

PARTO SIN INGRESO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE: UNA EXPERIENCIA PILOTO.

**AUTORES: JUAN CARLOS MARTÍNEZ ESCORIZA ¹, PATRICIA IBÁÑEZ BLANES,
INMACULADA CASANOVA ARANDA, REMEDIOS CLIMENT NAVAJAS,
HERMENEGILDA MATAIX MATAIX, VIOLETA NAVÍO ABRIL ².**

¹Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital General de Alicante, ² Matronas Hospital General de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La asistencia al parto en nuestro entorno, está sufriendo una revolución imparable en los últimos 40 años. Por un lado, se ha pasado del parto domiciliario en condiciones precarias y con resultados de morbi-mortalidad materno - infantil alarmantes, al parto hospitalario con su tecnificación y mejoras tangibles. En cambio, por otro lado, se rindió el valor íntimo y humano del parto en casa en pos de una atención despersonalizada y protocolizada al servicio de la técnica. Así, si bien hemos disminuido los valores absolutos de morbi-mortalidad, es posible que en el camino esté quedando parte de la buena calidad asistencial. Todo ello, está siendo sometido a debate cada día, pues hemos llegado a un punto en el que, la ciencia y la técnica ya no disminuyen más aún los índices de mortalidad infantil y, sin embargo, aumentan el número de cesáreas y partos instrumentados.

La tendencia actual, pasa por la necesidad de HUMANIZAR cada uno de los aspectos del parto y puerperio (acompañamiento en el parto, mejora de las condiciones ambientales, capacidad de decisión y participación en el proceso de la propia mujer...), sin renunciar por ello a la seguridad y servicios del medio hospitalario. Al mismo tiempo, nos invaden corrientes partidarias de volver al parto domiciliario, que quieren destacar así el mayor grado de humanización del proceso.

Si queremos progresar, evolucionar nuestras prácticas y cuidados, debemos cuestionarnos actividades anteriores que, si bien nacieron con la necesidad de mejorar (tal es el caso de llevar los partos domiciliarios al hospital por las altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil) **(1)** frenaron el desarrollo de otras competencias. Hoy día, en nuestro ámbito de la obstetricia, podríamos asistir a la adecuada convivencia de ciencia y calidad asistencial si sabemos combinar los elementos positivos de una y otra, es decir, técnica y humanización de los procedimientos **(2)**

Por todo ello, teniendo en cuenta esta evolución en el tiempo, y dentro de nuestras posibilidades, surge el deseo de incrementar la calidad de nuestra atención, la satisfacción de nuestras usuarias, de las madres que vienen a parir a nuestro hospital. Surge así la hipótesis de que muchas de ellas se podrían beneficiar de un parto sin ingreso con unos resultados que, como mínimo, se igualen a los de las púerperas que permanecen ingresadas dos o más días (en habitaciones mayoritariamente dobles, con limitación de visitas, horarios hospitalarios, disminución de la intimidad...)

Si bien las principales razones que aconsejan el ingreso hospitalario tras el parto son la identificación de complicaciones materno y /o neonatales y la proporción de cuidados profesionales, así como el soporte necesarios hasta que la madre tenga la fuerza necesaria para abordar los cuidados propios y los de su hijo **(3)**, tenemos la experiencia cercana de Upsala (Suecia) Allí, en un hospital del primer mundo, de características semejantes a las nuestras, las gestantes con parto espontáneo, sin instrumentar, a término y con peso fetal normal (quedan excluidos los fetos de bajo peso y los macrosomas), regresan a domicilio a las seis horas postparto.

En nuestro medio, García Calvente **(4, 5)** ya había demostrado también la mejora de los resultados perinatales cuando la puérpera era dada de alta en las primeras 48 horas, frente a aquellas que permanecían ingresadas dos o más días. Al mismo tiempo, otros autores italianos (Grifnafini et al, **(6)**) ya destacan la importancia de crear políticas asistenciales que contemplen el alta precoz tras el parto. Además, si bien la mayor preocupación que surge en torno a la posibilidad de alta precoz tras el parto, es la posibilidad de complicaciones neonatales, encontramos que ya en el año 1995, la revista "Pediatrics" **(7)**, publica una revisión de los posibles efectos adversos neonatales en hospitales con políticas de alta precoz, concluyendo que no había un efecto significativamente severo, si bien, deja abierta la puerta a la realización de futuros estudios que avalen y atajen la cuestión.

