

Departamento de Cirugía, Radiología y
Medicina Física

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

**“ALTA PRECOZ POSTPARTO. EVALUACIÓN DE LAS
COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES;
REPERCUSIÓN EN LA ANSIEDAD MATERNA”**

Leire Goyeneche Lasaga

Directora de Tesis: Dra. Irene Diez Itza

Donostia, 2014

Imagen de portada: obra del escultor
Azkoitiarra Xebas Larrañaga
titulada “Amatasuna” (maternidad).

A mis padres, por todo su amor y apoyo incondicional, por guiarme por el camino correcto y por motivarme a seguir cumpliendo mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Irene Diez Itza, Directora de la presente Tesis Doctoral, a quien agradezco su esfuerzo, su apoyo entusiasta, sus consejos y sus preciados y relevantes aportes, críticas y sugerencias durante el desarrollo de este trabajo. Por compartir su tiempo de manera generosa y cargada de optimismo.

A mis padres Javier y Karmele, a mi hermano Xabier y a Amaia por confiar en mis posibilidades, por estar siempre a mi lado y por todas las sobremesas de domingo dedicadas a hablar sobre el desarrollo de este trabajo.

A la Dra. Arantza Lekuona, por su apoyo constante y por las facilidades para que este proyecto haya llegado con éxito a su fin.

A las Dras Loli Salgueiro y Sabiñe Uranga por su magnífica colaboración en la recogida de datos.

A Cristina Sarasqueta por la gran ayuda prestada en el análisis estadístico.

Al Dr. Jaime Usabiaga, Catedrático de Traumatología, por sus consejos iniciales y su asesoramiento en la puesta inicial de esta tesis.

Al Dr. Enrique Echeburua, Catedrático en Psicología Clínica, por su asesoramiento y exposición de las distintas escalas autoaplicadas para la valoración de los trastornos mentales.

A Xabier Aguirre del Departamento de Contabilidad Analítica y a Begoña Román del Servicio de Admisión y Documentación por facilitarme datos estadísticos relacionados con los costes y estancias hospitalarias.

A todas las pacientes del estudio por su participación.

A todos mis compañeros del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en especial a las enfermeras y auxiliares de la tercera y cuarta verde por su ayuda y el apoyo recibido durante el desarrollo de este trabajo.

Y a Xebas Larrañaga, escultor Azkoitiarra, por su amabilidad y por cederme fotografías de su obra “Amatasuna” (maternidad) para la portada de este trabajo.

ABREVIATURAS

AAP	<i>American Academy of Pediatrics.</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists.</i>
AD	Alto Deba.
AIT	Análisis por intención a tratar.
AO	Alta ordinaria.
AP	Alta precoz.
ARQ	<i>Antenatal Risk Questionnaire.</i>
BD	Bilirrubina directa.
BDI	<i>Beck Depression Inventory.</i>
B-HCG	Fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana.
BI	Bilirrubina indirecta.
CCEI	<i>Crown Crisp experimental index.</i>
CEIC-E	Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi.
CSQ	<i>Client Satisfaction Questionnaire.</i>
DE	Desviación estándar.
EPDS	<i>Edinburgh Postpartum Depression Scale.</i>
EMH	Enfermedad de la membrana hialina.
EP	Embolia pulmonar.

GRD	Grupo relacionado por el diagnóstico.
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale.</i>
HRSD	<i>Hamilton Rating Scale for Depression.</i>
HUD	Hospital Universitario Donostia.
IC	Intervalo de confianza.
ICD	<i>International Classification Disease.</i>
ICSI	<i>Intracytoplasmic sperm injection.</i>
IMC	Índice de masa corporal.
NA	Noradrenalina.
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence.</i>
NMHPA	<i>Newborns' and Mothers' Health Protection Act.</i>
NT	Neurotransmisor.
OECD	<i>Organisation for economic co-operation and development.</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OR	Odds Ratio.
PDSS	<i>Postpartum Depression Screening Scale.</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire.</i>
PV	Parto vaginal.
RN	Recién nacido.
RR	Riesgo relativo.
STAI	<i>Stait-Trait Anxiety Inventory.</i>
TTRN	Taquipnea transitoria del recién nacido.
TVP	Trombosis venosa profunda.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- Planteamiento del problema y justificación de la Tesis.....	21
- El puerperio normal y patológico.....	24
- Definición y etapas.....	24
- Cambios fisiológicos y manifestaciones clínicas.....	25
- Principales complicaciones del puerperio.....	27
- Trastornos mentales del puerperio.....	37
- Melancolía postparto.....	37
- Depresión postparto.....	38
- Psicosis puerperal.....	49
- Ansiedad postparto.....	50
- Complicaciones más frecuentes en el neonato.....	60
- Estancia hospitalaria tras el parto.....	67
- Evolución a lo largo de la historia.....	67
- Concepto de alta precoz.....	68
- Situación actual en España y en otros países.....	68
- Satisfacción con la estancia hospitalaria tras el parto.....	73
- Evidencia sobre el alta precoz postparto.....	73
- Guías de Práctica Clínica para el cuidado perinatal.....	84
- Evaluación de los costes sanitarios del proceso de parto.....	90
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	97

MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño del estudio.....	101
- Captación y visita inicial.....	105
- Recogida de datos del parto y del RN.....	107
- Visita de revisión tras el alta precoz.....	107
- Visitas de seguimiento.....	108
- Evaluación de los costes.....	111
- Análisis estadístico.....	114

RESULTADOS

- Grupo de estudio.....	117
- Evaluación de la ansiedad materna.....	129
- Evaluación de la depresión postparto.....	140
- Lactancia materna.....	144
- Satisfacción con el tratamiento.....	149
- Complicaciones, consultas e ingresos de la madre.....	153
- Complicaciones, consultas e ingresos del RN.....	160
- Estudio de costes.....	172

DISCUSIÓN.....	179
----------------	-----

CONCLUSIONES.....	205
-------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	209
-------------------	-----

ANEXOS.....	229
-------------	-----

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

El parto y el postparto son la causa más frecuente de ingreso en los hospitales representando el 5,4% de las altas hospitalarias totales registradas en España (1).

La estancia hospitalaria tras el parto tiene como finalidad la identificación de complicaciones maternas y neonatales así como la confirmación de que la madre es capaz de cuidarse a sí misma y al recién nacido (RN) (2). Con este objetivo, allá por los años 50 la estancia media hospitalaria tras el parto oscilaba entre 8 y 12 días. La progresiva mejoría en las condiciones sociosanitarias de la población ha favorecido que la estancia hospitalaria después del parto haya ido descendiendo paulatinamente hasta alcanzar en la última década los dos o tres días en Países como Estados Unidos, Australia, Suiza, Reino Unido (3,4). La estancia media hospitalaria tras el parto recogida por el Sistema Nacional de Salud correspondiente al año 2011 fue de 2,6 días (1).

Durante la estancia hospitalaria en las primeras etapas del puerperio, la madre sufre importantes cambios catabólicos sin que ello suponga una enfermedad, pero también pueden surgir complicaciones. La hemorragia precoz postparto, el aumento brusco de la presión arterial sistémica o la infección puerperal son algunas de ellas. El ingreso tras el parto también es importante para la salud del RN. Permite la identificación de enfermedades cardiovasculares u otras patologías que hayan podido pasar desapercibidas durante los controles del embarazo o cuya instauración haya sido próxima al parto. Sin embargo, se expone a lo largo de este capítulo, gran parte de las complicaciones asociadas al parto se manifiestan días más tarde una vez que se ha producido el alta hospitalaria. Por ello, tras el alta se recomienda un seguimiento estrecho tanto de la madre como del RN (5).

El periodo postnatal tiene como objetivo aportar el soporte necesario a la madre, al RN y a la familia para que puedan dar comienzo juntos a la nueva vida. Se considera un proceso de adaptación de la madre al RN en lugar de una enfermedad o proceso

agudo que requiera hospitalización (6). En este sentido, y siempre que el bienestar materno y neonatal estén garantizados, el alta temprana favorecería que esta adaptación fuera más fisiológica y además permitiría una mayor implicación familiar desde el comienzo. Este nuevo concepto del puerperio ha propiciado una corriente de opinión que tiende a disminuir aún más el alta hospitalaria tras el parto.

El alta precoz (AP) postparto es un término que ya surgió allá por los años 50. Con él se hacía referencia a una estancia hospitalaria reducida en comparación con el ingreso habitual tras el parto. A lo largo de los años, el acortamiento del alta ordinaria (AO) ha influido en la definición de lo que se estimaría un alta precoz, creando cierta confusión al respecto. Por ello, en Estados Unidos en el año 1996, se generó la necesidad no solo de establecer una definición universal para el alta precoz, sino también de legislar su aplicación en sus hospitales. En aquella época definieron el alta precoz como una estancia media inferior a 48 horas y establecieron tres criterios mínimos para su aplicación: seguridad para la madre y el RN, decisión tomada en consenso entre el médico y la paciente y visita de seguimiento obligatoria a las 48 horas del alta (5,7).

Pese al claro descenso de la estancia hospitalaria y a la tendencia cada vez mayor de promover un alta precoz, la evidencia disponible en la literatura sobre la seguridad de la madre y del RN es todavía incierta. Algunos de los estudios quedan obsoletos, ya que su definición de alta precoz es lo que hoy en día está establecido como alta ordinaria. Además, los trabajos publicados son poco comparables entre sí, ya que hacen uso de medidas distintas y escalas no validadas. Este hecho se ha puesto de manifiesto en la revisión sistemática de la Cochrane publicada en el año 2009 donde los autores concluyen que es necesario realizar más trabajos científicos sobre el alta precoz haciendo uso de instrumentos más objetivos (8).

También queremos resaltar que la mayoría de los estudios realizados para evaluar la seguridad del alta precoz se centran en la repercusión sobre las

complicaciones maternas y neonatales mas frecuentes y en la repercusión sobre la lactancia materna.

Sin embargo, hay otros aspectos importantes del postparto como son el conjunto de trastornos mentales, que están escasamente evaluados. Entre estos trastornos destacan la ansiedad y la depresión que pueden aparecer o agudizarse durante este periodo. El alta precoz podría retrasar el diagnostico de estos trastornos o bien modificar su evolución. La importancia de su detección y tratamiento precoz radica en que tanto la depresión como la ansiedad pueden alterar el vínculo materno-filial y con ello el desarrollo del RN (9-12).

Teniendo en cuenta la demanda por parte de la sociedad de promover una estancia más corta con el fin de adaptarse más rápidamente a la nueva vida, apoyándonos en la bibliografía publicada sobre el tema y siendo conscientes de que no todas las poblaciones tienen las mismas características socioculturales, nos planteamos realizar un ensayo clínico en nuestro propio centro. El objetivo fundamental es aportar nuevos datos de la seguridad del alta precoz valorando de manera más completa la ansiedad materna.

EL PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO

Definición y etapas

El puerperio es el periodo de tiempo que media entre la expulsión del feto y la placenta y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales anteriores al embarazo. Se estima que su duración oscila entre seis y ocho semanas, aunque la terminación del puerperio es imprecisa. Hay autores que opinan que el puerperio finalizaría con el retorno de la menstruación a los 45-64 días del parto, pero esta definición es poco concreta puesto que la primera menstruación tras el parto podría retrasarse en los casos en los que se mantenga la lactancia materna (13).

El puerperio se puede clasificar en tres etapas con sus correspondientes características (14):

- **Puerperio inmediato:** Esta etapa comienza tras el parto y tendría una duración de 24 horas. Durante las dos horas siguientes a la terminación del parto, el útero consigue la hemostasia definitiva por lo que a este corto espacio de tiempo también se le ha denominado cuarto periodo del parto de Leff.

- **Puerperio clínico:** Esta etapa comienza a las 24 horas del parto y duraría entre cinco y siete días. Durante esta fase se producen los fenómenos involutivos más importantes y las manifestaciones clínicas del puerperio que describiremos más adelante.

- **Puerperio tardío:** Este periodo comienza entre cinco y siete días tras el parto y dura entre cinco y siete semanas. Esta etapa se caracteriza fundamentalmente por una lenta recuperación hasta las condiciones basales previas al embarazo.

Cambios fisiológicos y manifestaciones clínicas durante el puerperio

Durante este periodo de tiempo se producen una serie de cambios que se consideran fisiológicos, a pesar de que en ningún otro momento de la vida femenina sucedan unas modificaciones catabólicas tan importantes y rápidas sin que exista ninguna enfermedad. Se producen cambios involutivos del aparato genital y de todo el organismo femenino, se instaura la lactancia materna, y reaparece la ovulación y la menstruación. Todo ello sumado a la necesidad imperiosa de que se efectúe la adaptación de la madre y del RN a las nuevas circunstancias y al entorno familiar. El puerperio, además de constituir una etapa de cambios físicos en la mujer, da comienzo a una nueva etapa personal y familiar. Es el momento donde se establece el vínculo materno-filial.

Durante el puerperio normal se produce una **involución del aparato genital**, destacando la involución uterina que pasa de medir 35 cm al final del embarazo a 7 cm a las seis semanas del parto. Durante este periodo también hay importantes cambios en el **aparato circulatorio**: se produce una reducción del 75% del volumen plasmático con el resultado de la disminución de la sobrecarga del sistema vascular, disminución del calibre de las venas de las extremidades inferiores, normalización del pulso y frecuencia y normalización de la resistencia vascular periférica. **La coagulación** también se modifica, se produce un aumento de la agregación plaquetaria y se crea una cierta predisposición procoagulante para favorecer la hemostasia tras el parto, aunque incrementando un poco el riesgo de desarrollar una trombosis venosa profunda. En **la piel**, las estrías palidecen y disminuye la pigmentación oscura de la línea alba y de los pezones aunque el proceso es lento. El **sistema metabólico** que está aumentado durante el embarazo vuelve a la normalidad y las **hormonas reproductivas** sufren un descenso brusco. La fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (B-HCG) disminuye de forma exponencial con una eliminación media de 12 días aunque puede persistir más allá de las dos o tres semanas y las hormonas gonadotropinas y los estrógenos permanecen bajos las primeras dos-tres semanas postparto (15). En el

aparato urinario se recupera el tono uretral y vesical, y se normaliza el flujo renal plasmático y la filtración glomerular. La **pared abdominal**, recupera lentamente su tonicidad a lo largo de las primeras seis semanas tras el parto. También hay cambios en el **psiquismo**, la púerpera presenta un estado de euforia y de relajación muy evidente tras los esfuerzos realizados (14).

Manifestaciones clínicas durante el puerperio

Como consecuencia de los cambios fisiológicos que hemos mencionado, pueden aparecer diferentes síntomas y signos:

- **Temblores en el postparto inmediato**: aparecen hasta en un 25-50% en la primera hora tras el parto y suelen deberse al desbalance térmico que se produce con la separación de la placenta, el parto y también puede ser secundario a la epidural (16).

- **Entuertos**: son contracciones uterinas que se producen a intervalos regulares con el fin de ir reduciendo el tamaño del útero a la normalidad. Este proceso dependerá de la paridad, del tipo de parto y de la lactancia (17). El peso del útero disminuye de 1.000. en el postparto inmediato a 60 g seis semanas más tarde; a pesar de ello no existe evidencia de que la medición de la altura uterina en el postparto inmediato sea predictiva de complicaciones (18).

- **Loquios**: tras el alumbramiento de la placenta la porción basal de la decidua queda adherida a la pared uterina. La capa superficial se desprende (lo que da lugar a los loquios) mientras que la profunda regenera la cavidad endometrial para el 16 día postparto (19). Los loquios están constituidos fundamentalmente por hematíes, restos de decidua, células epiteliales y bacterias. Según el momento del postparto la composición del loquio será distinta: *lochia rubra* (sangre y decidua) los primeros días postparto, *lochia serosa* (secreción más acuosa) se da durante las siguientes dos-tres semanas y *lochia alba* (secreción amarillenta de leucocitos y células epiteliales) que también dura unas dos-tres semanas. La secreción de loquios dura aproximadamente un mes aunque más del 15% de las mujeres siguen con secreción pasadas las seis-ocho semanas (20).

- **Cambios en el estado general:** las mujeres suelen estar fatigadas los primeros días del parto que a su vez se entremezcla con la relajación y euforia que se produce tras el parto.
- **Calostro e ingurgitación mamaria:** tras el parto comienza la producción del calostro, secreción rica en minerales y proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos. Hacia el tercer día y tras la estimulación del pezón mediante la lactancia materna y la producción endógena de prolactina se produce la subida de leche con la consiguiente ingurgitación mamaria.

Principales complicaciones del puerperio

Como hemos apuntado, durante el puerperio la mujer se somete a un intenso cambio hormonal y fisiológico que la hacen más vulnerable a padecer diversas patologías. En algunos casos son afecciones leves, pero también pueden darse complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de la mujer. Solo aquellas de comienzo precoz serán detectadas durante el ingreso hospitalario y ante el hallazgo de cualquier sospecha de complicación materna grave se retrasará el alta hospitalaria.

En un amplio estudio retrospectivo incluyendo casi 300.000 partos que tuvieron lugar entre los años 1991 y 2003, se evaluó la morbilidad severa en el postparto. La incidencia global de morbilidad fue del 0,44 %. Además los autores establecieron los criterios de patología grave siguiendo la Clasificación Internacional de Patologías (ICD-9). Las causas más frecuentes fueron la hemorragia que requiere transfusión (48,4%), la histerectomía (11,9%) y la eclampsia (14%) (21).

Posteriormente, y a partir del año 2004, las complicaciones graves sufren un notable incremento. Parece que este hecho puede ser debido al aumento de la tasa de cesáreas. En un estudio de cohortes publicado en el año 2009 que incluyó cerca de 8.000.000 de mujeres, se reflejó una incidencia de complicaciones graves de 0,81 %, con una tasa de mortalidad materna en el postparto de 0,08% (22).

Las complicaciones que ocurren en el postparto pueden solucionarse ambulatoriamente, pero si hay una complicación severa suele requerir el reingreso de la madre en el hospital. La tasa de reingresos varía de un 0,83% a un 1,2% en las primeras seis semanas postparto (22,23).

Un estudio retrospectivo analizó los reingresos maternos a las seis semanas en un total de 222.751 mujeres que habían dado a luz en 114 hospitales de 21 Estados diferentes de América en el año 2007. En la tabla 1 se muestran los motivos de reingreso ocurridos durante ese año.

Tabla 1. Principales causas de reingreso materno durante el puerperio.

Patología	Porcentaje /10.000 partos	Patología	Porcentaje /10.000 partos
Vesícula	10,8	TVP	1,5
Neumonía	1,8	T. Psiquiátricos	1,7
Apéndice	1,8	Otras Infecciones	1,2
Hipertensión	16,4	Sepsis	0,9
Infección uterina	9,2	Cefalea postpunción	1,3
Infección urinaria	8,2	Edema pulmonar	0,2
Hemorragia	7,2	Celulitis	1,3
Mastitis	5,8	Infección vaginal	0,2
Cardiomiopatía	2,6	Cuerpo extraño	0,1

TVP: Trombosis venosa pulmonar.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la hipertensión 16,4/10.000 mujeres, patología de vesícula 10,8/10.000 mujeres, infección uterina 9,2/10.000 mujeres, infección urinaria 8,2/10.000 mujeres y metrorragia 7,2/10.000 mujeres (23).

En nuestro país las causas más frecuentes de morbilidad materna son similares a las publicadas en el trabajo de Callaghan y col (21). Sesmero y cols. (24)

clasifican las complicaciones postparto en obstétricas directas, causas indirectas y otras causas. En la tabla 2 se resume la clasificación de estos autores.

Tabla 2. Principales complicaciones postparto maternas en España.

Causas Obstétricas Directas	50%
- <i>Hipertensión (preclampsia, eclampsia)</i>	30,76%
- <i>Embolia pulmonar</i>	23,07%
- <i>Hemorragia postparto</i>	23,07%
Causas Indirectas	42,30%
- <i>Patología cardiovascular</i>	
- <i>Patología neurológica</i>	
- <i>Patología infecciosa</i>	
- <i>Patología nefrourológica</i>	
- <i>Patología neoplásica</i>	
- <i>Causas de origen desconocido.</i>	
Otras Causas	7,7%

Las complicaciones del postparto son muy variadas y se pueden agrupar siguiendo diferentes clasificaciones. La Clasificación Internacional de Enfermedades ICD 10 (International Classification of Disease 10th Revision) (25) está reflejada en la tabla 3.

Tabla 3. Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

Clasificación internacional de las enfermedades ICD-10	
O10-O16	Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio
O85	Sepsis puerperal
O86	Otras infecciones puerperales
	- O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica
	- O86.2 Infección de las vías urinarias consecutiva al parto
O87	Complicaciones venosas en el puerperio
	- O87.2 Hemorroides en el puerperio
	- O87.9 Complicación venosa en el puerperio, no especificada
O90	Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte
	- O90.0 Dehiscencia de sutura de cesárea
	- O90.1 Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
	- O90.2 Hematoma de herida quirúrgica obstétrica
	- O90.9 Complicación puerperal, no especificada
O91	Infecciones de la mama asociadas con el parto
	- O91.0 Infecciones del pezón asociadas con el parto
	- O91.1 Absceso de la mama asociado con el parto
	- O91.2 Mastitis no purulenta asociada con el parto
O92	Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto: retracción del pezón, agalactia, hipogalactia, supresión de la lactancia, galactorrea.
O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
	- O99.0 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio

Pasaremos a describir las complicaciones que consideramos mas importantes por su frecuencia de aparición o por la gravedad que entrañan para la mujer.

Fiebre puerperal

Definida por el Comité Americano de Salud Materna como una temperatura igual o superior a 38 ° C en mas de dos ocasiones separadas al menos seis horas, entre el segundo y décimo día postparto (26).

La causa más frecuente es una infección del aparato genital o de la mama, aunque en un 5-10 % de los casos la fiebre no tiene ningún foco infeccioso ó éste se localiza en una zona extragenital (Sistema urinario, pulmonar, vascular) (27).

Las causas mas frecuentes de fiebre puerperal y que pasaremos a describir a continuación son la endometritis, la mastitis, la infección de la episiotomía y la tromboflebitis pelviana.

1. Endometritis

La endometritis se define como dolor abdominal que se acompaña de fiebre que no puede ser atribuible a otras causas. Su frecuencia tras el parto vaginal es de 1,3 - 6%, y el parto por cesárea constituye el factor de riesgo principal para la infección uterina (28). Otros factores de riesgo importantes son la duración del parto, la duración de rotura de membranas, el número de tactos vaginales, y la monitorización interna (29).

En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvico-vaginal, y suele ser de origen polimicrobiano. Dependiendo del momento de aparición será mas frecuente la colonización de una bacteria concreta. Si la infección ocurre entre el primer y segundo día probablemente el agente causal será el Estreptococo del grupo A, entre el tercer y cuarto día (momento de aparición mas frecuente) será el *E. coli* y a partir del séptimo día la *Chlamidia* (30).

El diagnóstico es clínico. Se basa en fiebre superior a 38°C, dolor en hipogastrio, y loquios malolientes. En ocasiones se pueden solicitar pruebas complementarias como un cultivo vaginal ó una analítica de sangre para valorar la leucocitosis.

2. Mastitis

La mastitis en el postparto ocurre entre el 2 y el 10% de las mujeres lactantes. El riesgo de hospitalización por mastitis es muy bajo afectando a 9 de cada 10.000 (31).

Los factores de riesgo para tener una mastitis son el haber tenido una mastitis en un postparto anterior, la ingurgitación mamaria prolongada, un drenaje escaso de leche, y las grietas en el pezón.

El diagnóstico es clínico. La mastitis se presenta como una zona indurada, enrojecida y con diferencia de temperatura que se asocia a una fiebre superior a 38,3°C. En los estadios iniciales puede aparecer tan solo una zona eritematosa sin otra clínica acompañante. El germen más común es el estafilococo aureus aunque la mastitis puede estar causada por patógenos menos frecuentes como *S. pyogenes*, *E. coli* ó estafilococo coagulasa negativos.

