



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Características del alta hospitalaria precoz post parto
eutócico. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
Año 2005**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco Obstetricia

AUTOR

Carlos Guillermo AGUILAR CHAPPA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aguilar C. Características del alta hospitalaria precoz post parto eutócico. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Año 2005 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

INDICE

Resumen		Pág. 3
CAPÍTULO I	Introducción	Pág. 4
CAPÍTULO II	Objetivos	Pág. 8
CAPÍTULO III	Material y métodos	Pág. 9
CAPÍTULO IV	Resultados	Pág. 11
CAPÍTULO V	Discusión	Pág. 16
CAPÍTULO VI	Conclusiones	Pág. 23
CAPÍTULO VII	Referencias bibliográficas	Pág. 24

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao – Perú con el objetivo de determinar las principales características del alta hospitalaria precoz post parto eutócico durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2005 y el 31 de diciembre del 2005. Un total de 300 puérperas fueron estudiadas. La edad de las pacientes varió entre los 15 y 41 años, con una media de 26,1 +/- 7,0 años; y la mayoría correspondió al grupo etáreo de adultas jóvenes (65%). La estancia hospitalaria de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz varió entre las 10 y 47 horas, con una media de 31,0 +/- 9,0 horas, permaneciendo hospitalizadas el 54% de puérperas entre 24 – 36 horas. El 9% de las pacientes presentó algún tipo de complicación, siendo las más frecuentes: la infección de las vías urinarias (3%) y fiebre puerperal (3%). En el grupo de puérperas que presentaron complicaciones se observó 10 reingresos (3,3%). Se concluye que el alta hospitalaria precoz parto eutócico es una práctica segura.

Palabras Clave: *Características, alta hospitalaria precoz, parto eutócico.*

Capítulo I

Introducción

En la actualidad, los conocimientos científicos se renuevan tan rápidamente que, cada cinco años, los precedentes quedan obsoletos. La obstetricia no es ajena a estos cambios, y los conceptos que se tenían sobre algunos tópicos, son hoy diferentes (1). Un ejemplo es el relativo al manejo de las púerperas, tanto las que han tenido parto vaginal como las que han sido sometidas a una intervención quirúrgica. Hace pocos años, las púerperas de parto normal, permanecían hospitalizadas más de tres días; después del quinto día se les retiraba los puntos de hilo con los que se suturaba los desgarros o las episiorrafias; las que habían tenido una operación cesárea no se levantaban hasta el segundo o tercer día; recibían antibióticos casi en el 100% de los casos y no se les daba de alta hasta el séptimo u octavo día, posterior al retiro de los puntos (2). Sin embargo, durante los últimos 30 años, la cantidad de tiempo que las mujeres permanecen en el hospital luego del parto ha disminuido notablemente en muchos países (1-3).

En la práctica obstétrica en el Hospital Daniel Alcides Carrión es frecuente la falta de disponibilidad de camas en el servicio de puerperio. Se ha vuelto rutinario tener que esperar más tiempo de lo necesario para pasar los pacientes del Centro Obstétrico al Servicio de puerperio o buscar camas en otros servicios ajenos a la actividad gineco-obstétrica, generando malestar entre los médicos y familiares de los pacientes. Por ello, la atención y la duración estándar de la hospitalización asociada al parto ha variado orientándose hacia una política de alta temprana después del parto.

A pesar de esto, los resultados de los escasos estudios publicados sobre el tema no son concluyentes (4-9), debiendo considerar que la definición exacta de atención estándar difiere, al igual que la definición del alta temprana de acuerdo con las prácticas

habituales de cada institución, por lo que no se conoce con certeza cuáles son los beneficios y los riesgos del alta hospitalaria temprana después del parto eutócico para madres de recién nacidos sanos, aunque según lo publicado hasta la fecha el alta temprana no parece tener efectos perjudiciales (4,10,11).

La estancia hospitalaria rutinaria obstétrica y neonatal ha disminuido marcadamente durante los últimos 15 a 20 años, con reducciones particularmente aceleradas en la década pasada (12-14). El ímpetu por acortar la estancia hospitalaria de la madre y el recién nacido después del parto se basó en presiones económicas por el pago a los prestadores de servicios de salud y preferencias de los familiares. En el oeste de los Estados Unidos, las estancias de 12 a 24 horas o menos después de partos vaginales no complicados y de 48 a 72 horas después de una cesárea sin complicaciones son frecuentes, y muchos de los seguros no cubren estancias mayores en ausencia de complicaciones específicas (15).

La *American Academy of Pediatrics* define alta “precoz” y “muy precoz” como la estancia de 48 y 24 horas o menos, respectivamente, después de un parto vaginal sin complicaciones (16). En el año 2000, un consenso de médicos recomendó estadías de hasta 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y de hasta 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones (17).

El parto como todo acto fisiológico, debe cursar sin complicaciones. En el mismo sentido, el puerperio normal abarca todos aquellos cambios fisiológicos que ocurren en el organismo materno desde la expulsión del feto hasta el retorno del tracto genital a su estado pre-gestacional, luego de un embarazo de por lo menos 20 semanas (16). La duración promedio es de 6 semanas, y la mayoría de las veces no ocurren complicaciones durante este período; sin embargo, cuando esto sucede las más

frecuentes son las hemorragias y las infecciones con una incidencia directamente proporcional a la calidad de la atención prenatal y del parto o cesárea. Es conocido que el periodo crítico para la hemostasia es durante las dos primeras horas post parto eutócico, luego se continúan los fenómenos hemostáticos durante las siguientes horas pero en menor intensidad, y se pierde en total durante las primeras 24 horas un total de 500 cc, recomendándose tener cuidado sobretodo en las primeras horas del puerperio inmediato cuando hay antecedentes de: multiparidad, edad mayor de 35 años, embarazo insuficiente o no controlado, macrosomía fetal, embarazo prolongado o múltiple, polihidramnios, coagulopatía, miomatosis uterina, parto precipitado, parto instrumental, distocia de hombros, alumbramiento patológico y parto no institucional (18).