Por otro lado, en el año 2001, Escobar y su equipo publicaron un estudio en la citada revista "Pediatrics" en el que ponían de manifiesto el mayor nivel de satisfacción en aquellas mujeres que habían recibido el alta precozmente, mientras que no había diferencias significativas en cuanto a los aspectos clínicos. La principal limitación de este estudio (que incluía 508 casos de madres-hijos con alta precoz y 506 controles) se centra en la imposibilidad de extrapolar los datos a la población con niveles socioeconómicos más bajos, ya que no tenían acceso a los hospitales donde se realizó el mismo (debido al tipo de financiación y estructuración de los servicios sanitarios americanos) **(8)** Por otro lado, no habían sido detectados todos los casos de reingreso, pero en un estudio anterior, del año 1999, ya Kotagal et al, **(9)** había publicado un artículo donde destacaba que sólo se producía reingreso hospitalario en un 1-1,3% de los casos con alta precoz, por debajo de los reingresos encontrados en los grupos controlados hospitalariamente [2-2,3%] **(3)** Así pues, se concluye que la disminución de la estancia hospitalaria en el puerperio no aumenta el posterior número de reingreso puerperal.

Así pues, podemos decir, en base a la revisión realizada y teniendo presente la limitación existente en cuanto a la escasez de estudios al respecto, que no existe evidencia científica que demuestre que la morbilidad disminuye en aquellos casos de puérperas que permanecen ingresadas 48 horas **(3, 4)** Igualmente ocurre con los riesgos en el neonato (de sepsis, hiperbilirrubinemia...) **(8, 9, 10)** Es más, los estudios nos dicen que, en los casos de alta precoz existe una alta tasa de lactancia materna, adecuado cumplimiento de programas de vacunación y detección de metabopatías, altísima satisfacción de las mujeres y sus familias **(11)** y, eso sí, una mayor utilización de servicios –por las visitas necesarias- y alguna visita a los servicios de urgencias **(4, 5)**

Todo ello, avala la idea de que es posible que, en nuestros hospitales y con nuestros recursos, las madres y sus hijos puedan irse a casa con total seguridad tras las primeras 2-6 horas postparto en el hospital. Sin ir más lejos, se estima que en nuestro hospital (Hospital General Universitario Alicante) donde se atiende una media de 3000 partos anuales, más de 1000 mujeres podría beneficiarse de una adecuada asistencia hospitalaria en el parto con la consiguiente alta precoz en el postparto y las correspondientes visitas domiciliarias de ginecólogo, matrona y pediatra a las 24 y 48 horas.

En base a lo expuesto, se diseñó este estudio piloto, para objetivar si es posible que se vayan de alta nuestras mujeres sin que por ello se incrementen aspectos tales como la tasa de reingreso s en los primeros días postparto, o disminuya el deseo de lactancia materna... mientras que se benefician de las ventajas de los cuidados a domicilio, dejando de lado los inconvenientes hospitalarios (horarios, infecciones nosocomiales...)

OBJETIVOS

- Comparar los porcentajes de reingresos maternos o neonatales en los casos de parto sin ingreso, frente a los partos con ingreso.
- Establecer diferencias, si las hubiera, entre las coberturas de los planes de vacunación y detección de metabolopatías, así como la instauración y mantenimiento de lactancia materna entre los partos sin ingreso y los partos con ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio observacional prospectivo de tipo cohortes emparejadas. Una cohorte de parto sin ingreso en la que antes de las 6 horas postparto se da de alta. Otra de asistencia convencional o parto con ingreso.

