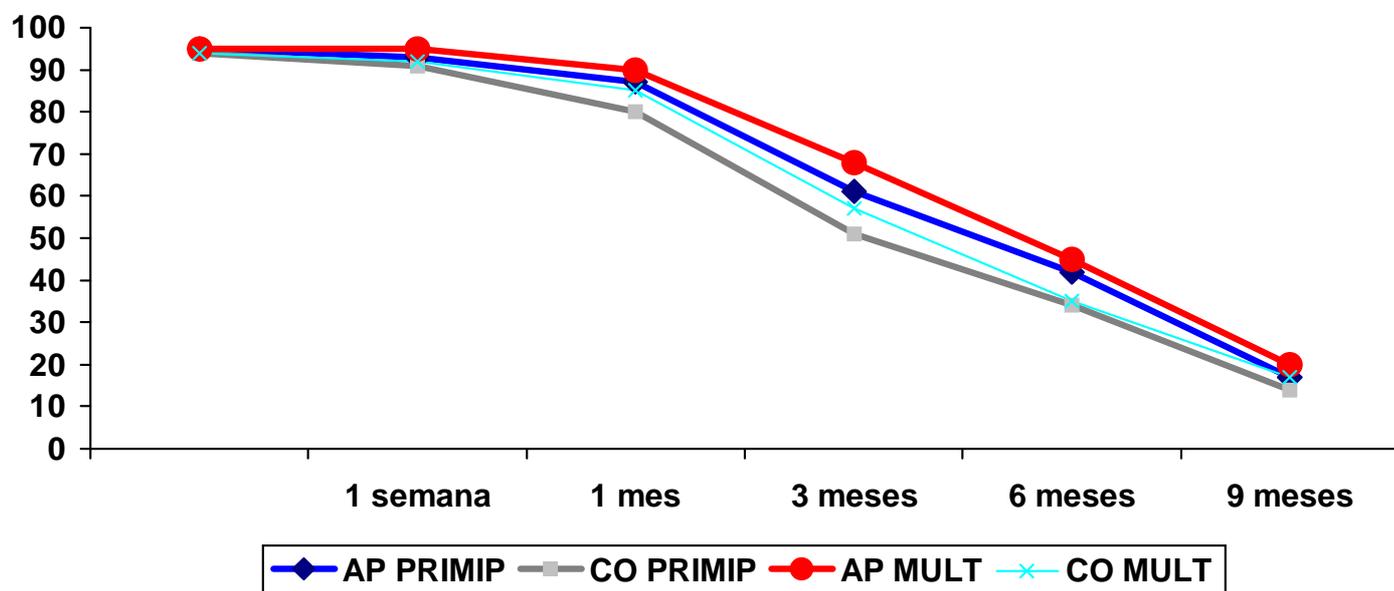
	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>L.Materna.</b>	78	18.1	42	19.7	36	16.6
<b>L.Artificial.</b>	352	81.9	171	80.3	181	83.4

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Lactancia Materna. Distribución en % por grupos de alta precoz y control.**



**Lactancia Materna. Distribución en % por grupos de alta precoz-control y primípara-multípara.**



## **MOTIVOS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.**

**Lactancia Materna. Motivos del Abandono . N=280.**

<b>Motivos abandono de L.M</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Nº en %</b>
No tenía leche.	10	3.6
Se quedaba con hambre el niño.	162	57.9
No quería dar más el pecho.	7	2.5
Trabajo materno.	32	11.4
Enfermedad de la madre.	7	2.5
Anomalía/Enfermedad de la mama.	5	1.8
El niño no quería.	22	7.9
No engorda el niño.	18	6.4
Ingreso de R.N	1	0.3
Introducción de alimentación complementaria	16	5.7

**No se valoran distintas variables como: tipo de alta, paridad, nivel cultural, etc.**

#### IV.3.4 PATOLOGÍA EN EL PUERPERIO MEDIO-TARDÍO.

Patología en el puerperio. Observaciones en el puerperio inmediato.  
Distribución por grupo de estudio.

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Ninguna.</b>	405	94.2	134	94.3	204	94.0
<b>Alt. Episiotomia</b>	13	2.8	5	2.4	7	3.2
<b>Pat.Traumática</b>	3	0.7	2	0.9	1	0.5
<b>Pat.Urinaria</b>	3	0.7	3	1.5	0	0
<b>Pat.Mamaria</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Subinvoluc Uter</b>	5	1.2	2	0.9	3	1.4
<b>Fiebre</b>	2	0.5	0	0	2	0.9
<b>Pat.Vascular</b>	0	0	0	0	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Patología en el puerperio. Observaciones en el puerperio inmediato.  
Distribución por paridad.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Ninguna.</b>	73	93.6	76	92.7	128	94.8	128	94.8
<b>Alt. Episiotomia</b>	3	3.8	4	4.9	2	1.5	3	2.2
<b>Pat.Traumática</b>	0	0	0	0	2	1.5	1	0.7
<b>Pat.Urinaria</b>	1	1.3	0	0	2	1.5	0	0
<b>Pat.Mamaria</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Subinvoluc Uter</b>	1	1.3	1	1.2	1	0.7	2	1.5
<b>Fiebre</b>	0	0	1	1.2	0	0	1	0.7
<b>Pat.Vascular</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

**Patología en el puerperio. Patología Mamaria.**

PATOLOGIA MAMARIA.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	299	92.8	200	93.9	100	91.6
Grietas	25	5.8	11	5.2	14	6.5
Mastitis	5	1.2	2	0.9	3	1.4
Tumoración	1	0.2	0	0	1	0.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	77	98.7	75	91.5	123	91.1	124	91.9
Grietas	1	1.3	4	4.9	10	7.4	10	7.4
Mastitis	0	0	2	2.4	2	1.5	1	0.7
Tumoración	0	0	1	1.2	0	0	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

La tumoración mamaria resultó ser un fibroadenoma no diagnosticado previamente.

**Patología en el puerperio. Alteración de la Episiotomía.**

ALTERACIÓN EPISIOTOMÍA	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	409	95.1	205	96.3	204	94.0
Abierta	13	3.0	6	2.8	7	3.2
Edematosa	8	1.9	2	0.9	6	2.8

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

ALTERACIÓN EPISIOTOMÍA	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	71	91.0	74	90.2	134	99.3	130	96.3
Abierta	5	6.4	4	4.9	1	0.7	3	2.2
Edematosa	2	2.6	4	4.9	0	0	2	1.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

**Patología en el puerperio. Patología Infecciosa.**

PATOLOGÍA INFECCIOSA.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	423	98.4	209	98.4	214	98.5
I.Respirat	1	0.2	0	0	1	0.5
ITU	4	0.9	3	1.4	1	0.5
Endometritis	2	0.5	1	0.5	1	0.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

PATOLOGÍA INFECCIOSA.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	77	98.7	81	98.8	133	98.5	133	98.5
I.Respirat	0	0	1	1.2	0	0	0	0
ITU	2	2.6	0	0	1	0.7	1	0.7
Endometritis	0	0	0	0	1	0.7	1	0.7

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Toda la patología infecciosa incluida en este apartado es con fiebre mayor de 37.5° y/o con analítica o cultivo que asegure el diagnóstico de sospecha. Cuadros de sospecha de infección transitoria no han sido incluidos.

**Patología en el puerperio. Patología Psiquiátrica.**

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No.	396	92.0	202	94.8	194	89.3
Sí	12	2.8	3	1.4	9	4.2
Perdidos	22	5.1	8	3.8	14	6.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No.	73	93.6	71	86.5	129	95.5	123	91.1
Sí	2	2.5	4	4.8	1	0.7	5	3.7
Perdidos	3	3.8	7	8.7	5	3.7	7	5.2

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Sólo incluimos en este apartado aquellos casos de patología psiquiátrica que por su importancia requirió visita, seguimiento por psiquiatra e incluso en algún caso ingreso hospitalario.

**Patología en el puerperio. Patología Vascular.**

PATOLOGÍA VASCULAR.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	428	99.5	212	99.5	216	99.5
Flebitis	2	0.5	1	0.5	1	0.5
TVP	0	0	0	0	0	0
Embolia Pulm	0	0	0	0	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

PATOLOGÍA VASCULAR.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	78	100	81	98.8	135	99.3	135	100
Flebitis	0	0	1	1.2	1	0.7	0	0
TVP	0	0	0	0	0	0	0	0
Embolia Pulm	0	0	0	0	0	0	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

La inclusión de la patología vascular es con diagnóstico por médico vascular.

**Patología en el puerperio. Patología Traumatológica.**

PATOLOGÍA TRAUMATOL.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	418	97.2	206	96.7	212	97.7
Ciatalgia	10	2.3	6	2.8	4	1.8
Diastasis-Pubis	2	0.50	1	0.5	1	0.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

PATOLOGÍA TRAUMATOL.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Ninguna	77	98.7	80	97.6	129	95.6	132	97.8
Ciatalgia	1	1.3	1	1.2	5	3.7	3	2.2
Diastasis-Pubis	0	0	1	1.2	1	0.7	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

La inclusión de la patología es con consulta a traumatólogo y diagnóstico por dicho especialista con métodos diagnóstico complementarios.

### IV.3.5 FATIGA PUERPERAL.

La evaluación de la fatiga puerperal se ha realizado con la Fatigue Severity Scale (Krupp).

#### Fatiga puerperal. Evaluación a la semana del parto.

FATIGUE SEVERITY SCALE.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No (7-11).	314	73.0	162	76.1	152	70
Leve-Moderada(12-19).	86	20.0	41	19.2	45	20.7
Grave(20).	8	1.9	2	0.9	6	2.8
<b>Perdidos.</b>	22	5.1	8	3.8	14	6.5

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

FATIGUE SEVERITY SCALE.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No (7-11).	57	73.1	52	63.4	105	77.7	100	74.1
Leve-Moderado (12-19).	18	23.1	19	23.1	23	17.0	26	19.2
Grave(20).	0	0	4	4.8	2	1.5	2	1.5
<b>Perdidos.</b>	3	3.8	7	8.7	5	3.7	7	5.2

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

**Fatiga puerperal. Evaluación al mes del parto.**

FATIGUE SEVERITY SCALE.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No (7-11).	403	93.7	204	95.8	199	91.7
Leve-Moderada (12-19).	5	1.2	1	0.5	4	1.8
Grave(20).	0	0	0	0	0	0
<b>Perdidos.</b>	22	5.1	8	3.8	14	6.5

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

FATIGUE SEVERITY SCALE.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltíparas		N° CO múltíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
No (7-11).	75	96.2	74	91.9	129	95.6	125	92.6
Leve-Moderada (12-19).	0	0	1	1.2	1	0.7	3	2.2
Grave(20).	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Perdidos</b>	3	3.8	7	8.7	5	3.7	7	5.2

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

### IV.3.6 PATOLOGÍA MATERNA ENTRE SEIS SEMANAS Y SEIS MESES POSPARTO.

Patología materna entre seis semanas y seis meses posparto. Distribución por grupo de estudio.

PATOLOGÍA MATERNA.	Nº TOTAL		Nº ALTA PRECOZ		Nº CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Sí.	16	3.7	7	3.3	9	4.1
No.	414	96.3	206	96.7	208	95.9

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Patología materna entre seis semanas y seis meses posparto. Distribución por paridad.

	Nº total		Nº AP primíparas		Nº CO primíparas		Nº AP multíparas		Nº CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
Sí.	16	3.7	3	3.8	2	2.5	4	3.0	7	5.2
No.	414	96.3	75	96.2	80	97.5	131	97.0	128	94.8

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Patología materna entre seis semanas y seis meses posparto. Descripción.

Nº	TIPO DE ALTA	TIPO DE PATOLOGÍA.
Caso 1	AP-Primípara	Mastitis
Caso 2	AP-Primípara	Mastitis
Caso 3	AP-Primípara	Paralisis Facial al 4 mes.
Caso 4	AP-Multípara	Mastitis
Caso 5	AP-Multípara	Mastitis
Caso 6	AP-Multípara	Fiebre-Absceso de Bartolino
Caso 7	AP-Multípara	Disartria transitoria al 3 mes
Caso 8	CO-Primípara	Depresión moderada en el 2 mes
Caso 9	CO-Primípara	Fiebre-ITU en el 2 mes
Caso 10	CO-Multípara	Fiebre-Inf.Respiratoria Alta en el 3 mes
Caso 11	CO-Multípara	Hemorragia Puerperal Tardía
Caso 12	CO-Multípara	Hemorragia Puerperal Tardía
Caso 13	CO-Multípara	Fiebre-ITU en el 3 mes
Caso 14	CO-Multípara	Mastitis
Caso 15	CO-Multípara	Mastitis
Caso 16	CO-Multípara	ITU de repetición-Cálculo renal-TTO con Litotricia

### IV.3.7 REINGRESO MATERNO ENTRE SEIS SEMANAS Y SEIS MESES POSPARTO.

Reingreso materna entre seis semanas y seis meses posparto. Distribución por grupo de estudio.