El absceso de mama representa un estadio mas avanzado de la mastitis donde se produce una colección purulenta dentro del tejido mamario. La clínica es similar a las mastitis pero más acusada.

3. Infección de la episiotomía

La infección de la episiotomía es poco frecuente pero representa la primera causa de dehiscencia de la herida (32). Owen y Hauth (1990) describieron únicamente 10 infecciones de la episiotomía en 2.000 partos atendidos en la Universidad de Alabama, Birminham (26). Sospecharemos una infección de la episiotomía ante la presencia de fiebre asociada a dolor, enrojecimiento, edema, o secreción purulenta en la zona de la episiotomía. Suele ocurrir entre la primera y segunda semana tras el parto. Circunstancias como el trabajo de parto prolongado, el parto inducido, el parto instrumental, la realización de la episiotomía media, la nuliparidad, la distocia de

hombros, el peso del RN superior a 4000g, y la realización de exploraciones múltiples se consideran factores de riesgo para que se produzca una complicación en la episiotomía.

Entre los gérmenes causantes de la infección están la flora mixta aerobia y anaerobia con predominio de microorganismos gram positivo anaerobios como el enterococo, el streptococo grupo B y el estafilococo aureus, y *Gardnerella vaginalis*.

4. Tromboflebitis pelviana

Consiste en una infección puerperal que se extiende a lo largo de los trayectos venosos pudiendo ocasionar trombosis. La frecuencia es de 1 por 9.000 mujeres tras parto vaginal (32). Los síntomas no son muy específicos, pero aparecen signos de enfermedad grave con una intensa postración de la mujer, que presenta fiebre alta en agujas acompañada de escalofríos y taquicardia acompañada o no de dolor abdominal.

Si existe sospecha de trombosis de la vena ovárica en el postparto se solicitara un TC abdomino-pélvico.

Complicaciones venosas

Dentro de las complicaciones venosas mas frecuentes del puerperio están la trombosis venosa superficial, la trombosis venosa profunda (TVP), el tromboembolismo pulmonar y las hemorroides.

1. Trombosis venosa profunda

Tanto el embarazo como el puerperio representan un factor de riesgo para desarrollar una trombosis. La incidencia oscila entre el 1 y el 1,3 por 1.000 mujeres (33,34). El riesgo de tener una trombosis es máximo las primeras seis semanas postparto aunque éste puede persistir elevado hasta las doce semanas postparto (35). Un tercio de las trombosis que se dan en la mujer durante el embarazo y el postparto se producen en el puerperio (36).

El mayor factor de riesgo para la TVP es haber tenido una trombosis previa. Pero existen más factores de riesgo que se consideran intermedios como son el parto por cesárea, un índice de masa corporal (IMC) por encima de 40, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad inflamatoria, la drepanocitosis, la trombofilia asintomática, el ingreso prolongado, la enfermedad cardíaca o pulmonar, el cáncer, el síndrome nefrótico, el consumo de drogas vía parenteral. Dentro de los factores de riesgo menores entrarían la edad >35 años, la multiparidad, la cesárea electiva, el síndrome varicoso grave, la inmovilidad, los viajes de larga duración, el parto vaginal instrumental, la pérdida de sangre > un litro, la transfusión sanguínea, el IMC >30, la preclampsia, el parto prolongado y el tabaco (37).

El 90% de los casos se localiza en las extremidades inferiores (72% con afectación ilio-femoral). La mitad de las pacientes son asintomáticas en la fase aguda pero posteriormente desarrollan un edema distal, que es el signo más frecuente, acompañado de clínica como dolor, cordón profundo palpable y cierto grado de impotencia funcional. A veces la TVP debuta con una embolia pulmonar como primera sintomatología, oscilando su incidencia entre el 0,2 y el 0,4 por cada mil mujeres. Es importante la detección precoz de la TVP para evitar que se produzca una embolia pulmonar que conlleva un riesgo elevado de mortalidad. El diagnóstico de la TVP se confirma mediante una eco-doppler.

Hemorragia puerperal

La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica. Es la primera causa de morbilidad materna y una de las tres causas más frecuentes de mortalidad materna (1/100.000). Representa la causa más frecuente de ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Su incidencia oscila entre el 1 y el 5% de los partos (38).

La hemorragia postparto se clasifica en primaria cuando ocurre dentro de las primeras 24 horas tras el parto y en secundaria cuando ocurre entre las 24 horas y 12 semanas tras el parto.

1. Hemorragia postparto primaria

La hemorragia postparto primaria ocurre en un 10,8% (39) de los partos y se define clínicamente como un sangrado excesivo que se acompaña de palidez, debilidad, palpitación, trastornos en la coagulación, y falta de aire o síncope. Según la cantidad de pérdida sanguínea se clasifica en menor (pérdida de 500-1.000 ml) o mayor (pérdida superior a 1.000 ml). La mayor se puede subdividir en moderada (entre 1.000-2.000 ml), y severa (mas de 2.000 ml) (40).

La hemorragia postparto puede estar causada por:

- *Atonía uterina*: es la causa más frecuente de la hemorragia postparto siendo la responsable de 80% de las hemorragias.
- *Defecto de placentación*: implica la presencia de restos endocavitarios que impiden la contracción uterina.
- *Defecto de hemostasia*.
- *Traumatismo*: laceraciones del canal del parto, rotura uterina.
- *Diátesis hemorrágica*: trastornos adquiridos tras una preclampsia severa, Síndrome de HELLP, abrupcio placentae, embolia del líquido amniótico, sepsis o trastornos congénitos.

Los factores de riesgo para desarrollar una hemorragia postparto moderada-severa (> 1.000 ml de sangre) son: la retención de restos placentarios (OR: 16,04; IC 95%: 7,15-35,99), el parto gemelar (OR: 4,34; IC 95%: 1,46-12,87), RN con peso > 4.000 g (OR: 3,48; IC 95%: 2,27-5,36), la práctica de la episiotomía (OR: 1,39; IC 95%: 0,85-2,31), laceraciones en el canal del parto (OR: 2,50; IC 95%: 1,87-3,36), comienzo de parto artificial (OR: 2; IC 95%: 1,3-3,09), falta de progresión durante el parto (OR: 3,4; IC 95%: 2,4-4,7), Placenta accreta (OR 3,3; IC 95%: 1,7-6,4) (39,41).

2. Hemorragia postparto secundaria

La hemorragia postparto secundaria hace referencia al sangrado excesivo ocurrido entre las 24 horas postparto y las seis semanas. Su incidencia oscila entre el 0,5 y el 2% y se debe principalmente a una atonía uterina difusa o a una subinvolución uterina secundaria a restos placentarios y/o infección, aunque también es posible que participen otras causas (42).

Para el diagnóstico de la causa que produce la hemorragia deberá realizarse una exploración ginecológica, una analítica y una ecografía con doppler.

Hipertensión postparto

Se define como la elevación tensional durante el puerperio que se observa en embarazos complicados por preclampsia, hipertensión crónica e hipertensión gestacional. La hipertensión postparto también puede presentarse de novo secundaria a otras causas como hipertensión secundaria, tiroiditis e incluso presentarse en mujeres sanas. Su incidencia oscila entre el 0,3 y el 2,7%. Habitualmente la hipertensión se resuelve espontáneamente en unas semanas siendo mas frecuente que desaparezca a las doce semanas tras el parto (43). No obstante a veces la tensión arterial permanece elevada hasta el sexto mes postparto.

TRASTORNOS MENTALES EN EL PUERPERIO

Como ya hemos apuntado, durante el puerperio la mujer sufre un conjunto de cambios fisiológicos y hormonales que debe compaginarlos con el cuidado del RN y con la adaptación al nuevo concepto familiar.

Este cúmulo de circunstancias hace que la puérpera tenga una mayor predisposición y vulnerabilidad a padecer trastornos mentales. Estos trastornos pueden ir desde formas muy leves como la melancolía postparto, a trastornos más importantes como la depresión, la ansiedad o incluso trastornos psicóticos.

Melancolía postparto (*Blues simphoms*)

Este término hace referencia al estado de ánimo “melancólico” que presentan el 50-80% de las mujeres que han dado a luz. La sintomatología típica incluye las ganas de llorar, la ansiedad, la irritabilidad, la labilidad emocional y el insomnio. Esta situación es limitada en el tiempo, habitualmente comienza entre el tercer y cuarto día postparto y generalmente se resuelve hacia el día 12 (44).

Eventos estresantes, dificultades personales, problemas laborales o problemas de salud del RN pueden favorecer esta sintomatología. Historia previa de depresión, historia familiar de depresión y síntomas depresivos durante el embarazo o como componente del síndrome premenstrual también podrían estar relacionados con un mayor riesgo de desarrollar este estado de ánimo melancólico (45).

La importancia de su detección radica en que hasta un 20% de las mujeres terminan desarrollando una depresión postparto.

Depresión postparto

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente que tiene lugar en el puerperio. Desafortunadamente, y a pesar de su alta incidencia en el postparto en múltiples ocasiones suele pasar desapercibida e infradiagnosticada.

La tasa de prevalencia de la depresión postparto publicada es muy variada oscilando entre el 10 y el 30% (46,47). Probablemente esto se deba tanto a la utilización de diferentes herramientas para su diagnóstico como al uso de distintos criterios (48). Un metanálisis llevado a cabo en el año 2005 por la Agency Healthcare Research and Quality encontró una prevalencia del 6% para la depresión mayor y una tasa que oscilaba entre el 6,5 y el 12,9% para la depresión tanto mayor como menor (49). Estas cifras de prevalencia son similares a la población no gestante, sin embargo la mayor vulnerabilidad de la mujer en el postparto hace que su incidencia se triplique llegando a alcanzar una tasa del 14,5% en los tres primeros meses del puerperio (49,50).

Aunque el diagnóstico se realice en el periodo postparto, un estudio reciente donde valoraron la depresión antes del embarazo, durante éste y tras el parto en un total de 10.000 mujeres sanas, encontraron que sólo un 40,1% tiene su debut en el periodo postparto mientras que un 33,4% lo tiene durante el embarazo y hasta un 26,5% antes de quedarse embarazada (46).

Fisiopatología de la depresión postparto

La fisiopatología de la depresión postparto es aún desconocida (51). Parece que está determinada por una susceptibilidad genética asociada a cambios hormonales y a factores ambientales precipitantes (52-54).

Se sabe que la depresión está íntimamente relacionada con el déficit de los neurotransmisores (NT) como la serotonina, noradrenalina (NA) y dopamina (55). Además, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario puede formar parte en el desarrollo de la depresión. Niveles bajos de la hormona liberadora de corticotropina, las

hormonas tiroideas y la testosterona se han asociado a una mayor predisposición a desarrollar depresión postparto (56-58).

Tal y como ocurre en el postparto, el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona activan la inhibición de los distintos neurotransmisores (NT) relacionados con la depresión mediante distintos mecanismos favoreciendo así su desarrollo (51,53,59).

Otra teoría que se ha postulado es que las concentraciones absolutas de hormona y su tasa de cambio pueden influir en la génesis de la depresión (26). Así, las mujeres que experimentan depresión postparto suelen tener concentraciones de estrógenos y progesterona más altas antes del parto y experimentan una caída mayor después del parto (60).

Factores de riesgo de la depresión postparto

Diferentes autores han estudiado los factores de riesgo de la depresión postparto alcanzando en algunos casos conclusiones similares. Para Heron y cols. (61) el antecedente personal de una depresión, ya sea previa al embarazo o durante éste, lo considera el factor de riesgo más importante para desarrollar depresión en el postparto. Se estima que el riesgo de desarrollar una depresión en puérperas sin antecedentes personales de depresión es del 10%, mientras que si existe dicho antecedente el riesgo asciende a un 25% y si la paciente ha tenido una depresión postparto en un embarazo anterior el riesgo alcanza el 50% (62).

Bloch y cols. (47) también encontraron el antecedente de depresión como factor de riesgo para desarrollar una depresión postparto. Utilizaron la escala de Depresión Postparto de Edinburgh (EDPS) con un punto de corte > 10 y encontraron una prevalencia de un 6,8%. También reflejaron otros factores de riesgo como el antecedente de síndrome premenstrual y la alteración del estado de ánimo durante el tercer trimestre del embarazo.

La depresión postparto también se ha asociado con otros trastornos psiquiátricos. Así, Tian y cols. (63) que identificaron la depresión mediante una entrevista clínica, vieron que un estado neurótico se asociaba a mayor riesgo de padecerla. Además encontraron otros factores de riesgo como el bajo nivel de educación, el síndrome premenstrual y los eventos estresantes. Otros autores han indicado que un estado de ansiedad generalizada también se asocia a un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto (64).

Wisner y cols. (46) también valoraron la depresión mediante la escala EDPS con un punto de corte igual o superior a 10. Publicaron una prevalencia del 14% y observaron que aquellas mujeres más jóvenes, afro-americanas, de menos nivel de educación, las que tenían un seguro público y las mujeres solteras, tenían más riesgo de desarrollar depresión postparto.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática sobre la depresión postparto donde se analizan los factores de riesgo implicados en la depresión postparto y la magnitud de la asociación. La revisión fue llevada a cabo en el año 2013 por *The Agency for Healyhcare*, incluyendo todos los estudios realizados desde el año 2004 en países desarrollados y que hicieron uso de herramientas diagnósticas validadas (65).

Sus resultados están reflejados en la Tabla 4. Podemos observar como el antecedente personal de depresión, una escasa calidad de la relación interpersonal y un bajo soporte social son los factores que se asocian con mayor magnitud a la depresión postparto. Otros factores también se relacionan con la depresión postparto aunque con menor magnitud de asociación. Entre éstos se encontrarían el estado civil, el estado laboral, tener un parto pretérmino o un RN de bajo peso neonatal, ser un paciente crónico, la ansiedad, el síndrome premenstrual, una personalidad neurótica o vulnerable y cualquier patología psiquiátrica.

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto.

Factores de riesgo	Número de estudios (sujetos)	Magnitud de la asociación y del efecto
Edad	3 (5.578)	Insuficiente
Educación	2 (4.757)	Insuficiente
Ingresos	1 (4.245)	Insuficiente
Estado laboral(con o sin trabajo)	1 (363)	Baja
Paridad	2 (4.998)	Insuficiente
Parto pretérmino o bajo peso	2 (4.711)	Baja
Fumar	2 (4.998)	Insuficiente
Ingesta de alcohol	1 (4.348)	Insuficiente
Enfermedad crónica	2 (4.993)	Baja
Obesidad	1 (598)	Insuficiente
Historia de depresión perinatal	2 (1.082)	Baja
Historia de depresión	5 (2.057)	Moderada
Síndrome premenstrual	1 (210)	Baja
Cualquier diagnóstico psiquiátrico	2 (1.075)	Baja
Ansiedad	2 (1.305)	Baja
Personalidad neurótica o vulnerable	2 (685)	Baja
Estado civil	3 (5.803)	Baja
Baja relación	5 (6.101)	Moderada
Bajo soporte social	4 (1.830)	Moderada

Sin embargo, parece que no existe evidencia suficiente para demostrar que otros factores como la obesidad, la edad, la paridad, la educación, los ingresos económicos, el tabaco y el alcohol se asocien con un riesgo mayor de desarrollar depresión en el postparto.

Clínica de la depresión postparto

El término de depresión postparto se utiliza para describir la depresión que ocurre en el primer mes y se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision* (DSM-IV) como un trastorno de depresión mayor que ocurre en las cuatro primeras semanas tras el parto (66). La ICD-10 establece el periodo en las primeras seis semanas y otros autores consideran que la depresión postparto ocurre hasta los doce meses tras el parto (67, 68).

Los síntomas son similares a los de un episodio de depresión mayor e incluyen un estado depresivo la mayor parte del día durante al menos dos semanas, o la pérdida de interés o placer en el día a día. La sintomatología incluye clínica somática como falta de sueño, disminución de energía o de apetito, pérdida de peso, alteración de la función gastrointestinal y de la libido.

La gran similitud entre la sintomatología normal del puerperio y la sintomatología de la depresión postparto hacen que en ocasiones sea difícil detectar a estas pacientes.

Repercusión de la depresión postparto en el RN

La depresión postparto no tratada puede tener efectos significativos en el vínculo materno-filial. Hasta un 31,7% de las mujeres con depresión postparto podrían referir dificultades severas a la hora de interactuar con el RN (69). A los tres meses postparto aquellas pacientes con depresión expresan más indiferencia sobre el RN que aquellas sin depresión (70). La depresión postparto puede tener desenlaces fatales tales como el suicidio, escasamente evaluado, con una incidencia que oscila entre 3-

11/100.000 mujeres (71-73) y el infanticidio, evento raro y que habitualmente se asocia a una psicosis materna.

Además de interactuar en el vínculo materno-filial, la depresión postparto está asociada a una alteración en el desarrollo cognitivo y el desarrollo motor del RN (74-76). Parece que la depresión postparto se asocia a un retraso en el desarrollo del lenguaje, del crecimiento del RN a los seis-ocho meses y también está implicada en alteraciones del temperamento (74, 77-79). Stein y cols. (70) observaron que aquellos niños de madre con depresión mostraban una respuesta menos armoniosa que las que no tenían depresión a los 19 meses de edad, además de mostrar niveles inferiores en las pruebas de desarrollo a los nueve meses de vida.

De lo expuesto se deduce que la depresión postparto tiene serias repercusiones sobre el RN ya que puede influir en el desarrollo cognitivo y motor así como en el vínculo materno-filial. Además, aquellos niños de madres que sufrieron una depresión postparto tendrán mayor riesgo de desarrollar depresión en un futuro (80).

Cribado de la depresión en el postparto

Como ya hemos apuntado, existe una gran similitud entre la sintomatología del postparto normal y los síntomas propios que definen la depresión. Esta circunstancia puede generar confusión a la propia paciente y a sus familiares dificultando su detección.

La dificultad para detectar la depresión postparto plantea la necesidad de un instrumento de cribado que identifique a las mujeres con sospecha de patología para su posterior evaluación por un especialista. Desafortunadamente, a día de hoy no hay evidencia suficiente para recomendar un cribado universal de la depresión postparto. No obstante, todos los autores concluyen que dada su repercusión tanto en la madre como en el desarrollo del RN debería ser un aspecto a tener en cuenta especialmente en aquellas pacientes con antecedentes personales de depresión (81).

A lo largo de los años se han desarrollado y utilizado diferentes escalas como

herramientas rápidas de detección de la depresión postparto (65). Las más frecuentemente utilizadas son la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo conocida con las siglas EPDS, que vienen de su nombre original (Edinburgh Postnatal Depression Scale), el Inventario de Depresión de BECK (82-85) (BDI, *Beck Depression Inventory*) y la Escala de cribado de la Depresión Postparto también denominada PDSS por su nombre en inglés (*Postpartum Depression Screening Scale*). Hay otras escalas que también se han utilizado en algún estudio para el diagnóstico: una escala de 2 ítems (“two-question” screen), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), *Antenatal Risk Questionnaire*, 17-21 Item *Hamilton Rating Scale for Depression* y *Leverton Questionnaire*.

Algunas de ellas poseen validación para ser utilizadas en el postparto como lo son la EPDS y la PDSS como su propio nombre indica y la PHQ-9 (86). De todas formas no todas las escalas validadas en el periodo postparto poseen una sensibilidad y una especificidad aceptable para ser utilizadas como pruebas de cribado tal y como se refleja en la tabla 5.

De entre todas las escalas existentes parece que la EPDS con un punto de corte ≥ 10 es la que aporta una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con la PDSS y la PHQ-9 (87,88). La PDSS también es más precisa que la PHQ-9 aunque su gran sensibilidad del 92% se ve entorpecida con una tasa de falsos positivos de hasta un 94% (87).

A continuación describiremos las características de las escalas más frecuentemente utilizadas.

1. Escala de Depresión Postparto de Edinburgo

La escala EPDS (89) es una herramienta útil que puede ayudar a identificar tempranamente los síntomas de la depresión. Se trata de una escala auto-administrada que fue validada al castellano en el año 2001 (90) y su uso es específico para evaluar el riesgo de tener una depresión en el puerperio.

Consta de diez ítems que se numeran del 0 al 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso. La puntuación total se obtiene de la suma de las diez preguntas. El tiempo estimado para contestar a las preguntas es de cinco minutos y se debe hacer escogiendo la respuesta que más se asemeja a lo que sintió la mujer en los siete días anteriores. El momento óptimo para realizar la escala es entre las seis y ocho semanas postparto.

Un punto de corte de 8/9 en la escala identificaría al 100% de depresiones tanto mayor como menor, pero con un valor predictivo positivo (VPP) limitado (48%). Un punto de corte de 10/11 identificaría al 100% de las depresiones mayores y tiene una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un VPP del 63%. Los autores que participaron en la validación de esta escala al castellano, consideran que es el punto de corte que hay que utilizar como cribado en la población general. Un punto de corte de 12/13 disminuiría la sensibilidad al 62%, mejorando el VPP hasta un 76,5%. Se recomienda utilizar este punto de corte para aquellas pacientes de riesgo o con clínica sugestiva de depresión.

2. Inventario de Beck

Esta escala fue creada por Aaron T. Beck en el año 1961 y validada al castellano en el 1974 por Conde y Useros (91,92). Este inventario lleva en funcionamiento 50 años (Beck 1961) y a partir de él se han desarrollado tres versiones que también han sido validadas en castellano: BDI-I, BDI- IA y BDI-II (92-94)

Entre ellas destaca el Inventario de Depresión de Beck- II adaptada a nuestra lengua en el año 2011 (95) e internacionalmente conocida por el acrónimo de su nombre original en inglés: BDI-II (*Beck Depression Inventory-Second Edition*; Beck, Steer y Brown, 1996). Es uno de los cuestionarios autoaplicados más utilizados en España y en el mundo para evaluar la gravedad de la depresión en población general y en pacientes con trastornos mentales. Además se ha utilizado en algún estudio de la depresión postparto (85), aunque no es una escala específica para medir la depresión en este

periodo ni ha sido validada para ello.

En general, muchas de las características del inventario inicial se han mantenido estables en las tres versiones. Sin embargo, esta última versión presenta modificaciones sustanciales respecto a las dos anteriores encaminadas a cubrir todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM IV. Por ello, en las instrucciones del BDI-II se indica que la presencia de sintomatología depresiva tiene que mantenerse durante al menos dos semanas, que es el periodo mínimo necesario para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el DSM IV.

El inventario de depresión de Beck II es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas que evalúan diferentes síntomas de la depresión distribuidas en 15 preguntas sobre la emoción, 4 sobre el comportamiento a los cambios, y 6 sobre los síntomas somáticos. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas ordenadas por intensidad. La puntuación global oscila del 0 al 63, a mayor puntuación mayor depresión. Un punto de corte por encima de 12 sería indicativo de depresión. Este punto de corte igual tiene una especificidad $> 70\%$ y una concordancia diagnóstica kappa > 0.40 , con una sensibilidad del 93% para el diagnóstico de depresión mayor.

3. Escala de cribado de la Depresión Postparto (PDSS)

La escala PDSS fue diseñada por Beck y Gable en el 2003 y validada al castellano por los mismos autores dos años más tarde (96,97). Es un cuestionario auto-administrado que consta de 35 ítems con una puntuación tipo “likert” que va del uno al cinco donde uno es “completamente en desacuerdo” y cinco es “completamente de acuerdo”. El resultado final es la suma obtenida de todos los ítems de tal manera que la puntuación puede oscilar de 35 a 175. El cuestionario debe aplicarse entre las dos y seis semanas postparto.

Una de las principales ventajas del PDSS es su multidimensionalidad ya que mide la depresión postparto ofreciendo siete subescalas distribuidas en: a) trastornos del sueño y alimentación, b) ansiedad/inseguridad, c) inestabilidad emocional, d) confusión

mental, e) pérdida del yo, f) culpabilidad/vergüenza y g) pensamientos suicidas.