El alta precoz materna y neonatal tienen que ser consideradas en el contexto de los cambios fisiológicos durante el segundo y tercer días después del nacimiento (3,4). Con la estancia hospitalaria corta, las madres y sus recién nacidos no están bajo observación clínica durante este período vulnerable. El seguimiento neonatal rutinario después del alta precoz varía ampliamente, con una primera evaluación clínica del recién nacido entre los días 1 – 14 después del alta; mientras que la consulta materna frecuentemente se realiza a las 6 semanas (25).

Los primeros estudios y revisiones sobre alta hospitalaria precoz post parto no demostraron incremento en las tasas de morbilidad, pero estuvieron limitados por problemas metodológicos que impidieron generalizar y validar sus conclusiones (6-9). Sin embargo, la continua reducción de la duración de la hospitalización postnatal reportada en algunos países y la ausencia de evidencia clara respecto a la seguridad, los potenciales beneficios para las familias y los costos asociados con el alta postnatal más temprana hacen necesaria evaluar la práctica actual del alta hospitalaria precoz post

parto eutócico, a fin de manejarla adecuadamente y poder disminuir la presencia de complicaciones asociadas.

En la práctica, las políticas que promueven una menor duración de la hospitalización no siempre pueden implementarse con el apoyo de los servicios de atención primaria de salud en los días posteriores al alta, principalmente en países en vías de desarrollo como el nuestro; donde la escasez de recursos es una característica de los servicios públicos de salud. Tal vez por ello, a pesar de que el alta post parto precoz de madres sanas con parto eutócico sea una práctica evidenciable, no se han publicado estudios realizados en países en vías de desarrollo que documenten esta intervención.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao – Perú es una institución de referencia, motivo por el que con frecuencia la falta de disponibilidad de camas en el Servicio de puerperio es un problema; lo que aunado a la falta de uniformidad de criterios para decidir el alta en las puérperas post parto eutócico, en ocasiones conducen al alta hospitalaria precoz de puérperas post parto eutócico. En ese sentido, la importancia del presente estudio radica en poder conocer las principales características de este tipo de alta en el post parto y contribuir a la toma de decisiones al respecto.

Capítulo II

Objetivos

Objetivo General

- Determinar las principales características del alta hospitalaria precoz post parto eutócico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao – Perú durante el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del 2005.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia del alta hospitalaria precoz post parto eutócico.
- Determinar la estancia hospitalaria promedio en puérperas con alta hospitalaria precoz post parto eutócico.
- Identificar las principales complicaciones en el puerperio mediato de las pacientes con alta hospitalaria precoz post parto eutócico.
- Identificar la frecuencia de consultas médicas después del alta hospitalaria precoz en puérperas de parto eutócico.
- Determinar la frecuencia de reingresos maternas por complicaciones en el puerperio mediato de las pacientes con alta hospitalaria precoz post parto eutócico

Capítulo III

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal con 300 puérpera post parto eutócico con alta hospitalaria precoz en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao – Perú durante el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del 2005.

La muestra se calculó utilizando el programa estadístico STATS™. Para ello se consideró que según la Unidad de Procesamiento de Datos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el año 2005, hubo un total de 4392 partos eutócicos, con una frecuencia de alta hospitalaria precoz del 27,0%. El nivel de confianza deseado fue del 95% y se consideró como máximo error aceptable 5%. El tamaño de la muestra calculada fue de 300 puérperas y se realizó un muestreo de tipo probabilístico para lo que se utilizó una tabla de números aleatorios.

Se incluyó en el estudio a las puérperas con parto eutócico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao – Perú., cuya edad gestacional estuviera comprendida entre las 37 - 42 semanas, con antecedente de gestación viable única (feto vivo y sin malformaciones congénitas detectadas por ecografía) e historia clínica accesible y con información requerida completa. Se excluyó a las puérperas con parto eutócico en cualquier otra institución de salud diferente al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, edad gestacional menor de 37 semanas o mayor de 42 semanas, antecedente de diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, antecedente de embarazo múltiple, enfermedades intercurrentes médicas y/o quirúrgicas hasta el momento del alta hospitalaria, enfermedades crónicas maternas (neoplasias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis), y/o estados de

inmunodeficiencia (antecedente de trasplantes, tratamiento inmunosupresor, infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana) e historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

Los datos fueron recolectados por el propio investigador de fuente primaria (historias clínicas maternas) previa autorización de la Dirección del hospital.

Se definió como parto normal a aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo a su inicio que se mantuvo como tal hasta el alumbramiento, con el nacimiento de un neonato espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas; y que después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

La paridad se consideró en base a la clasificación de la madre según el número de hijos incluyendo el actual: primipara (1 hijo), múltipara (2-5 hijos) y gran múltipara (> 5 hijos).

Se consideró como complicaciones del puerperio mediato a la presencia de alguna de las siguientes condiciones: dehiscencia de episiorrafia, endometritis puerperal, infección de vías urinarias, mastitis puerperal, absceso mamario, fiebre puerperal y/o depresión post parto, documentadas en la historia clínica.

Se definió como alta hospitalaria precoz a toda alta médica otorgada antes de las 48 horas post parto.