REINGRESO.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N° CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	4	0.94	3	1.4	1	0.5
<b>No.</b>	426	99.0	210	98.6	216	99.5

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Reingreso materna entre seis semanas y seis meses posparto. Distribución por paridad.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP multíparas		N° CO multíparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	4	0.94	0	0	0	0	3	2.2	1	0.7
<b>No.</b>	426	99.0	78	100	82	100	132	97.8	134	99.3

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Reingreso materna entre seis semanas y seis meses posparto. Descripción.

N°	TIPO DE ALTA	TIPO DE PATOLOGÍA.	TIEMPO DE REINGRESO EN DÍAS
<b>Caso 1</b>	AP-Multípara	Mastitis	2
<b>Caso 2</b>	AP-Multípara	Fiebre-Absceso de Bartolino	2
<b>Caso 3</b>	AP-Multípara	Disartria transitoria al 3 mes	10
<b>Caso 4</b>	CO-Multípara	ITU de repetición-Cálculo renal-TTO con Litotricia	5

### IV.3.8 CONSULTAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD POR PATOLOGÍA MATERNA EN LOS SEIS MESES POSPARTO.

Consultas por patología materna entre seis semanas y seis meses posparto.  
Distribución por grupo de estudio.

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	39	9.0	17	8.0	22	10.1
<b>No.</b>	391	91.0	196	92.0	195	89.9

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	39	9.0	7	9.0	10	12.2	10	7.4	12	9.0
<b>No.</b>	391	91.0	71	91.0	72	87.8	125	92.6	123	91.0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

Consultas por patología materna entre seis semanas y seis meses posparto.  
Descripción.

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Pat. Mamaria</b>	8		2	2.6	0	0	4	3.0	2	1.5
<b>Alt.Episiotomia</b>	10		2	2.6	3	3.7	1	0.7	4	3.0
<b>Pat.Vascular</b>	2		0	0	1	1.22	1	0.7	0	0
<b>Pat.Traumatica</b>	3		0	0	2	2.5	0	0	1	0.7
<b>Pat.Depresiva</b>	2		0	0	2	2.5	0	0	0	0
<b>Pat.Infecciosa</b>	10		2	2.6	2	2.5	3	2.2	3	2.2
<b>Hemorr.P.Tard</b>	2		0	0	0	0	0	0	2	1.5
<b>Otras</b>	2		1	1.3	0	0	1	0.7	0	0

FE= Frecuencia. %V= Porcentaje válido.

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Pat. Mamaria</b>	5	1.2	3	1.4	2	0.9
<b>Alt.Episiotomia</b>	10	2.3	3	1.4	7	3.2
<b>Pat.Vascular</b>	2	0.47	1	0.47	1	0.46
<b>Pat.Traumatica</b>	3	0.7	0	0	3	1.4
<b>Pat.Depresiva</b>	2	0.47	0	0	2	0.9
<b>Pat.Infecciosa</b>	10	2.3	5	2.3	5	2.3
<b>Hemorr.P.Tard</b>	2	0.47	0	0	2	0.9
<b>Otras</b>	3	0.7	2	0.94	1	0.46

#### **IV.4 RESULTADOS NEONATALES.**

##### **Resultados primarios del R N:**

- Proporción de R N readmitidos (incluye hiperbilirrubinemia, deshidratación, infección) valorada a la semana y hasta los 28 primeros días.

##### **Resultados secundarios del R N:**

- Tiempo de estancia en las readmisiones en casos de R N reingresado en los primeros 28 días.
- Duración total de la rehospitalización en los primeros 28 días.
- Proporción de casos de R N que requieren consulta por urgencias en los primeros 28 días.

#### IV.4.1 REINGRESO DE LOS NEONATOS EN LOS PRIMEROS 28 DÍAS DE VIDA.

Reingreso de R N en los primeros 28 días. Distribución por grupo de estudio.

REINGRESO.	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	8	1.9	3	1.4	5	2.3
<b>No.</b>	422	98.1	210	98.6	212	97.7

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

Reingreso de R N en los primeros 28 días. Distribución por paridad.

REINGRESO.	N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	1	1.3	2	2.4	2	1.5	3	2.2
<b>No.</b>	77	98.7	70	97.6	133	98.5	132	97.8

FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.

Reingreso de R N en los primeros 28 días. Descripción.

N°	TIPO DE ALTA	MOTIVO DE REINGRESO	TIEMPO DE REINGRESO EN DÍAS
<b>Caso 1</b>	AP-Primípara	Fiebre	10
<b>Caso 2</b>	AP-Múltipara	Deshidratación.Fiebre de Sed	4
<b>Caso 3</b>	AP-Múltipara. No acepta AP.	Ictericia	2
<b>Caso 4</b>	CO-Primípara	Perdida de Peso. Intolerancia a proteína vacuna	5
<b>Caso 5</b>	CO-Primípara	Ictericia	2
<b>Caso 6</b>	CO-Múltipara	Ictericia	2
<b>Caso 7</b>	CO-Múltipara	Ictericia	8
<b>Caso 8</b>	CO-Múltipara	Fiebre	5

**IV.4.2 PATOLOGÍA NEONATAL QUE NO REQUIRIÓ  
INGRESO HALLADA EN LOS 28 PRIMEROS DÍAS DE  
VIDA.**

**Patología de R N sin ingreso en los primeros 28 días. Distribución por grupo de estudio.**

	N° TOTAL		N° ALTA PRECOZ		N°CONTROL	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	25	5.8	15	7.0	10	4.6
<b>No.</b>	405	94.2	198	93.0	207	95.4

**Patología de R N sin ingreso en los primeros 28 días. Distribución por paridad.**

	N° total		N° AP primíparas		N° CO primíparas		N° AP múltiparas		N° CO múltiparas	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	25	5.8	9	11.5	2	2.4	6	4.5	8	5.9
<b>No.</b>	405	94.2	69	88.5	80	97.6	129	95.5	127	94.1

**FE= Frecuencia. %VT= Porcentaje válido.**

**Patología de RN sin ingreso en los primeros 28 días. Descripción.**

<b>Nº</b>	<b>TIPO DE ALTA</b>	<b>TIPO DE PATOLOGÍA.</b>
<b>Caso 1</b>	AP-Primípara	Sospecha de patología cardiaca
<b>Caso 2</b>	AP-Primípara	Sospecha de patología cardiaca
<b>Caso 3</b>	AP-Primípara	Patología infecciosa
<b>Caso 4</b>	AP-Primípara	Patología infecciosa
<b>Caso 5</b>	AP-Primípara	Patología traumática (Parálisis Braquial)
<b>Caso 6</b>	AP-Primípara	Patología traumática (Rotura de Cúbito)
<b>Caso 7</b>	AP-Primípara	Patología traumática (Displasia de Cadera)
<b>Caso 8</b>	AP-Primípara	Patología traumática (Displasia de Cadera)
<b>Caso 9</b>	AP-Primípara	Esferocitosis Congénita
<b>Caso 10</b>	AP-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 11</b>	AP-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 12</b>	AP-Múltipara	Cefalohematoma
<b>Caso 13</b>	AP-Múltipara	Hidrocele
<b>Caso 14</b>	AP-Múltipara	Patología traumática (Fractura de Clavícula)
<b>Caso 15</b>	AP-Múltipara	Patología traumática (Pie Zambo)
<b>Caso 16</b>	CO-Primípara	Patología infecciosa
<b>Caso 17</b>	CO-Primípara	Patología infecciosa
<b>Caso 18</b>	CO-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 19</b>	CO-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 20</b>	CO-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 21</b>	CO-Múltipara	Patología infecciosa
<b>Caso 22</b>	CO-Múltipara	Patología traumática (Fractura de Clavícula)
<b>Caso 23</b>	CO-Múltipara	Patología traumática (Parálisis Braquial)
<b>Caso 24</b>	CO-Múltipara	Cefalohematoma
<b>Caso 25</b>	CO-Múltipara	Hernia Umbilical

#### IV.4.3 CONSULTAS EN SISTEMAS DE SALUD POR PATOLOGÍA DE LOS NEONATOS EN LOS PRIMEROS 28 DÍAS DE VIDA.

Consultas por patología del R N en los primeros 28 días. Distribución por grupo de estudio.

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Sí.</b>	31	7.2	18	8.4	13	6.0
<b>No.</b>	399	92.8	195	91.6	205	94.0

**FE= Frecuencia.**

**%VT= Porcentaje válido.**

## IV.5 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.

### Encuesta de satisfacción:

- Proporción de mujeres que expresan quejas con la estancia hospitalaria.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como corta.
- Proporción de mujeres que perciben su estancia como larga.

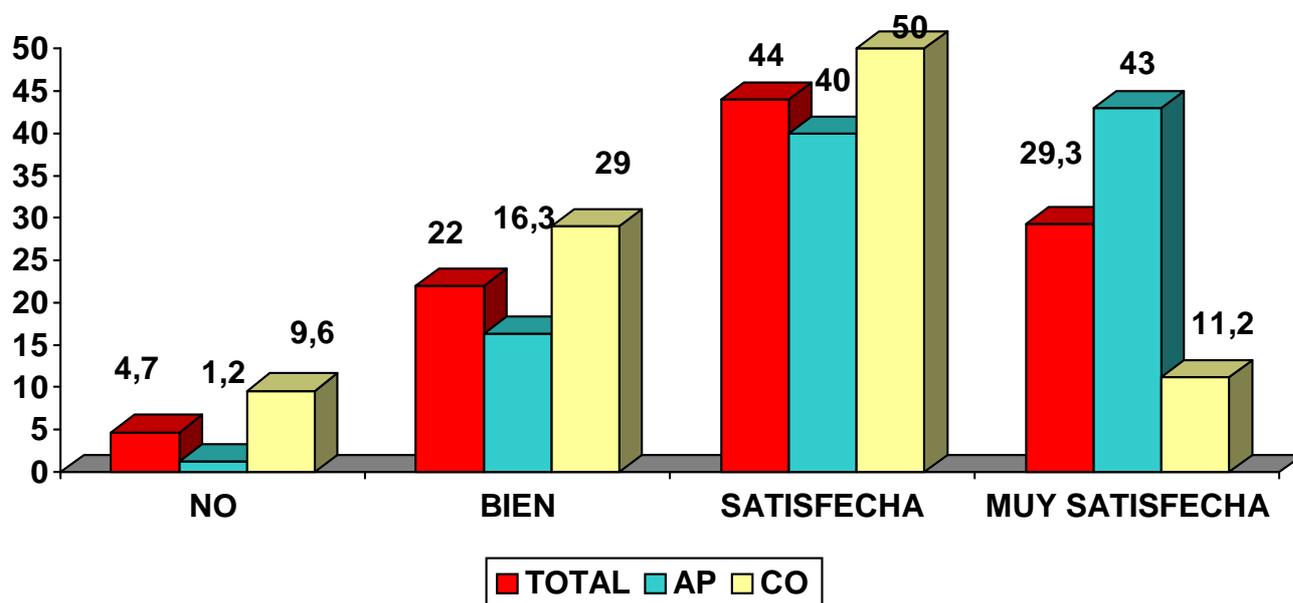
Se realiza una valoración del grado de satisfacción con encuesta anónima que respondieron 172 casos del grupo de alta precoz y 125 casos del grupo de control.

### Valoración de la satisfacción.

¿Está usted satisfecha con el trato posnatal recibido por parte del personal sanitario?.