Existe una forma abreviada de la escala PDSS constituida por siete ítems, que se responde en dos minutos y sirve principalmente para determinar si la mujer necesita o no ser referida a un especialista. Esta forma corta se evalúa en dos rangos: una puntuación global entre 7 y 13 representa un ajuste normal, mientras que una puntuación entre 14 y 35 representa síntomas de depresión. La escala posee una fiabilidad aceptable con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,64 y fiabilidad interna de 0,84 a 0,88 pero los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con otras escalas fueron moderados.

Desafortunadamente, a pesar de los trabajos publicados, sigue sin existir un consenso sobre cuál es la escala más adecuada para el cribado de la depresión postparto (65).

Tal y como está reflejado en la tabla 5, prácticamente todas las escalas tienen una sensibilidad parecida (entre el 80-90%) aunque no todas presentan la misma fuerza de evidencia.

Tabla 5. Sensibilidad, especificidad y fuerza de evidencia de las escalas de cribado de la depresión postparto.

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Fuerza de evidencia
Antenatal Risk Questionnaire (ARQ)	78,1	47,1	Bajo
Beck Depression Inventory (BDI)	80 - 90	80 - 90	Bajo
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	75 - 90	80 - 90	Bajo
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	80 - 90	80 - 90	Moderado
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17)	80 - 85	80 - 85	Bajo
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-21)	80 - 85	75 - 80	Bajo
Leverton Questionnaire	80 - 90	80 - 90	Bajo
Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	80 - 90	80 - 90	Moderado
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	75 - 89	83 - 91	Bajo
Two-Questions screen	100	44 - 65,7	Moderado

Diagnóstico de la depresión postparto

El diagnóstico de la depresión debe realizarse mediante una entrevista clínica con un experto. Para ello, hay que tener en cuenta que los criterios de la DSM IV deben ser interpretados con cautela por presentar una alta similitud con síntomas típicos del puerperio. En un estudio llevado a cabo en el año 2011 se valoró la posibilidad de validar los criterios del a DSM-IV para la depresión en el embarazo y el postparto.

Durante este proceso, los autores observaron que el uso de estos criterios sobrediagnosticaban esta patología (98).

La importancia del diagnóstico y el tratamiento de la depresión se pone de manifiesto tras comprobar que la depresión postparto puede producir alteraciones en el desarrollo del RN y en el vínculo materno-filial. En una revisión sistemática publicada en el año 2007 donde incluyeron ocho ensayos clínicos que evaluaban los resultados del RN según el tratamiento recibido o no a la madre, observaron que tanto el desarrollo cognitivo como la relación materno-filial eran mejores en las pacientes con depresión que habían sido tratadas (99).

En aquellas pacientes que tienen riesgo elevado de desarrollar depresión postparto (pacientes con antecedente personal de depresión) podría incluso plantearse un tratamiento profiláctico en el momento del parto. En un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego de 23 pacientes con antecedente personal de depresión observaron que aquellas pacientes que recibieron tratamiento con sertralina en comparación con placebo tenían significativamente menos recaídas de depresión (6,7% vs 62,5%) (100).

Psicosis puerperal

La sintomatología depresiva del postparto debe distinguirse de la psicosis, rara pero severa enfermedad psiquiátrica que afecta a uno-dos casos por cada 1.000 partos en la población general. Los síntomas suelen ser de aparición rápida y consisten en labilidad emocional, despersonalización, confusión, desorientación, agitación, comportamiento estrafalario, ilusiones, paranoias, alucinaciones e insomnio.

El riesgo está muy aumentado en las mujeres que tienen antecedentes personales de trastornos del humor unipolares o bipolares (especialmente un trastorno bipolar I). En estas pacientes el riesgo pasa del 0,2% al 20 - 25% (101).

Su detección temprana, tratamiento y control es crucial puesto que el suicidio o el infanticidio aunque es raro (1 de 50.000), supone un nefasto resultado. Para aquellas mujeres con psicosis postparto es necesaria la hospitalización.

Ansiedad postparto

La ansiedad es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población general. En una muestra representativa de seis países europeos un 13,6% había tenido algún problema de ansiedad a lo largo de su vida y un 6,4% en el último año. Un 26% de las consultas de psiquiatría formales se deben a trastornos de ansiedad y un 28,3% del total de los casos muestran comorbilidad con otros trastornos (102).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Lo mismo pasa en el postparto, el rol de ser madre, una nueva dedicación hacia una persona y la responsabilidad de hacerlo bien genera en la madre un nivel de ansiedad adecuado que responde a la situación adaptativa que está viviendo en ese mismo momento. No obstante, por diferentes motivos, algunas madres expresan preocupaciones excesivas y experimentan una ansiedad severa en el periodo perinatal provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

En un estudio prospectivo longitudinal publicado en el año 2004, que incluyó una comunidad de 8.323 mujeres embarazadas del Reino Unido, se observó una tasa de prevalencia de ansiedad clínicamente significativa del 21,9% (61). Además, de las mujeres que desarrollaron ansiedad durante el embarazo hasta un 64% refirieron ansiedad en el postparto.

Fisiopatología de la ansiedad en el postparto

De la misma manera que ocurre en la depresión postparto, se desconoce la fisiopatología de la ansiedad materna. Se cree que un cambio brusco hormonal sumado a un evento tan importante en la vida de la mujer como ser madre, puede desencadenar la ansiedad en el embarazo y el postparto.

Factores de riesgo de la ansiedad postparto

Con mucha frecuencia, el postparto inmediato supone un periodo de estrés para la madre. Éste puede verse incrementado en ciertas situaciones, como un parto traumático o un mal resultado obstétrico.

Britton en el año 2005 (103) valoró la ansiedad inmediata postparto previo al alta y los factores de riesgo implicados. Para ello, diseñó un estudio prospectivo observacional incluyendo 422 mujeres que dieron a luz a un RN único y sano. La ansiedad fue valorada mediante la escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) y se analizaron como posibles factores de riesgo la edad, el nivel de educación, la raza, los ingresos económicos, el estado civil, la paridad y los antecedentes psiquiátricos. También evaluaron los eventos estresantes médicos durante el periodo periparto mediante la escala de eventos periparto. Esta escala valora el estrés perinatal materno en función de los factores de riesgo médicos, los factores de riesgo obstétricos, la progresión del parto, el tipo de parto y los problemas del RN. Tras realizar un análisis multivariante con todas las variables que parecían estar asociadas a la ansiedad inmediata postparto los autores concluyeron que los factores demográficos, así como el tiempo de estancia hospitalaria tras el parto, el soporte social y los antecedentes psiquiátricos no estaban asociados a una mayor ansiedad postparto. Los únicos factores de riesgo asociados a la ansiedad fueron dos: el haber tenido un evento médico periparto estresante y una mayor percepción de estrés materno perinatal por parte de la madre. Otros factores como la satisfacción conyugal, el dominio sobre la situación, y el tener elegido el pediatra antes del parto demostraron ser factores protectores de la ansiedad postparto.

En el año 2006 Fatoye y cols. (104) quisieron determinar mediante un estudio observacional si el tipo de parto podía estar implicado en la ansiedad y la depresión postparto. Para ello, incluyeron a 169 mujeres que habían tenido un parto eutócico, instrumental o cesárea. Evaluaron la ansiedad mediante la escala STAI y la depresión mediante la escala EDPS. Con este estudio los autores concluyeron que el parto

instrumental y la cesárea estaban relacionados con una mayor ansiedad en el postparto inmediato (primera semana) pero que éstos no eran factores predictores para la ansiedad a la sexta semana. Como factores de riesgo de la ansiedad en la sexta semana encontraron la ansiedad inmediata postparto, el antecedente de interrupción voluntaria de embarazo y depresión en la sexta semana.

En el año 2008 Britton y cols. (105) analizaron en la misma población de su estudio anterior, la asociación entre los factores de riesgo y la ansiedad materna al mes del parto. Tras aplicar el análisis multivariante concluyeron que el nivel de estudios inferior, el tener antecedentes de trastornos de ánimo, una escala de ansiedad-rasgo elevada y una percepción materna de estrés perinatal se asociaba a una mayor ansiedad materna postparto, no así la ansiedad-estado prenatal.

Hay factores del embarazo que también pueden estar asociados a un mayor riesgo de ansiedad tras el parto. Heron y cols. (61) diseñaron un estudio para evaluar la ansiedad a lo largo del embarazo y el postparto. Comprobaron que aquellas mujeres que presentaban ansiedad durante el segundo y/o tercer trimestre de la gestación tenían más riesgo de desarrollar ansiedad a las ocho semanas y a los ocho meses postparto (OR: 3,22; IC 95%: 2,28-4,55; $p < 0,001$). Grant y cols. (106) publicaron que la ansiedad materna durante el tercer trimestre de embarazo se asociaba a un mayor riesgo de desarrollar ansiedad a los siete meses postparto (OR: 4,97; IC 95%: 1,31-18,18).

Tabla 6. Factores de riesgo de la ansiedad materna en diferentes periodos del postparto.

Ansiedad materna antes de 7 días del parto
<ul style="list-style-type: none"> - Eventos periparto: factores de riesgo personales, factores de riesgo obstétricos, tipo de parto, duración del parto, patología del RN (Britton) - Parto complicado (Britton, Fatoye) - Percepción de estrés (Britton) - Antecedentes de trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico
Ansiedad materna al mes del parto
<ul style="list-style-type: none"> - Bajo nivel de educación (Britton) - Ansiedad-rasgo elevada (Britton) - Antecedente de depresión de dos años de duración (Britton) - Percepción de estrés
Ansiedad materna a las 6-8 semanas del parto
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de interrupción legal de embarazo (Fatoye) - Ansiedad en el postparto inmediato (Fatoye) - Depresión a las seis semanas del parto (Fatoye) - Ansiedad durante el embarazo (Heron) - Personalidad neurótica (Van Bussel)
Ansiedad materna a los 6 -8 meses del parto
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad durante el embarazo (Van Bussel) (Heron) (Grant)

La forma de ser de las pacientes también está asociada a una mayor ansiedad. Van Bussel y cols. (107) realizaron un estudio prospectivo incluyendo 403 mujeres sanas y embarazadas del Hospital Universitario Leuven (Bélgica) y analizaron la ansiedad y los factores de riesgo implicados durante el embarazo (primer, segundo y tercer trimestre) y el postparto. Estos autores concluyeron que tener una personalidad “neurótica” estaba asociada a un mayor riesgo de ansiedad durante el embarazo y a los cinco-seis meses postparto.

También hay una estrecha relación entre la ansiedad postparto y los antecedentes personales de patología psiquiátrica. Así, aquellas pacientes con antecedente de trastorno obsesivo compulsivo, o de pánico tienen una probabilidad de desarrollar ansiedad durante el embarazo que oscila entre el 31 y el 63% (108-110).

El resumen de los hallazgos publicados por estos autores está reflejado en la tabla 6.

Clínica de la ansiedad postparto

La ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, con difícil control del estado constante de preocupación. Además puede aparecer inquietud ó impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño. (Criterios DSM IV). Cuando la ansiedad afecta a las madres en el periodo perinatal, también se puede alterar el cuidado del RN.

Dentro de la ansiedad existen trastornos específicos como el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático. Se ha visto que el riesgo de aparición o de recaída es mayor en el periodo postparto. El riesgo y la frecuencia del trastorno de pánico se incrementa en el postparto desarrollándose hasta en un 31-63% de aquellas mujeres que tenían antecedente previo a la gestación (108). Estas pacientes podrían beneficiarse del tratamiento farmacológico durante el tercer trimestre consiguiendo una disminución de recaída en el postparto (109). El trastorno

obsesivo compulsivo también empeora durante el embarazo y el postparto y el estrés postraumático puede aparecer en casos de partos difíciles y con malos resultados obstétricos (110).

Implicación de la ansiedad materna en el RN

Detectar la ansiedad materna en el postparto, no solo resulta de interés para la madre si no también para el RN. La infancia es un periodo de rápido desarrollo y un ambiente psicosocial óptimo desde el primer día de vida es clave para que este desarrollo sea correcto tanto a nivel cognitivo como del comportamiento. La ansiedad materna podría estar en relación con alteraciones del desarrollo del RN, alteraciones somáticas y alteraciones psicológicas (10).

Parece que la ansiedad materna podría asociarse a un comportamiento difícil del niño. Esta asociación ha quedado reflejada en un publicación reciente de Britton y cols (111). En este estudio incluyeron 296 mujeres que dieron a luz a un RN sano, y se diseñó para evaluar la asociación entre la ansiedad materna inmediata postparto y el temperamento del RN al primer mes de vida. La ansiedad fue valorada mediante la escala de ansiedad-estado de STAI y el temperamento del RN mediante la escala *Early Infancy Temperament Questionnaire*, que es la única escala validada para aplicarla en RN. Tras considerar otras posibles variables de confusión, concluyeron que un temperamento complicado del RN puede estar relacionado con la ansiedad inmediata postparto.

Como ya hemos apuntado, también se ha relacionado la ansiedad materna con alteraciones en el desarrollo cognitivo del RN (9). Esta asociación ha quedado reflejada en un estudio prospectivo publicado en el año 2011 donde se incluyeron 358 mujeres y sus correspondientes RN. Los autores concluyeron que aunque el estrés psicosocial materno pueda estar asociado a una mayor rapidez en el desarrollo motor, la ansiedad materna está asociada a un menor desarrollo cognitivo a los 12 meses de vida (11).

La ansiedad materna también se ha relacionado con la patología somática del RN. Existen diferentes estudios publicados al respecto, aunque su consistencia no es suficiente para convertirlo en una afirmación taxativa. Parece que la ansiedad materna podría estar relacionada con los cólicos del RN, con el reflujo del lactante y con el dolor abdominal recurrente del RN (10).

Cribado de la ansiedad en el postparto

Hemos visto como la ansiedad materna postparto puede influir en la relación marital, en el vínculo materno-filial y en el desarrollo cognitivo del RN. Además, un estado de ansiedad elevado también representa un factor de riesgo para la depresión postparto (64). Por lo tanto, la detección precoz de la ansiedad materna resultaría de especial interés para prevenir y poder evitar diferentes problemas tanto para la madre como para el RN.

Sin embargo a día de hoy, no hay estudios que analicen la aplicación de un cribado de la ansiedad materna en el postparto ni su beneficio. Este cribado podría realizarse con diferentes escalas autoaplicadas que a continuación describiremos. Todas ellas son medidas fáciles de utilizar, y sin ninguna duda, podrían facilitar la detección de pacientes con ansiedad (106).

Las escalas para el cribado de la ansiedad que más se han utilizado durante el embarazo y el postparto son la escala *Stait-Trait Anxiety Inventory* de Spielberger (STAI) (11,103-106,112), la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (107,113), *Crown.Crisp experimental index* CCEI (61) y el cuestionario *Pregnancy related Anxiety Questionnaire* (107).

Las dos escalas más destacadas para valorar la ansiedad en el embarazo y el postparto son la STAI y la HADS tal como está reflejado en la revisión sistemática de Meades y cols. (114) publicada en el año 2011. La escala STAI ha sido validada para su utilización tanto en el embarazo como en el postparto, mientras que la escala HADS aún no ha sido validada para su utilización en el postparto.

1. Escala STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Esta escala fue creada por Spielberger y cols. en el año 1970 (CD Spielberger, RJ Gorsuch, RE Lushene) y validada al español unos años después por los mismos autores (15,116). Se trata de una escala autoaplicada que consta de 40 ítems cuya mayor ventaja es que tiene la capacidad de investigar dos entidades independientes de la ansiedad: la ansiedad-rasgo (a través de 20 ítems) y la ansiedad-estado (a través de 20 ítems). La ansiedad rasgo hace referencia a como se siente el sujeto “generalmente” (propensión ansiosa relativamente estable) y la ansiedad estado describe cómo se siente el sujeto “en un momento particular” (condición emocional transitoria).

Las características de la escala son las siguientes:

- Tiempo de administración: 8 minutos.
- Corrección e interpretación: Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra como rasgo. La puntuación en los ítems de estado oscila entre 0 y 3 (0: nada; 1: algo; 2: bastante; y 3: mucho), estableciendo los criterios operativos según la intensidad. En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3: nada; 2: a menudo; 1: bastante; y 0: mucho) esos ítems son 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. La puntuación en los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3 pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0: casi nunca; 1: a veces; 2: a menudo; y 3: casi siempre). En algunos de los ítems de la ansiedad-rasgo también es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3: casi nunca; 2: a veces; 1: a menudo; y 0: casi siempre). Esos ítems son 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.
- La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60.
- Los elementos de la escala STAI son suficientemente discriminadores y diferenciadores en cuanto a la edad, el sexo y naturalmente en la ansiedad (rasgo /estado) por ello los puntos de corte de las escalas son diferentes según los

grupos. Para el grupo de mujeres adultas, los puntos de corte están reflejados en la tabla 7.

Tabla 7. Puntos de corte para mujeres adultas en la escala STAI.

	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Centil 50	21	24
Centil 75	31	32
Centil 85	37	37
Centil 99	54 – 60	39 – 60

- La interpretación de los resultados se puede realizar de dos maneras: utilizando la escala T (media, DE) y utilizando la puntuación centil que indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el test.
- Posee una buena consistencia interna (entre 0,90-0,93 en la ansiedad/estado y entre 0,84-0,87 en ansiedad/rasgo). La fiabilidad por el procedimiento es de 0,94 para la ansiedad estado y 0,86 para la ansiedad rasgo.

2. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

Esta escala fue inicialmente diseñada por Zigmond y Snaith en el año 1983 para la valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (117). Posteriormente también se ha utilizado en otros ámbitos como en pacientes psiquiátricos o en la población general. La traducción y la adaptación al castellano fue realizada por Snaith en el año 1986 (118).

La HAD es un cuestionario autoaplicado que consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas (7 para depresión y 7 para ansiedad). La intensidad de los síntomas se

evalúa con una escala de Likert de 4 puntos. La puntuación global oscila entre 0 y 21 puntos para cada subescala y de 0 a 42 para la escala global. Una puntuación por encima de 11 en una subescala sería indicativo de patología.

Dentro de las propiedades psicométricas destaca que los datos de fiabilidad como la consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados. Sin embargo, la capacidad de las respectivas subescalas para discriminar entre ansiedad y depresión está muy cuestionada y su validez predictiva es muy escasa con cifras de sensibilidad y sobre todo de especificidad bajas.

Diagnóstico de la ansiedad postparto

La entrevista clínica con el especialista es el “gold standard” para el diagnóstico de la ansiedad postparto (119). Este diagnóstico se ve obstaculizado y generalmente infravalorado por dos motivos fundamentales: la ausencia de una prueba de cribado, y el miedo o sensación de culpa de la madre por manifestar y hacer públicos los sentimientos contradictorios durante esta etapa de su vida.

En un estudio llevado a cabo en el año 2011 se valoró la posibilidad de validar los criterios del a DSM-IV para la depresión y ansiedad en el embarazo y postparto. Tal y como hemos apuntado en el apartado de la depresión, los autores observaron que el uso de estos criterios sobrediagnosticaban estas patologías dada la gran similitud de la sintomatología en el postparto y los criterios para el diagnóstico (98).

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN EL NEONATO

El periodo neonatal se refiere a los primeros 28 días de vida y puede subdividirse en 3 periodos (120):

- Periodo 1: abarca las primeras 24 horas de vida.
- Periodo 2: abarca desde el primer día al 7º día del nacimiento.
- Periodo 3: abarca desde el 7º hasta el día 28 día.

La amplia variedad de trastornos que afectan al RN en esta etapa se pueden originar prenatal, durante el nacimiento o en el periodo posnatal inmediato formando parte de mutaciones genéticas o enfermedades adquiridas.

Como ya hemos apuntado a lo largo de este capítulo, el desarrollo normal del neonato depende en parte de una serie de respuestas afectivas que se intercambian entre la madre y el RN. Un vínculo materno-filial anormal o tardío debido a enfermedades del RN o de la madre pueden poner en peligro el desarrollo del niño y la capacidad de la madre para cuidarlo.

En los últimos años la tasa de mortalidad infantil ha descendido de forma significativa. Desafortunadamente hoy en día siguen existiendo grandes variaciones según el país debido a las diferencias existentes en la economía y la sanidad. Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística aportan una tasa de mortalidad neonatal en España del 2,14% por 1.000 RN vivos en el año 2012, siendo algo inferior en el País Vasco (1,75 por 1.000 RN vivos).

En Estados Unidos, la mortalidad infantil a lo largo del año 2011 estuvo causada principalmente por malformaciones congénitas y cromosomopatías (21%), bajo peso o prematuridad (17%), muerte súbita (7%) y muerte fetal secundaria a una complicación

materna (7%) (121). Cuando nos ceñimos a RN a término con peso adecuado, las causas más frecuentes de mortalidad neonatal fueron la asfixia y la infección (122).

A continuación pasaremos a describir brevemente las complicaciones más frecuentes o más importantes que ocurren en la etapa neonatal (123). Un análisis más exhaustivo no es el objetivo de esta introducción.

Enfermedades del aparato respiratorio

Los trastornos respiratorios son la causa más frecuente de ingreso en unidades de cuidados intensivos tanto en neonatos a término como pretérmino. Son muchas las enfermedades que pueden ser responsables de alteraciones respiratorias.

Distrés respiratorio del RN

Se trata de una patología respiratoria común que ocurre inmediatamente después del nacimiento y se caracteriza por taquipnea, retracción intercostal, cianosis y ruidos respiratorios. Habitualmente suele ser un problema transitorio pero en ocasiones puede persistir y requerir una evaluación diagnóstica y terapéutica más amplia.

Las principales causas del distrés respiratorio son la taquipnea transitoria del RN (TTRN), enfermedad de membrana hialina (EMH) que se da más frecuentemente en los RN prematuros, y el Sd de hipertensión pulmonar secundario a la persistencia de la circulación fetal.

La TTRN también denominada síndrome de dificultad respiratoria tipo II, hace referencia a una patología pulmonar causada por la lenta absorción de líquido de los pulmones fetales en los RN a término. En un estudio retrospectivo que comparaba el número de TTRN en partos vaginales con cesáreas estimaron una prevalencia tras parto vaginal a término del 0,85% (124).

Trastornos del aparato digestivo

Durante el periodo neonatal los RN presentan con cierta frecuencia síntomas digestivos. La mayoría de las veces no suelen asociarse a ninguna patología pero si estos síntomas se hacen persistentes o su manifestación ocurre en un momento distinto al habitual, deberemos sospechar que se corresponden a una enfermedad digestiva.

Vómitos

Son un síntoma habitual en el periodo neonatal. Si los vómitos aparecen poco después del nacimiento y tienen un carácter persistente, habrá que tener en cuenta la posibilidad de una obstrucción intestinal.

Muguet

Con frecuencia se encuentra candidiasis bucal en los neonatos sanos. Su principal vía de infección es la transmisión de la moniliasis vaginal materna a la mucosa oral del niño durante el parto. El muguet suele ser una infección autolimitada, pero se recomienda tratarla.

Trastorno en la evacuación del meconio

Habitualmente más del 90% de los nacidos a término expulsan meconio en las primeras 24 horas. Se debe pensar en una posible obstrucción intestinal en todo RN que no haya expulsado el meconio en las primeras 24-36 horas de vida. Otras causas de trastorno en la evacuación del meconio son el megacolon agangliónico congénito, hipotiroidismo, y malrotación intestinal entre otras. Los niños alimentados con leche artificial pueden tener una o dos deposiciones al día o cada dos días.

Tapones meconiales

Los tapones de colon distal o anorrectal con un contenido acuoso menos de lo normal puede causar obstrucción intestinal y pueden relacionarse con la fibrosis quística.

Ictericia e hiperbilirrubinemia del RN

La ictericia del RN es un signo objetivo clínico caracterizado por el color amarillento de la piel, conjuntiva y mucosa. Suele manifestarse cuando existe un aumento de bilirrubina en sangre superior a 5mg/dl. Hasta un 60% de los RN a término presentan ictericia y puede clasificarse en fisiológica o patológica.