SUJETOS DE ESTUDIO: parejas madre-neonato, con parto vaginal único, a término.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Parto vaginal de un solo feto en cefálica, no instrumentalizado, a término (38-42 semanas), no bajo peso ni macrosoma (> 2500 g, < 4000 g), Test Apgar > 7 a los 5 minutos. No RPM mayor a 18 horas, ni riesgos de infección neonatal (EGB -) ni de hiperbilirrubinemia (hermanos previos afectados). Aceptar voluntariamente el alta sin ingreso, no padecer la madre enfermedades mentales y firma del consentimiento informado.

FORMA DE SELECCIÓN O DISTRIBUCIÓN: Realización de labor informativa previa sobre el estudio en los centros de salud aprovechando la asistencia a las clases de educación maternal. Tras esta explicación, habrá un grupo de gestantes que deseen parto sin ingreso y otras que no. Las que si deseen parto sin ingreso, reúnan los criterios de inclusión, y hayan leído la hoja informativa y firmado el Consentimiento

Informado, serán sometidas al control habitual postparto durante las dos primeras horas tras el alumbramiento (TA, T^a, FC, altura y tono uterinos, sangrado vaginal, dolor, estado de la episiotomía si la hubiere, iniciación y apoyo de lactancia materna. A las dos horas, si no hay incidencias, se retira la fluidoterapia I.V. y se trasladan a la madre y al neonato a la habitación. En este momento, será el azar (una moneda al aire) el que decida si la mujer se irá de alta o no. Podrán tomarse el tiempo que deseen para su salida del hospital, que se debe producir antes de las 6 horas del alumbramiento. Queda así constituido el grupo expuesto.

De las que reuniendo todos los criterios, no deseen marchar a casa, o no resultaran seleccionadas al azar, pasarán igualmente a la habitación hospitalaria a las dos horas. De ellas, se elegirá la que, habiendo dado a luz de forma más inmediata al caso expuesto, tenga la misma paridad (criterio de emparejamiento). Tendremos así el grupo de casos no expuestos. El control de estas púerperas, se realizará durante 48 horas en la planta de hospitalización, siguiendo el estándar de cuidados que se presta: vigilancia de constantes, control de involución uterina, sangrado y evolución de la episiotomía, inicio de lactancia. Al mismo tiempo, control de las funciones vitales del neonato (micción, deposición, color de la piel...) potenciación de la lactancia materna, citación para pruebas metabólicas e inicio del programa de vacunas.

VARIABLES

A) VARIABLES EXPLICATIVAS:

- Grupo expuesto: grupo de púerperas-neonato que teniendo los criterios de inclusión aceptan y manifiestan deseo explícito de salir del Hospital antes de las 6 horas tras el alumbramiento, y elegidas por azar.
- Grupo no expuesto: Grupo de púerperas-neonato que teniendo los criterios de inclusión no son elegidas por el azar o no aceptan finalmente el estudio de parto sin ingreso, pasando a control puerperal hospitalario. El criterio de selección será el emparejamiento de la paridad.

B) VARIABLES DE RESULTADOS

- 1) Reingreso hospitalario a lo largo del puerperio.
- 2) TA y Temperatura:
 - + Hipotensión: TA < 90/50
 - + Hipertensión: TA >140/90
 - + Fiebre: T^a > 38°C, persistentes, con una hora de intervalo.
- 3) Involución uterina: Normal si dos traveses de dedo por debajo del ombligo a las 24 horas y 4 traveses a las 48 horas.
- 4) Hemorragia puerperal: Si /No
- 5) Celulitis /Dehiscencia episiotomía: Sí /No
- 6) Estado mamario.
- 7) Lactancia materna. Mantenimiento y /o causa de abandono.
- 8) Requerimiento de atención ginecológica por cualquier motivo fuera del horario de la visita diaria.