	Nº total		Nº alta precoz		Nº control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No.</b>	14	4.7	2	1.2	12	9.6
<b>Bien.</b>	65	21.9	28	16.3	37	29.6
<b>Satisfecha.</b>	131	44.1	69	40.1	62	49.6
<b>Muy Satisfecha.</b>	87	29.3	73	42.4	14	11.2

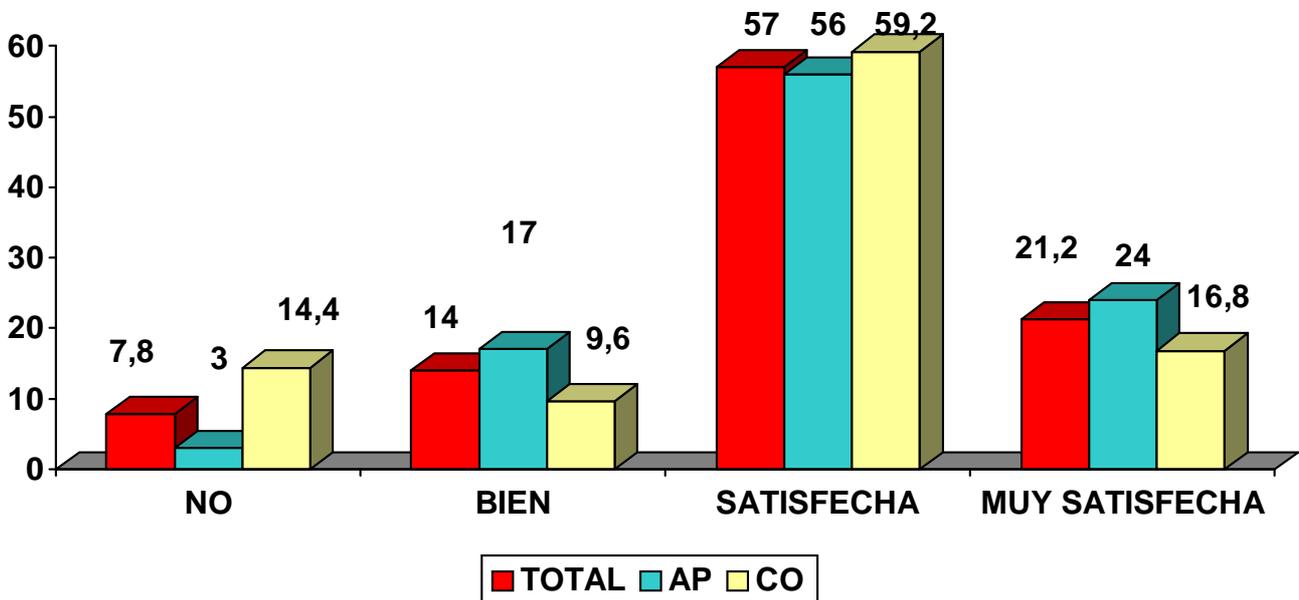
%.



Valoración de la satisfacción. ¿Le han contestado a las preguntas que se le presentaban en los días posparto?.

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No.</b>	23	7.8	5	2.9	18	14.4
<b>Bien.</b>	41	13.8	29	16.9	12	9.6
<b>Satisfecha.</b>	170	57.2	96	55.8	74	59.2
<b>Muy Satisfecha.</b>	63	21.2	42	24.4	21	16.8

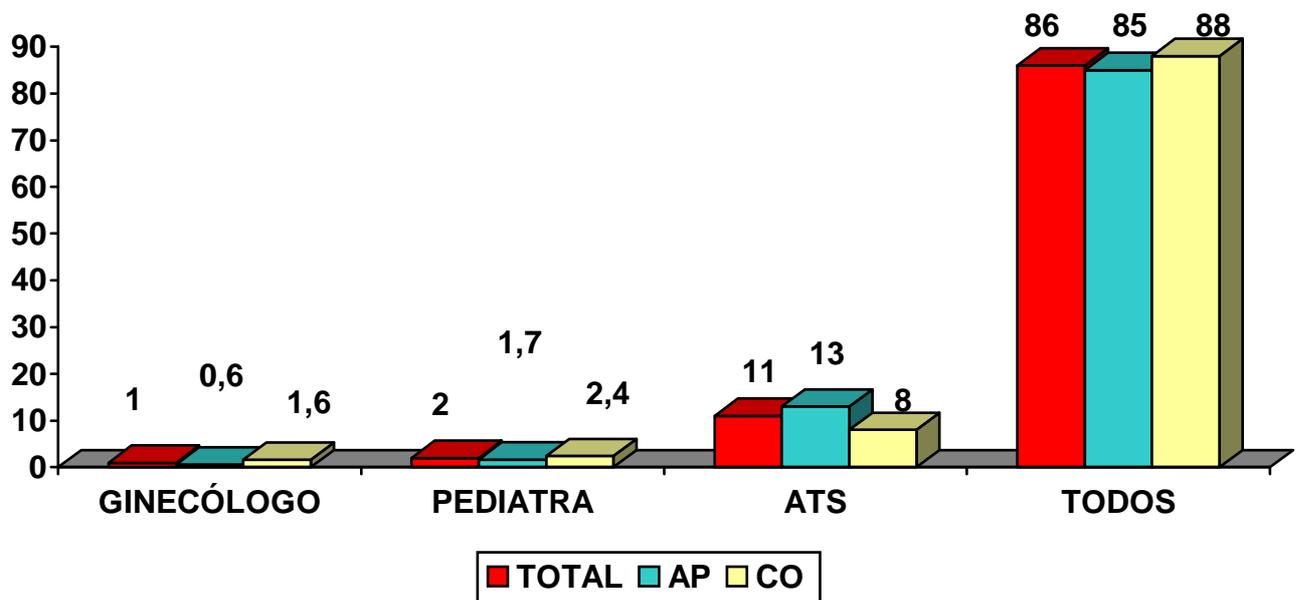
%.



Valoración de la satisfacción. ¿Quién le ha dado más nociones sobre cuidados personales y neonatales?.

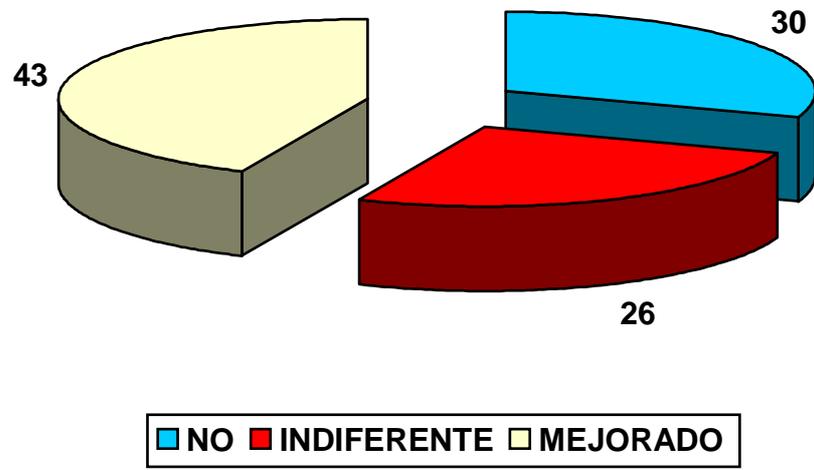
	Nº total		Nº alta precoz		Nºcontrol	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Ginecólogo.</b>	3	1.0	1	0.6	2	1.6
<b>Pediatra.</b>	6	2.0	3	1.7	3	2.4
<b>ATS.</b>	32	10.7	22	12.8	10	8.0
<b>Todos.</b>	256	86.3	146	84.9	110	88.0

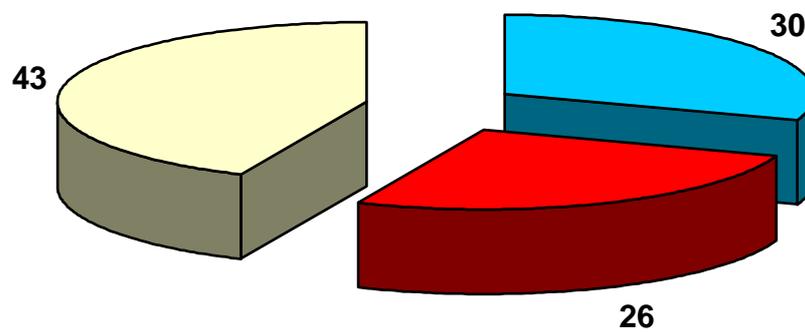
%.



**Valoración de la satisfacción. En caso de haber estado 2 o más días. ¿Cree que con menos días ingresada (1 día) y visita a casa se hubiera encontrado mejor?.**

	Nºcontrol	
	FE.	%V.
<b>No</b>	38	30.4
<b>Indiferente</b>	33	26.4
<b>Mejorado</b>	54	43.2

%.  


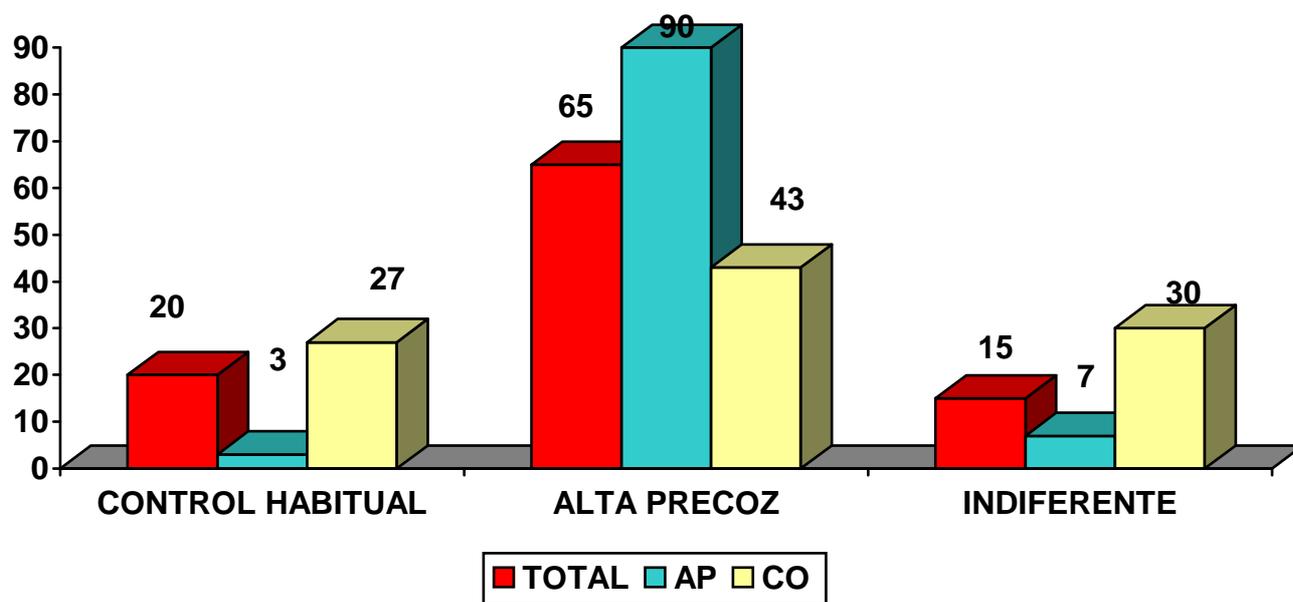


■ NO ■ INDIFERENTE ■ MEJORADO

Valoración de la satisfacción. En caso de repetir parto y todo evolucione bien prefiere:

	N° total		N° alta precoz		N°control	
	FE.	%V.	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>Control Habitual</b>	59	19.8	5	2.9	38	26.4
<b>Alta precoz</b>	193	65.0	155	90.1	54	43.2
<b>Indiferente</b>	45	15.2	12	7.0	33	30.4

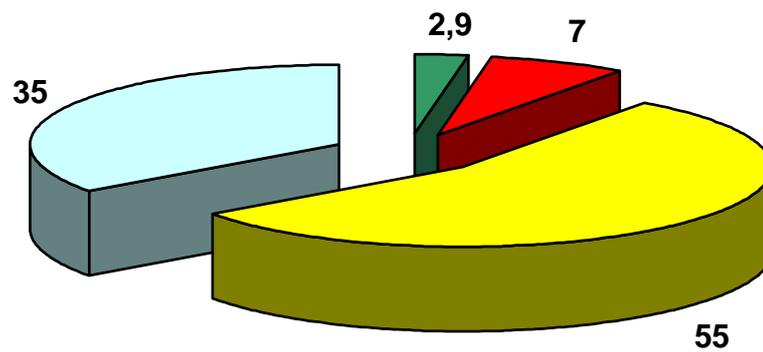
%.



**Valoración de la satisfacción. En caso de alta precoz: ¿Cómo lo valoras?**

	N° alta precoz	
	FE.	% V.
<b>Insatisfecha</b>	5	2.9
<b>Indiferente</b>	12	7.0
<b>Satisfecha</b>	94	54.6
<b>Muy satisfecha</b>	61	35.5

%.