En función de la etiología, el momento de aparición de la ictericia será diferente. La ictericia por bilirrubina directa (BD) o bilirrubina indirecta (BI) que aparece **durante las primeras 24 horas** de vida, requiere una atención inmediata. Puede ser secundaria a eritroblastosis fetal, hemorragia interna, sepsis, o infecciones intrauterinas. Se sospechará de un cuadro de hemólisis si hay aumento rápido en la bilirrubina sérica $> 0,5 \text{ mg/dl/h}$; La ictericia que aparece en el **segundo o tercer día** de vida suele ser fisiológica, aunque también podría indicar una anomalía mas grave. Cuando la ictericia comienza **después del tercer día y durante la primera semana**, se deberá sospechar una posible septicemia o infección urinaria.

La **ictericia fisiológica** es la ictericia neonatal más frecuente. Se caracteriza por ser monosintomática, fugaz y poco intensa, sin afectación del estado general. Aparece pasadas las 24 horas de vida y desaparece antes de la segunda semana. Está causada por el aumento de la producción de bilirrubina por la destrucción de los hematíes fetales. En aquellos neonatos que están siendo alimentados con leche materna pueden presentar la ictericia secundaria a la lactancia materna. Esta ocurre alrededor del 2% de los niños nacidos a término bajo alimentación natural después del séptimo día de vida y se alcanzan unas concentraciones máximas de hasta 10-30 mg/dl durante la segunda tercer semana.

La **ictericia patológica** es aquella que aparece en las primeras 24-36 horas de vida, presenta un aumento de bilirrubina sérica por encima de 5 mg/dl /hora, la bilirrubina sérica sea superior a 12 mg /dl, persista más allá de la segunda semana o la bilirrubina directa sea superior a 2 mg /dl en cualquier momento (125). Según su aparición se puede clasificar en **precoz** (antes de las 24 horas), donde la principal causa

es la anemia hemolítica por incompatibilidad del grupo Rh; *intermedia* (24 horas - 10 días), en donde destacan como causas la anemia hemolítica por grupo ABO, la ictericia por leche materna, el hipotiroidismo y las infecciones, y *tardía* (posterior a 10 días) que suelen ser las hiperbilirrubinemias de predominio directo (hepatitis y atresia de las vías biliares). El mayor riesgo de una hiperbilirrubinemia es la aparición de encefalopatía bilirrubínica que ocurre cuando las concentraciones séricas de BI son altas.

La enfermedad hemolítica del RN

La eritroblastosis fetal se debe al paso de anticuerpos maternos activos contra los antígenos de los hematíes fetales a través de la placenta, y se caracteriza por un ritmo acelerado de destrucción de hematíes. Pese al desarrollo de un método de prevención de la isoimmunización materna por los antígenos Rh, sigue siendo una causa importante de anemia e ictericia en el RN.

Tiene como causa más frecuente la incompatibilidad A y B. Alrededor del 15% de los nacidos vivos están en riesgo, aunque la enfermedad sólo se manifiesta en un 0,3-2,2%.

La mayor parte de los casos son leves y la ictericia es la única manifestación clínica. La ictericia suele aparecer durante las primeras 24 horas, en raras ocasiones puede ser muy intensa y entonces aparecen rápidamente los síntomas y signos de encefalopatía bilirrubínica.

Aparato genito-urinario

Las anomalías del aparato urinario (hidronefrosis, dilatación pelvis renal, riñón único) se suelen identificar mediante ecografía prenatal. Para el seguimiento de las anomalías de vías urinarias diagnosticadas en el útero se tiene que realizar una ecografía renal justo después del nacimiento y se debe repetir a las dos semanas de vida.

El ombligo

Cuando se desprende el cordón después del nacimiento quedan restos de las estructuras sanguíneas que permanecen permeables durante 10-20 días tras el parto.

En el ombligo también pueden producirse complicaciones entre las que destacan:

- El onfalocele congénito que se define como la herniación del contenido abdominal por la raíz del cordón umbilical y tiene una prevalencia de 1 por cada 5.000 RN vivos.
- La hemorragia cuya etiología incluye traumatismos, mala ligadura del cordón o un fallo en la formación normal del trombo.
- El granuloma
- La infección
- La hernia umbilical

Alteraciones metabólicas

Entre las alteraciones metabólicas del RN destacan la hipoglucemia y las enfermedades metabólicas congénitas.

Otras alteraciones son la hipocalcemia, la hipomagnesemia, la hipermagnesemia y la abstinencia neonatal.

Enfermedades metabólicas congénitas

En este grupo se incluyen patologías como el hipotiroidismo congénito, la hiperplasia suprarrenal, la hiperfenilalaninemia o fenilcetonuria.

Para su detección precoz se utiliza la prueba del talón que se realiza en el RN a las 48 horas de vida y consiste en una punción en el talón para obtener una pequeña muestra de sangre. Esta prueba es importante puesto que los RN pueden no presentar

signos aparentes de una enfermedad metabólica congénita tras el nacimiento, pero su existencia provoca serios problemas de salud en los primeros meses de vida.

Hipoglucemia

Se refiere al descenso transitorio de niveles de glucosa en sangre del neonato por debajo de 40 mg/dl previo a la lactancia (126). Es una alteración frecuente y se debe al cese brusco del paso de glucosa de la madre al RN por vía transplacentaria. La clínica es bastante sugestiva e incluye ictericia, cianosis, episodios de apnea, taquicardia, letargia y no deseo de lactancia.

Infecciones del RN

Hasta el 10% de los neonatos sufren una infección durante su primer mes de vida representando la causa más frecuente e importante de morbilidad y mortalidad del periodo neonatal.

Las infecciones que son de comienzo precoz (en los siete primeros días) se adquieren antes o durante el parto y las infecciones que son de comienzo tardío se contraen después. Las manifestaciones clínicas de la infección dependen de la virulencia del germen infectante. Los RN suelen presentar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica caracterizado por fiebre, taquicardia, taquipnea y leucocitosis. También pueden presentar un exantema o clínica típica de neumonía (122).

ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS EL PARTO

La hospitalización postparto tiene como objetivo identificar las complicaciones neonatales y maternas que requieren una atención especializada y garantizar el cuidado tanto de la madre como del RN hasta que la madre sea capaz de hacerlo por sí sola.

Evolución a lo largo de la historia

La estancia media hospitalaria tras el parto ha sufrido grandes variaciones a lo largo de las últimas décadas. Así, en países como Estados Unidos la estancia media postparto ha descendido desde 8-14 días en los años 50, hasta dos-tres días en la década de los 90. En otros países también se han producido descensos importantes, pero con estancias medias distintas en cada época.

Las características sanitarias de los distintos países han tenido una gran repercusión en la evolución del acortamiento de la estancia hospitalaria tras el parto. En Estados Unidos donde la atención médica está mediada por las aseguradoras, la duración de la estancia tras el parto produjo un conflicto de intereses entre éstas y los ginecólogos. El afán de las aseguradoras por ofertar un alta temprana con costes más bajos sin garantizar el bienestar del RN y la madre, generó una gran insatisfacción entre el personal sanitario y familiares.

Este hecho desencadenó la necesidad de legislar y regular la estancia postparto mediante las siguientes actas:

Acta de protección de la salud de las mujeres (1996): (Newborns' and Mothers' Health Protection Act. NMHPA)

Esta ley estableció y obligó a las aseguradoras y a los hospitales a que la estancia media hospitalaria tras un parto vaginal no fuera inferior a 48 horas y tras un parto por cesárea no fuera inferior a 96 horas (7). Además estableció la posibilidad de un alta inferior a la acordada siempre y cuando tanto el médico como el paciente se

pusieran de acuerdo y siempre y cuando se respetaran las recomendaciones del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) para el postparto (2).

Ley de California. Legislación Figueroa

Con esta ley, se recalca la obligación de ofertar una visita de seguimiento (en el domicilio o en el hospital) tanto a las madres como a los RN en las primeras 48 horas tras el alta en aquellas pacientes que habían sido dadas de alta precozmente (127).

Concepto de alta precoz

El término de “alta precoz” hace referencia a un alta que se da antes del tiempo medio establecido en ese determinado momento. Por consiguiente, es un término que va variando con el paso del tiempo creando un cierto grado de confusión.

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) y *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en 1996 definieron el término de alta precoz como aquella estancia hospitalaria postparto inferior a 48 horas. Este es el término que sigue vigente a día de hoy (2).

Situación actual del alta precoz en España y otros países

A pesar de los trabajos publicados y del interés por impulsar el alta precoz postparto, ésta no ha sido aceptada con la misma normalidad en todos los países ni tampoco lo ha hecho de igual forma en los distintos hospitales de un mismo país.

Son pocos los países que tienen instaurada el alta precoz de forma sistemática. Canadá, Reino Unido, Turquía, México, Islandia y Nueva Zelanda son los seis únicos países que poseen una estancia media postparto inferior a dos días.

En otros países se ha podido instaurar el alta precoz postparto de forma voluntaria y no sistemática. Por ello, la gran mayoría de los países entre los que están España, Suiza, Portugal, Estados Unidos, Irlanda y Noruega, siguen teniendo una

estancia media postparto entre dos y tres días. Aún quedan países como Francia, Bélgica o Austria que tienen una estancia media hospitalaria tras el parto de cuatro-cinco días.

La figura 1 refleja la representación gráfica de la estancia media hospitalaria tras un parto vaginal no complicado en distintos países durante el año 2010. Estas cifras también están recogidas en la tabla 8. Los datos han sido obtenidos de la *Health Glance* del 2013 (OECD, Organización para la cooperación y desarrollo económico) y a día de hoy son los datos estadísticos más recientes que disponemos sobre el tema (4).

Figura 1. Representación gráfica de la estancia media hospitalaria tras un parto vaginal no complicado en el año 2010, por países.

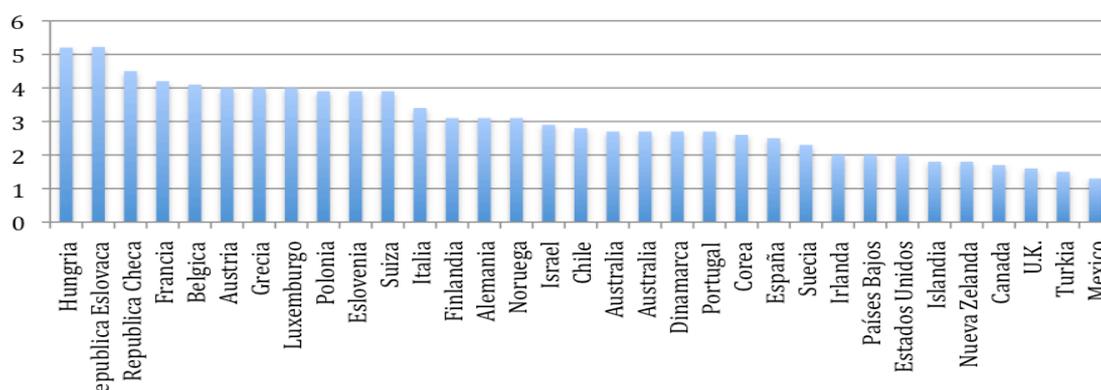


Tabla 8. Estancia media hospitalaria tras parto vaginal no complicado en el año 2010, por países.

PAIS	Hungría	Republica Eslovaca	Republica Checa	Francia	Bélgica	Austria	Grecia	Luxemburgo	Polonia	Eslovenia	Suiza	Italia	Finlandia	Alemania	Noruega	Israel
EM días	5,2	5,2	4,5	4,2	4,1	4	4	4	3,9	3,9	3,9	3,4	3,1	3,1	3,1	2,9

PAIS	Chile	Australia	Dinamarca	Portugal	Corea	España	Suecia	Irlanda	P. Bajos	EEUU	Islandia	NZ	Canda	U.K.	Turquia	México
EM días	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,3	2	2	2	1,8	1,8	1,7	1,6	1,5	1,3

EM: estancia media

Como ya hemos indicado, España se encuentra entre aquellos países que han instaurado el alta precoz postparto de forma voluntaria y no sistemática en la mayoría de sus hospitales.

Sin embargo, la estancia media hospitalaria tras el parto vaginal sin complicaciones ha sufrido escasas variaciones a lo largo de los últimos diez años tal como podemos observar en la figura 2. Esta estancia ha descendido en 0,23 días entre los años 2005 y 2011 y la última cifra recogida que corresponde al año 2011 fue de 2,49 como queda reflejado en la tabla 9 (1).

Figura 2. Representación gráfica de la evolución de la estancia media hospitalaria tras parto vaginal en España.

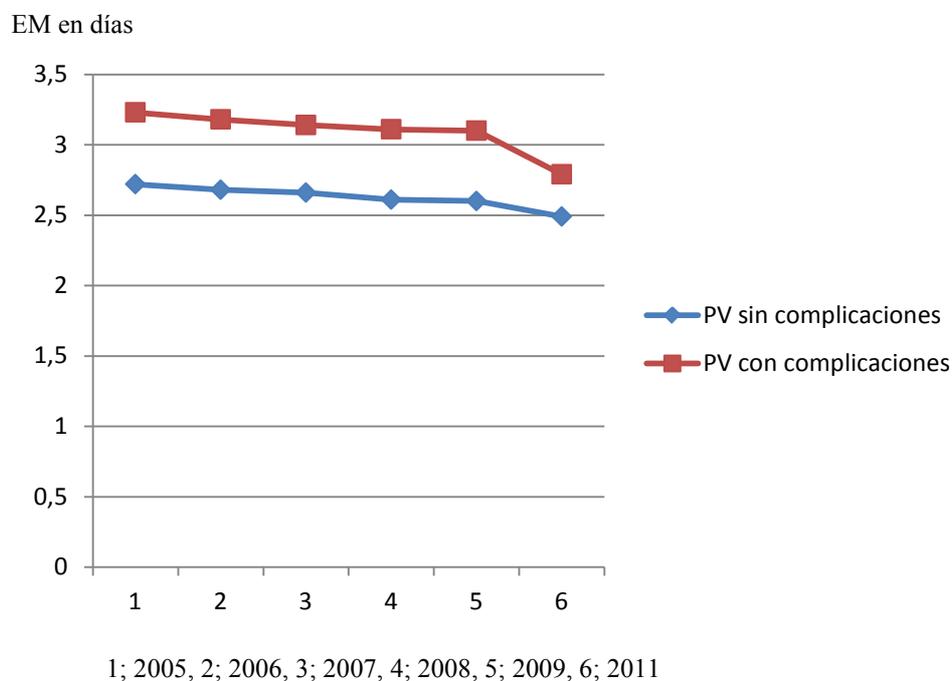


Tabla 9. Evolución de la estancia media hospitalaria tras parto vaginal en España.

AÑO	PV sin complicaciones	PV con complicaciones
2005	2,72	3,23
2006	2,68	3,18
2007	2,66	3,14
2008	2,61	3,11
2009	2,6	3,1
2011	2,49	2,79

Dentro de España y según la comunidad autónoma, la estancia media postparto también es diferente. Esta variación oscila entre 2,3 y 3,5 días, con una diferencia de 1,2 días entre ambos extremos (128).

También hay oscilaciones dentro de la misma comunidad autónoma. En el año 2013 en los hospitales de la red de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) la estancia media varió desde 2,2 días en el Hospital Universitario Donostia hasta 3 días en el Hospital de Zumárraga (tabla 10).

Tabla 10. Estancia media hospitalaria tras parto vaginal no complicado en los diferentes hospitales de Osakidetza.

AÑO	HUD	Cruces	Basurto	Txagorritxu	Mendaro	Zumárraga	AD
2003	2,59	2,4	2,5	2,8	2,9	2,9	3,2
2004	2,5	2,4	2,5	2,8	2,9	2,9	3,2
2005	2,52	2,4	2,6	2,7	2,8	3,3	3,1
2006	2,45	2,4	2,5	2,6	2,8	3	3
2007	2,48	2,4	2,6	2,5	2,8	3,2	3,1
2008	2,41	2,5	2,5	2,5	2,9	3,2	3,1
2009	2,39	2,4	2,6	2,4	2,9	3,2	3,1
2010	2,38	2,5	2,4	2,5	2,9	3,1	3,1
2011	2,37	2,5	2,4	2,5	2,9	3,2	2,9
2012	2,24	2,5	2,5	2,5	2,9	2,9	3,1
2013	2,2	2,4	2,4	2,5	2,8	3	2,9

HUD: Hospital Universitario Donostia, AD: Alto Deba.

Estos datos reflejan que a pesar de ser España un país en el que se oferta el alta precoz postparto de forma voluntaria y no sistemática, la estancia media después de un parto vaginal no complicado continúa siendo superior a dos. Otros países pioneros en el alta precoz como Estados Unidos en los que también se oferta el alta precoz de forma voluntaria, mantienen cifras de estancia media de dos días.

Evaluación de la satisfacción con la estancia hospitalaria tras el parto

La satisfacción es un concepto que está íntimamente relacionado con la salud mental y con el bienestar emocional y la felicidad. La satisfacción se define como la emoción que permite valorar la discrepancia percibida por uno mismo entre lo esperado y lo recibido. En cierto modo evalúa el grado de cumplimiento de una expectativa (129).

A pesar de que esta definición aparentemente es clara, su medición es altamente compleja. Su connotación subjetiva hace que muchas de las escalas locales y creadas específicamente para un único estudio carezcan de valor y de objetividad por lo que en muchas ocasiones los resultados obtenidos son difícilmente interpretables.

Existe una escala de satisfacción con el tratamiento cuyo nombre original es *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8) diseñado por Larsen y cols. (130) y que está validada al inglés y al español. Fue creada en 1979 para evaluar la satisfacción de los clientes con los Servicios de Salud general o con los Servicios de Salud mental.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 8 ítems que se puntúan siguiendo una escala tipo Likert entre 1 y 4. Las preguntas están distribuidas en las siguientes categorías: calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. La puntuación total oscila entre 8 y 32 y se obtiene sumando la puntuación de cada uno de los ítems. La consistencia interna de la escala es de 0,83-0,93 y la media de la correlación ítem-total es de 0,62-0,65. La validez del CSQ-8 con otras medidas de satisfacción general es de 0,6-0,8. El tiempo de administración es de cinco-ocho minutos y el momento de valoración óptimo es tras el tratamiento.

Evidencia sobre el alta precoz postparto

En las últimas décadas se han publicado diferentes estudios para intentar demostrar la seguridad del alta precoz tanto para la madre como para el RN. Algunos de estos trabajos también han hecho hincapié en el efecto del alta precoz en la lactancia

materna y el grado de satisfacción de la atención recibida durante el proceso. Otros aspectos del alta precoz que también han sido objeto de estudio son el establecimiento de las visitas de seguimiento tras el alta hospitalaria y su repercusión en los costes.

La influencia de la duración de la estancia hospitalaria tras el parto en las complicaciones maternas o fetales es fácilmente evaluable. Ya se ha comentado en el apartado de los trastornos mentales del puerperio, como se puede valorar la ansiedad y la depresión postparto. Como hemos apuntado, el grado de satisfacción con el proceso es algo más difícil de analizar, aunque también existen escalas especialmente diseñadas para ello. La repercusión en los costes de la estancia hospitalaria tras el parto y las posteriores revisiones de la madre y del RN es un tema más complejo por lo que será tratado en un capítulo aparte en la presente introducción.

Sin lugar a duda, los estudios que aportan mejor evidencia para la aplicación de sus resultados en la práctica clínica son los ensayos clínicos aleatorizados. La revisión de aquellos que han sido diseñados para evaluar el alta precoz, pone de manifiesto la gran variabilidad en la metodología empleada. Estas variaciones afectan no solo a los tiempos de estancia hospitalaria tras el parto, sino también a la evaluación de las distintas variables que anteriormente hemos indicado. El problema fundamental radica en que el concepto del alta precoz ha ido cambiando a medida que se ha acortado la estancia hospitalaria habitual tras el parto tal como hemos apuntado a lo largo del capítulo de introducción. Por ello, algunos estudios pueden resultar obsoletos al definir el alta precoz como una estancia igual o incluso superior a la que está instaurada hoy en día en la mayoría de los hospitales como alta habitual tras el parto. De todas formas, también describiremos algunos de estos trabajos puesto que han contribuido a acuñar lo que hoy en día se conoce como alta precoz postparto.

El primer trabajo sobre el alta precoz data del año 1962. Hellman y cols. (131) realizaron un estudio prospectivo donde incluyeron 2.257 mujeres que habían dado a luz por vía vaginal en un hospital de Nueva York entre julio de 1959 y junio de 1960. El grupo de alta precoz fue definido como una estancia inferior a 72 horas y se incluyeron

1941 pacientes. El grupo de alta ordinaria fue definido como una estancia superior de 5 días y se incluyeron 316 pacientes. Posterior al alta las pacientes recibían tres visitas domiciliarias. Se valoró el medio de transporte de las pacientes, el tipo de compañía que tenían en el hospital, la exploración ginecológica a lo largo del puerperio, los reingresos maternos, las consultas realizadas y la satisfacción materna y paterna. Observaron que las pacientes que eran dadas de alta tempranamente tenían más dudas que las del alta ordinaria. Además la satisfacción materna y paterna fue mayor en el grupo de alta ordinaria que en el grupo de alta precoz.

En el año 1987 Waldenstrom y cols. (132) llevaron a cabo un ensayo clínico incluyendo 104 mujeres que dieron a luz en el Hospital de Falun en Suecia, entre marzo de 1983 y junio de 1985. La aleatorización fue previa al parto y de un total de 1.604 pacientes candidatas tan solo accedieron a participar en el estudio 164 (10,2%) de las cuales 60 tuvieron que excluirse en el postparto por no cumplir los criterios de inclusión. El grupo de alta precoz se definió como un alta a las 24-48 horas (una estancia media de 1,5 días) y se incluyeron 50 pacientes. En el grupo de alta ordinaria se incluyeron 54 pacientes y se definió como un alta a los seis días (una estancia media de 4,1 días). Ambos grupos tenían acceso a una visita previa al embarazo, a tres-cuatro visitas domiciliarias en la primera semana del alta y a una visita con el pediatra al quinto día del parto. Además durante los siguientes seis meses tras el parto podían acudir a la consulta de enfermería del RN siempre que lo necesitaran. Se valoraron los problemas maternos en las primeras seis semanas y los problemas del RN en los primeros seis meses. Los autores encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de visitas realizadas a enfermería del RN que fue superior en el grupo de alta normal (344 vs. 269; $p < 0,05$). No hubo diferencias en las visitas realizadas al pediatra. Además, aquellas mujeres que fueron asignadas al grupo de alta ordinaria ingirieron más sedantes en la primera semana postparto que el grupo de alta precoz (20% vs 2%; $p < 0,01$). No hubo diferencias significativas en la ingesta de analgésicos en la primera semana. No obtuvieron diferencias significativas en las complicaciones maternas y neonatales entre el grupo de alta precoz y el alta ordinaria.

El mismo grupo de trabajo publicó sus resultados sobre la lactancia materna (133). Valoraron el porcentaje de lactancia materna a los seis meses, la necesidad de suplementar la leche materna con leche artificial, la frecuencia con la que lactaban los RN al segundo, tercer y cuarto día tras el parto y la repercusión de la lactancia en el peso del RN. No hubo diferencias en el porcentaje de mujeres con lactancia materna a los seis meses tanto en multíparas (63% para el alta precoz vs 41% para el alta ordinaria; $p=0,06$) como en primíparas (33% en los dos grupos). La necesidad de añadir suplemento lácteo a la lactancia materna en la primera semana fue superior en el grupo control (72% vs 2%; $p<0,001$). Aquellos RN del grupo de alta precoz lactaban con más frecuencia al tercer día ($p<0,05$) y al cuarto día ($p<0,01$) en comparación con el grupo de alta ordinaria. A pesar de las diferencias encontradas, la satisfacción de las mujeres con la lactancia materna fue similar en ambos grupos. Otro de los aspectos valorados fue la evolución del peso del RN a lo largo de los seis meses. No encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pérdida de peso a los cinco días del parto ni en el incremento ponderal a los seis meses.