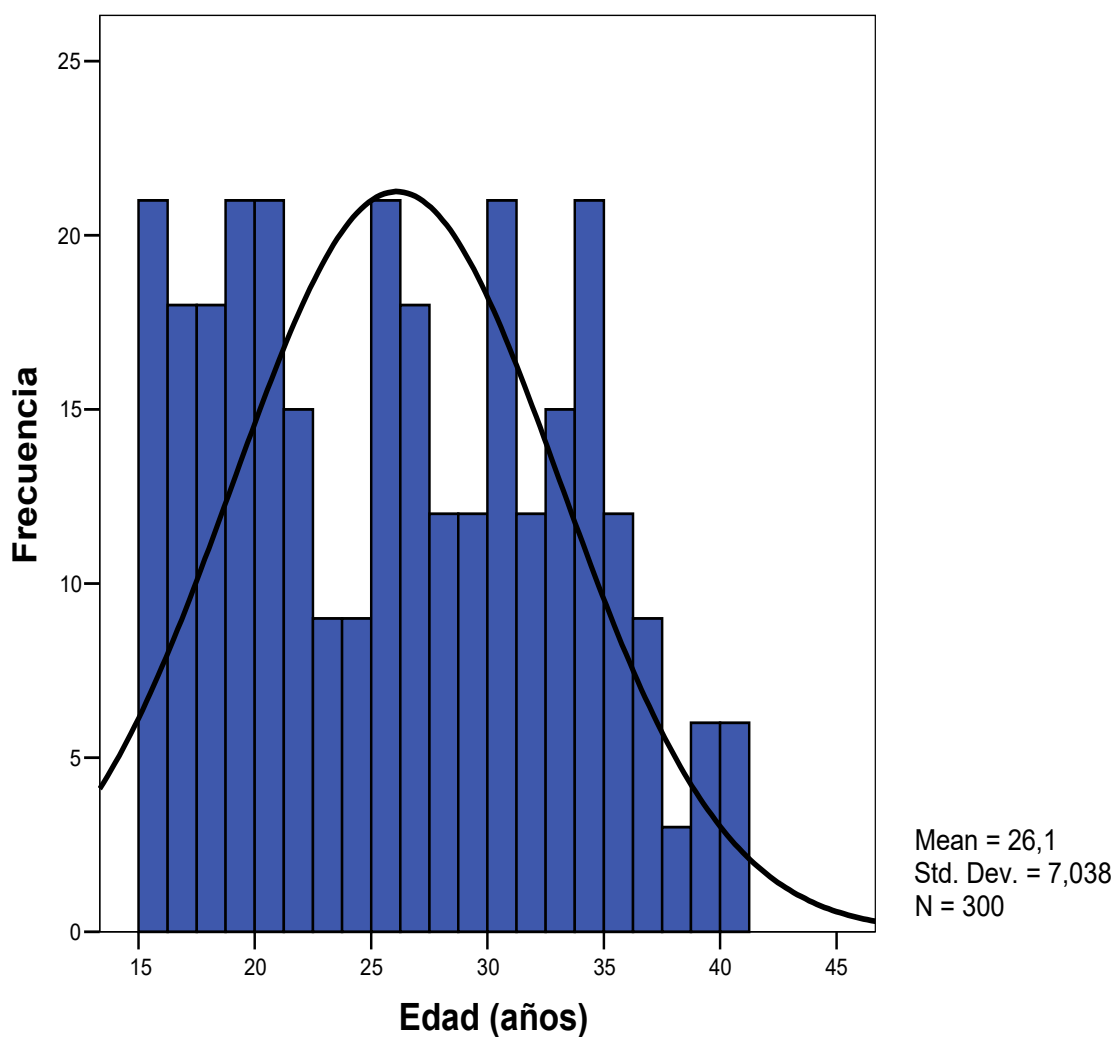
Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa *SPSS versión 14.00* tomando en cuenta todas las variables e indicadores. El análisis estadístico se realizó con el apoyo de los programas estadísticos *EPIINFO 6* y *SPSS versión 14,0*. Se determinaron características demográficas de la población. Para las variables en estudio se determinó frecuencias y porcentajes.

Capítulo IV

Resultados

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la Provincia Constitucional del Callao el año 2005 hubo de 4392 partos eutócicos.

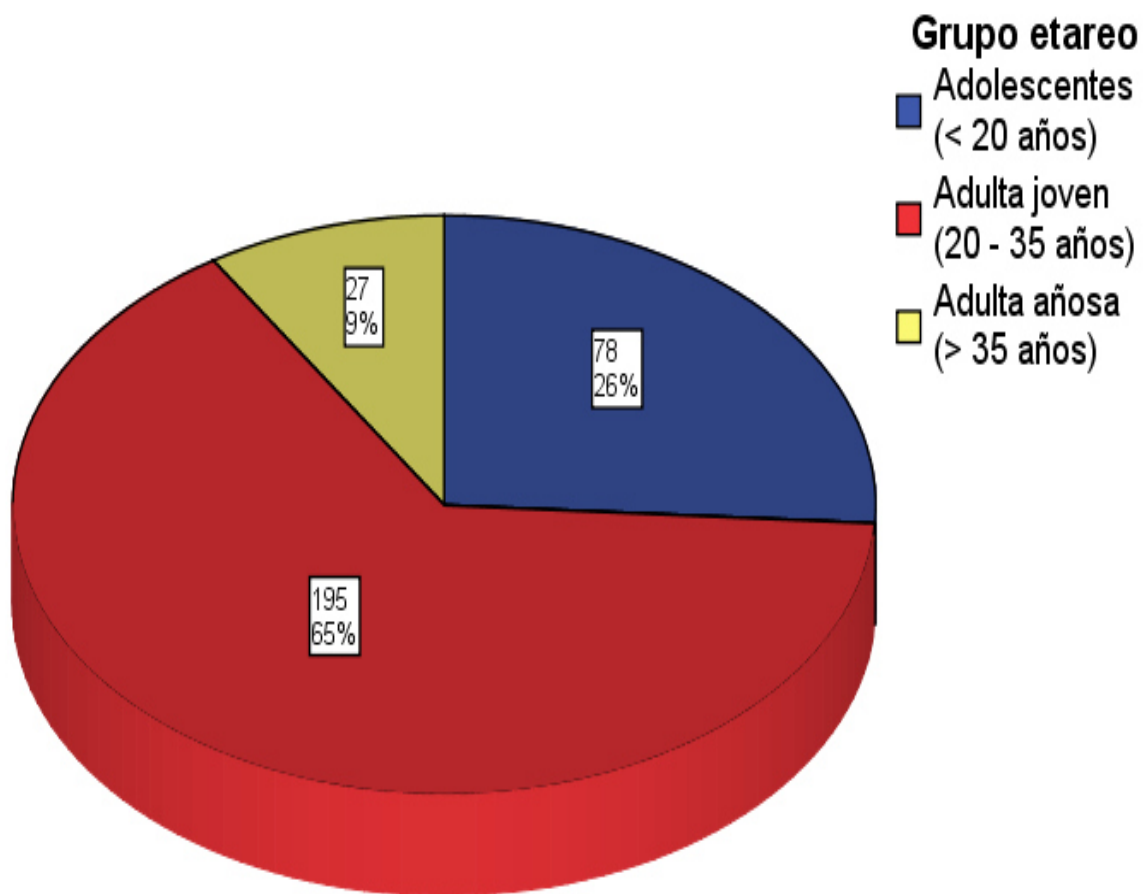
La edad del total de la población estudiada varió los 15 y 41 años de edad, con una media de 26,1 +/- 7,0 años. Ver figura 1.



Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Figura 1. Distribución de las púerperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz según edad. Enero – diciembre 2005

La figura 2 muestra que las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz se encontraban con mayor frecuencia en el grupo de adulta joven (n = 195; 65%), seguido por el grupo de adolescentes (n = 78; 26%) y por el grupo de adulta añosa (n = 27; 9%).



Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Figura 2. Distribución de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz según grupo etáreo. Enero – diciembre 2005

La tabla 1 muestra que el estado civil más frecuente de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz fue el de conviviente (n = 207; 69%), seguido por el de casada (n = 54; 18%) y el de soltera (n = 39; 13%). Asimismo, muestra que en la población de estudio predominaron las multíparas (n = 160; 53,3%), seguido por las primíparas (n = 127; 42,3%).

Tabla 1. Características de de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz. Enero – diciembre 2005

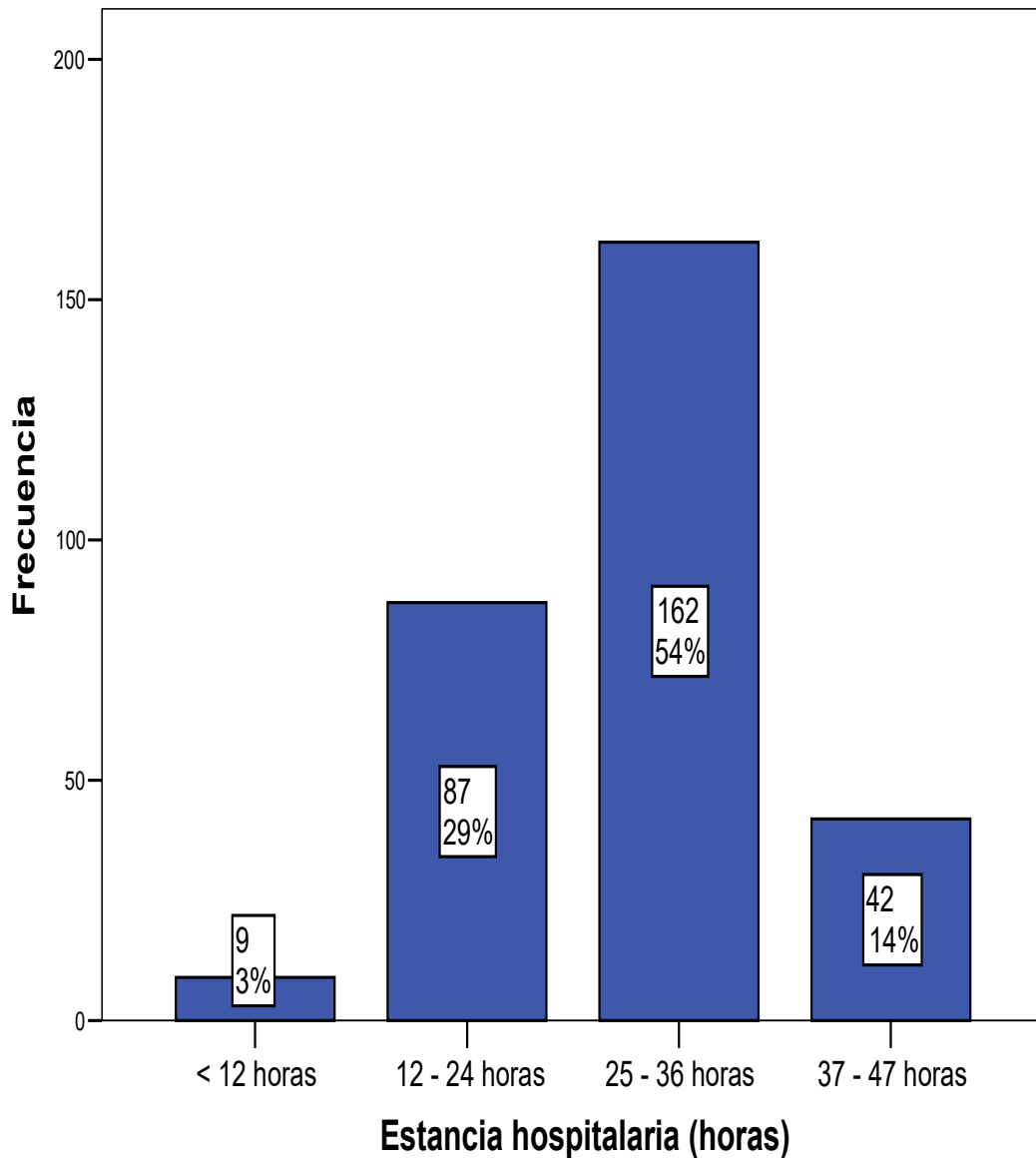
Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Estado civil			
Soltera	39	13,0	13,0
Conviviente	207	69,0	82,0
Casada	54	18,0	100,0
Paridad			
Primípara (1 hijo)	127	42,3	42,3
Múltipara (2 – 5 hijos)	160	53,3	95,7
Gran múltipara (> 5 hijos)	13	4,3	100,0

Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

La estancia hospitalaria de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz varió entre las 10 y 47 horas, con una media de 31,0 +/- 9,0 horas.