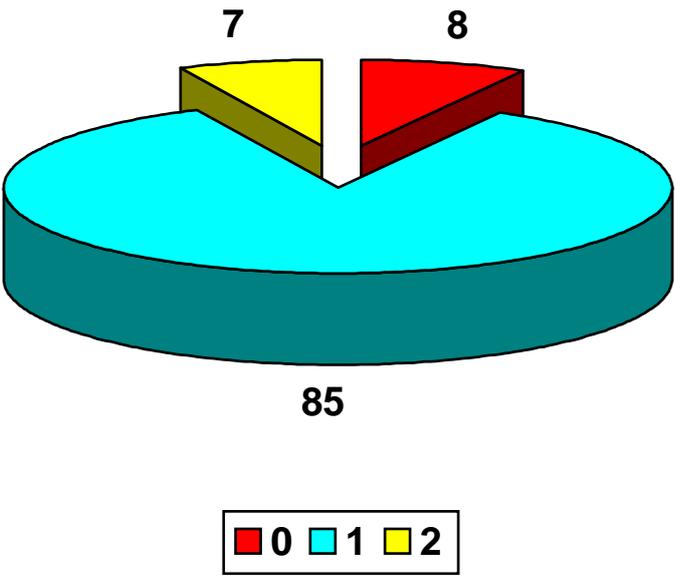
■ INSATISFECHA ■ INDIFERENTE ■ SATISFECHA ■ MUY SATISFECHA

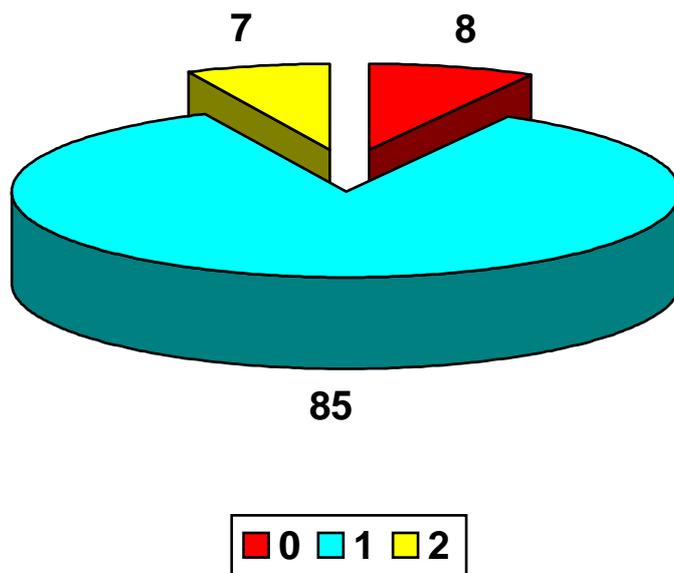


**Valoración de la satisfacción. ¿Cuándo recibió más información sobre el cuidado del RN y suyo?.**

- 0 El día de control intrahospitalario con visita de pediatra-ginecólogo-ATS .
- 1 Visita de personal sanitario a domicilio.
- 2 Igual

	Nº alta precoz	
	FE.	%V.
<b>0</b>	13	7.6
<b>1</b>	147	85.5
<b>2</b>	12	6.9

%.  


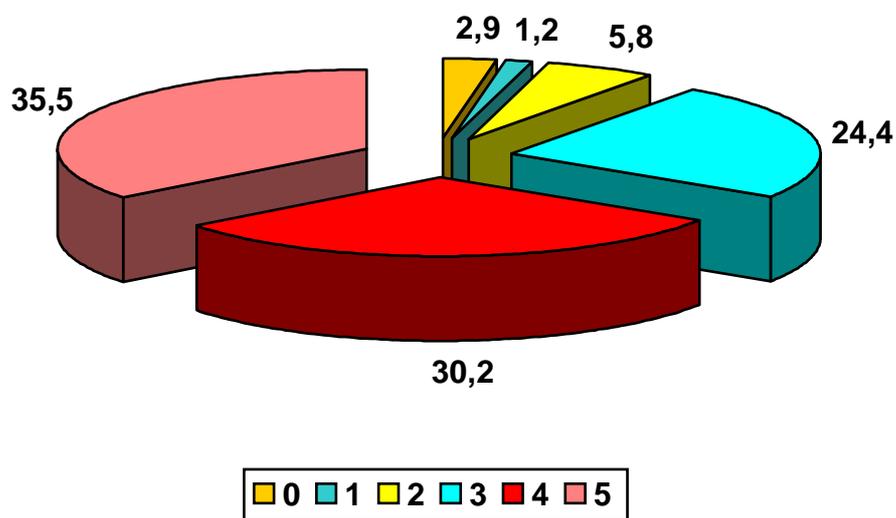


**Valoración de la satisfacción. Puntuación de alta precoz:**

0 1 2 3 4 5

	Nº alta precoz	
	FE.	%V.
<b>0</b>	5	2.9
<b>1</b>	2	1.2
<b>2</b>	10	5.8
<b>3</b>	42	24.4
<b>4</b>	52	30.2
<b>5</b>	61	35.5

%.



## IV.6 VALORACIÓN DE LOS COSTOS.

En base a los datos GDR del programa COANH (Contabilidad Analítica de Hospitales. Memoria Área Hospitalaria de Valme 1999) (16) el valor del punto GDR de obstetricia para hospitales es de 1.725,2 euros (286.396 ptas), y para pediatría de 2.269,5 euros (376.749 ptas).

Partiendo de este valor del GDR, la estimación de los costos por tipo de intervención es la siguiente:

### Valor de las intervenciones en el alta precoz

GDR	Descripción	Peso	EM	Costo Caso/Día.
373	Parto vaginal sin diagnóstico complicado	0.484	2.78	303,60 euros 50.397,60 ptas
376	Diagnósticos postparto y postaborto sin complicación.	0.559	4.09	235,80 euros 39.141,37 ptas
628	Neonato, Peso nacimiento >2.500 Kg sin interv.significativa.Sin.	0.689	7.17	218,08 euros 36.202,48 ptas
627	Neonato, Peso nacimiento >2.500 Kg sin interv.significativa.Con.	1.026	8.79	264,90 euros 43.974,08 ptas
427	Septicemia, 0-17 años.	1.004	8.17	278,89 euros 46.296,68 ptas
423	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.	1.074	8.33	292,61 euros 48.573,29 ptas
422	Viriasis y fiebre de origen desconocido, edad 0-17.	0.590	4.17	321,10 euros 53.303,30 ptas
	Coste de consulta externa.			39,27 euros 6.518,51 ptas
	Coste de consulta por urgencia			23,36 euros 3.878,07 ptas
	Coste de visita domiciliaria			39,15 euros 6.500,00 ptas

La fórmula para hallar el coste día por caso es:

**Peso de GDR x Valor del GDR / Estancia media (EM).**

En las valoraciones de los costos incluye todo tipo de asistencia necesaria:

Médico, ATS, auxiliares y resto de personal.

Habitación y mantenimiento.

Aseo, alimentación, ropa.

Medicación y material fungible necesario.

Etc.

En la valoración del costo de la visita domiciliaria se incluye:

Pago al servidor de asistencia.

Desplazamiento.

Medicación y fungibles necesarios.

Etc.

Así la estimación de los costos es la siguiente.

### Costos del programa de alta precoz completo.

		Nº	MEDIA	COSTO	TOTAL
<b>Tiempo de ingreso</b>	<b>AP</b>	202	1.13	(1.13 x 303,60) + 39,15 euros	77.208,0 euros 12.816.534 ptas
	<b>CP</b>	202	2.13	2.13 x 303,60 euros	130.626,9 euros 21.684.071 ptas
<b>Reingreso materno</b>					
		<b>Nº Días.</b>		<b>COSTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Reingreso materno</b>	<b>AP</b>	20		235,80	4.716,0 euros 782.856 ptas
	<b>CP</b>	39		235,80	9.196,2 euros 1.526.569 ptas
<b>Reingreso neonato</b>	<b>AP</b>	16		218,08	3.489,2 euros 579.220 ptas
	<b>CO</b>	22		218,08	4.797,7 euros 796.428 ptas
<b>Consultas maternas a sistemas de salud</b>	<b>AP</b>	17		23,36	397,1 euros 65.927 ptas
	<b>CO</b>	22		23,36	513,9 euros 85.317 ptas
<b>Consultas neonatales a sistemas de salud</b>	<b>AP</b>	18		23,36	420,4 euros 69.799 ptas
	<b>CO</b>	13		23,36	303,6 euros 50.410 ptas
<b>Revisión semanal materna-neonatal</b>	<b>AP</b>	2 x 202		39,27	15.865,1 euros 2.633.603 ptas
	<b>CO</b>	2 x 202		39,27	15.865,1 euros 2.633.603 ptas
<b>Llamada telefónica interprovincial de 10 minutos (141).</b>	<b>AP</b>	3 x 202		0.08 euros de conexión + 0.06 euros/min=	412,08 euros 68.405 ptas
	<b>CO</b>	3 x 202		0.68 euros. 112,88 ptas	412,08 euros 68.405 ptas
<b>Suma</b>				<b>264.223,73 euros</b>	<b>43.861.139 ptas</b>

Se estima un costo de desarrollo del programa del alta precoz de 1.204,8 euros (200.000 ptas). Incluye: curso formativo a personal, sistema informático, creación de base de datos, etc.

Los costos por grupo de estudio son los siguientes:

**Costos en el grupo de alta precoz.**

<b>GRUPO ALTA PRECOZ</b>	<b>COSTO</b>	
	<b>EUROS</b>	<b>PTAS</b>
<b>Tiempo de ingreso</b>	77.208,03	12.816.534,0
<b>Reingreso materno</b>	4.716,00	782.856,0
<b>Reingreso neonato</b>	3.489,28	579.220,4
<b>Consultas maternas a sistemas de salud</b>	397,10	65.927,2
<b>Consultas neonatales a sistemas de salud</b>	420,48	69.799,6
<b>Revisión semanal materna-neonatal</b>	15.865,10	2.633.603,0
<b>Llamadas telefónica</b>	412,08	68.405,0
<b>Suma total.</b>	<b>102.508,07</b>	<b>17.016.340</b>

**Costos en el grupo control.**

<b>GRUPO ALTA CONTROL</b>	<b>COSTO</b>	
	<b>EUROS</b>	<b>PTAS</b>
<b>Tiempo de ingreso</b>	130.626,94	21.684.072,0
<b>Reingreso materno</b>	9.196,20	1.526.569,2
<b>Reingreso neonato</b>	4.797,76	796.428,1
<b>Consultas maternas a sistemas de salud</b>	513,90	85.317,5
<b>Consultas neonatales a sistemas de salud</b>	303,68	50.410,8
<b>Revisión semanal materna-neonatal</b>	15.865,1	2.633.603,0
<b>Llamadas telefónica</b>	412,08	68.405,0
<b>Suma total</b>	<b>161.715,66</b>	<b>26.844.800</b>

Existe un ahorro de 59.207,59 Euros (9.828.460 ptas) que supone un ahorro de un 18.3% del total.

## V. DISCUSIÓN.

### V.1 ANÁLISIS PREVIO DE LOS RESULTADOS.

Antes de comenzar la discusión, y como seguimos recomendaciones que realiza la Medicina Basada en la Evidencia, expresamos los resultados de las variables medidas en Riesgo Relativo y con intervalos de confianza de un 95%.

Así los resultados son:

#### Resultado global de las variables.

RESULTADOS	Alta Precoz (%)	Alta Tradicional (%)	Riesgo relativo	95% CI
• Reingreso materno	1.9	2.3	0.81	0.21-3.03
• Reingreso neonatal	1.4	2.3	0.61	0.15-2.56
• Patología puerperal materna	16.6	22.9	0.73	0.30-2.20
• Consulta materna a Sistemas de Salud.	8.0	10.1	0.78	0.30-2.10
• Incremento de la Patología Ansiosa-Depresiva a la semana	8.0	12.5	0.64	0.25-1.63
• Incremento de la Patología Ansiosa-Depresiva al mes	0.9	3.7	0.30	0.33-3.20
• Incremento de la Fatiga puerperal a la semana	20.1	23.5	0.85	0.43-1.64
• Incremento de la Fatiga puerperal al mes	0.5	1.8	0.50	0.04-5.54
• Lactancia materna a la semana	96.2	92.2	0.48	0.14-1.65
• Lactancia materna al mes	89.2	83.9	0.58	0.25-1.36
• Lactancia materna a los 3 meses	66.2	54.8	0.62	0.42-0.91
• Lactancia materna a los 6 meses	44.1	35.0	0.68	0.46-1.006
• Lactancia materna superior a 9 meses	19.7	16.6	0.81	0.49-1.32

Igualmente la Medicina Basada en la Evidencia recomienda la aplicación de escalas de validez para evaluar los estudios. Entre estas escalas se hallan:

- Escala validada de calidad de Jadad (142).
- "Users´Guides to The Medical Literature, II How to use an article about therapy or prevention" de Guyatt (143).