Carty y cols. (134) en el año 1990 publicaron un ensayo clínico llevado a cabo en Vancouver, Canadá. Inicialmente reclutaron 189 mujeres, de las cuales excluyeron 58 por no cumplir los criterios de inclusión tras el parto. Las 131 mujeres que dieron a luz tras un parto vaginal normal y con un RN sano, fueron aleatorizadas en tres grupos: alta a las 12-24 horas con cinco visitas domiciliarias de seguimiento (grupo 1), alta a las 25-48 horas con tres visitas domiciliarias (grupo 2) y alta a los cuatro días con una visita domiciliaria (grupo 3). Se analizaron las complicaciones maternas y del RN, incluyendo la ansiedad y la depresión. También se evaluó el tipo de lactancia, la satisfacción materna y la confianza en el cuidado del RN en cuatro momentos: antes del parto, tras el parto, a la semana y al mes postparto. La ansiedad se valoró mediante la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger y la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck. La satisfacción materna se evaluó a través de un cuestionario de 22 ítems que fue diseñado específicamente para el estudio al que denominaron *Patient Satisfaction Questionnaire*. La confianza en el cuidado del RN se valoró a través de

preguntas específicas también diseñadas por los autores. Los resultados demostraron que aquellas pacientes que se fueron de alta a las 12-24 horas (grupo 1) presentaban menor puntuación en la escala de depresión (4,5 vs 7,83; $p < 0,05$), mayor grado de satisfacción (96,97 vs 80,45; $p < 0,0009$), y mayor confianza en el cuidado del RN (39,71 vs 36,53; $p < 0,03$), frente a aquellas que se fueron de alta a los cuatro días (grupo 3). La comparación de estos dos grupos también reflejó que no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ansiedad ni en otras complicaciones maternas (necesidad de consultar con matrona-ginecólogo los primeros diez días: 5,3 % vs 7,9%). Tampoco hubo diferencias significativas en las complicaciones del RN (consulta con pediatra los primeros diez días: 4,3% vs 2,6 %) ni en el porcentaje de lactancia materna al mes de vida (82 % grupo 1 vs 66% grupo 3; $p > 0,1$). La comparación entre el grupo 2 y el grupo 3 no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas.

Smith-Hanrahan y cols. (135) publicaron en el año 1995 un estudio prospectivo cuasiexperimental incluyendo 125 mujeres que habían dado a luz a un RN sano en un hospital terciario de Canadá. Las puérperas fueron aleatorizadas en dos grupos: grupo precoz (alta en menos de 60 horas) seguido de asistencia domiciliaria y grupo normal (alta mas allá de las 60 horas). En este estudio se valoró si existían diferencias significativas en la fatiga evaluada mediante el cuestionario de fatiga de Rothen y la funcionalidad que se valoró mediante el Inventario del estado de funcionalidad en cuatro momentos: tras el nacimiento, a los dos-tres días, a la semana y al mes tras el parto. Los autores observaron que no existían diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas. Lo que si encontraron fue un incremento significativo de la fatiga a lo largo del postparto tanto del segundo-tercer día al mes ($p < 0,05$), como de la primera semana al mes ($p < 0,01$). Del segundo-tercer día a la semana postparto encontraron un incremento en la fatiga pero este no resultó ser estadísticamente significativo. Los resultados del estudio quedan limitados por tener más del 50% de pérdidas durante el transcurso del estudio.

Gagnon y cols. (136) realizaron un ensayo clínico en el que incluyeron 360 mujeres sanas que dieron a luz a un RN a término y sin complicaciones entre enero y diciembre del año 1990 en el Hospital General Universitario de Sir Mortimer B. Davis, Jewish, en Canadá. Las mujeres fueron aleatorizadas en el tercer trimestre de embarazo estratificándose en función de la paridad y el tiempo vivido en el país. Tras el parto, 159 pacientes fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión y 21 pacientes dejaron de participar por no estar de acuerdo con el grupo asignado. Finalmente, el grupo de estudio fue de 180 pacientes, de las cuales 80 estaban en el grupo de alta precoz (que fue definida como un alta a las 6-36 horas) y 100 pacientes estaban en el grupo de alta ordinaria (que fue definida como un alta por encima de las 48 horas). No obstante, 26 mujeres del grupo de alta precoz optaron por permanecer en el hospital más horas de las acordadas y fueron excluidas de las visitas domiciliarias aunque no del grupo de alta precoz. De esta manera la estancia media en el grupo de alta precoz fue de 47,5 horas y de 54,3 horas en el grupo de alta ordinaria. Las pacientes asignadas al grupo de alta precoz recibieron una preparación al postparto más especializada durante el embarazo y en el postparto recibieron una visita domiciliaria a los cuatro-cinco días del parto así como dos llamadas telefónicas a las 48 horas y a los diez días postparto. Al mes del parto se evaluaron la habilidad para el cuidado del RN, la satisfacción, la lactancia materna, la ganancia de peso del RN, la hiperbilirrubinemia y el número de contactos con el sistema de salud. La habilidad de la madre y la detección de signos de alarma se valoraron con la escala Perceived Maternal Task Performance Scale y la evaluación de la satisfacción se hizo con una pregunta cuya máxima puntuación era cinco, y se basó principalmente en la lactancia materna. Sus resultados indicaron que la satisfacción fue mayor en el grupo de alta precoz (3,6 vs 3,0) (RR: 0,6; IC 95%: 0,3-0,9) y también lo fue el porcentaje de mujeres con lactancia materna al mes (55,1% vs 39,2%) (RR: 1,41; IC 95%: 1,02-1,04). En el resto de las variables estudiadas no se observaron diferencias significativas.

En el año 2000 Winterburn y col. (137) publicaron un estudio diseñado para valorar exclusivamente la relación entre la lactancia materna y la estancia hospitalaria

postparto en las mujeres primíparas. En este ensayo clínico se incluyeron 255 primíparas que dieron a luz entre febrero de 1996 y junio de 1998. Se estableció un grupo de alta precoz (< 48 horas) y grupo de alta ordinaria (> 48 horas) y se evaluó la lactancia al mes del parto. Los autores no encontraron diferencias significativas en el tipo de lactancia, no obstante los resultados deben ser valorados con cautela puesto que de 121 mujeres (el 48,8% de la población a estudio) que se aleatorizaron al grupo de alta precoz, 70 terminaron en el grupo ordinario. Además la diferencia de estancia media hospitalaria postparto entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ($p=0,3$).

En el año 2000 también se publicó un estudio para valorar el seguimiento tras el alta hospitalaria. Lieu y cols. (138) diseñaron este ensayo clínico en el que incluyeron 1.163 mujeres de bajo riesgo que habían sido dadas de alta precozmente. Del total, 580 puérperas fueron asignadas al grupo de visita domiciliaria (visita domiciliaria realizada por enfermería y con una duración de 70 minutos) y 583 pacientes fueron asignadas al grupo de visita habitual (visita con pediatra a las 48 horas del alta con una duración de 20 minutos). Se analizaron la satisfacción, los reingresos y las consultas maternas y neonatales al servicio de urgencias en los diez primeros días, la depresión postparto, y la lactancia materna. Los autores concluyeron que el seguimiento domiciliario presenta resultados clínicos similares tanto en reingresos, consultas en urgencias y lactancia materna con respecto a la visita ambulatoria. Las mujeres del grupo de visita domiciliaria estaban más satisfechas con el tratamiento y generaron unos costes mayores.

El mismo grupo de investigadores liderado por Escobar (139), diseñaron otro ensayo clínico en el que incluyeron 1.014 mujeres de bajo riesgo que habían sido dadas de alta precozmente. Del total, 508 puérperas fueron asignadas al grupo de visita domiciliaria (visita a las 48 horas de alta realizada por enfermería con una duración de 70 minutos) y 506 pacientes fueron asignadas al grupo de visita hospitalaria (incluía revisión del RN por una enfermera, consulta de lactancia y grupo de lactancia con una duración estimada entre 1-1,5 horas. Esta visita no incluía visita con el ginecólogo ni

con el pediatra pero si existía la necesidad, las pacientes eran valoradas por un especialista). Los autores evaluaron la satisfacción, los reingresos y las consultas al servicio de urgencias de la madre y del RN los diez primeros días, la depresión postparto, y la lactancia materna. Sus conclusiones fueron similares a las publicadas por Lieu y cols. ya que la asistencia domiciliaria resultó ser más costosa y con mayor grado de satisfacción, sin con ello mejorar los resultados clínicos materno neonatales.

Otro estudio publicado en el año 2003 también centró su objetivo en la asistencia domiciliaria tras el alta precoz. En este ensayo clínico Steel O'Connor y cols. (140) incluyeron 733 puérperas que habían sido dadas de alta precozmente, para comparar la asistencia domiciliaria con la asistencia telefónica. El análisis estadístico no encontró diferencias significativas en los problemas de salud materno neonatales, porcentaje de lactancia materna a los seis meses ni en la confianza materna. Tan solo encontró un mayor gasto económico en el grupo de la asistencia domiciliaria.

En el año 2004 Boulvain y cols. (141) publicaron un trabajo dirigido a evaluar la seguridad del alta precoz. Para ello diseñaron un ensayo clínico incluyendo mujeres sanas que habían dado a luz a un RN sano y a término por vía vaginal en la Unidad de Maternidad de un Hospital Universitario de Geneva, Suiza. De un total de 2.324 mujeres candidatas, 459 pacientes accedieron a participar y fueron aleatorizadas al grupo de alta precoz (alta a las 24-48 horas con asistencia domiciliaria según la necesidad de la familia) o al grupo de alta ordinaria (alta a los cuatro-cinco días tras el parto). Aunque el propósito fuera dar el alta en ese margen de horas, lo cierto fue que la estancia media del grupo del alta precoz terminó siendo de 65 horas y la estancia media del alta ordinaria de 106 horas. Se estudiaron las diferencias entre ambos grupos en la lactancia materna a los siete días, 28 días y seis meses; el número de reingresos maternos y del RN al mes y en los primeros seis meses; el número de consultas realizadas con el ginecólogo al mes; si hubo más de dos visitas al pediatra al mes; la depresión materna a los siete y 28 días; la calidad de vida mediante la escala de SF-12 (*12-Short form Health Surrey*); y la presencia de complicaciones neonatales como la hiperbilirrubinemia. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Postparto

de Edinburgh con un punto de corte igual o superior a 12. Además se evaluó la satisfacción con la ayuda y el cuidado recibido.

Al analizar los resultados observaron un mayor número de reingresos en la Unidad de Neonatos a los seis meses en el grupo de alta precoz (12,0% vs 4,8%) (RR: 2,6 95% IC: 1,3-5,1). El porcentaje de lactancia materna fue superior en el alta precoz tanto al séptimo día (99% vs 97%), como al mes (90% vs 87%) aunque las diferencias no fueron significativas, y fue similar a los seis meses (36%). Además, aquellas mujeres asignadas al grupo de alta ordinaria refirieron al mes más problemas con la lactancia (35% vs 22%) (RR: 0,64, IC 95%: 0,47-0,87) y mayor ingurgitación mamaria (19% vs 10%; RR 0,55) (IC 95%: 0,34-0,88); también refirieron mayor insatisfacción con la lactancia al séptimo día (19% vs 7,8 %) (RR 0,42; IC 95%: 0,25-0,72) y al mes (35% vs 22%) (RR 0,64; IC 95%: 0,33-0,90) y mayor necesidad de dar suplemento al séptimo día (28% vs. 14%) (RR: 0,50; IC 95%: 0,33-0,74). Para el resto de las variables estudiadas no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

El último ensayo clínico que vamos a incluir en este apartado se publicó en el año 2006 por un grupo de investigación español. Sainz Bueno y cols. (113) diseñaron un ensayo clínico aleatorizado incluyendo 430 mujeres sanas que dieron a luz a un RN sano por vía vaginal entre abril del año 1999 y abril del 2001 en el Hospital de Valme, Sevilla, España. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados obstétricos y neonatales entre el grupo de alta precoz definido como una estancia inferior a 48 horas y el grupo de alta ordinaria definido con una estancia superior a 48 horas. Al grupo de alta precoz se programó una visita domiciliaria a las 48 horas del parto. Los autores analizaron el porcentaje de reingresos de la madre en las primeras seis semanas; la depresión postparto a las seis semanas; los reingresos del RN en el primer mes de vida; y el porcentaje de lactancia materna al mes y a los tres, seis, y nueve meses. La ansiedad y la depresión postparto se evaluaron mediante la escala de *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Objetivos secundarios de este estudio fueron el número de consultas maternas al servicio de urgencias y las complicaciones en las primeras seis semanas; la fatiga

materna en los primeros siete-diez días; el número de consultas al servicio de urgencias de neonatología; las complicaciones del neonato; y la duración del ingreso. Este trabajo también evaluó la satisfacción con el tratamiento recibido a las seis semanas y la evaluación de costes en este mismo periodo. Para evaluar la satisfacción con el tratamiento diseñaron un cuestionario de siete preguntas. Las visitas de seguimiento se programaron a los siete-diez días presencial y al primer, tercer y sexto mes mediante una visita telefónica.

Los resultados mas destacados fueron los siguientes: el porcentaje de lactancia materna a los tres meses fue significativamente superior en el grupo del alta precoz (66,2% vs 54,8%) (RR:0,61; IC 95%: 0,42-0,91) sin obtener diferencias en cuanto a lactancia materna a la semana al mes ni a los seis meses. Los porcentajes de puérperas con sospecha de ansiedad y depresión fueron superiores a la semana en comparación con el mes postparto pero no hubo diferencias entre los dos grupos (al séptimo día 8,0% y 12,5% respectivamente y al mes 0,9% y 3,7%). Tampoco se encontraron diferencias en la fatiga materna (20,1% referían fatiga a la semana en el grupo de alta precoz en comparación con 23,5% en el grupo de alta ordinaria). La satisfacción global con la atención recibida fue del 95,3% y no hubo diferencias significativas entre los dos grupos (98,8% vs 98,4%). Los autores tampoco encontraron diferencias significativas en el porcentaje de reingresos maternos (1,9 % para el grupo de alta precoz vs 2,3% para el grupo de alta ordinaria) ni en el porcentaje de reingresos del RN (1,4% para el grupo de alta precoz vs. 2,3% para el grupo de alta ordinaria). En el estudio de costes se estimó un ahorro de 293,11 dólares por paciente en el grupo del alta precoz.

En el año 2009, Brown y cols. (8) publicaron un revisión sistemática sobre el alta precoz con asistencia domiciliaria en pacientes de bajo riesgo con partos vaginales a término.

Los autores ponen de relieve que la utilización de distintas definiciones para el alta precoz y el alta ordinaria dificulta la comparación de los estudios. Aun así incluyeron diez ensayos clínicos que supusieron un total de 4.489 pacientes.

Tras el análisis, concluyeron que no había diferencias significativas en el tipo de lactancia, la depresión y el número de complicaciones maternas y neonatales entre el alta precoz y el alta ordinaria. Sin embargo, los autores resaltaron la ausencia de escalas validadas en la mayoría de los estudios por lo que recomiendan realizar nuevos ensayos clínicos incluyendo procedimientos estandarizados para poder obtener conclusiones definitivas.

GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO PERINATAL

A lo largo de estos años algunos países han desarrollado diferentes guías de práctica clínica que recogen el cuidado perinatal. En España disponemos de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, pero desafortunadamente carece del subapartado del puerperio y por consiguiente no menciona el alta precoz (142).

A continuación describiremos brevemente las características principales de las guías de cuidado perinatal más conocidas haciendo especial hincapié en las recomendaciones que establecen para poder dar un alta precoz.

Guía de la ACOG/AAP

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) y la *American Academy of Pediatrics* AAP emitieron sus primeras recomendaciones sobre el alta precoz en 1996 tal y como hemos indicado en este capítulo. Éstas han ido actualizándose año tras año sin apenas realizar modificación alguna (5).

Las recomendaciones de la ACOG /AAP dicen lo siguiente:

- El alta hospitalaria de la madre y el RN debe tener la suficiente estancia como para permitir identificar complicaciones y para asegurar que la madre está lo suficientemente recuperada y preparada para cuidar de sí misma y del RN en casa. Se deberá de realizar un esfuerzo para que se de el alta hospitalaria al RN y a la madre al mismo tiempo.
 - El momento del alta debería ser una decisión del ginecólogo y del pediatra, y se debería realizar con el apoyo de la familia sin basarse en los límites de las pólizas de seguro.
-

- Una estancia corta hospitalaria (menos de 48 horas después del parto) para mujeres sanas que hayan tenido un RN sano podría ser factible, pero en ningún caso sería apropiado para todo tipo de mujeres y de RN. Para poder darse un alta antes de las 48 horas deberían darse unos criterios mínimos de seguridad y son los siguientes:
 - Embarazo, parto y postparto sin complicaciones.
 - Haber dado a luz por vía vaginal una gestación única entre la semana 38 y la 42.
 - Peso apropiado del RN.

- Además tienen que cumplir otros criterios como:
 - Signos vitales del RN estables en las primeras 12 horas del parto.
 - Micción espontánea del RN y al menos haber realizado una deposición.
 - Que el RN haya realizado dos tomas correctas. Si es con lactancia materna, una de las tomas debe ser valorada por un especialista.
 - Examen físico correcto que no requiera hospitalización.
 - No sangrado en el cordón.
 - Si existe ictericia, previo al alta debe establecerse el tipo de seguimiento.
 - La madre debe ser informada y deberá adquirir los siguientes conocimientos para el cuidado del RN: frecuencia urinaria y defecación; cuidado del cordón umbilical y piel; y signos de enfermedad del RN especialmente la ictericia.
 - Asegurarse que la familia posee un vehículo seguro para transportar al RN.
 - Haber recibido instrucciones por si surgiera alguna complicación.
 - Las analíticas deberán estar completas: serología, grupo y test de Coombs del RN.
 - El RN haya recibido la primera dosis de vacunación de la hepatitis B.
 - La prueba de audición al RN debe estar realizada.

- Previo al alta hospitalaria también se deben valorar el ambiente familiar y los factores de riesgo sociales como el abuso de drogas, la violencia doméstica, la enfermedad mental, la ausencia de soporte social, o el no tener una casa preparada. También hay que valorar si se trata de una madre adolescente o con barreras que impidan un adecuado seguimiento (no tengan medio de transporte, no tengan acceso al teléfono, no hablen el idioma).
- Tras el alta precoz hay que realizar una visita de seguimiento a las 48 horas para valorar el peso, la hidratación, la presencia de ictericia y otros signos de salud del RN. Esta visita permitirá identificar las complicaciones del RN, revalorar la técnica de la lactancia materna, mejorar la calidad del vínculo materno-filial, realizar la prueba del talón, y revisar los resultados de la analítica pendiente.

Guía de Canadá para el alta precoz

Los canadienses establecieron sus recomendaciones para dar un alta antes de las 48 horas en el año 2007 (143). Estas recomendaciones afectan tanto a la madre como al RN.

Las recomendaciones que afectan a la madre son:

- Al alta la madre será capaz de manejarse con el cuidado del RN.
 - Que el parto haya sido por vía vaginal.
 - Ausencia de complicaciones durante el parto y el postparto que requieran observación o tratamiento.
 - Que pueda moverse con facilidad y con dolor controlado.
 - Función miccional y deposiciones establecidas.
 - Conocimiento del grupo sanguíneo y Rh de la madre.
 - Tener habilidad para la lactancia materna.
 - La madre deberá ser capaz de reconocer los signos de enfermedad o problemas del RN.
-

- Deberá tener una cita concertada para la visita a las 48 horas del alta.
- Haber recibido recomendaciones sobre la anticoncepción.
- Haberse puesto en contacto con la matrona/ginecólogo o médico que le va a realizar el seguimiento postparto.
- Tener apoyo familiar. La familia deberá estar accesible para el seguimiento y necesidades de la madre.
- Si el ambiente familiar no fuera el adecuado, deberán facilitarse medidas y soporte social a la madre.
- La madre deberá ser inmunizada contra la rubeola en el caso de no estarlo.

Las recomendaciones que afectan al RN son:

- RN a término entre la semana 37 y 42 semanas con peso adecuado para la edad gestacional.
- El RN deberá ser sano y clínicamente normal según el pediatra.
- Adaptación cardiorrespiratoria normal.
- Ausencia de signos sugestivos de sepsis.
- Apirético (entre 36,1-37,0 °C axilar).
- Ausencia de problemas con la lactancia.
- La exploración del RN 12 horas previas al alta deberá indicar que el RN no requiere observación.
- Micción espontánea del RN.
- No sangrado al menos durante dos horas tras la circuncisión si se ha realizado.
- Realizado el cribado metabólico de las 24 horas de vida.
- Concertada la revisión con su pediatra en una semana.
- Aquellos RN con mayor riesgo de desarrollar sepsis deberán observarse al menos 24 horas.
- Saber de la necesidad de medicación adicional o inmunización.

En esta guía de Canadá destaca el gran énfasis que pone en la necesidad de realizar un seguimiento postparto (domiciliario u hospitalario) una vez que la paciente ha sido dada de alta precoz.

Este énfasis se basa en los resultados de un estudio llevado a cabo en Washington, donde de forma retrospectiva analizaron 47.879 partos que tuvieron lugar entre 1989 y 1990. Los autores observaron que aquellos niños que habían sido dados de alta antes de las 30 horas tenían una mayor tasa de mortalidad el primer mes y el primer año de vida (143,144).

Guía del National Institute for Health Care Excellence

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) es una organización responsable de proveer orientación para promover la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra.

Para poder crear una guía con las recomendaciones sobre un determinado tema, un grupo de trabajo de expertos efectúa una revisión exhaustiva de la evidencia científica.

La NICE publicó su guía para el cuidado postnatal en el año 2006 (6).

En esta guía destaca lo siguiente:

- En la actualidad la calidad de los estudios sobre la estancia media postparto son inadecuados para demostrar diferencias estadísticamente significativas entre el alta precoz y el alta ordinaria.
 - El alta hospitalaria antes de las 24 horas no ha demostrado ser costo efectiva, aunque si que existe evidencia que el alta entre las 24 y las 48 horas en pacientes con partos vaginales no complicados son más costo efectivos que el alta a los 4-5 días.
-

- No existe la posibilidad de comparar los gastos entre aquellas madres que reciben el alta a las 24 horas con las que reciben más tarde porque en el fondo la estancia mas larga no supone un gasto proporcional al primer día sino menor.

EVALUACIÓN DE LOS COSTES SANITARIOS DEL PROCESO DEL PARTO

La estimación de los costes sanitarios del proceso del parto debería incluir los costes derivados de la asistencia hospitalaria y los costes secundarios a la atención que precisa la madre en el puerperio y el RN en el periodo neonatal.

El parto y el postparto son la causa más frecuente de ingreso en los hospitales representando el 5,4% de las altas hospitalarias totales registradas en España (1) por lo que su repercusión en los gastos globales del hospital es importante. En el año 2012, en el Hospital Universitario Donostia se dieron 1.932 altas por parto vaginal sin complicaciones. Esto supuso un coste por proceso de 2.181,04 euros y un coste total de 4.213.769,25 euros.

La valoración de los costes sanitarios no es un proceso fácil y hay autores que opinan que no siempre se hace de forma correcta. Así Jönsson y cols. (3) indicaron que se deberían tener en cuenta determinados aspectos en el cálculo de los costes que podían reflejar una estimación más real del proceso.

Estos autores realizaron cinco puntualizaciones:

1. Que el coste por cada día ingresado no es el mismo puesto que el primer día el coste es superior al segundo y este al tercero y así sucesivamente.
 2. Que la reducción de la estancia no implica una reducción de la lista de espera puesto que la estancia hospitalaria no es el único factor que la regula.
 3. Que deberán tenerse en cuenta los costes de atención primaria: de nada sirve una reducción de costes hospitalarios si eso implica un incremento en los costes de atención primaria.
 4. Que el acortamiento de la estancia puede suponer un gasto extra para los familiares y amigos del paciente.
 5. Que en los hospitales privados, una menor estancia puede implicar menores tasas en las aseguradas para los pacientes.
-

La comparación de los costes entre el alta precoz y el alta ordinaria ha sido recogida en varias publicaciones. Algunas de ellas ya han sido comentadas en el apartado de evidencia del alta precoz.