En la figura 3, al analizar la distribución de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz según intervalos de tiempo en horas para la estancia hospitalaria, se observó que el 54% (n = 162) permaneció hospitalizada entre 25 – 36 horas; el 29% (n

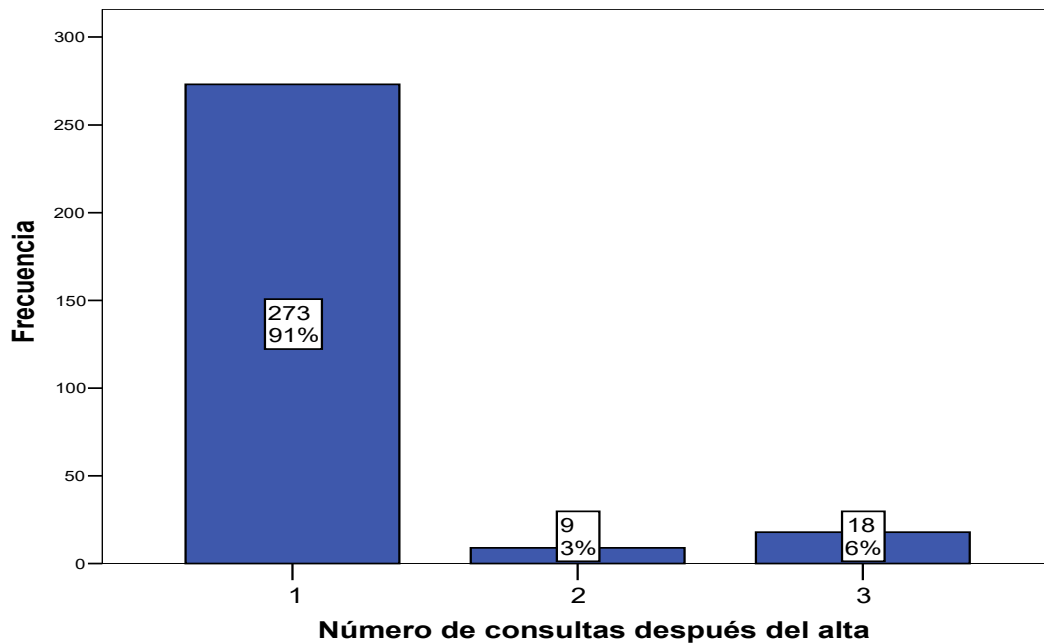
= 87) estuvo internada entre 12 – 24 horas; el 14,7% (n = 42) permaneció en el hospital entre 37 – 47 horas; y solamente el 3% (n = 9) se quedó internada por menos de 12 horas.



Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Figura 3. Distribución de las púerperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz según estancia hospitalaria. Enero – diciembre 2005

La figura 4 permite observar que en puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz, el 91% (n = 273) tuvo una consulta después del alta, el 6% (n = 18) tuvo dos consultas posteriores al alta y solo el 3% (n = 9) tuvo tres consultas.



Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Figura 4. Número de consultas después del alta en puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz. Enero – diciembre 2005

El 91% (n = 273) de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz no presentó complicaciones, mientras que el 9% (n = 27) restante si presentó alguna. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de las vías urinarias (n = 9; 3%), fiebre puerperal (n = 9, 3%), endometritis puerperal (n = 3; 1%), dehiscencia de episiorrafia y mastitis puerperal (n = 3; 1%). Ver tabla 2

Tabla 2. Complicaciones en puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz. Enero – diciembre 2005

Complicación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Infecciones de las vías urinarias	9	3,0	96,0
Fiebre puerperal	9	3,0	100,0
Endometritis puerperal	3	1,0	93,0
Dehiscencia de episiorrafia	3	1,0	92,0
Mastitis puerperal	3	1,0	97,0

Fuente: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

En el grupo de puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz que presentaron complicaciones se observó 10 reingresos (3,3%).

Capítulo V

Discusión

Desde los años setenta y antes en algunos países occidentales, se ha observado una disminución gradual y continua en el tiempo que las madres permanecen en el hospital luego del parto. Desde un período estándar de reposo post parto en el hospital de entre 8 y 14 días en la década de 1950 (20), la duración de la hospitalización postnatal para un parto vaginal sin complicaciones en Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y Suecia es de aproximadamente dos a tres días o menos (21). En algunas partes de Estados Unidos, las estancias hospitalarias de 12 a 24 horas para partos vaginales sin complicaciones, y de 48 a 72 horas para nacimientos por cesárea sin complicaciones se han convertido en una práctica algo frecuente desde mediados de los años noventa (22). En este estudio, en el 29% de puérperas con alta hospitalaria precoz la estancia hospitalaria fue de 12 – 24 horas.

Venditelli *et al.* (23) reportaron en Francia que el alta precoz post parto se incrementó de 3% del total de partos en 1997 hasta el 7% en el 2002 y que más frecuente en hospitales no universitarios, en aquellas instituciones con más de 1 500 partos por año y en instituciones obstétricas de nivel 2 y 3. Este estudio confirmó estos dos últimos aspectos, debido a que el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un hospital de referencia nivel 3 y para el año 2005 atendió 4392 partos eutócicos.