Se observa que este trabajo responde a una buena calidad al aplicar cualquiera de las dos escalas ya que:

- Se realiza un estudio sobre un tema definido y con variables a medir definidas.
- Es un estudio aleatorizado.
- Los grupos de estudio son similares y se tratan a todos los grupos de manera similar.
- Se hace descripción-valoración de los abandonos y se hizo el análisis por intención de tratar.
- Se realiza un estudio estadístico de las variables.
- Se han considerado todos los resultados clínicamente importantes.
- Las pacientes del estudio son una muestra similar a la población del área.
- Se realiza un estudio de los costos.
- Se da una conclusión y una indicación a aplicar a la población.

**Escala validada de calidad. Jadad et al (142).**

<b>1 ¿En la descripción del estudio explica que fue aleatorizado?.</b>	
<b>2 ¿En la descripción del estudio explica que se aplicó un doble ciego?.</b>	
<b>3 ¿Se hace alguna descripción de las pérdidas y de los abandonos?.</b>	
Por cada "Sí" sumar un punto y 0 puntos por cada "No"	
Sumar un punto adicional por pregunta: Si la aleatorización/el enmascaramiento son apropiados.	Restar un punto por pregunta: Si la aleatorización/el enmascaramiento son inapropiados.
<b>RANGO DE PUNTUACIÓN:0 A 5.</b>	
<b>POBRE CALIDAD &lt; 3.</b>	

<b>A: ¿SON VÁLIDOS LOS RESULTADOS DE ESTUDIO?.</b>	
<u>Preguntas "de eliminación"</u>	
<p><b>1. ¿Se hizo el estudio sobre un tema claramente definido?.</b></p> <p>Un tema puede ser definido en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La población de estudio.</li> <li>• La intervención realizada.</li> <li>• Los resultados ("outcomes") considerados.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>2. ¿Se realizó la asignación de los pacientes a los grupos de tratamientos de manera aleatoria?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante también que el sistema de aleatorización sea "opaco" (ocultación de la secuencia).</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>3. ¿Se han tenido en cuenta adecuadamente todos los pacientes incluidos en el estudio?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se realizó un seguimiento completo de todos los pacientes?.</li> <li>• ¿Se comunican las pérdidas y abandonos y sus causas?.</li> <li>• ¿Se hizo el análisis por intención de tratar?</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<b>¿Merece la pena continuar?.</b>	
<p><b>4. ¿Se ha mantenido un diseño "ciego" respecto al tratamiento, tanto para los pacientes, clínicos y demás personal de estudio?.</b></p>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>5. ¿Eran similares los grupos al inicio del ensayo?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No importa la significación estadística sino la magnitud de las diferencias.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>6. Aparte de la intervención experimental, ¿se ha tratado a los grupos de la misma forma?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la co-intervenciones.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>

<b>B: ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS?</b>	
<p><b>7. ¿Cuál es la magnitud del efecto?.</b></p> <p>¿Cómo están expresados los resultados?.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para variables binarias puede ser: NNT,RRR,OR,etc.</li> <li>• Para continuas: diferencia de medias, etc.</li> <li>• Si había alguna diferencia entre los grupos, ¿se corrigió mediante análisis multivariable?,</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>8. ¿Cuán precisos son los resultados?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca o calcula los intervalos de confianza.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<b>C:¿SON LOS RESULTADOS APLICABLES EN TU MEDIO?.</b>	
<p><b>9. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?.</b></p> <p>Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes del ensayo pueden ser suficientemente diferentes de los de tú área.</li> <li>• Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>10. ¿Se han considerado todos los resultados clínicamente importantes?</b></p>	<p><b>SI</b> <b>NO SE PUEDE SABER</b> <b>NO</b></p>
<p><b>11. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque no esté planteado en el artículo, ¿qué opinas?.</li> </ul>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p>

## V.2 CASOS PERDIDOS.

Como se dijo en el apartado I.2.5, una de las principales críticas que realizan los revisores de los estudios existentes de alta precoz en sus metaanálisis (33-37,46), es que la mayoría no son randomizados con grupo control, y que dentro de estos randomizados con grupo control se realiza poca o ninguna valoración sobre los casos perdidos y sus motivos.

Nosotros hemos tenido 15 casos (3.5%) que no aceptaron participar en el grupo asignado aunque previamente habían dado su conformidad. El no desear ser revisadas a la semana (7 casos) y el tener miedo de irse un día antes de alta en el grupo de alta precoz (7 casos) fueron las causas principales por las que retiraron su conformidad previamente dada. Consideramos como casos perdidos los que no aceptaron el grupo de estudio o los que no acudieron a la revisión semanal. En total 22 casos (5.1%). Ha sido un porcentaje bajo de casos y en general las pacientes aceptaban el estudio sin problemas.

Todos los casos que no aceptan el grupo de estudio asignado, se incluyen en los resultados (por intención de tratar); así los 11 casos que no aceptaron en el grupo de alta precoz han sido incluidos en la valoración de resultados, incluso su tiempo de estancia en el hospital aunque haya sido mayor de 48 horas.

Todas las pacientes que no aceptaron el grupo asignado fueron revisadas a la semana excepto aquellas (7 casos) que no deseaban revisión; en estos casos el seguimiento se realizó telefónicamente.

En la valoración de la fatiga materna y la ansiedad-depresión no han sido incluidos los casos que no acudieron a la revisión (7 casos) ya que no rellenaron los cuestionarios para la valoración de dichas patologías. En el resto de parámetros valorados si los hemos incluido ya que se realizó seguimiento telefónico.

En este grupo, de 15 casos que no aceptaron el grupo asignado, hay que destacar un caso de reingreso del neonato por ictericia. Se produjo el reingreso en un caso de "alta precoz en múltípara".

### **V.3 DISTRIBUCIÓN ALEATORIA DE PACIENTES POR GRUPOS. GRUPOS DE ESTUDIOS HOMOGÉNEOS.**

No existe diferencia entre los grupos de alta precoz y control en cuanto a las características epidemiológicas. Así en ambos grupos la mayoría de los casos viven en Dos Hermanas (55%), están casadas (97%) y tienen estudios primarios (67%). No hay diferencias en la distribución por intervalos de edad entre ambos grupos. Hay una pequeña diferencia en cuanto al porcentaje que presentan nivel de estudios superiores en el grupo de alta precoz (8.9% versus 1.8%) pero en el contexto del total de casos no es significativo.

La distribución por antecedentes gestacionales es similar en ambos grupos (sin existir diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable) con un 47% de primíparas, un 1.6% de antecedentes de cesáreas y una distribución en los casos de las múltiparas de un 64% segundigestas, un 28% tercigestas, un 7% cuartigestas y un 0.3% con más de cuatros partos anteriormente.

Los datos del parto son igualmente semejantes sin hallar diferencias estadísticamente significativas en ningún parámetro entre ambos grupos. Una edad media al parto de 29.47 años, con 39.5 semanas de gestación, con un inicio espontáneo en un 85% de casos y una presentación cefálica en el 99.3% de los casos.

En el grupo de alta precoz hubo más casos de inducción pero no es significativo estadísticamente (15.9% versus 12.9). En la valoración de los motivos de inducción tampoco hubo diferencia alguna, siendo el motivo más frecuente el oligoamnios (25.8%).

Los tiempos de dilatación y expulsivo fueron igualmente semejante en ambos grupos de estudios, existiendo diferencias lógicas entre el grupo de primíparas y múltiparas. Así el tiempo medio de dilatación fue de 3.42 horas; con una media de 4.69 horas en las primíparas y de 2.66 horas en las múltiparas. El tiempo medio de expulsivo fue de 15.27 minutos; con un tiempo de 18.8 minutos en las primíparas y de 13.1

minutos en las multíparas. El tiempo medio de bolsa rota es de 5.06 horas sin encontrar diferencias estadísticamente significativa entre los grupos de estudio.

El tipo de terminación fue en un 88.1% eutócica, con un 12.2% de partos vaginales instrumentales en el grupo de alta precoz y de 11.5% en el grupo de control. tampoco existieron diferencias significativas estadísticamente.

En el tipo de episiotomía y desgarros tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa por grupo de estudio; así en el grupo de alta precoz hubo un 9.4% de casos de desgarro y de un 7.3% en el grupo de control.

Los datos de los recién nacidos son equiparable (no hay diferencias estadísticamente significativas) en ambos grupos, con un 49.1% de recién nacidos varones y con un peso medio de 3.349 gramos.

Ambos grupos de estudios son homogéneos.

No hay selección de las pacientes por variables importantes como nivel cultural, edad, inicio-evolución-terminación del parto, ni por características del recién nacido.

Como mencionamos en el apartado I.2.5 uno de los principales sesgos que refieren los revisores de la bibliografía del alta precoz en sus metaanálisis (33-37,46), es que las pacientes incluidas en el grupo de alta precoz estaban altamente preparadas prenatalmente para este tipo de alta y que recibieron frecuentes controles posalta.

En nuestro estudio la selección se realiza después del parto, por lo que no existe contacto previo con las pacientes, y sólo se realiza una visita a domicilio, que por otro lado la consideramos imprescindible en este tipo de alta. Lo que sí existe en nuestro trabajo es una fácil accesibilidad a los Sistemas de Salud tanto en el grupo de alta precoz como en el grupo control.

No existe una preparación previa para el grupo de alta precoz.

No existe un seguimiento riguroso de los casos de alta precoz y sí una disponibilidad de los sistemas de salud para cualquier tipo de problema.

## **V.4 RESULTADOS MATERNOS.**

### **V.4.1 REINGRESO MATERNO HOSPITALARIO.**

Como se ha referido en el apartado III.4, se ha diseñado un tamaño muestral adecuado para demostrar que la proporción de readmisiones maternas en las 6 primeras semanas y de los recién nacidos en los primeros 28 días no varían debido al tipo de alta posparto. Así una vez demostrado que los grupos de estudios son homogéneos y que no se ha realizado ningún tipo de selección y tras valoración estadística con prueba exacta de Fisher se puede afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de madres readmitidas en las 6 primeras semanas entre el grupo de alta precoz y el grupo control.

Los estudios de alta precoz señalan que el reingreso en el hospital como resultado de una complicación grave fue muy raro, y se informó entorno a un 2% de todas las madres (34-37). Este dato, criticado porque la mayoría de los programas de alta precoz se efectuaron en población de bajo riesgo (principalmente en mujeres de raza blanca, clase media), que se investigaron con cuidado y que recibieron asistencia y vigilancia mediante visitas domiciliarias (34,35,37,44,60,61).

En nuestro estudio hubo un 2% (9 casos) de reingresos maternos en las 6 primeras semanas posparto, con un 1.9% en el grupo de alta precoz y un 2.3% en el grupo control, sin selección por población de bajo riesgo en ninguno de los grupos de estudio.

Creemos que la visita domiciliaria por personal cualificado es necesaria y beneficiosa, por ello en el diseño del estudio no se subdividió en grupo con o sin visita domiciliaria.

Aunque en los trabajos sobre el alta precoz no se valoran los reingresos después de las primeras 6 semanas posparto, en nuestro estudio hemos valorado los reingresos y patología puerperal materna hasta los 6 meses con un 0.94% de reingreso entre la sexta semana y el sexto mes posparto. Un 1.4% en el grupo de alta precoz y un 0.5% en el grupo control, sin existencia de diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a las causas de reingreso materno no hemos encontrado diferencia con las habituales en caso de puerperio patológico, ni tampoco diferencias entre los grupos de estudio.

El tiempo (de reingreso) total de los casos reingresados del grupo de alta precoz fue de 20 días y en el grupo control de 39 días, pero esta diferencia de días depende de la peculiaridad de la patología existente y de la respuesta al tratamiento por lo que no tiene ninguna interpretación.

Hemos hallado un 9% de consultas a los Sistemas de Salud en los 6 meses posparto; pero el alta precoz aunque ha supuesto una disminución de las consultas (8% versus 10.1% en el grupo control) a los Sistemas de Salud por motivos maternos no tiene significación.

## V.4.2 VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA PUERPERAL.

Los estudios de alta precoz señalan la existencia de un 5-20% de patología puerperal (33-35,37,44,60,61), (excluyendo el estudio de Norr (2) que refiere un 44% de patología puerperal). No describen dicha patología ni la separan por importancia clínica.

En nuestro estudio incluyendo todo tipo de patología en el puerperio: desde una grieta en el pezón o una episiotomía edematosa hasta un reingreso por una psicosis puerperal o una endometritis, hemos hallado un 21.1% de patología puerperal.