Yanover y cols. (145) realizaron un ensayo clínico donde aleatorizaban a 88 pacientes a recibir el alta habitual (que consistía en alta más allá de las 48 horas con visita al pediatra a las dos semanas y visita con ginecólogo a las seis semanas) ó a recibir el alta precoz con asistencia domiciliaria (un alta antes de las 48 horas acompañada de al menos cuatro visitas domiciliarias por personal cualificado). Hicieron un cálculo de los costes de los dos programas y estimaron que el ahorro hospitalario (aproximadamente del 30% del coste) era similar al gasto extrahospitalario.

Scott y cols. (146) estimaron que el programa de alta precoz postparto con varias visitas domiciliarias en Sidney suponía un coste económico superior al del programa de alta ordinaria. Aunque este coste elevado fue justificado por el incremento en el número de visitas domiciliarias realizadas en el grupo de alta precoz, este trabajo fue criticado por otros autores quienes reflejaron que existía un problema en la eficiencia del programa en ese momento y que no se habían tenido en cuenta los costes hospitalarios del postparto (147).

Boulvain y cols. (148) en el mismo estudio que evaluó las complicaciones maternas y neonatales, la lactancia materna, la satisfacción y la calidad de vida, realizaron un análisis de minimización costes entre el grupo de alta precoz a las 24-48 horas y el grupo de alta ordinaria a los cuatro días. Durante los siguientes diez días al alta, las pacientes podían recibir visitas domiciliarias de la matrona según su necesidad. Para calcular el coste tuvo en cuenta seis aspectos: cuidado posnatal, reingresos hospitalarios, cuidado extrahospitalario, salud comunitaria y cuidado social, gastos directos no-sanitarios, y absentismo laboral por parte de algún familiar. El grupo de alta precoz como cabría esperar, disminuyó significativamente la estancia hospitalaria en 41 horas ($p < 0,001$). En este grupo se incrementaron las visitas de enfermería domiciliarias con una diferencia media de 2,9 ($p < 0,001$). Además la distancia recorrida para acudir a

las visitas era de media 2,1 km superior en el grupo de alta precoz que en el de alta ordinaria. Por el contrario, no encontraron diferencias en cuanto a reingresos maternos/neonatales y consultas extrahospitalarias. Concluyeron que el grupo de alta precoz con atención domiciliaria reducía el coste en 1.221 francos suizos.

En el estudio de Sainz Bueno y cols. (113) que también hemos comentado, los autores compararon los costes entre el alta precoz a las 24-48 horas y el alta ordinaria a las 48 horas. Las pacientes que eran dadas de alta precoz recibían una visita domiciliaria a las 48 horas del alta. Para calcular los costes tuvieron en cuenta la estancia hospitalaria, los reingresos maternos y neonatales, las consultas extrahospitalarias maternas y neonatales, la visita a la semana y las consultas telefónicas. En este estudio consiguieron una reducción del de los costes del 18,3% que suponía 293,11 dólares por paciente.

Uno de los aspectos que modifica claramente los costes del proceso del parto es el número de visitas de seguimiento que se oferta a las mujeres tras el alta hospitalaria. En los trabajos que hemos comentado a lo largo de esta introducción vemos como existe una gran variabilidad. Así, Yanover y cols. (145) realizaron cuatro visitas domiciliarias; Waldenström y cols. (132) y Carty y cols. (134) ofertaron hasta cinco visitas domiciliarias; Smith-Hanrahan y cols. (135) realizaron una llamada telefónica a las 24 horas del alta con asistencia domiciliaria si era precisada por la paciente; Gagnon y cols. (136) realizaron tres visitas; Boulvain y cols. (148) ofertaron visitas domiciliarias a demanda de la paciente los primeros diez días postparto y Sainz Bueno y cols. (113) realizaron una única visita domiciliaria.

Hay tres estudios que se han centrado en analizar las diferencias entre las modalidades de seguimiento tras el alta precoz. Estos artículos ya han sido comentados en el apartado de evidencia en el alta precoz, por lo que aquí únicamente indicaremos lo referente a los costes.

En el trabajo de Lieu y cols. (138) compararon dos tipos de asistencia postparto en mujeres con alta precoz: visita domiciliaria vs visita ambulatoria. Los autores

estimaron que el coste de una consulta de 20 minutos en el ambulatorio con el pediatra era de 120 dólares y el de una hora por una enfermera en el domicilio era de 255 dólares y concluyeron que aquellas pacientes que formaban parte del grupo domiciliario tenían unos costes mayores.

Escobar y cols. (139) compararon el seguimiento hospitalario en grupo frente al seguimiento domiciliario tras el alta precoz. La visita de seguimiento iba orientada a valorar la lactancia materna y a realizar una exploración al RN. Estimaron un coste para la visita domiciliaria de 265 dólares y un coste para la visita hospitalaria de grupo de 22 dólares. Concluyeron que los costes fueron superiores en el grupo de la visita domiciliaria.

Steel O'Connor y cols. (140) realizaron un ensayo clínico aleatorizado incluyendo mujeres que se habían ido de alta precoz postparto para valorar las diferencias existentes entre realizar dos visitas domiciliarias o realizar una visita telefónica con visita domiciliaria si era preciso. Los autores estimaron la visita domiciliaria con un coste de 99,05 dólares y la llamada telefónica con un coste de 17,79 dólares. En el estudio de costes también incluyeron los reingresos, las consultas en el centro de salud y las consultas al servicio de urgencias. Los autores observaron que la consulta telefónica producía una reducción de costes importante. No especificaron la cantidad del ahorro pero concluyeron que el seguimiento postparto debería realizarse con una llamada telefónica.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Este estudio se ha planteado teniendo en cuenta una hipótesis conceptual a partir de la cual se han desarrollado varias hipótesis operativas. Los objetivos que se pretenden alcanzar se han establecido considerando estas hipótesis.

Hipótesis conceptual

Tal y como hemos reflejado en la presente Tesis Doctoral, el alta precoz ha sido introducido en la mayoría de los países desarrollados por sus correspondientes sistemas sanitarios. Además, existe una demanda por parte de la sociedad de promover un acortamiento de la estancia hospitalaria tras el parto con el fin favorecer la adaptación a la nueva vida. Apoyándonos en la bibliografía publicada pensamos que el alta precoz tras el parto vaginal no complicado podría aportar la misma seguridad para la madre y para el RN que el alta ordinaria. Además pensamos que el alta precoz va a suponer una disminución de los costes sanitarios sin afectar el grado de satisfacción con el tratamiento recibido.

Hipótesis operativas

- Se espera que tras el alta precoz el grado de ansiedad y depresión materna sean similares al alta ordinaria. Así mismo esperamos que el resto de complicaciones maternas y del neonato se asemejen en ambos grupos de estudio.
- Esperamos que no haya diferencias en la lactancia materna y en los problemas derivados de ésta entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria.
- Esperamos que el porcentaje de consultas e ingresos tanto de la madre como del RN sean similares al comparar el alta precoz y el alta ordinaria.
- Se espera que las mujeres estén igual de satisfechas tras el alta precoz y que éste suponga un descenso en el gasto sanitario.

OBJETIVOS

El objetivo general que ha motivado el desarrollo de la presente Tesis Doctoral ha sido evaluar la seguridad del alta precoz en las puérperas después de un parto vaginal a término sin complicaciones.

Los objetivos concretos de la presente Tesis Doctoral fueron los que se enumeran a continuación:

- 1) Evaluar la ansiedad materna y la depresión postparto a lo largo del puerperio y comparar el grado de ansiedad y depresión en las puérperas con alta precoz frente al alta ordinaria. Analizar otros posibles factores de riesgo que pudieran estar implicados en la ansiedad y la depresión postparto.
 - 2) Comparar la lactancia materna y los problemas derivados de ella en las puérperas con alta precoz frente al alta ordinaria.
 - 3) Comparar la satisfacción con el tratamiento en las puérperas con alta precoz frente al alta ordinaria.
 - 4) Comparar las complicaciones, las consultas realizadas al centro de atención primaria, las consultas en urgencias del hospital y los reingresos, en las puérperas y sus RN con alta precoz frente al alta ordinaria.
 - 5) Comparar los costes sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios entre las puérperas con alta precoz frente al alta ordinaria.
-

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Ensayo clínico controlado aleatorizado simple ciego, sin medicamento, fase IV y unicéntrico donde se comparó el alta precoz a las 24 horas del parto con el alta habitual a las 48-72 horas.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E) en Septiembre del 2012.

Definición de la población del estudio: criterios de selección

El grupo de estudio se seleccionó entre las mujeres sanas y mayores de edad que dieron a luz por vía vaginal a un RN único, sano y a término en el Hospital Universitario Donostia.

Los **criterios de exclusión** fueron los siguientes:

- Vivir lejos del hospital (fuera de Guipuzkoa).
- Gestación múltiple.
- Pacientes de habla no castellana.
- Embarazo que hubiera cursado con cualquiera de las siguientes patologías:
 - Trastornos hipertensivos del embarazo.
 - Diabetes pregestacional.
 - Cardiopatía.
 - Coagulopatía.
 - Isoinmunización.
 - VIH.
 - Enfermedad psiquiátrica.

- Parto que hubiera cursado con alguna de las siguientes complicaciones:
 - Fiebre intraparto $\geq 38^{\circ}\text{C}$ que hubiera requerido antibiótico endovenoso.
 - Desgarro perineal de III o IV grado.
 - Parto finalizado por cesárea.
- Puerperio que hubiera cursado con alguna de las siguientes complicaciones:
 - Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
 - Tensión arterial repetida $\geq 140/90$.
 - Anemia con una hemoglobina < 9 g/dl.
- RN que hubiera cursado con alguna de las siguientes complicaciones:
 - Peso del RN al nacimiento < 2.500 g.
 - Pérdida de peso en las primeras 24 horas por debajo del adecuado (mayor al 10%).
 - STC (+) mal tratado (haber recibido ninguna o una única dosis).
 - STC (+) bien tratado pero con una duración > 18 horas de bolsa rota.
 - Necesidad de ingreso hospitalario (bajo peso, sepsis, ictericia, fiebre o cualquier alteración del RN evidenciada tras el primer examen físico del pediatra y que precisara observación adicional y/o terapia en el hospital).

Tamaño muestral

El tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta el primero de los objetivos de este estudio que era la evaluación de la ansiedad materna a lo largo del puerperio. Esta variable fue valorada con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

Para conseguir una potencia del 80,0% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ mediante una Prueba T-Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la media del Grupo de Referencia es de 22,00 unidades, la media del Grupo Experimental es de 28,00 unidades y la desviación típica de ambos grupos es de

20,00 unidades, se necesitan incluir 176 unidades experimentales en el Grupo de Referencia y 176 unidades en el Grupo Experimental, totalizando 352 unidades experimentales en el estudio. Estimando un 15% de pérdidas a lo largo del estudio, el tamaño muestral final se estima en 414 unidades.

Estratificación

Con la creencia de que la paridad podía ser una variable que sesgara los resultados, estratificamos a las pacientes en dos grandes grupos: multíparas y primíparas.

Descripción de la intervención y el tratamiento

- **El grupo intervención** recibió el alta hospitalaria a las 24-36 horas del parto y precisó de un control hospitalario a las 48-72h horas del alta. El seguimiento posterior fue a los siete días con entrevista telefónica, a las seis semanas con una consulta presencial y a los seis meses con una entrevista telefónica.
- **El grupo control** recibió el alta hospitalaria a las 48-72 horas del parto. El seguimiento posterior fue a los siete días con entrevista telefónica, a las seis semanas con una consulta presencial y a los seis meses con una entrevista telefónica.

Enmascaramiento

En las visita del séptimo día, sexta semana y sexto mes fue ciego al evaluador.

Aleatorización

La aleatorización fue estratificada según la paridad en nulíparas y multíparas. La secuencia de aleatorización se generó por ordenador y fue implementada a partir de un centro de datos del cual eran responsables dos enfermeras de la planta tercera verde del edificio materno infantil del Hospital Universitario Donostia. Ellas comunicaban por

teléfono al investigador el número de aleatorización y grupo de tratamiento al que había sido asignado la paciente correspondiente. La aleatorización se mantuvo oculta hasta el final del estudio.

Pacientes no incluidas

De aquellas pacientes que no desearon participar en el estudio se recogieron unas características sociodemográficas y clínicas mínimas para valorar las implicaciones de las pérdidas al inicio como a lo largo del estudio.

Pacientes no aptas para participar en el estudio

Las pacientes que no cumplían los criterios para participar en el estudio recibieron el tratamiento y el alta que se consideró adecuado en cada caso siguiendo los protocolos de los Servicios de Ginecología y de Pediatría.

Principales características del hospital que facilitan el estudio

El Hospital Universitario Donostia es el hospital de referencia de Gipuzkoa y en él se realizan más de 3900 partos al año. El parto es atendido bajo la supervisión directa de los especialistas en Obstetricia y Ginecología y por un equipo de matronas con una excelente formación. Tanto los facultativos como las matronas actúan siguiendo los protocolos establecidos en el servicio. Los datos de la evolución del parto se recogen íntegramente en un partograma detallado donde también se anotan algunos datos del RN. Habitualmente se utiliza anestesia epidural y siempre a petición de las parturientas en ausencia de contraindicaciones. La episiotomía no se realiza rutinariamente, sólo si se sospecha un feto grande o hay dificultad en la salida de la cabeza fetal. Tras el parto, el RN permanece en todo momento en contacto con la madre y ambos reciben los primeros cuidados en la sala de partos. En aquellas mujeres que tienen intención de dar lactancia materna, ésta da comienzo inmediatamente tras el parto.

En el postparto, todas las mujeres que no han sufrido complicaciones ingresan en una planta específica del puerperio (planta de la cuarta verde del edificio materno infantil) donde existe personal tanto de enfermería como auxiliares cualificados para el cuidado de la madre y del RN. En esta planta hay 16 habitaciones dobles y en cada turno trabajan tres enfermeras y tres auxiliares. En el caso de que no hubiera habitaciones disponibles en la cuarta verde, las pacientes ingresarían en la planta tercera verde del edificio materno infantil.

El seguimiento de la madre en el puerperio inmediato y en el comienzo del puerperio clínico corre a cargo del ginecólogo, que pasa visita todos los días excepto los domingos. El RN es explorado por el pediatra en las primeras 24 horas tras el parto y si considera que la exploración es normal, y salvo incidencias en el transcurso del ingreso, dan por finalizado su seguimiento.

La estancia en el hospital de las pacientes que han tenido un parto vaginal sin complicaciones oscila entre las 48 y las 72 horas, en función de la hora del parto. Durante el ingreso cada enfermera tiene asignadas un número de pacientes a las que realizan los cuidados propios del postparto y asesoran con lactancia materna. Aquellas madres que a pesar de los consejos recibidos no consiguen sus expectativas son atendidas por una enfermera especializada en la lactancia materna.

Captación y visita inicial

La captación de las puérperas y la recogida de datos de la visita inicial se realizaron en las plantas tercera y cuarta verde de hospitalización, donde habitualmente ingresan las mujeres tras dar a luz.

Cada mañana a las 8.00 horas disponíamos de los nombres de todas las puérperas que habían dado a luz el día anterior. Este registro se extraía de la base de datos donde las matronas introducen la información de todos los partos. Este listado nos permitía excluir inicialmente las puérperas con un parto pretérmino, las que habían dado a luz mediante cesárea, o las que eran menores de edad.

Una vez seleccionado el grupo de mujeres que podrían ser candidatas a participar en el estudio, se revisaban sus historias clínicas (antecedentes personales, curso del embarazo y parto, constantes y analítica postparto) y se realizaba una exploración general y ginecológica para identificar la presencia de los diferentes criterios de exclusión. Con este mismo fin, se revisaban las historias de sus RN donde constaba la pérdida ponderal y si tenían el visto bueno por el Servicio de Pediatría. A aquellas puérperas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, se les explicaba en qué consistía el estudio y se les preguntaba si estaban interesadas en participar.

Las mujeres que finalmente accedieron a participar, firmaron un consentimiento informado (anexo 1 y 2). En algunas ocasiones entrevistamos a las puérperas y las incluimos como posibles candidatas antes de tener el visto bueno del RN por el Servicio de Pediatría. Si el pediatra consideraba que el RN no era candidato a un alta precoz, las mujeres se excluían del estudio previa a la aleatorización.

La aleatorización de las puérperas se realizó una vez cumplidos todos los criterios de inclusión y exclusión. Para ello, como ya hemos indicado, contamos con la ayuda de las enfermeras de una de las plantas de ginecología que eran quienes guardaban la lista de aleatorización y las que telefónicamente nos informaban del grupo asignado a cada paciente.

A las mujeres que accedieron a participar en el estudio se les realizó una entrevista estandarizada recogiendo datos sociodemográficos de la mujer y de su pareja, antecedentes personales, antecedentes obstétricos y curso del embarazo reciente (anexo 3). Las mujeres que a pesar de cumplir los criterios de inclusión y exclusión, no desearon participar en el estudio contestaron un cuestionario más breve, donde también se recogía el motivo para no querer participar (anexo 4).

Durante esta visita inicial también se evaluó el estado de ansiedad a todas las mujeres candidatas a participar. Para ello, las puérperas contestaron los 20 ítems de la versión española del cuestionario de ansiedad-estado (anexo 5) que forma parte de la escala STAI, cuyas características principales hemos descrito en el capítulo de la

introducción. Recordamos que este cuestionario pretende identificar cómo se siente el sujeto “en un momento particular”. Es decir, la condición emocional transitoria.

Las mujeres fueron dadas de alta en función del grupo al que habían sido aleatorizadas y se les explicó en que consistirían las diferentes visitas de seguimiento. Al grupo del alta precoz se concertó la cita para el seguimiento a las 48-72 horas del alta. A todas las mujeres se les indicó la fecha para la revisión a las seis semanas postparto así como la fecha para visita telefónica del séptimo día y del sexto mes. Además, se les proporcionó dos copias del cuestionario de ansiedad-estado y se les instó para contestarlos los días programados para las visitas telefónicas. Al alta también se facilitó un número de teléfono de contacto para poder modificar la cita o consultar cualquier duda.

Recogida de datos del parto y del RN

La recogida de datos referentes al parto y al RN se realizó a través de los correspondientes partogramas y las historias clínicas de los RN. Con el fin de recopilar el mayor número de datos posibles, tanto las matronas como los médicos responsables del paritorio y el puerperio habían sido informados sobre la realización del estudio e instruidos para reflejar en las historias clínicas las diferentes variables que se iban a recoger. Las hojas de recogida de datos del parto y del RN están incluidas en el apartado de anexos (anexo 3).

Visita de revisión tras el alta precoz

Como hemos indicado en el apartado de diseño del estudio, las puérperas y sus correspondientes RN que formaron parte del grupo de alta precoz precisaron de un control hospitalario a las 48-72 horas del alta. Esta revisión tuvo que centralizarse en el hospital en lugar de en cada uno de los centros de salud de las puérperas por deseo expreso del Servicio de Pediatría. De esta manera los pediatras se aseguraban que

ningún RN se quedase sin hacer la prueba del talón para detectar metabolopatías congénitas, hipoacusia y despistaje de fibrosis quística en el periodo indicado para ello. Las responsables de esta consulta específica para el grupo de alta precoz fueron dos enfermeras especializadas en el cuidado del RN y el postparto.

La actividad de esta consulta se centraba en el RN, en la lactancia y en la identificación de complicaciones específicas del puerperio tal y como describimos:

- Al **RN** se le hacía la cura de cordón, y la prueba del talón. También se valoraba la ictericia y el peso. En el caso de observar signos de alarma o bajo peso se avisaba al Servicio de Pediatría.
- Para valorar la **lactancia materna** las pacientes realizaban una toma entera en una sala próxima a la consulta pudiendo recibir consejos sobre la postura y recomendaciones sobre las pautas de la lactancia. Además resolvían dudas que habían podido surgir en su casa.
- Las **complicaciones específicas del puerperio** se intuían a partir de la clínica reflejada por la puérpera. En el caso de sospechar alguna anomalía en la evolución del postparto las pacientes eran derivadas al Servicio de Urgencias de Ginecología para ser valoradas.

Visitas de seguimiento

Las mujeres que formaron parte del estudio tuvieron una entrevista telefónica a los siete días del parto, un visita presencial a la sexta semana y una entrevista telefónica a los seis meses en las que se recogieron las distintas variables que se analizaron en el estudio.

Visita de seguimiento al séptimo día del parto

La visita del séptimo día se realizó telefónicamente con una duración aproximada de 15 minutos. Se realizó una entrevista estandarizada recogiendo las

diferentes variables que serían analizadas en el estudio (anexo 6). Dicha entrevista incluyó la valoración de la lactancia así como las complicaciones de la madre y del RN. También se recogieron el número y el motivo de las consultas realizadas a la matrona, al ginecólogo del ambulatorio o al Servicio de Urgencias de Ginecología del hospital por sospecha de patología materna, y el número y motivo de consultas realizadas a la enfermera, pediatra o Servicio de Urgencias de Pediatría del hospital por sospecha de patología del RN. En caso de ingreso de la madre o del RN se recogió el motivo y la duración de éste.

Una vez finalizada la entrevista estandarizada, la mujer nos indicó lo que había contestado aquel mismo día, tal como había sido instruida al alta hospitalaria, en cada uno de los ítems del cuestionario de ansiedad-estado de la escala STAI.

Visita a la sexta semana del parto

La visita de la sexta semana se realizó en las consultas externas del hospital fuera del horario laboral. Se estableció la revisión a las seis semanas tras el parto porque se considera que el periodo de finalización del puerperio (cuarentena) es a las seis semanas tras el parto.

Cada consulta tenía una duración de 20 minutos en la cual se procedía a realizar una entrevista estandarizada recogiendo las diferentes variables del estudio que fue similar a la efectuada en la visita del séptimo día (anexo 6). Durante esta visita también se practicó la revisión puerperal. La consulta estaba dotada de un ecógrafo y sólo se hizo uso de él en aquellos casos en los que la paciente presentó sintomatología atípica.

En la visita de la sexta semana se valoró el estado de ansiedad a través del cuestionario ansiedad-estado de la escala STAI, tal y como habíamos hecho durante el ingreso hospitalario y en el séptimo día postparto. Además, consideramos que esta visita era la más apropiada para valorar el rasgo de ansiedad. Para ello, las púerperas también contestaron los 20 ítems de la versión española del cuestionario de ansiedad-rasgo (anexo 7) que forma parte de la escala STAI, cuyas características principales hemos

descrito en el capítulo de la introducción. La ansiedad rasgo hace referencia a como se siente el sujeto “generalmente”. Es decir, la propensión ansiosa relativamente estable.

Durante esta visita también evaluamos la depresión materna postparto. Para ello utilizamos la versión española de la escala de Depresión Postparto de Edinburgo (anexo 8), especialmente diseñada para evaluar el riesgo de tener una depresión en el puerperio. El momento óptimo para su aplicación es a las seis-ocho semanas tras el parto. Las características de esta escala así como su puntuación están recogidas en el capítulo de introducción. Siguiendo las recomendaciones del artículo que valida dicha escala al castellano, utilizamos el punto de corte 10/11 para considerar que una paciente era susceptible de tener depresión.

Evaluamos también el grado de satisfacción de la paciente con el tratamiento recibido. Para ello las mujeres cumplimentaron la versión española del cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (anexo 9) de Larsen, cuyas características han quedado reflejadas en el apartado de la introducción. Recordamos que se trata de un cuestionario de ocho ítems que valora la calidad del servicio, el tipo de servicio, los resultados y la satisfacción general.

Visita de seguimiento al sexto mes del parto

La visita del sexto mes se hizo de forma telefónica y consideramos que era el momento óptimo, especialmente para valorar la lactancia puesto que la OMS considera recomendable la Lactancia materna durante los seis primeros meses tras el parto (149).