Se ha observado que el 40 % de los partos vaginales y el 25 % de las cesáreas en primíparas; y el 55 % de los partos vaginales y el 30 % de las cesáreas en multíparas podrían tener alta precoz, por lo que la reducción de la estancia hospitalaria post parto sería inevitable pero se recomienda tener cuidado en la selección de las pacientes. (23).

Concordando con otros autores (23,24) se encontró que las puérperas con alta precoz

eran con más frecuencia multíparas, sin patología obstétrica y adultas jóvenes, con embarazo único, sin hemorragia post parto y con un recién nacido > 2 500 gramos sin riesgo de infección.

García y Maroto (25) realizaron un estudio multicéntrico prospectivo de tres años de duración, con seguimiento de dos cohortes de madres y recién nacidos que en el momento del alta fueron clasificados como sanos, recogiendo información sobre reingresos neonatales y maternos y otras variables de morbilidad y utilización de servicios, sobre lactancia materna, bienestar psicológico y satisfacción con el tiempo. No observaron diferencias significativas en el porcentaje de reingresos neonatales, sin embargo, fue mayor el porcentaje de reingresos maternos en el grupo de alta clásica. En el grupo de alta precoz, el 98% realizó consultas neonatales frente al 88% de las madres con alta clásica, y también fueron las que más consultaron por un motivo de salud propio. Aunque al alta las madres del alta precoz lactaban más sólo pecho, al mes no se observó diferencias en el porcentaje de madres que continuaban la lactancia. Por otro lado, aunque tanto al alta como al mes, las madres del alta precoz se percibían con mayor vitalidad y energía que las del alta clásica, se clasificaron con mayor frecuencia como madres con un estado de ánimo deprimido. Al mes del parto, las madres del grupo alta clásica se mostraron más satisfechas con el tiempo de estancia hospitalaria post parto que las del alta precoz. Concluyeron que la seguridad clínica de las madres y neonatos no se vio mermada por el alta precoz y evidenciaron que el alta precoz parece repercutir en una mayor utilización de servicios y en el bienestar psicológico y satisfacción de las madres con el tiempo de estancia hospitalaria post parto.

Existe una considerable controversia en torno al interrogante que plantea si el alta precoz de las madres y sus recién nacidos es segura desde fines de la década del 50,

cuando se reportó el primer estudio clínico aleatorizado de alta postnatal temprana que (5). La lista de posibles consecuencias negativas del alta más temprana de las madres y los neonatos es larga, incluyendo como posibles resultados adversos: demoras en la detección y el tratamiento de morbilidad neonatal y materna, mayor número de casos de problemas con la lactancia que derivan en un destete más temprano, menor seguridad materna debido a la falta de apoyo profesional, menor satisfacción materna con la atención hospitalaria postnatal, mayor prevalencia de depresión materna, y mayor número de rehospitalizaciones neonatales y maternas (14,26). Una serie de trabajos publicados en la revista *Pediatrics* el año 1995, planteó inquietudes acerca de que el alta temprana podría incrementar el número de neonatos con hiperbilirrubinemia severa (27-30). Sin embargo, estos estudios se basaron en pequeñas series de casos individuales, sin un grupo control adecuado que permitiera evaluar la contribución del alta precoz. En otros estudios (dos de cohorte y una revisión) publicados en la revista *JAMA* (22,31,32) y en un estudio de cohorte canadiense más reciente (33) se ha considerado la pregunta de si el alta temprana del recién nacido incrementa las rehospitalizaciones neonatales. Sin embargo, no todos los investigadores han considerado que las estancias hospitalarias de menor duración necesariamente tienen consecuencias negativas para la madres y el recién nacido. En algunos centros obstétricos, se ha promovido una menor duración de la estancia, coincidentemente con una reconsideración de la orientación de la enfermedad en la atención materna para acercarse a un abordaje más centrado en la familia (13). Desde esta perspectiva, el alta precoz de las madres y los recién nacidos ofrece muchas ventajas potenciales. Entre ellas se incluyen: la oportunidad para que todos los miembros de la familia estén juntos mientras van conociendo al bebé, lo cual contribuye a un mejor vínculo, mayor participación del padres y menor rivalidad entre

hermanos (26); la posibilidad de que las madres puedan descansar y dormir más en su propio hogar, donde no están expuestas a las constantes interrupciones y las incomodidades de la rutinas hospitalarias (20); menor exposición de la madre y el recién nacido a infecciones nosocomiales (5); mayor seguridad materna en el cuidado del bebé en el hogar (20); y potencialmente menores problemas con la lactancia debido la menor exposición del neonato a los horarios impuestos en el entorno hospitalario (5). Según diferentes autores, las ventajas potenciales del alta precoz constituyen, en muchos aspectos, la contra imagen de los resultados adversos identificados por quienes plantean preocupaciones por la seguridad de las madres y los recién nacidos (5,20,26).

El concepto de “alta precoz” para madres y recién nacidos implica que existe una duración estándar aceptada para que las mujeres permanezcan en el hospital luego del parto. En la práctica, las definiciones de lo que constituye el “alta temprana” varían en diferentes países conforme al que ha sido el modelo estándar de atención en el pasado. En Australia, una hospitalización de cinco a siete días era la norma hasta mediados de los noventa (34), pero en la mayoría de los demás países occidentales una estancia hospitalaria postnatal más breve se había vuelto estándar mucho antes (14, 20). Como consecuencia de estas variaciones en la práctica, una hospitalización post parto de menos de tres días que a fines de la década de 1980 habría sido considerada estándar en países como Estados Unidos y el Reino Unido habría sido considerada “alta precoz” en la misma época en un país como Australia. Esta variación se refleja en las publicaciones sobre alta precoz en las que las participantes que recibieron el alta tan temprano como a las 12 horas post parto y tan tarde como de tres a cuatro días luego del parto fueron consideradas en la categoría de alta precoz (6,35,36). Se confirmó la gran variación existente en los tiempos postparto considerados para el alta, observándose con mayor

frecuencia (54%) una estancia de 24-35 horas.