En el grupo de alta precoz un 16.6% y en el de control un 22.9%. Tampoco se encontró diferencias estadísticamente significativas en la valoración de las diversas patologías maternas posibles en el puerperio, tanto medio como tardío, entre los dos grupos de estudio. Si incluimos la patología puerperal tardía (entre la 6 semana y 6 meses posparto) existe un 24.8% de patología puerperal, con un 19.9% en el grupo de alta precoz y un 25% en el grupo control. No hay diferencia estadísticamente significativa.

### Distribución de la patología puerperal por grupo de estudio.

EXISTENCIA DE PATOLOGÍA EN %.	ALTA PRECOZ.	CONTROL.	DIFERENCIA ESTADÍSTICA.
Patolog. Mamaria	6.1	8.4	No
Patolog. Infecciosa.	1.6	1.5	No
Patolog. Vascular.	0.5	0.5	No
Patolog. Traumatologica.	3.3	2.3	No
Patolog. Psiquiátrica.	1.4	4.2	No
Alteración de la Episiotomía.	3.7	6.0	No
	16.6	22.9	
Patolog.Puerperal Tardía.	3.3	4.1	No
	19.9	25.0	No

### **V.4.3 VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD-DEPRESIÓN PUERPERAL.**

En general los estudios de alta precoz refieren la inexistencia de un incremento de la patología ansiosa-depresiva debida al alta precoz. Así Beck y colaboradores (103) utilizando la "Stein Maternity Blues Scale y el Beck Depression Inventory" no encontraron diferencias importantes a las semanas 1, 6 y 12 después del parto en las puntuaciones medias de la depresión en pacientes que se dieron de alta precoz, en comparación las que tuvieron una estancia de duración ordinaria en el hospital. Brown (106) concluye que los problemas de depresión no se modifican y los scores de valoración no se incrementan por el tiempo de estancia hospitalaria (con unas puntuaciones en los scores por encima de lo habitual en un 16,18 y 17% en estancias de 48 horas,3-4 días y más de 5 días respectivamente) y sí por otras variables como: el nivel económico bajo, el estar insatisfecha con el tiempo de estancia hospitalaria (tanto por una estancia corta como excesivamente larga), el grado de ansiedad-disconfor materno y el haber tenido un embarazo complicado.

Sólo, Carty y James (60,105) refieren un incremento de los problemas de depresión en los casos del alta precoz. Grullon (37), en su metaanálisis, refiere una calidad de evidencia con respecto a la inexistencia de incremento de problemas de ansiedad-depresión en caso de alta precoz de tipo II-2. Llega a dar una recomendación tipo C o insuficiente evidencia con los estudios existentes.

Nosotros, siguiendo las recomendaciones realizadas por los metaanálisis del alta precoz, hemos aplicado la "Hospital Anxiety and Depression scale (HAD)" diseñada por Zigmond en 1983 (107). Es una escala hospitalaria para medir la ansiedad y la depresión, es fácil de aplicar y rápida de contestar con una fiabilidad y validez muy alta (109,110). La principal crítica que le realizan a dicha escala es que no es fácil separar la patología ansiosa de la depresiva con los ítems que valora (110). Para nosotros este punto no es ningún problema ya que no intentamos separar dichas patologías sino sólo realizar una localización de la patología ansiosa-depresiva para posteriormente ser valorada por los psiquiatras.

Igual que en la valoración de la fatiga puerperal, los 22 casos que no acudieron a la revisión semanal no se han incluidos en la valoración de la patología ansiosa-depresiva.

Hemos hallado una puntuación mayor de 7 en la HAD scale en un 15.4% de los casos a la semana, con un 2.8% de casos (12 pacientes) con puntuación mayor de 10 (considerada como patológica y que requirieron seguimiento por psiquiatría) y un 0.5% (2 casos) de casos graves que requirieron ingreso en psiquiatría.

En el grupo de alta precoz hubo 1.4% de casos patológicos, con un 0.5% de casos graves y en el grupo control hubo un 4.2% de casos patológicos, con un 0.5% de casos graves. Aunque la diferencia por grupo de estudio no es significativa, existe una disminución de la patología ansiosa-depresiva en el grupo de alta precoz a expensa principalmente del subgrupo de patología leve o moderada.

Al mes del parto sólo un 2.3% (10 casos) se consideraron como patológicos y correspondían a las pacientes que estaban en control por psiquiatría donde se incluyen a los dos casos graves.

No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas al valorar la patología ansiosa-depresiva entre el grupo de alta precoz y el grupo control. No obstante, existe una disminución de la patología ansiosa-depresiva en el grupo de alta precoz a expensas del subgrupo de patología leve o moderada.

#### **V.4.4 VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.**

Hemos realizado una valoración sobre el seguimiento de la lactancia materna hasta los nueve meses del parto con los siguientes resultados:

Al alta, el 98.8% de las mujeres daban el pecho al recién nacido con una continuidad al mes del 86.5%. En este periodo no hay diferencias significativas entre los grupos de estudio.

A los tres meses hay un cambio en la tendencia y aquí ya un 39.5% de las mujeres refieren una lactancia artificial. A los seis meses la lactancia artificial es la más frecuente y el 60.5% de madres refieren una lactancia artificial.

Destacar que existe diferencia estadísticamente significativa en el seguimiento de la lactancia materna a los 3 meses entre ambos grupos de estudio a favor del grupo de alta precoz ( $p = 0.016 < 0.05$ . Estadístico exacto de Fisher). Así en el grupo de alta precoz un 66.2% de madres dan de mamar y sólo un 54.8% de madres del grupo control lo realizan.

A los seis meses existe la misma tendencia estadística siendo casi significativo ( $p = 0.053 > 0.05$ . Estadístico exacto de Fisher). Amamantan un 44.1% de las madres del grupo de alta precoz y un 35% de las madres del grupo control.

Una lactancia materna mas allá de los nueve meses sólo la presenta un 18.1% de la población de la muestra y no hay diferencias entre los grupos de estudio (19.7% en el grupo de alta precoz versus un 16.6% en el grupo control).

La mayor parte de los estudios sobre el alta precoz que ofrecen información sobre el amamantamiento señalan que éste no se ve afectado por la estancia corta en el hospital (44,60.) Brown (106) concluye que la lactancia materna no se modifica por el tiempo de estancia hospitalaria y sí por otras variables como el nivel educacional materno, el grado de satisfacción en el cuidado del niño, el grado de ansiedad-disconfor y la clínica

depresiva. Pero Dershewitz-Marshall (115) refieren que en los casos de alta precoz hay una tendencia a la discontinuidad de la lactancia materna, y aconsejan la ayuda domiciliaria a estas madres. Cooper (116) comunica casos severos de deshidratación en niños alimentados al pecho, a pesar de una buena preparación materna, o un buen seguimiento posalta.

En la revisión realizada por la Cochane Library (39) sobre la influencia del alta precoz (a las 48 horas de vida) comparándola con altas tardías (4 días o más de estancias) concluyen que el alta precoz puede ser beneficiosa en la continuación de la lactancia materna, con una valoración II-2 y recomendación tipo C de la U.S Preventive Services Task Force scale; aunque precisan que se necesitan mas estudios para determinar que factores influyen en la duración de la lactancia materna, y sobre cual es el mejor método de ayuda domiciliaria para las madres que se dan de alta precozmente.

En nuestro estudio la diferencia entre el seguimiento de la lactancia materna a los 3 y 6 meses creemos que está debido a la consolidación de las recomendaciones que realiza el personal especializado que visita a las madres a domicilio dando nociones sobre la técnica y los beneficios del amamantamiento en el habitat materno y cuando han comenzado las dudas y los problemas sobre la manera de dar el pecho.

Sobre los motivos del abandono de la lactancia materna simplemente hemos realizado una valoración descriptiva, sin considerar diversas características que podrían influir en el abandono de la lactancia materna. Hemos encontrado unos motivos de abandono muy parecidos a los de la bibliografía consultada (111-114); así el motivo más frecuente es que "el niño se quedaba con hambre" con un 57.8%.

#### **V.4.5 VALORACIÓN DE LA FATIGA PUERPERAL.**

En todos los programas de alta precoz se recomienda la valoración de la fatiga materna puerperal sin definir el número de controles que se requieren ni tampoco que tipo de escala a utilizar (17,44,46). Smith-Hanrahan y Deblois (104) usaron la escala "The Rhoten Fatigue Scale y el Inventory of Functional Status" y observaron que había fatiga en el 96% de las puérperas a la semana posparto, pero el alta temprana no afectó a la fatiga o a la capacidad funcional materna en un grado más importante que tras la estancia tradicional en el hospital.

Usamos la escala "Fatigue Severity Scale" de Krupp (142), por ser una escala muy utilizada en la medición de la fatiga en patologías médicas y por su facilidad de uso. Se considera como fatiga leve cuando la puntuación es de 12 a 19 puntos y grave cuando es igual o mayor de 20 puntos. Cualquier puntuación mayor de 5 en un sólo item también se consideró patológico.

En la valoración de dicha patología no se han incluido los casos que no acudieron a la visita semanal (22 casos) y la valoración del mes se realizó telefonicamente.

Hemos hallado una fatiga puerperal incrementada a la semana del parto en un 21.9% de las pacientes, con un 1.9% de casos graves. No hay diferencias significativas en la fatiga puerperal debida al alta precoz (un 20.1% en el grupo de alta precoz versus a un 23.5% del grupo de control).

Al mes sólo un 1.2% de puérperas refirieron una fatiga puerperal incrementada sin existir ningún caso grave. Tampoco hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio (0.5% en el grupo de alta precoz versus 1.8% en el grupo control).

Si valoramos la fatiga puerperal entre las pacientes que presentaron patología puerperal (mamaria, infecciosa, vascular, traumática, psiquiátrica o alteración de la episiotomía) y las que no, encontramos, como es de esperar, diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.0005$ . Chi-cuadrado de Pearson).

**Relación entre la fatiga puerperal y la existencia o no de patología puerperal.**

FATIGUE SEVERITY SCALE. FSS	PATOLOGÍA PUERPERAL		NO PATOLOGÍA PUERPERAL.	
	FE.	%V.	FE.	%V.
<b>No (7-12).</b>	48	51.6	265	84.4
<b>Leve-Moderada (13-29).</b>	41	44.1	45	14.3
<b>Grave(30).</b>	4	4.3	4	1.3
<b>Perdidos.</b>	<b>23.</b> 22 por no responder a la FSS y 1 pérdida del sistema al realizar el estudio estadístico.			
<b>Chi-Cuadrado de Pearson</b>	<b>p &lt; 0.0005</b>			

**FE= Frecuencia.**

**%VT= Porcentaje válido**

## V.5 RESULTADOS NEONATALES.

En nuestro estudio se han cumplido en todos los casos los requisitos de las Guidelines for Perinatal Care (17) y ante la sospecha de cualquier patología, falta de analítica-grupo sanguíneo no se dio de alta (no cumplían los requisitos de inclusión en estudio). Los análisis de despistaje de errores innatos del metabolismo en nuestro área sanitaria se realizan al 5º día de vida, y por lo tanto siempre extrahospitalariamente.

Demostrado que los grupos de estudios son homogéneos sin selección por población de bajo riesgo y siguiendo las recomendaciones de los metaanálisis sobre el alta precoz existentes, hemos valorado la tasa de rehospitalización neonatal en los primeros 28 días como la principal variable a medir en los recién nacidos, y la que, con el índice de rehospitalización materno en las primeras 6 semanas, define el tamaño muestral.

Así la tasa de rehospitalización neonatal en los primeros 28 días es de un 1.9%.

En el grupo de alta precoz existe una tasa de rehospitalización neonatal del 1.4% y en el grupo control del 2.3%. Hay que destacar que esta diferencia es a expensas de la hiperbilirubinemia (33% de los reingresos en el grupo de alta precoz versus un 66% en el grupo de control). La visita domiciliaria por personal cualificado en el control y asesoramiento sobre el cuidado del recién nacido nos parece el causante de este beneficio.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la tasa de rehospitalización entre los grupos de estudio.

Entre las causas de rehospitalización la más frecuente es la hiperbilirrubinemia con un 50% (con cifras de rehospitalización de 16-18 mg/dl) seguida de la fiebre con un 25%.