Nuevamente realizamos una entrevista estandarizada con los mismos contenidos que en las vistas anteriores (anexo 10). Al igual que en la visita del séptimo día, una vez finalizada la entrevista, la mujer nos indicó lo que había contestado aquel mismo día en cada uno de los ítems del cuestionario de ansiedad-estado de la escala STAI.

Evaluación de los costes

Para la evaluación global de los costes tuvimos en cuenta:

- 1) Los costes derivados del ingreso hospitalario:
 - Estancia postparto.
 - Reingresos maternos.
 - Reingresos del RN.
- 2) Los costes extrahospitalarios sanitarios:
 - Visita del alta precoz.
 - Número de visitas a matrona enfermera de pediatría, ginecólogo y pediatra del ambulatorio.
 - Número de visitas a los servicios de urgencias de ginecología y pediatría.

Para poder evaluar los costes derivados del ingreso hospitalario, clasificamos cada ingreso materno y RN según los GRD (Grupo Relacionado por el Diagnóstico) (150).

GRDs en los ingresos maternos:

- **GRD 374: Peso de 0,5628. Parto vaginal sin diagnóstico complicado:** Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas por parto y/o condiciones relacionadas en las que el parto se produce por vía vaginal incluyendo los partos instrumentales. Los motivos de ingreso más frecuentes son parto absolutamente normal, parto instrumental que no especifica el motivo o alteraciones del pH y además, no tienen ningún otro diagnóstico clasificado como complicado.
- **GRD 376: Peso 0,5414. Diagnóstico postparto y postaborto sin procedimiento.** Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresadas en el periodo puerperal porque el parto se ha producido en otro centro o en su

domicilio o porque, tras haber sido dadas de alta después de un parto o aborto, ingresan de nuevo por complicaciones como: hemorragia, infección, mastitis, o complicaciones de la herida quirúrgica.

- **GRD 377: Peso 1,0581. Diagnóstico postparto y postaborto con procedimiento.** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas tras un parto o un aborto a las que se les practica cualquier intervención. La más frecuente es un legrado.

GRDs en los ingresos neonatales:

- **GRD 627: Peso de 0,9614. Neonato, peso al nacer mayor de 2499g, sin procedimiento quirúrgico significativo con problema mayor.** Es un GRD médico que agrupa a neonatos con menos de 29 días de vida en el día del ingreso cuyo peso al nacer fue mayor de 2.499 g a los que no se les ha practicado una intervención quirúrgica mayor. Además, tiene sólo un problema mayor o han precisado ventilación mecánica. Entre los problemas catalogados como mayores se encuentran: síndrome del distress respiratorio, infecciones como septicemia, neumonía o meningitis, hemorragia cerebral, asfixia severa, cardiopatía congénita, insuficiencia renal o enterocolitis necrotizante.
 - **GRD 628: Peso 0,5918. Neonato, peso al nacer mayor de 2499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con problemas menores.** Es un GRD médico que agrupa a neonatos con menos de 29 días de vida el día del ingreso cuyo peso al nacer fue mayor de 2.499 g a los que no se les ha practicado una intervención quirúrgica mayor. Además tienen algún problema catalogado como menor como: infecciones perinatales, gastroenteritis, celulitis, fiebre, onfalitis y mastitis.
 - **GRD 629: Peso 0,2364. Neonato, peso al nacer mayor de 2.499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con diagnóstico neonatal normal.** Es
-

un GRD médico que agrupa a neonatos con menos de 29 días de vida el día del ingreso cuyo peso al nacer fue mayor de 2.499 g a los que no se les ha practicado una intervención quirúrgica mayor y no tienen problemas mayores o menores. Estos pacientes pueden tener algún diagnóstico secundario de complicación o comorbilidad como taquipnea transitoria del RN o sospecha de infección perinatal.

El Departamento de Contabilidad Analítica y Documentación Clínica nos facilitó el peso, el coste y la estancia media correspondiente a cada GRD. También nos facilitó los costes de las urgencias de ginecología y pediatría en función de la necesidad de ingreso, las consultas externas del hospital y las consultas extrahospitalarias.

Para calcular el coste por día de ingreso nos hemos valido de la siguiente fórmula:

$$\text{Peso GRD} \times \text{Precio} / \text{Estancia media}$$

Análisis estadístico

Al estar frente a un ensayo de equivalencia, el tratamiento de los datos no se realizó por intención a tratar.

El análisis de los datos se realizó con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* para Windows (SPSS Versión 19.0 para Windows).

Se estudió el tipo de distribución de las variables a ambos grupos mediante los test de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilks y mediante métodos gráficos. Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes. Las variables continuas se describieron mediante la media y la desviación estándar (DE), o la mediana y el rango intercuartil en caso de distribución no paramétrica.

La comparación de medias y/o medianas entre grupos se realizó mediante el test t de Student o el test U de Mann Whitney y la comparación de proporciones mediante el test de Fisher y el test de Chi cuadrado.

Para el análisis multivariante se utilizaron modelos de regresión logística binaria. Estos modelos se construyeron con variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante.

Consideramos que las diferencias eran estadísticamente significativas al nivel $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

RESULTADOS

Grupo de estudio

La inclusión de las puérperas en este ensayo clínico dio comienzo el 1 de octubre del año 2012 y finalizó el 19 de septiembre del año 2013. El cálculo del tamaño muestral había estimado un total de 414 mujeres distribuidas en 207 multíparas y 207 primíparas. La inclusión de multíparas finalizó el 8 de abril del año 2013 mientras que para el grupo de primíparas se prolongó hasta el 19 de septiembre.

El número de partos de primíparas durante el periodo de captación fue de 1.884, de las cuales 1.467 fueron partos vaginales a término. De éstas, 860 cumplían los criterios de inclusión y exclusión y se les ofertó la participación en el estudio. En el periodo de captación de las multíparas el número de partos fue de 750, de las cuales 671 fueron partos vaginales a término. De éstas, 563 cumplían los criterios de inclusión y exclusión y se les invitó a participar en el estudio.

Se aleatorizaron un total de 421 puérperas, 213 fueron incluidas en el grupo de alta precoz y 208 en el grupo de alta ordinaria. Tras la aleatorización, cinco mujeres rechazaron participar en el estudio por no estar conformes con el grupo asignado por lo que fueron excluidas. Este grupo estaba constituido por cuatro mujeres (tres primíparas y una multípara) que habían sido asignadas al grupo de alta precoz y una primípara que había sido asignada al grupo de alta ordinaria.

Finalmente el grupo de estudio quedó constituido por 416 puérperas de las cuales 209 estaban incluidas en el grupo de alta ordinaria y 207 en el grupo de alta precoz.

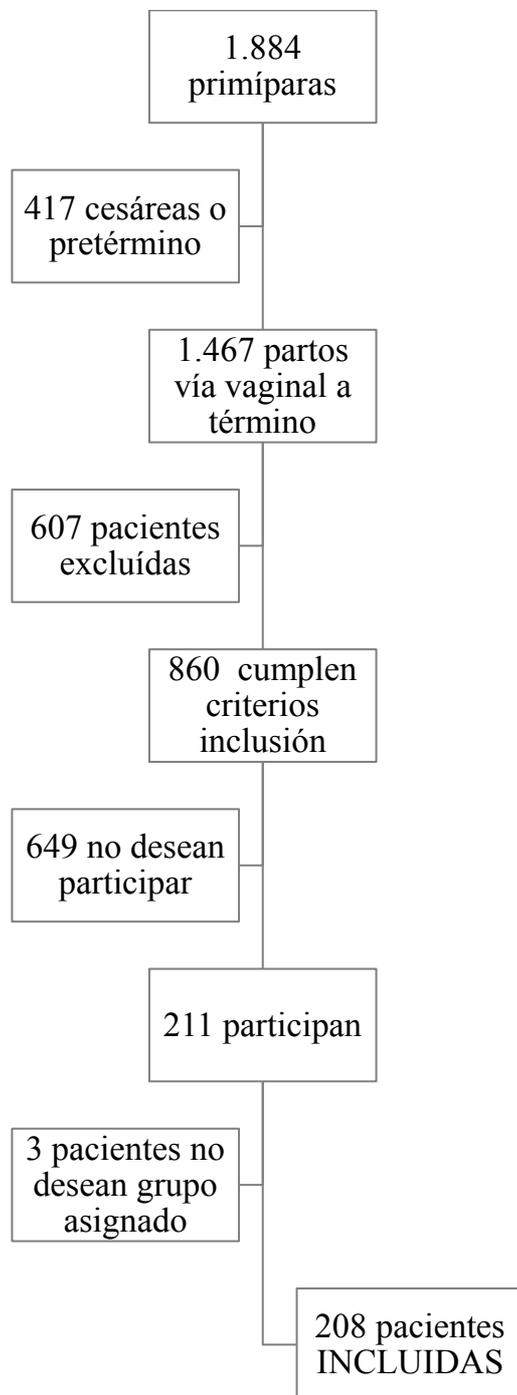
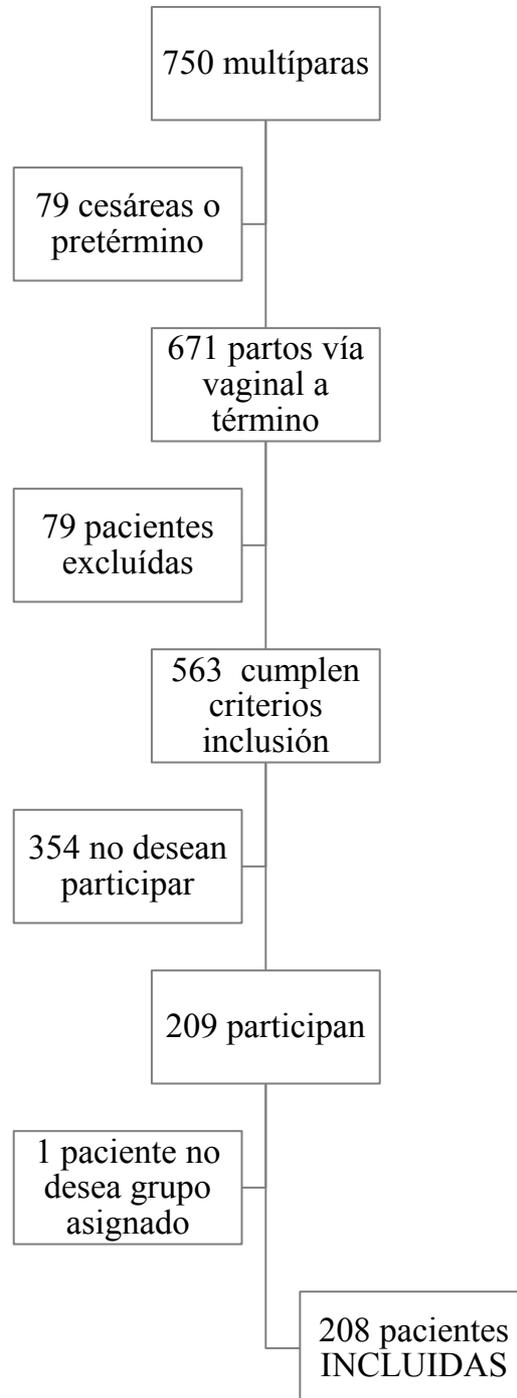
Figura 3. Diagrama de flujo de los partos de primíparas en el periodo de estudio.

Figura 4. Diagrama de flujo de los partos en multíparas en el periodo de estudio.

Características de las mujeres incluidas en el estudio

A todas las mujeres que accedieron a participar en el estudio se les realizó una entrevista estandarizada y una exploración general y ginecológica para evaluar el estado de la paciente tal y como está descrito en el apartado de material y métodos. En esta visita inicial también se evaluó la ansiedad materna postparto inmediato.

En la tabla 11 están recogidas las características socioeconómicas de la madre y de su pareja en los dos grupos de estudio establecidos. No hubo diferencias significativas para ninguna de las variables analizadas.

La tabla 12 recoge los antecedentes personales maternos y algunos datos del curso del embarazo actual. Entre los antecedentes incluimos la depresión y la ansiedad. Vemos como la presencia de estreptococo en el cultivo vaginal en el tercer trimestre del embarazo y durante el parto fueron significativamente superiores en el grupo de alta ordinaria. Puesto que todas las pacientes con streptococo positivo fueron tratadas durante el parto, consideramos que esta diferencia no repercutió en los resultados del estudio. Para el resto de las variables analizadas, no hubo diferencias significativas.

En la tabla 13 están incluidas las características del parto y del RN en los grupos de estudio establecidos. En el grupo de alta ordinaria se utilizó mas antibiótico durante el parto. Como hemos indicado, es la consecuencia de que en este grupo hubiera mas mujeres con streptococo positivo previo al parto. No hubo diferencias significativas en las otras variables analizadas.

En la tabla 14 se presentan las características de las puérpera y el RN en las primeras 24 horas tras el parto y tiempo transcurrido hasta el alta hospitalaria en los grupos de estudio establecidos. No hubo diferencias significativas en las variables incluidas en esta tabla, salvo como cabría esperar, en la estancia hospitalaria que fue superior para el grupo del alta ordinaria.

Tabla 11. Características socioeconómicas de la madre y de su pareja en los grupos de estudio.

Características socioeconómicas		AP n=209	AO N= 207	Valor <i>p</i>
Edad media de la madre	media, DE	32,2 ± 5,0	32,3 ± 5,0	0,9
Edad media de la pareja	media, DE	35,6 ± 5,4	34,5 ± 5,7	0,07
Deseo de embarazo				
No deseado	n (%)	2 (1,0)	4 (1,9)	0,3
Deseado y esperado	n (%)	188 (90,0)	176 (85,0)	
Deseado y no esperado	n (%)	19 (9,1)	27 (13,0)	
Sin apoyo familiar	n (%)	14 (6,7)	14 (6,8)	1,0
Mujeres sin pareja	n (%)	6 (2,9)	4 (1,9)	0,7
Raza no caucásica	n (%)	39 (18,7)	39 (18,8)	1,0
Nivel de estudios de la madre				
Graduado escolar	n (%)	36 (17,2)	44 (21,3)	0,4
Bachiller/FP	n (%)	80 (38,2)	67 (32,4)	
Universitario	n (%)	93 (44,5)	96 (46,4)	
Nivel estudios de la pareja*				
Graduado escolar	n (%)	49 (24,1)	44 (21,6)	0,7
Bachiller /FP	n (%)	94 (46,3)	95 (46,6)	
Universitario	n (%)	60 (29,6)	65 (31,9)	
Ingresos de la madre				
Sin ingresos / Paro	n (%)	59 (28,2)	63 (29,9)	0,5
<1000 euros/mes	n (%)	31 (14,8)	40 (19,3)	
1000-2000 euros/mes	n (%)	98 (46,9)	89 (43,0)	
>2000 euros/mes	n (%)	21 (10,0)	16 (7,7)	
Ingresos de la pareja*				
Sin ingresos / Paro	n (%)	28 (13,8)	31 (15,2)	0,4
<1000 euros/mes	n (%)	14 (6,9)	17 (8,3)	
1000-2000 euros/mes	n (%)	120 (59,1)	121 (59,3)	
>2000 euros/mes	n (%)	41 (20,2)	35 (17,2)	

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria. (*) n=203

Tabla 12. Antecedentes personales y curso del embarazo actual en los dos grupos de estudio.

Antecedentes y embarazo actual		AP n=209	AO n= 207	Valor p
Antecedentes generales				
Tabaco	n (%)	30 (14,4)	25 (12,1)	0,6
Alcohol	n (%)	12 (5,7)	19 (9,2)	0,2
Depresión	n (%)	9 (4,3)	6 (2,9)	0,6
Ansiedad	n (%)	12 (5,7)	16 (7,7)	0,4
Antecedentes obstétricos				
Cesárea	n (%)	8 (3,8)	16 (7,7)	0,09
Aborto	n (%)	64 (30,7)	58 (28,0)	0,7
Gestación actual por TRA				
Inseminación	n (%)	3 (1,4)	5 (2,4)	0,4
FIV-TE	n (%)	0 (0,0)	1 (0,5)	
ICSI	n (%)	1 (0,5)	3 (1,4)	
Cribado alterado (1^{er} trimestre)	n (%)	8 (3,9)	10 (4,9)	0,6
Anomalía ecográfica				
2 ^o Trimestre	n (%)	0 (0,0)	1 (0,5)	0,5
3 ^{er} trimestre	n (%)	17 (8,1)	19 (9,2)	0,6
Indicación de reposo	n (%)	36 (17,2)	36 (17,4)	1,0
Ingreso hospitalario	n (%)	17 (8,1)	9 (4,3)	0,15
Prueba de glucosa				
Normal	n (%)	157 (75,1)	164 (79,6)	0,1
Intolerancia	n (%)	42 (20,1)	27 (13,1)	
Diabetes gestacional	n (%)	10 (4,8)	15 (7,3)	
Streptococo positivo	n (%)	21(10,2)	40 (19,6)	0,008
Asistencia a clases parto	n (%)	143 (68,4)	143 (69,1)	0,9

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Tabla 13. Características del parto y del RN en los grupos de estudio establecidos.

Características del parto y del RN		AP n=209	AO n= 207	Valor p
Inicio del parto				
Esponáneo	n (%)	151 (72,2)	148(71.5)	0,8
Estimulación	n (%)	19 (9,1)	16 (7,7)	
Inducción	n (%)	39 (18,7)	43 (20,8)	
Rotura de bolsa				
Esponánea	n (%)	125 (59,8)	115 (55.5)	0,4
Artificial	n (%)	84 (40,2)	92 (44,4)	
Tipo de anestesia				
Sin anestesia	n (%)	17 (8,1)	10 (4,8)	0,2
Local	n (%)	22 (10,5)	16 (7,7)	
Epidural	n (%)	170 (81,3)	181 (87,4)	
Tratamiento durante el parto				
Oxitocina	n (%)	129 (61,7)	144 (69,6)	0,1
Antibiótico	n (%)	16 (7,7)	39 (18,8)	0,001
Amnioinfusión	n (%)	1 (0,5)	2 (1,0)	0,6
Tipo de parto				
Eutócico	n (%)	175 (83,7)	161 (77,8)	0,5
Fórceps	n (%)	12 (5,7)	18 (8,7)	
Ventosa	n (%)	20 (9,6)	26 (12,6)	
Espátulas	n (%)	2 (1,0)	2 (1,0)	
Alumbramiento manual de placenta	n (%)	16(7.7)	13(6.3)	0,7
Episiotomía	n (%)	88 (42,1)	102 (49,3)	0,2
Sexo del RN (mujer)	n (%)	101 (48,8)	88 (42,5)	0,2
Peso del RN	media, DE	3383 ± 385	3363 ± 389	0,59
Talla del RN	media, DE	49,9 ± 2,2	50,1 ± 1.84	0,44
Ph de cordón	media, DE	7.24 ± 0.65	7.25 ± 0.06	0,46

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Tabla 14. Características de la puérpera y del RN en las primeras 24 horas y tiempo transcurrido hasta el alta hospitalaria en los grupos de estudio establecidos.

Características de la puérpera y el neonato		AP n=209	AO n= 207	Valor <i>p</i>
Cansancio materno				
Nada	n (%)	27 (12,9)	30 (14,5)	0,6
Poco	n (%)	93 (44,5)	82 (39,6)	
Bastante	n (%)	71 (34,0)	70 (33,8)	
Mucho		18 (8,6)	25 (12,1)	
Dolor materno				
Sin dolor	n (%)	111 (53,1)	97 (47,1)	0,14
Cede con analgesia habitual	n (%)	98 (46,9)	106 (51,5)	
No cede con analgesia	n (%)	0 (0,0)	3 (1,5)	
Tipo de lactancia				
Materna	n (%)	173 (82,8)	160 (77,3)	0,3
Artificial	n (%)	53 (25,4)	30 (14,5)	
Mixta	n (%)	11 (5,3)	17 (8,2)	
Hemograma materno				
Hemoglobina	media, DE	11,3 ± 1,0	11,1 ± 1,1	0,18
Hematocrito	media, DE	34,0 ± 3,2	33,2 ± 3,2	0,10
Ansiedad estado (escala STAI)	media, DE	9,96 ± 6,4	10,7 ± 6,4	0,22
Peso del RN 24 horas	media, DE	3255 ± 386	3256 ± 395	0,99
Pérdida de peso en 24 horas	media, DE	-3,8 ± 2,1	-3,5 ± 2,0	0,1
Tiempo alta hospitalaria (horas)	media, DE	27,0 ± 8,2	48,7 ± 8,0	0,00

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Características de las mujeres que siendo aptas no accedieron a participar

De un total de 1.423 mujeres que cumplían criterios de inclusión para participar en el estudio, 649 primíparas y 354 multíparas no desearon hacerlo. A estas mujeres se les entregó un cuestionario para recoger sus características y compararlas con el grupo que sí accedió a participar. Del ellas, 603 (60,12%) mujeres contestaron el cuestionario.

Las características del grupo de las mujeres que siendo aptas no quisieron participar y del grupo de estudio están recogidas en las tablas 15 y 16. Puesto que la cumplimentación de este cuestionario fue incompleta en algunos casos, calculamos los porcentajes en función de la “n” de cada variable en lugar de sobre la “n” total.

En estas tablas también figura el resultado de la comparación de las diferentes variables entre los grupos. En la tabla 15 vemos como se encontraron diferencias significativas en la comparación en todas las variables: la edad, el apoyo familiar el tener pareja, el nivel de estudios y de ingresos económicos. En la tabla 16 vemos como las diferencias fueron significativas para la paridad, el tipo de parto, la utilización de oxitocina y el estado de ansiedad.

Incluimos estas variables junto con otras que estaban próximas a la significación estadística en una regresión logística y observamos que el nivel de estudios universitario y el apoyo familiar fueron factores de riesgo para la no participación en el estudio.

La menor edad, la multiparidad, el tener pareja y el menor estado de ansiedad fueron factores asociados a la participación.

Los ingresos económicos, el inicio del parto, el tipo de parto, y la episiotomía no fueron factores determinantes para la elección de participar o no participar (tabla 17).

Tabla 15. Características socioeconómicas de las puérperas aptas para participar en el estudio en función de su participación.

Características socio-económicas	n		Puérperas aptas		Valor <i>p</i>
			No participaron	Si participaron	
Edad	962	media, DE	33,5 ± 4,1	32,2 ± 5,0	0,000
Apoyo familiar					
No	43	n (%)	15 (2,6)	28 (6,7)	0,02
Si	951	n (%)	563 (97,4)	388 (93,3)	
Mujeres con pareja					
No	43	n (%)	33 (5,7)	10 (2,4)	0,017
Si	956	n (%)	550 (94,3)	406 (97,6)	
Nivel de estudios					
Graduado escolar	127	n (%)	47 (8,1)	80 (19,2)	0,000
Bachiller/FP	345	n (%)	198 (34,0)	147 (35,3)	
Universitario	527	n (%)	338 (58,0)	189 (45,4)	
Ingresos económicos					
Sin ingresos / Paro	213	n (%)	95 (16,8)	121 (19,1)	0,000
< 1.000 euros/mes	164	n (%)	93 (16,5)	71 (17,1)	
1.000-2.000 euros/mes	514	n (%)	327 (57,9)	187 (45,0)	
> 2.000 euros/mes	87	n (%)	50 (8,8)	37 (8,9)	

Tabla 16. Antecedentes personales, características del parto y evaluación del estado de ansiedad en las púerperas aptas para participar en el estudio en función de su participación.