Otro factor que dificulta las comparaciones entre estudios realizados en diferentes países es el grado en que el alta precoz está acompañada por cointervenciones, por ejemplo, niveles de preparación prenatal y apoyo posterior al alta. Un estudio clínico aleatorizado, realizado recientemente en Canadá, que comparó el alta precoz programada (dentro de las 36 horas después del parto) con la atención estándar (dentro de las 48 -a 72 horas) especificó en su protocolo de estudio que las mujeres del grupo de “alta precoz” recibirían una visita domiciliaria o una llamada telefónica de una enfermera obstétrica dentro de las 48 horas post parto y en los días tres, cinco y 10 post parto (9); intervención que no se realizó en este estudio. También varía considerablemente el nivel de apoyo de atención primaria disponible para las puérperas una vez que dejan el hospital, independientemente del momento en que ocurre el alta. En el Reino Unido, las mujeres reciben la visita de una partera de la comunidad durante al menos los primeros 10 días post parto como parte de la atención obstétrica de rutina (37), y el acceso a la atención por un médico general es universal y gratuito en el punto de servicio. La mayoría de las mujeres recibe alrededor de siete visitas domiciliarias de una partera en los primeros 10 a 14 días (38). Este alto nivel de prestación de servicios posiblemente sea el motivo por el cual en el Reino Unido ha habido mucha menos preocupación por el impacto del alta precoz de madres y recién nacidos que en países como Estados Unidos, donde el acceso a la atención primaria posterior al alta es muy limitada (21); aspecto similar a nuestra realidad, pero por el motivo que no se dispone de recursos para realizar intervenciones de ese tipo.

Se han publicado varias revisiones sistemáticas del alta postnatal temprana (14,15,39-44), considerándose como las más rigurosas y completas la de Grullon y Grimes (15) y

la del *Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec* (44), debido a la disparidad de los estudios (duración de la estancia, grado de seguimiento obstétrico domiciliario) y de las medidas de resultado (formas de evaluar los problemas de salud maternos y neonatales, satisfacción con la atención, impacto familiar, costos, etc.) de los estudios publicados sobre alta precoz. La única revisión de alta post natal temprana que incluyó una síntesis cuantitativa es aquella realizada por el *Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Québec*, que incorpora tanto estudios aleatorizados como no aleatorizados y llega a la conclusión que no se puede confirmar ni tampoco descartar un vínculo entre el alta precoz y la morbilidad materna y neonatal (44). Braveman (14) llegó a una conclusión similar comentando que “el alta precoz de recién nacidos y sus madres afecta prácticamente a toda la población de bajo riesgo clínico en un momento vulnerable de la vida, aunque no se la ha sometido al mismo estándar de evidencia de seguridad y eficacia que se exige para fármacos y dispositivos”.

Grullon y Grimen (15) reportaron que no se fundamenta ni se condena el uso amplio del alta precoz post parto en la población general y que parece segura para pacientes cuidadosamente seleccionadas; sin embargo, desconocían si esa información podría extrapolarse a la población general de puérperas. En ese mismo sentido, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (17) recomienda que es necesaria una cuidadosa revisión y actualización de las guías y prácticas para establecer los criterios del alta precoz.

En el presente estudio se observó que el 9% de las de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz presentó complicaciones; cifra mayor al 5,4% reportado por Carty y Bradley en 1990 (6), pero mucho menor al 21% observado por Sainz *et al* (45) el año 2005. Asimismo se confirmó que las complicaciones más frecuentes fueron la

infección de las vías urinarias, fiebre puerperal, endometritis puerperal, dehiscencia de episiorrafía y mastitis puerperal (6,46). Con respecto a esta última, esta asociada más a problemas con la técnica de lactancia en puérperas con alta hospitalaria precoz (46).

En el grupo de pacientes con complicaciones también se observó un mayor número de consultas después del alta y justamente algunas de estas puérperas tuvieron que ser reingresadas (3,3%), cifra algo menor al 2% reportada por Braveman *et al* (14) y al 1,9% observado por Sainz *et al* (45).

El hecho que no se haya observado elevadas tasas de complicaciones ni de reingresos hospitalarios en las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz sugieren que este tipo de práctica es relativamente segura y podrá implementarse como política institucional, debido a la gran de camas en el servicio de puerperio. Asimismo, aún queda poco por investigar la importancia que tiene el apoyo obstétrico domiciliario para la seguridad y la aceptación del alta temprana en nuestra población.

Capítulo VI

Conclusiones

- Las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz se caracterizaron por ser con mayor frecuencia adultas jóvenes, convivientes y multíparas.
- La estancia hospitalaria de las puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz en la mayoría de casos (54%) fue de 25 – 26 horas.
- El 9% de puérperas post parto eutócico con alta hospitalaria precoz presentó complicaciones, siendo estas: la infección de las vías urinarias, fiebre puerperal, endometritis puerperal, dehiscencia de episiorrafia y mastitis puerperal.
- El 3,3% de puérperas con alta hospitalaria precoz post parto eutócico fueron reingresadas por presentar alguna complicación.
- El número de consultas después del alta fue mayor en puérperas que presentaron complicaciones.
- No existe evidencia de resultados adversos asociados con la política de hospitalaria precoz post parto eutócico.
- Se requieren estudios clínicos, con un gran número de participantes y un diseño adecuado, de los programas de alta temprana que incorporen una evaluación del proceso para examinar la importancia de las cointervenciones.