- 9) Neonato: Citaciones para el Programa de detección de metabolopatías. Administración de la vacuna de la Hepatitis B.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida se llevará a cabo en una Hoja creada a tal efecto y se incluirán en una base de datos, igualmente creada, pasando cada caso y control al anonimato mediante la asignación de un número de registro. Por cada gestante de parto sin ingreso, se recogerán los datos de una gestante con parto con ingreso. Los datos se obtendrán tanto de la Historia Clínica, como con los cuestionarios específicos creados y validados por el equipo de investigación, así como de entrevista con la paciente. En cada una de las visitas, se recogerán los siguientes datos:

- 1) Primera visita: (a las 24 horas del parto): constantes vitales, involución uterina, estado de la episiotomía, sangrado vaginal, estado mamas, necesidad de reingreso o visita hospitalaria.
- 2) Segunda visita: (a las 48 horas del parto): constantes vitales, involución uterina, estado de la episiotomía, sangrado vaginal, estado mamas, necesidad de reingreso o visita hospitalaria. Hemograma. En cuanto al neonato, cumplimentación y citación para el seguimiento de metabolopatías.
- 3) Tercera visita: (a las 6 semanas del parto): Involución uterina, estado de la episiotomía, sangrado vaginal, estado mamas, mantenimiento de lactancia materna. Hemograma. Número y causas de visitas a centros sanitarios. Necesidad de reingreso. Neonatos: evolución del peso.
- 4) Cuarta visita: (a las 12 semanas del parto): Mantenimiento de lactancia materna. Número y causa de visitas a centros sanitarios o de reingresos si es que los hubo. Alta del estudio. (A partir del caso número 10 se omitió esta visita)

La participación voluntaria en este estudio queda garantizada con la firma del Consentimiento Informado, al mismo tiempo que se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos durante el estudio según la ley 15 /1999 del 13 de diciembre **(12)**

ANÁLISIS DE DATOS

Inicialmente, se realizará un estudio descriptivo de todas las mujeres y niños incluidos en el estudio, para lo cual se utilizarán las frecuencias absoluta y relativa en porcentajes de cada uno de los valores de las variables.

Por otro lado, se abordará el análisis de los objetivos del trabajo. Para ello, se estudiarán la frecuencia de aparición de cada una de las variables resultado estudiadas a lo largo del seguimiento, y en cada uno de los momentos en el tiempo (aparición de complicaciones: fiebre, hemorragia, hiperbilirrubinemia, grado de

adherencia a los programas del recién nacido...) La medida de frecuencia utilizada será la Incidencia acumulada.

Aunque tengamos dos grupos y se relacionen los resultados de ambos por el emparejamiento no es posible comparar ambos grupos ni relacionar variables por la falta de análisis de comparación y correlación debido a un número escaso de participantes.

Por lo que estos resultados tan solo pretenden ser una pequeña muestra que nos motiva a continuar para poder ofrecer un estudio que nos sirva en nuestro hacer diario en un futuro esperemos no excesivamente lejano.

RESULTADOS PRELIMINARES

Los resultados que a continuación se describen no son representativos por el número reducido de la muestra por lo que a continuación describiremos las variables que creemos mas han destacado.

Este reducido número de casos le otorga un peso específico a cada uno de los registros de este estudio.

De las variables de filiación destacaremos

- El 66% de las mujeres era mayor de 30 años.
- Más del 70% de las mujeres del grupo expuesto tenían estudios superiores y en el grupo control un 50% posee estudios secundarios.

De las variables relacionadas con el embarazo.

- El 73% eran secundíparas y el resto primíparas.
- Ambos grupos asistieron a educación maternal en porcentajes que rondan el 50%.
- El aumento de peso en el embarazo mayoritario en ambos grupos estuvo entre 10-25 kg.
- El uso de la epidural fue menor al 30% en ambos grupos y sus expulsivos duraron en un 80% menos de una hora.
- La episiotomía fue realizada en menos del 50% de los casos y hubo desgarros en ambos grupos que nunca fueron mayores de II grado.
- Todos los recién nacidos fueron vacunados y en su mayoría el peso al nacimiento oscilo entre 2800 y 3400.

De las variables en el puerperio inmediato.

- La evolución de las madres fue adecuada en ambos casos (constantes e involución uterina).
- Se realizo hemograma y ed maternal al total de las mujeres.
- El 93,3% opto por la lactancia materna.

De las variables del puerperio a las 24h.

- La evolución de las madres fue correcta en todos los casos.
- Necesitaron analgesia más del 50% de las mujeres.
- La lactancia materna no varía.
- No hubo reingresos del grupo parto sin ingreso (PSI).