En la bibliografía revisada:

- La tasa de reingresos hospitalarios está entre el 0.6% y 5%. (33,38,58). Liu (38), en un informe de gran tamaño y buen diseñado (con 2.029 casos y 8.657 controles), refieren una tasa global de rehospitalizaciones neonatales del 2%.
- No se han encontrado diferencia significativa entre las tasas de rehospitalización de los niños de alta precoz y los grupos controles (1,9,33,37,81,115,118,119). En algunos estudios se observa que la tasa de rehospitalización de neonatos dados de alta precoz es menor a los lactantes dados de alta tradicional. Sin embargo, estas tasas bajas se produjeron en poblaciones, de bajo riesgo y todos los lactantes recibieron cuidados de vigilancia de buena clase (44,60,61,105,120).
- La hiperbilirrubinemia es el problema médico más frecuente. Según Catz (42) entre 1 y 4% de los lactantes nacidos a término reingresan en el hospital durante la primera semana de vida. De todos estos reingresos, cerca del 45-85% es por ictericia (35,37,58,122). Muchos de los estudios, no especifican que concentración de bilirrubina total era lo suficientemente alta para exigir el reingreso del neonato. Seidman (40), sugirió que debe adoptarse una definición uniforme de la hiperbilirrubinemia grave, que se efectúe mediante fototerapia en el hogar, con lo que disminuirá la necesidad del reingreso hospitalario. Además el cambio de enfoque terapéutico en estos niños, difiriendo la fototerapia hasta valores de bilirrubina sérica superior a los 18 mgs/dl (40,59), la ictericia ha dejado de ser un importante problema.

Así los datos hallados en nuestro estudio concuerdan con los existentes en la bibliografía mundial sobre el alta precoz (1,9,34,36,38,43,81,115,118-122).

Otros datos que hemos valorado (siguiendo las recomendaciones de los metaanálisis sobre el alta precoz) pero con menor importancia son:

- Tiempo de reingreso total de los recién nacidos por grupos de estudios. Recordar que el tiempo de reingreso depende del tipo de patología, la severidad de esta y la respuesta al tratamiento por el neonato.

Así el tiempo total de reingreso de los neonatos en el grupo de alta precoz es de 16 días y en el grupo control de 22 días.

- Hemos realizado una descripción de la patología neonatal controlada sin reingreso hospitalario en los primeros 28 días con un sentido meramente informativo.
- En cuanto a las consultas a los sistemas de salud por problemas neonatales hemos hallado una frecuencia del 7.2%; con una distribución de un 8.4% en el grupo de alta precoz y un 6.0% en el grupo de control sin existir una disminución en estas consultas por el alta precoz.

## V.6 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.

En la encuesta de satisfacción se observa una valoración favorable de este tipo de práctica: " alta precoz puerperal con visita a domicilio".

A la propuesta de alta precoz y control en domicilio, en aquellas pacientes que se incluyeron en el grupo control, hasta el 40% de las pacientes afirmaron que se hubieran encontrado más satisfechas con este tipo de seguimiento.

En aquellas pacientes que se dieron de alta precoz y control en domicilio:

- Más del 90% de ellas refieren encontrarse satisfechas o muy satisfechas con esta práctica.
- El 92% refirieron encontrarse mucho mejor el día que estaban en su casa con la visita del personal sanitario que ingresadas en el hospital con el control habitual.
- Además refieren haber obtenido más información sobre el cuidado del recién nacido y el suyo propio cuando fue el personal sanitario a su domicilio.
- Hasta un 90% de estas pacientes repetirían esta práctica en un futuro parto.

Nuestro fin es proporcionarle a las puérperas la mejor prestación sanitaria posible y no un ahorro de costos exclusivamente; por ello creemos que la visita domiciliaria realizada por personal sanitario cualificado es fundamental e imprescindible para los programas de alta precoz. Esta afirmación la fundamentamos en que el personal sanitario:

- Realiza una vigilancia de la patología puerperal en las 48-72 horas posparto.
- Realiza una vigilancia de la patología neonatal en las 48-72 horas posparto.
- Resuelve dudas y problemas sobre el cuidado neonatal y puerperal cuando estos aparecen, y además en el ambiente de la puérpera donde esta se encuentra más cómoda.

- Comprueba y corrige la técnica de amamantamiento cuando la subida de la leche se ha producido, resuelve problemas acerca de la lactancia materna y realiza una consolidación de las recomendaciones sobre la lactancia materna.

Brown (45) en su protocolo sobre el "Early postnatal discharge form hospital for healthy mothers and term infants" propone la división en subgrupos de estudios con y sin visitas domiciliarias. Nosotros creemos que aunque se demostrara que en el grupo de alta precoz sin visita a domicilio la patología neonatal y puerperal no se incrementara, la visita domiciliaria es necesaria para mejorar la calidad asintencial de las puérperas.

Además creemos que el incremento de casos de ictericia y deshidratación neonatal en algunos protocolos de alta precoz (35,38-42) se deben al abandono de las pacientes paridas por los Sistemas de Salud. Con el seguimiento y contacto por los prestadores de salud pensamos que esto no ocurriría y la atención a estas pacientes estaría asegurada.

## V.7 VALORACIÓN DE LOS COSTOS.

En el apartado I.6 se refiere que la mayoría de los programas de alta precoz que han valorado los costos informan de un ahorro (130-134), pero hay algunos autores como Annas (5) que no están de acuerdo y otros como Gazmararian-Koplan (131) que los critican porque la valoración de los costos no se realiza de forma adecuada. Grullon y Grimes (37) califican las pruebas científicas existentes sobre la valoración económica en los programas de alta precoz como tipo C o inadecuadas. Brown y Lukacs (45,139) hacen referencia a los parámetros que se deben incluir en la valoración.

En la estimación económica de nuestro estudio del alta precoz hemos valorado todos los parámetros que recomiendan los revisores (Brown, Gazmararian-Koplan y Lukacs) (45,131,139):

- Costo de desarrollo y mantenimiento del programa de alta precoz.
- Costo de la visita domiciliaria y visita de revisión hospitalaria de la madre y neonato a la semana.
- Costo del seguimiento telefónico.
- Costo de los reingresos maternos y neonatales.
- Costo de las consultas maternas y neonatales a los Sistemas de Salud.

Hemos obtenido un ahorro del 18.3% que supone 59.207,59 euros en un total de 202 casos. Un ahorro por paciente de 293,10 euros (48.655 ptas). Estimación para un programa de alta precoz con visita a domicilio y seguimiento telefónico.

Si se aplicara un programa de alta precoz con una visita a domicilio y revisión hospitalaria a la semana de la madre y neonato se obtendría un ahorro sobre el alta habitual de 43.342,49 euros que supone un 13.4% de ahorro, para 202 casos. Existiría un ahorro de 214,56 euros (35.618,08 ptas) por paciente.

Así sobre 2.800 partos sin complicaciones que hubo en el Hospital de Valme en 1999 (16) se obtendría un ahorro de:

- Sistema de alta precoz con visita a domicilio y seguimiento telefónico.  
820.680 euros            136.232.880 ptas.
- Sistema de alta precoz con visita a domicilio y revisión hospitalaria de la madre y neonato a la semana.  
600.768 euros            99.727.488 ptas.

Nuestros datos indican que existe un ahorro entorno al 18-20% en referencia al costo de un alta hospitalaria tradicional con ingreso mínimo de 48 horas.

## VI. CONCLUSIONES.

Concluimos que el alta precoz posparto:

- 1<sup>a</sup>. No implica un aumento de las rehospitalizaciones maternas respecto al alta tradicional.
- 2<sup>a</sup>. No implica un incremento de la patología puerperal materna en comparación con el alta hospitalaria tradicional. Hemos encontrado menos patología puerperal, aunque no tenga significación estadística, en el grupo de alta precoz.
- 3<sup>a</sup>. No implica un aumento de la fatiga puerperal.
- 4<sup>a</sup>. Determina una disminución de la patología ansiosa-depresiva, a expensas del subgrupo de patología leve-moderada, si bien la diferencia no tiene significación estadística.
- 5<sup>a</sup>. Determina una disminución de las consultas a los Sistemas de Salud por motivos maternos o neonatales, aunque no es estadísticamente significativo.
- 6<sup>a</sup>. Determina una menor tasa de rehospitalizaciones del neonato respecto al grupo control, sin que existan diferencias estadísticamente significativas.
- 7<sup>a</sup>. Determina una mejoría del bienestar materno-familiar (datos extraídos de la encuesta para valorar la satisfacción de las madres).
- 8<sup>a</sup>. Determina un ahorro para los Sistemas de Salud.
- 9<sup>a</sup>. Existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio en el mantenimiento de la lactancia materna a los tres meses, a favor del grupo de alta precoz. A los seis meses esta diferencia se mantiene, si bien, pierde la significación estadística.
- 10<sup>a</sup>. El estudio realizado demuestra que con el alta precoz se pueden garantizar las finalidades de la hospitalización posparto, que constituía nuestro objetivo inicial.

## VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Brown LP, Towne SA, York R. Controversial issues surrounding early postpartum discharge. *Nursing Clin North Am* 1996;31:333-338.
2. Norr KF, Nacion K. Outcomes of postpartum early discharge, 1960-1986: a comparative review. *Birth* 1987;14:135-141.
3. Trends in length of stay for hospital deliveries-United States. 1970-1992. *Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:335-337.
4. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1998: 69.
5. Annas GJ. Women and children first. *N Engl J Med* 1995;333:1647-1651.
6. Parisi VM, Meyer BA. To stay or not to stay? That is the question. *N Engl J Med* 1995;333:1635-1637.
7. Guerriero WF. Early controlled ambulation in the puerperium. *Am J Obstet Gynecol* 1946;51:210-212.
8. Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1962;1:227-232.
9. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants: early discharge with home care. *N Engl J Med* 1976;294:702-705.
10. Análisis y Desarrollo de los GDR en el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo Disponible en: <http://www.msc.es/cmbd/>.
11. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1991:276.
12. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1993:106.
13. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1994:102.
14. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1995:98.
15. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1996:104.
16. GDR 373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado. En: Memoria anual del Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 1999:55.

17. American Academy of Pediatrics, American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and Follow-up Care. In: Guidelines for Perinatal Care, 4 ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists 1997:147-182.
18. American Academy of Pediatrics, American Collage of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and Follow-up Care. In: Guidelines for Perinatal Care, 3 ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists 1992:91-116.
19. Protocolo de Puerperio normal y patológico de la S.E.G.O. En: <http://www.sego.es/>.
20. Mothers' and Infants' Health Security Act'. Md.Laws ch.503 (1995).
21. Newborns' and Mothers' Health Protection Act, Public Law 104-204 (Sept 1996).
22. Thilo E, Townsend S, Merensten G. Historia de la político y la práctica relacionadas con la estancia intrahospitalaria perinatal. Egreso perinatal temprano del hospital. Problemas y Preocupaciones. Clínicas Obstétricas y Ginecológica 1998;2:289-293.
23. García F. Un cambio de paradigma en la práctica de la medicina. Disponible en: [http://www.msde.es/publicaciones/mbe/mbe\\_01.html/sego.es/](http://www.msde.es/publicaciones/mbe/mbe_01.html/sego.es/)
24. Dickersin K, Manheimer E. Cochrane Collaboration: valoración de la atención de la salud y los servicios mediante revisión sistemática de los resultados de estudios aleatorios con testigos. Clínicas Obstétricas y Ginecológica ;1998;2:295-308.
25. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
26. White KL. Archie Cochrane's legacy: An American perspective. In: Maynard A, Chalmes I, eds. Nonrandom Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1997:3-7.
27. Bonfill X. Origen y futuro de la Colaboración Cochrane. Disponible en: [http://www.msde.es/publicaciones/mbe/mbe\\_01.html/sego.es/](http://www.msde.es/publicaciones/mbe/mbe_01.html/sego.es/)
28. Clarke M, Oxman AD, editores. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 [updated June 2000]. En: Review Manager (*RevMan*) [Computer program]. Versión 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.
29. Davis A, Grimes MD. U.S.Preventive Services Task Force: inicio de la medicina basada en pruebas. Clínicas Obstétricas y Ginecológica 1998;2:309-317.
30. U.S.Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore, MD: Williams and Wilkins,1995.

31. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Canada Communication Group,1994.
32. Early next postpartum next discharge. En: <http://www.cochrane.es/>.
33. Britton JR, Britton HL, Beebe SA: Early discharge of the term newborn: A continued dilemma. Pediatrics 1994;94:291.
34. Margolis LH. A critical review of studies of newborn discharge timing. Clinical pediatrics 1995;34(12):626-634.
35. Braveman P, Egeter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants; early discharge of newborns and mothers-a critical review of literature. Pediatrics 1995;96:716-726.
36. Renfew MJ, Lang S. Early vs late discharge postpartum (Cochrane Library) In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software 1.998.
37. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: A review and critique. Obstet Gynecol 1997;90:860-865.
38. Liu.L, Clemens CI, Shay D, Davis R, Novack AH. The safety of newborn early discharge: The Washington State experience. JAMA 1997;278:293-298.
39. Edmonson MB, Stoddard JJ, Owens LM. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. JAMA 1997;278:299-303.
40. Seidman DS, Stevenson DK, Ergaz Z, Gale R. Hospital readmission due to neonatal hyperbilirubinemia. Pediatrics 1995;97:727-729.
41. Maissel MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed newborns. Pediatrics 1995;96:730-3.
42. Cartz C, Hansin JW, Simpson L, Yaffe S. Summary of workshop:early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. Pediatrics 1995;96:743-744.
43. MacDonald MG. Hidden risks: early discharge and bilirubin toxicity due to glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. Pediatrics 1995;96:734-8.
44. Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmak G. Early and late discharge after hospital birth: health of mother and infant in the postpartum period. Upsala J Med Sci 1987;92:301-314.
45. Browns S, Davis P, Faber B, Krastev A, Small R. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Protocol for a Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue1, 2001. Oxford: Update Software.

46. Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec. Evaluation of the risks and benefits of early postpartum discharge. Report submitted to the Minister of Health and Social Services of Quebec. Quebec;1997.
47. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society; Maternal Fetal Medicine and Clinical Practice Committees, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Facilitating discharge home following a normal term birth. *Paediatric & Child Health* 1996;1:165.
48. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995;96:788.
49. Facilitating discharge home following a normal term birth. A joint statement with Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Paediatric & Child Health* 1996;1(2):165-168.
50. Criteria for Discharge Less Than 48 hours after Birth. The SOGC and CPS, n° 22,1996.
51. Glazermer CM, Abdalla M, Stround P, Naji S, Templeton A, Russell IT; Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282.
52. Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW, Franks AL, Smith JC. Maternal mortality in the United States, 1979-1986. *Obstet Gynecol* 1990.
53. Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, Jewett JF. The Maternal Mortality Collaborative: Maternal mortality in the United States: Report from the Maternal Mortality Collaborative. *Obstet Gynecol* 1988;72:91.
54. Sweet RL, Gibbs RS. Infectious diseases of the female genital tract. In: Williams and Wilkins, Baltimore;1990.p.356.
55. Maberry MC, Gilstrap LC, Bawdon RE, Little BB, Dax JS: Anaerobic coverage for intra-amniotic infection: Maternal and perinatal impact. *Am J Perinatol* 8:338,1991
56. Stehman . Infección y trastornos del puerperio. En: Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, Clark S (eds). *Williams Obstetricia* 20ª edición. Buenos Aires: Panamericana S.A;1998.p. 514-531.
57. Bajo J. Patología del Puerperio. En: Usandizaga JA, De la Fuente P (eds). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España;1997.p.529-555.
58. Lee CY, Madrazo B, Drukker BH. Ultrasonic evaluation of the postpartum uterus in the management of postpartum bleeding. *Obstet Gynecol* 1981;58:227.

59. American Academy of Pediatrics. Management of hiperbilirubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics* 1994;94(4).
60. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 1990;17:199-204.
61. Lemmer C. Arly-discharge: outcomes of primiparas and their infans. *JOGNN* 1987;230-236.
62. Paykel ES, Myers JK, Dienelt MH, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969;21:753-760.
63. Holmes T, Rahe R. The readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-218.
64. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women. London:Tavistock;1978.
65. Leiffer M. Psychological change accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychol Monographs* 1977;95:55-96.
66. Kruckman LD. Rituals and support: an anthropological view of postpartum depression. En: Hamilton JA, Harberger PN, eds. *Postpartum Psychiatric Illness: A Picture Puzzle*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 1992;136-148.
67. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-673.
68. Bebbington PE, Dean C, Der G, Hurry J, Tennat C. Gender, parity and the prevalence of minor affective disorder. *Br J Psychiatry* 1991;158:40-45.
69. Tomás A, Pedrós A, Aguilar CV. Trastornos afectivos relacionados con el posparto: blues y depresión. En: Leal M (eds). *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona:Masson S.A;1999.p.91-114.
70. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973;122:431-433.
71. Aguilar K. Disforia posparto: Análisis de los factores psicosociales de riesgo. Tesis doctoral. Facultad de Medicina Universidad de Valencia;1996.
72. Kuevi V, Causon R, Dixon AF et al. Plasma Amine and Hormone Changes in Postpartum Blues. *Clin Endocrinol (Oxf.)*1983;19:39-46.
73. Feksi A, Harris B, Walker RF et al. Maternity Blues and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 1984;6:351-355.
74. Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 1992;16:921-932.

75. Ballinger B, Buckley D, Naylor G et al. Emotional disturbance following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychol Med* 1979;9:293-300.
76. Condon JT, Watson TL. The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:164-171.
77. Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI et al. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 1988;152:24-27.
78. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA et al. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801-806.
79. Parekh RI, Cohen S, Robertson LM. Prospective study of postpartum blues. En: *New Research Program and Abstracts of the 1996 Annual Meeting of the American Psychiatry Association, May 6, 1996, New York, NY. Abstract NR87:89.*
80. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum Mood Disorders: Diagnosis and Treatment Guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998;59(supl. 2):34-40.
81. Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Postpartum blues and mild depressive symptomatology all days three and five after delivery. *J Affect Dis* 1997;44:1-4.
82. Martin Q, Brown GW, Goldberg DP, Brockington IE. Psychosocial stress and puerperal depression. *J Affect Dis* 1989;16:283-293.
83. Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry* 1994;164:782-788.
84. Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. *J Abnorm Psychol* 1984;93(4):378-390.
85. Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerly H, Bond A. Non psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988;152:799-806.
86. Campbell SB, Cohn JE. Prevalence and correlates of postpartum depression in first time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991;100:594-599.
87. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.
88. Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *Br J Psychiatry* 1987;151:523-527.

89. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990;99:69-78.
90. Augusto A, Kurnar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area in Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996;26:135-141.
91. Gard PR, Handley SL, Parson AD et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986;148:567-575.
92. Ifabumuyi OI, Akindele MO. Postpartum mental illness in Northern Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:63-68.
93. Brockington IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F. Stress and puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;157:331-334.
94. Murray D, Cox JL, Chapman G et al. Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *Br J Psychiatry* 1995;166:595-600.
95. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998;59(2):29-33.
96. Kurmar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:250-264.
97. Cuningham MD et al. Trastornos neurológicos y psiquiátricos. En: Cuningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, Clark S (eds). *Williams Obstetricia 20ª edición*. Buenos Aires: Panamericana S.A;1998.p.1177-1178.
98. Ribot Th. *The Psychology of Emotions*. London:W.Scot;1897.
99. Deschamps A. *Les Malalties de l'ésprit et les Asthénies*. Paris: Alcan;1919.
100. Diccionario Enciclopédico ESPASA. Espasa-Calpe, S.A., Madrid 1988;9:4828.
101. Mosso A. *La Fatigue: Intellectuel et Physique*. Paris: Alcan;1903.
102. Hernandez Vidal P, Berrios G.E, Bulbena Vilarrasa A. Concepto y evaluación de la sensación de fatiga. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios G.E, Fernández de la Rinoa Palacios P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson S.A; 1999.p. 123-34.
103. Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *JOGNN* 1992;21:287-293.
104. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res* 1995;4:50-66.
105. James ML, Hudson CN, Gedski VJ, et al. An evaluation of planned early postnatal transfer home with nursing support. *Med J Aust* 1987;147:434-438.

106. Brown S, Lumley J, Small R. Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes?. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998;12:49-71.
107. Zimond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acte Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
108. Thompson C. Anxiety. En: Thompson C (ed). *The instruments of psychiatric research*. New York:Wiley;1989.
109. Tejero A, Guimerá E, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Dpto Psiquiatr Fac Med Barc* 1986;13:233-238.
110. Andersson E. The Hospital Anxiety and Depression Scale: Homogeneity of the Subscales. *Soc Behav Pers* 1993;21:197-204.
111. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999;50:333-340.
112. Comité de Lactancia Materna en España hoy. *Bol Pediatr* 1999:132-142.
113. Moran Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992;36:45-50.
114. García N, Oria C, Sánchez M, De Miguel J.R. Influencia de la educación sanitaria en la lactancia materna. *Toko-Gin Práct* 1989;8:63-467.
115. Dershwitz R, Marshall R. Controversies of early discharge of infants well-newborn nursery. *Current opinion in Pediatrics* 1995;7:494-501.
116. Cooper WO, Atherton HD, et al. Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area. *Pediatrics* 1995;96:957-960.
117. Oh W, Blacckmon L, Escobedo M, et al. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995;94:788-790.
118. Bragg EJ, Rosenn BM, Khoury JC, Miodovnik M, Siddiqi TA. The effect of early discharge after vaginal delivery on neonatal readmission rates. *Obstet Gynecol* 1997;89:930-933.
119. Kotagal UR, Atherton HD, Bragg E, Lippeert C, Donovan EF, Perlstein. Use of hospital-based services in the first three months of life: Impact of an early discharge program. *J.Pediatrics* 1997;130:250-256.

120. Rhodes MK. Early discharge of mothers and infants following vaginal childbirth at the United States Air Force Academy: a Three-year study. *Military Med* 1994;159:227-230.
121. Liu S, Wu S, McMillan D, Troutonk et al. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Can J Public Health* 2000;91:46-50.
122. Kessel W, Kiely M, Nora AH, Sumaya CV: Early Discharge: in the end, it is judgment. *Pediatrics* 1995;96:739-742.
123. McCabe ERB, McCabe L, Mosher GA, Allen RJ, Berman JL. Newborn screening for phenylketonuria: predictive validity as a function of age. *Pediatrics* 1983;72:390-398.
124. American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Issues in newborn screening. *Pediatrics* 1996;98:473.
125. Small R, Lumley J, Broun S. To stay or not to stay: are fears about shorter postnatal stays justified?. *Midwifery* 1989;79:340-349.
126. Norr KF, Nacion KW, Abramson R: Early discharge with home follow-up: Impacts on low-income mothers and infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18:133.
127. Agency for Health Care Policy and Research: Expenditures for Pregnancy and Infant Medical Care, 1987. *Intramural Research Highlights. Washington,DC,National Medical Expenditure Survey; 1994.*
128. Agency for Health Care Policy and Research: The National Bill for Diseases Treated in U.S Hospitals,1987. Washington,DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1994.
129. Resnick MB, Ariet M, Carter RL, et al: Prospective pricing system by diagnostic-related groups: Comparasion of federal diagnosis-related groups with high risk obstetric care groups. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:567.
130. Elixhauser A, McCarthy E: *Clinical Classifications for Health Policy Research, Version 3: Hospital Inpatient Statistics (AHCPR Publicationn No. 96-0017).* Health Care Cost and Utilization Project (HCUP-3) Research Note 1. Rockville, MD, Agency for health Care Policy and Research;1996.
131. Gazmararian J.A, Koplan J.P. Aspectos económicos de estancia intrahospitalaria perinatal. Egreso perinatal temprano del hospital. *Problemas y Preocupaciones. Clínicas Obstétricas y Ginecológica;1992:529-545.*

132. Hickey L, DeRoeck E, Shaw M: Maternity day care program offers economical, family oriented care. *Hospitals* 1977;51:85.
133. Cottrell DG, Pittala B, Hey D: One day maternity care: A pediatric view: *J Am Osteopath Assoc* 1986;83:216.
134. Brumfield CG, Nelson KG, Stotser D, Yarbaugh D, Patterson P, Sprayberry NK. 24-hour mother-infant discharge with a follow-up home health visit: results in a selected Medicaid population. *Obstet Gynecol.* 1996;88:544-548.
135. Berryman GK. Early discharge of mothers and infants following vaginal births. *Mill Med* 1991;156:583.
136. Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, et al: Recommendations for reporting cost-effectiveness analysis. *JAMA* 1996;276:1339.
137. Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR: Recommendations of the panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA* 1996;276:1253.
138. Feldman WE: Evaluation of an early newborn discharge program. *HMO Practice* 1993;7:48.
139. Lukacs A: Issues surrounding early postpartum discharge: Effects on the caregiver. *J Perinat Neonatal Nurs* 1991;5:33.
140. Krupp LB, LlaRocea NG, Muir-Nash J, Steineberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989;46:1121-1123.
141. Tarifas de Telefónica año 2.000. En: <http://www.telefonicaonline.com/>.
142. Jadad et al. *Controlled Clinical Trials* 1996;17:1-12.
143. Guyatt GH et al. Users' Guides to The Medical Literature, II How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1994;271:59-63.