Capítulo VII

Referencias Bibliográficas

1. Maroto G, García M, Jiménez J, Mateo I, Hernán M, Gutierrez P. Expectativas y apoyo en el puerperio. Pilotaje de un proyecto de alta precoz postparto. IX Simposio de Salud Materno-Infantil. EASP. Granada, 26 - 27 noviembre; 1998.
2. Bazúl V. Recuerdos históricos: La atención de la puérpera en los siglos pasados. *Ginecol Obstet.* (Perú) 1995; 41: 74 - 6.
3. García M, Maroto G. Alta precoz después del parto. *Gac Sanit* 2000;14 (Supl 2): 34.
4. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3.
5. Hellman L, Kohl S. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1962 ; 1: 227 - 33.
6. Carty E, Bradley C. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 1990; 17: 199 - 204.
7. Brooten D, Roncolli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having caesarean birth. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 832 - 9.
8. Brooten D, Knapp H, Jacobsen B, Arnold L. Early discharge and home care after unplanned cesarean birth: nursing care time. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1996; 25: 595 - 9.
9. Gagnon A, Edgar L, Kramer M, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein M. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 205 - 11.

10. García M, Maroto G, Alta precoz después del parto. XVIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Madrid. 25 - 27 octubre; 2000.
11. García M, Maroto G, Romero J, García M. Repercusiones del alta precoz postparto sobre el uso de servicios y la satisfacción de las usuarias. XII Congreso Nacional de Hospitales. Federación Española de Gestión Sanitaria. Barcelona. 9-11 mayo; 2001.
12. Graves E. National Hospital Discharge Survey: annual summary, 1990. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1992; 13: 16 - 27.
13. Graves E. National Hospital Discharge Survey: annual summary, 1991. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1993; 131: 17 - 27.
14. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller Carol. Early Discharge of Newborns and Mothers: A Critical Review of the Literature. *Pediatrics* 1995; 96: 716 – 25.
15. Grullon K, Grimes D. The Safety of Early Postpartum Discharge: A review and critique. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 860 – 5.
16. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 4 th edition. Washington, DC, 1997.
17. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Breast feeding: Maternal and infants aspects. Education Bulletin N° 258, July, 2000.
18. El puerperio. En: *Williams Obstetricia*. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Haut. J, Wenstrom K. Editorial Médica Panamericana S.A. 21ª edición. Madrid, España; 2002: 347 – 63.
19. Strong T, Brown W Jr, Brown W, Curry C. Experience with early postcesarean hospital dismissal. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 116 - 9.

20. Rush J, Chalmers I, Enkin M. *In*: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, editors. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press 1989; 1341 - 4.
21. Declercq E, Simmes D. The politics of 'drive-through deliveries': putting early postpartum discharge on the legislative agenda. *Mil Quart* 1997; 75: 172 - 202.
22. Braveman P, Kessel W, Egerter S, Richmond J. Early discharge and evidence-based practice. *JAMA* 1997; 278: 334 - 6.
23. Vendittelli F, Bonio M, Memelle N. Early postpartum hospital discharge in France *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005; 53: 373 – 82.
24. Tran M, Young L, Phung H, Hillman K, Wilcocks K. Quality of health services and early postpartum discharge: Results from a sample of non-English-speaking women. *J Qual Clin Practice* (2001) 21, 135 – 143.
25. García M, Maroto G. Alta precoz después del parto. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. *Gac Sanit* 2000;14 (Supl 2): 34.
26. Britton J, Britton H, Beebe S. Early discharge of the term newborn: a continuing dilemma. *Pediatrics* 1994; 94:291 - 5.
27. Catz C, Hanson JW, Simpson L, Yaffe SJ. Summary of a workshop: early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1995; 96: 743 - 5.
28. MacDonald M. Hidden risks: early discharge and bilirubin toxicity due to glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Pediatrics* 1995; 96: 734 - 8.
29. Maisels M, Newman T. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed newborns. *Pediatrics* 1995; 96: 730 - 3.
30. Seidman D, Stevenson D K, Ergaz Z, Gale R. Hospital readmission due to neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1995; 96: 727 - 9.

31. Edmonson M, Stoddard J, Owens L. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. *JAMA* 1997; 278: 299 - 303.
32. Liu L, Clemens C, Shay D, Davis R, Novack A. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA* 1997; 278: 293 - 8.
33. Liu S, Wen S, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. *Can J Pub Health* 2000; 91: 46 - 50.
34. Day P, Lancaster P, Huang J. Australia's Mothers and Babies 1995. Sydney: Australian Institute of Health and Welfare National Perinatal Statistics Unit; 1997.
35. Brown S, Lumley J. Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes? *Paed Perinatal Epid* 1998; 12: 49 - 71.
36. Winterburn S, Fraser R. Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *J Advance Nurs* 2000; 32: 1152 - 7.
37. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Midwives Rules. London: United Kingdom Central Council for Nursing; 1993.
38. MacArthur C, Winter H, Bick D, *et al.* Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 378 - 85.
39. Norr K, Nacion K. Outcomes of postpartum early discharge 1960-1986. A comparative review. *Birth* 1987; 14: 135 - 41.

40. Beck C. Early postpartum discharge programs in the United States: a literature review and critique. *Women Health* 1991; 17:125 - 38.
41. Margiolis L. A critical review of studies of newborn discharge timing. *Clin Pediatrics* 1995; 34: 626 - 34.
42. Hay-Smith J. Early vs standard postnatal discharge from hospital. [revised 26 January 1994]. In: Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J, Crowther C (eds.) Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, 2; 1995. Oxford: Update Software.
43. Renfrew M, Lang S, Woolridge M. Early versus late discharge from hospital after childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4; 1999. Oxford: Update Software. CD000042.
44. Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec. Evaluation of the risks and benefits of early postpartum discharge. Report submitted to the Minister of Health and Social Services of Quebec. Quebec; 1997.
45. Sainz J, Ruiz M, Garrido R, *et al.* Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 714 – 26.
46. Williams L, Cooper M. Nurse-managed postpartum home care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993; 22: 25 – 31.