De las variable del puerperio a las 48h.

- La evolución de las madres fue correcta.
- La pérdida de peso en los recién nacidos fue superior a 200gr en la mayoría.
- El único problema que refieren las madres durante la lactancia son grietas.
- Ningún reingreso en el grupo de PSI.
- Ningún control tuvo que permanecer en el hospital más de 48h.
- A todos los bebés se les realizó las pruebas metabólicas como a sus madres un hemograma.

De las variables del control de las 6 semanas.

- Correcta evolución de las mujeres en todas los casos.
- Más del 70% en ambos grupos mantiene lactancia materna.
- Utilizan anticonceptivos el 50% de las mujeres de PSI.

De las variables del control de las 12 semanas.

- El porcentaje de mujeres que amamantan a sus hijos es mayor en el grupo de PSI.
- Las causas de abandono de lactancia materna referidas fueron en su mayoría falta de leche y escasa ganancia ponderal.

CONCLUSIONES

-Mayoritariamente las mujeres pertenecientes al estudio eran mayores de 30 años, secundíparas y con estudios secundarios o superiores.

-No se produjo ninguna pérdida del binomio madre-RN durante el estudio.

-La evolución de las mujeres no presento ningún problema en ninguno de los grupos.

-La lactancia materna es ligeramente superior en el grupo de PSI.

-Todos los recién nacidos han seguido los planes de prevención y vacunación.

-Aunque los datos no son representativos, parecen indicar que los resultados finales son similares en ambos grupos.

-La apreciación subjetiva mayoritaria de las mujeres es de satisfacción por encontrarse en su domicilio y sus principales preocupaciones giran en torno a la lactancia.

Actualmente el estudio se encuentra en fase de recogida de datos. Y esperamos que este estudio revele datos que permita valorar la implantación futura de parto sin ingreso en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Web D, Culhane JF, Zinder S, Greenspan J. Pennsylvania's early discharge legislation: effect on maternity and infant lengths of stay and hospital charges in Philadelphia. *Health Serv Res* 2001; 36 (Pt 1): 1073-1083.
2. Agence Nationale D'Accreditation et Dévaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique sortie précoce après accouchement: conditions pour proposer un retour précoce à domicile (mai 2004). *Gynécol Obstet & Fertil* 2005; 33: 170-184.
3. Sainz JA, Ruiz M, Garrido R, Gutierrez A, Fernández A, Almeida C, Caballero M. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 714-626.
4. García Calvente MM, Maroto G. Alta precoz después del parto. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl 2): 73-113.
5. García Calvente MM. Repercusiones del tipo de alta hospitalaria postparto de madres y recién nacidos. Escuela Andaluza de Salud Pública. ([www.easp./web/investigación/..](http://www.easp./web/investigación/)).
6. MM. Repercusiones del tipo de alta hospitalaria postparto de madres y recién nacidos. Escuela Andaluza de Salud Pública. ([www.easp./web/investigación/..](http://www.easp./web/investigación/)).
7. Braveman P, Egerter S, Peral M, Marchi K, Millar C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literatura. *Pediatrics* 1995; 96 (4): 716-726.
8. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM et al. A randomized comparison of home visits and Hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001; 108 (3): 719-727.
9. Kotagal UR, Atherton HD, Eshett R, Schoettcker PJ, Perlstein PH. Safety of early discharge for medicaid newborns. *JAMA* 1999; 282 (12): 1150-1156.
10. Romero Sánchez J, Romero González J, Picazo B, Tapia L, Díaz R, Romero I. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos. *An Esp Pediatría* 1999; 50: 479-484.
11. García Calvente MM, Maroto G, Romero J, García MJ. Repercusiones del alta precoz postparto sobre el uso de servicios y la satisfacción de las usuarias. XIIº Congreso Nacional de Hospitales. Federación Española de Gestión Sanitaria. Barcelona, 9-11 mayo, 2.001.
12. BOE. Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal del 13-XII-1999, nº 15/1999, del 14-XII-1999, núm.: 298: 43088.