Antecedentes, parto y estado de ansiedad	n		Púerperas aptas		Valor <i>p</i>
			No participaron	Si participaron	
Paridad					
Primíparas	562	n (%)	354 (64,1)	208 (50,0)	0,00
Múltíparas	406	n (%)	198 (35,9)	208 (50,0)	
Antecedente de depresión					
No	619	n (%)	218 (93,6)	401 (96,4)	0,12
Si	30	n (%)	15 (6,4)	15 (3,6)	
Antecedente de ansiedad					
No	596	n (%)	208 (89,3)	388 (93,3)	0,09
Si	53	n (%)	25 (10,7)	28 (6,7)	
Inicio del parto					
Espontaneo	688	n (%)	389 (67,9)	299 (71,9)	0,16
Estimulación	77	n (%)	42 (24,8)	35 (19,7)	
Inducción	224	n (%)	142 (63,3)	82 (36,6)	
Tipo de parto					
Espontaneo	720	n (%)	384 (75,4)	336 (80,8)	0,02
Fórceps	95	n (%)	65 (12,8)	30 (7,2)	
Ventosa	97	n (%)	51 (10,0)	46 (11,1)	
Espátulas	13	n (%)	9 (1,8)	4 (1,0)	
Utilización de oxitocina					
No	275	n (%)	132 (23,4)	143 (34,4)	0,000
Si	706	n (%)	433 (76,6)	273 (65,6)	
Episiotomía					
No	469	n (%)	243 (48,8)	226 (54,6)	0,08
Si	443	n (%)	255 (51,2)	188 (45,4)	
Ansiedad-estado (STAI)	987	media, DE	13,7 ± 7,1	10,3 ± 6,4	0,000

Tabla 17. Análisis multivariante de los factores implicados en la participación en el estudio.

Factores	Significación	Exp (B)	IC 95%
Multiparidad	0,001	0,57	0,40 – 0,80
Edad	0,000	0,92	0,88 – 0,95
Apoyo Familiar	0,008	3,01	1,33 – 6,80
Con pareja	0,031	0,38	0,15 – 0,91
Universitarias	0,000	1,84	1,35 – 2,51
Ingresos > 2.000 euros	0,48	0,83	0,49 – 1,39
Parto distócico	0,45	1,16	0,77 – 1,76
Episiotomía	0,33	0,84	0,59 – 1,19
Ansiedad, STAI-E	0,00	0,92	0,90 – 0,94
Tipo de inicio	0,84	0,96	0,69 – 1,35

Pérdidas de casos a lo largo del estudio y tipo de análisis

La primera visita de seguimiento se realizó a los siete días del parto, en la cual participaron 414 (99,5%) mujeres. A la visita de la sexta semana acudieron 388 (93,2%) mujeres y a la entrevista del sexto mes respondieron 367 (88,2%) mujeres. El porcentaje de pérdidas a lo largo del estudio fue inferior al 15% que habíamos estimado con lo que alcanzamos el tamaño muestral.

Siguiendo las recomendaciones publicadas por Victor Abaira (151) los resultados no se analizaron por intención de tratar (AIT). Este autor afirma que en los estudios de equivalencia, el AIT aumenta la probabilidad de concluir erróneamente que no existe diferencia entre los tratamientos, y por tanto no sería una estrategia recomendable.

Evaluación de la ansiedad postparto

El primero de los objetivos de este estudio fue evaluar la ansiedad materna a lo largo del puerperio y comparar el grado de ansiedad materna en púerperas con alta precoz frente al alta ordinaria a las 48 horas.

Como hemos apuntado en el capítulo de material y métodos, el estado de ansiedad materna se valoró en el postparto inmediato y a los siete días, seis semanas y sexto mes del parto mediante el cuestionario ansiedad-estado de la escala de STAI de Spielberger. El rasgo de ansiedad materna se evaluó a las seis semanas del parto mediante el cuestionario ansiedad-rasgo de la escala de STAI de Spielberger.

Ansiedad-estado durante el puerperio

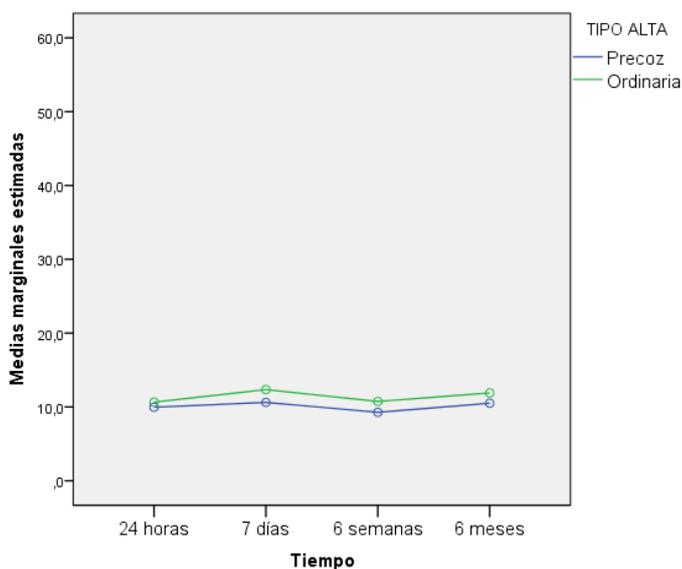
En la tabla 18 están recogidas las medias y las DE de las puntuaciones del cuestionario ansiedad-estado en los diferentes periodos del puerperio en función del grupo de alta. Tanto en el grupo de alta precoz como en el de alta ordinaria el nivel de ansiedad osciló significativamente ($p=0,005$).

Comparamos el nivel de ansiedad entre los dos grupos de estudio establecidos (alta precoz, alta ordinaria) en las diferentes etapas del puerperio. Los resultados indicaron que las mujeres del grupo de alta ordinaria tenían mayor ansiedad en todos los periodos, aunque esta diferencia solo fue significativa a los siete días. Estos resultados están recogidos en la tabla 18 y representados gráficamente en la figura 5.

Tabla 18. Puntuación del cuestionario ansiedad-estado de la escala STAI a lo largo del puerperio en función del grupo de estudio asignado.

Ansiedad-estado (STAI)		Alta precoz	Alta ordinaria	Valor <i>p</i>
24 horas	Media, DE	9,9 ± 6,4	10,7 ± 6,3	0,17
7 días	Media, DE	10,7 ± 8,1	12,6 ± 8,4	0,007
6 semanas	Media, DE	9,2 ± 7,1	10,5 ± 7,8	0,10
6 meses	Media, DE	10,5 ± 7,1	11,9 ± 8,4	0,17

Figura 5. Representación gráfica de la puntuación del cuestionario de ansiedad-estado (STAI) a lo largo del puerperio en función del grupo de estudio asignado.



El nivel de ansiedad materna también fue evaluado en función de la paridad. Los datos de este análisis están recogidos en la tabla 19.

Tabla 19. Puntuación del cuestionario ansiedad-estado de la escala STAI lo largo del puerperio en función de la paridad y del grupo de estudio asignado.

Ansiedad-estado (STAI)	Primíparas		Valor <i>P</i>	Multíparas		Valor <i>P</i>
	AP	AO		AP	AO	
24 horas	10,5 ± 6,6	12,2 ± 6,8	0,06	9,3 ± 6,2	9,2 ± 5,7	0,9
7 días	11,4 ± 8,7	12,7 ± 8,2	0,14	9,7 ± 7,2	12,0 ± 8,4	0,02
6 semanas	9,0 ± 7,7	10,7 ± 8,1	0,11	9,5 ± 6,3	10,7 ± 7,7	0,45
6 meses	8,7 ± 6,6	9,9 ± 6,7	0,21	12,2 ± 6,9	13,6 ± 9,4	0,46

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Podemos observar que para las multíparas, la puntuación en el cuestionario de ansiedad-estado al séptimo día del parto fue significativamente mayor en el grupo de alta ordinaria. En las primíparas no hubo diferencias en ninguno de los periodos analizados.

El valor medio de las puntuaciones de la escala ansiedad-estado en función del grupo de alta está representado en la figura 6 para las primíparas, y en la figura 7 para las multíparas.

En la figura 6 observamos como las primíparas de ambos grupos de estudio, sufren un incremento de la ansiedad al séptimo día del parto siendo este el momento de mayor ansiedad durante el periodo evaluado.

En la figura 7 vemos como las multíparas también sufren un incremento de ansiedad al séptimo día con respecto al postparto inmediato, pero su mayor momento de ansiedad fue al sexto mes.

Figura 6. Representación gráfica del nivel medio de ansiedad en las primíparas en función del grupo de estudio asignado.

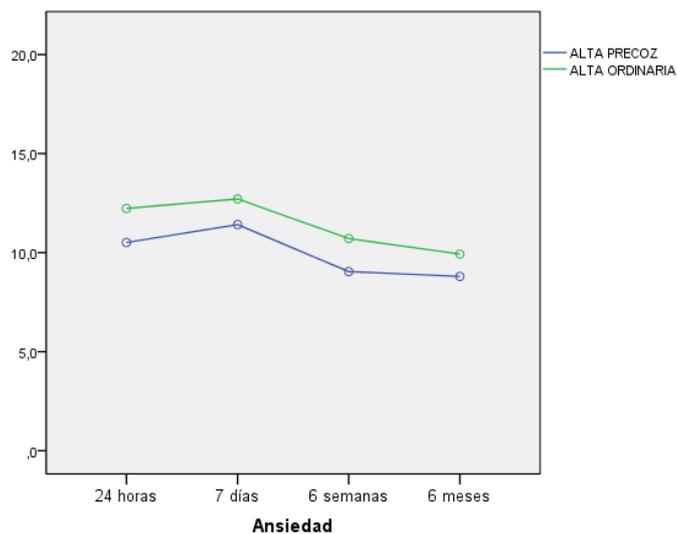
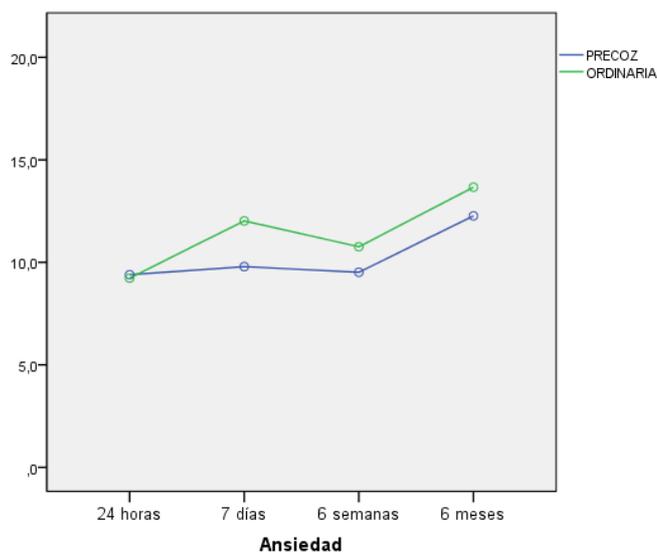


Figura 7. Representación gráfica del nivel medio de ansiedad en las múltiparas en función del grupo de estudio asignado.



Magnitud del efecto ansiedad

Para cuantificar la relevancia del efecto obtenido, evaluaremos la magnitud del efecto ansiedad determinando la variable como variable continua, utilizando las diferencias de medias y el IC al 95% de esta diferencia. Los resultados están recogidos en la tabla 20. Con este análisis valoramos si los efectos estadísticamente significativos son relevantes en el campo de aplicación de la investigación.

En aquella variable que obtuvimos diferencias estadísticamente significativas (ansiedad a los 7 días mayor en el grupo de alta ordinaria de multíparas que grupo alta precoz multíparas) existe una diferencia de medias de -2,58 puntos con un IC de esta diferencia que va de - 4,88 a - 0,29.

Tabla 20. Magnitud del efecto del estado de ansiedad en función de la paridad.

Ansiedad-estado (STAI)	Primíparas			Multíparas		
	Valor <i>p</i>	Dif.*	IC	Valor <i>p</i>	Dif.*	IC
24 horas	0,06	-1,69	-3,47 – 0,07	0,87	0,13	-1,55 – 1,82
7 días	0,29	-1,22	-3,50 – 1,05	0,02	-2,58	- 4,88 – - 0,29
6 semanas	0,18	-1,47	-3,65 – 0,70	0,28	-1,12	- 3,21 – 0,95
6 meses	0,24	-1,14	-3,09 – 0,80	0,24	-1,43	-3,97 – 1,01

(*): Diferencia de la media

Diagnóstico de sospecha de ansiedad

Como hemos apuntado en el capítulo de la introducción, el cuestionario ansiedad-estado de la escala STAI tiene definidos unos puntos de corte a partir de los

cuales se sospecha el diagnóstico de ansiedad. Para las mujeres adultas el punto de corte que corresponde al centil 50 y que indicaría sospecha de patología es el 21.

El número y porcentaje de mujeres que superaron este punto de corte en los diferentes periodos del puerperio analizados en función del grupo asignado, están incluidos en la tabla 21. En ninguno de los momentos en los que se valoró la ansiedad se encontraron diferencias significativas entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria.

Tabla 21. Puérperas con sospecha de ansiedad a lo largo del puerperio en función del grupo de estudio asignado.

Ansiedad-estado (STAI \geq 21)		Alta precoz	Alta ordinaria	Valor <i>p</i>
24 horas	n (%)	14 (6,7)	16 (7,7)	0,7
7 días	n (%)	22 (10,6)	27 (13,2)	0,4
6 semanas	n (%)	16 (8,2)	24 (12,6)	0,2
6 meses	n (%)	16 (8,5)	25 (14,0)	0,1

También valoramos el número y porcentaje de puérperas con sospecha de ansiedad en función de la paridad (tabla 22). En el grupo de primíparas los porcentajes de mujeres con sospecha de ansiedad fueron estables cuando comparamos el grupo de alta precoz y el de alta ordinaria en todos los periodos analizados. En el grupo de múltíparas el porcentaje de mujeres con sospecha de ansiedad fue superior para el grupo de alta ordinaria a los siete días, seis semanas y seis meses, aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística.

Tabla 22. Puérperas con sospecha de ansiedad a lo largo del puerperio en función de la paridad y del grupo de estudio asignado.

Ansiedad-estado (STAI \geq 21)	Primíparas		Valor <i>P</i>	Multíparas		Valor <i>P</i>
	AP	AO		AP	AO	
24 horas	8 (7,5)	11 (10,8)	0,41	6 (5,8)	5 (4,8)	0,7
7 días	15 (14,3)	12 (12)	0,6	7 (6,9)	15 (14,9)	0,07
6 semanas	9 (8,9)	10 (10,5)	0,7	7 (7,4)	14 (14,6)	0,11
6 meses	5 (5,2)	4 (4,7)	0,8	11 (11,8)	21 (22,6)	0,052

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Ansiedad-Rasgo

Otro aspecto que consideramos importante evaluar fue el rasgo de ansiedad que hace referencia a cómo se siente el sujeto generalmente. Esta propensión ansiosa relativamente estable puede influir en el estado de ansiedad en un momento determinado y sesgar los resultados. Es decir, aquellas pacientes que son de base más ansiosas pueden presentar un nivel de ansiedad superior a las que no lo son.

Como hemos apuntado en el capítulo de material y métodos, el rasgo de ansiedad se valoró mediante el cuestionario ansiedad-rasgo de la escala de STAI de Spielberger. Esta valoración se hizo en la sexta semana postparto ya que consideramos que era el momento más adecuado.

La comparación de las medias de las puntuaciones de la escala ansiedad-rasgo en función del grupo asignado no indicó diferencias significativas (alta precoz: $11,5 \pm 7,5$ vs. alta ordinaria: $12,3 \pm 7,6$; $p=0,8$). Categorizamos la variable en función del punto de corte establecido para la ansiedad rasgo (puntuación ≥ 24) y tampoco hubo diferencias significativas en función del grupo de estudio (alta precoz: 7,7% vs. alta ordinaria: 9,9%; $p=0,42$).

Estos resultados nos permitieron afirmar que ambos grupos eran homogéneos para el rasgo de ansiedad.

Factores de riesgo para la ansiedad-estado detectada con la escala STAI

En este estudio también evaluamos los factores de riesgo para la ansiedad-estado detectada con la escala STAI (puntuación \geq 21) en las diferentes etapas del puerperio. Nos planteamos este análisis puesto que la influencia de estos factores podría sesgar nuestros resultados y además la evidencia científica en este tema es limitada.

Analizamos estos factores tanto en el postparto inmediato como a los siete días y a las seis semanas del parto. Los resultados están recogidos en las tablas 23, 24 y 25.

En el postparto inmediato (tabla 23) el parto instrumental, la episiotomía, el dolor, la lactancia materna y la propensión de ansiedad de base (ansiedad-rasgo) se asociaron significativamente a la ansiedad. Incluimos estas variables en una regresión logística e indicó que la episiotomía (OR: 3,55; IC 95%: 1,16–10,83) y la propensión de ansiedad de base (OR: 7,20; IC 95%: 2,73–18,95) eran factores de riesgo independientes para tener ansiedad a las 24 horas del parto.

A los siete días del parto (tabla 24) los siguientes factores se asociaron significativamente a la ansiedad: la raza no caucásica, el antecedente ansiedad, el haber estado ansiosa en el postparto inmediato y la propensión a la ansiedad. El análisis multivariante indicó que tanto la ansiedad en el postparto inmediato (OR: 7,46; IC 95%: 3,02–18,44) como la propensión a la ansiedad (OR: 4,42; IC 95%: 1,84–10,63) eran factores de riesgo independientes para padecer ansiedad a los siete días del parto.

Tabla 23. Análisis de los factores de riesgo para la ansiedad en el postparto inmediato.

Variables		Ansiedad-estado ≥ 21 (STAI)		Valor <i>p</i>
		No (n=386)	Si (n=30)	
Edad	media, DE	32,5 \pm 5,0	31,3 \pm 4,6	0,28
IMC	media, DE	24,9 \pm 3,9	25,8 \pm 5,2	0,27
Ausencia de apoyo Familiar	n (%)	25 (6,5)	3 (10)	0,45
Raza no caucásica	n (%)	71 (18,4)	7 (23,3)	0,5
Nivel de estudios de la madre				
Graduado escolar	n (%)	74 (19,2)	6 (20,0)	0,56
Bachiller/FP	n (%)	139 (36,0)	8 (26,7)	
Universitario	n (%)	173 (44,8)	16 (53,3)	
Ingresos de la madre				
Sin ingresos/Paro	n (%)	111 (28,7)	10 (33,3)	0,64
<1.000 euros/mes	n (%)	69 (17,9)	2 (6,7)	
1.000-2.000 euros/mes	n (%)	172 (44,6)	15 (50)	
>2.000 euros/mes	n (%)	34 (8,8)	3 (10)	
Antecedente de ansiedad	n (%)	24 (6,2)	4 (12,3)	0,13
Antecedente de depresión	n (%)	14 (3,6)	1 (3,3)	0,7
Ansiedad-rasgo $\geq 24^*$	n (%)	24 (6,7)	10 (35,7)	0,000
Primiparidad	n (%)	189 (48,9)	19 (63,3)	0,12
Parto instrumental	n (%)	68 (17,6)	12 (40)	0,003
Episiotomía	n (%)	168 (43,5)	22 (73,3)	0,002
Lactancia materna	n (%)	330 (85,5)	30 (100,0)	0,02
Dolor en el puerperio	n (%)	186 (48,2)	21 (70,0)	0,01

(*) n= 387.

Tabla 24. Análisis de los factores de riesgo para la ansiedad a los siete días del parto.

Variables		Ansiedad-estado ≥ 21 (STAI)		Valor <i>p</i>
		No (n=362)	Si (n=49)	
Edad	media, DE	32,4 \pm 5,0	31,3 \pm 4,7	0,15
IMC	media, DE	25,0 \pm 3,9	25,1 \pm 4,6	0,91
Ausencia de apoyo Familiar	n (%)	24 (6,6)	4 (8,2)	0,68
Raza no caucásica	n (%)	60 (16,6)	17 (34,7)	0,002
Nivel de estudios				
Graduado escolar	n (%)	72 (19,9)	7 (14,3)	0,63
Bachiller/FP	n (%)	126 (34,8)	19 (38,8)	
Universitario	n (%)	164 (45,3)	23 (46,9)	
Ingresos económicos				
Sin ingresos / Paro	n (%)	101 (25,2)	17 (34,7)	0,78
<1000 euros/mes	n (%)	64 (17,7)	7 (14,3)	
1000-2000 euros/mes	n (%)	165 (45,6)	20 (40,8)	
>2000 euros/mes	n (%)	32 (8,8)	5 (10,2)	
Antecedente de ansiedad	n (%)	20 (5,5)	7 (14,3)	0,02
Antecedente de depresión	n (%)	12 (3,3)	2 (4,1)	0,78
Ansiedad-rasgo $\geq 24^*$	n (%)	20 (5,9)	15 (31,8)	0,000
Ansiedad estado 24 h ≥ 21	n (%)	16 (4,4)	14 (28,3)	0,000
Primiparidad	n (%)	178 (49,2)	27 (55,1)	0,43
Parto instrumental	n (%)	69 (19,1)	11 (22,4)	0,57
Episiotomía	n (%)	161 (44,5)	26 (53,1)	0,25
Lactancia materna	n (%)	304 (84,0)	43 (87,8)	0,49
Alta precoz	n (%)	185 (51,1)	22 (44,9)	0,41

(*) n=387.

Tabla 25. Análisis de los factores de riesgo para la ansiedad a las seis semanas del parto.

Variables		Ansiedad-estado ≥ 21 (STAI)		Valor <i>p</i>
		No (n=347)	Si (n=40)	
Edad	media, DE	32,4 \pm 4,9	32,1 \pm 4,7	0,72
IMC	media, DE	25,1 \pm 4,0	24,5 \pm 3,7	0,14
Ausencia de apoyo familiar	n (%)	57 (16,4)	10 (25,0)	0,17
Raza no caucásica	n (%)	60 (17,3)	9 (22,5)	0,41
Nivel de estudios				
Graduado escolar	n (%)	57 (16,4)	11 (27,5)	0,18
Bachiller/FP	n (%)	126 (36,3)	11 (27,6)	
Universitario	n (%)	164 (47,3)	18 (45,0)	
Ingresos económicos				
Sin ingresos / Paro	n (%)	98 (28,3)	11 (27,5)	0,94
<1.000 euros/mes	n (%)	60 (17,3)	8 (20,0)	
1.000-2.000 euros/mes	n (%)	158 (45,5)	17 (42,5)	
>2.000 euros/mes	n (%)	31 (8,9)	4 (10)	
Antecedente de ansiedad	n (%)	20 (5,8)	5 (12,5)	0,10
Antecedente de depresión	n (%)	11 (3,2)	0 (0,0)	0,25
Ansiedad-rasgo ≥ 24	n (%)	15 (4,3)	19 (47,5)	0,000
Ansiedad-estado 24 h ≥ 21	n (%)	17 (4,9)	11 (27,5)	0,000
Depresión (EDPS ≥ 10)	n (%)	17 (4,9)	24 (60,0)	0,000
Primiparidad	n (%)	177 (51,0)	19 (47,5)	0,67
Parto instrumental	n (%)	69 (19,9)	8 (20,0)	0,98
Episiotomía	n (%)	155 (44,7)	22 (55,0)	0,21
Lactancia materna	n (%)	273 (78,7)	32 (80,0)	0,84
Alta precoz	n (%)	180 (51,9)	16 (40,0)	0,15
Satisfacción con tratamiento	media, DE	27,7 \pm 3,6	26,0 \pm 4,8	0,03

A las seis semanas del parto (tabla 25) el haber estado ansiosa en el postparto inmediato, la propensión a la ansiedad, la depresión y la menor satisfacción con el tratamiento recibido se asociaron significativamente a la ansiedad. El análisis multivariante confirmó que todas estas asociaciones eran independientes. Los OR y sus correspondientes IC están recogidos en la tabla 26.

Tabla 26. Análisis multivariante incluyendo los factores asociados a la ansiedad a las seis semanas del parto.

Variables	n (%)	Riesgo estimado	
		OR	IC 95%
Ansiedad-rasgo ≥ 24	19 (47,5)	4,39	1,58 – 12,16
Ansiedad estado 24 h ≥ 21	11 (27,5)	4,82	1,62 – 14,38
Depresión (EDPS ≥ 10)	24 (60,0)	19,88	7,62 – 51,84
Satisfacción con el tratamiento	-	0,88	0,79 – 0,98

Evaluación de la depresión postparto

En este estudio evaluamos la depresión materna a las seis semanas del parto y comparamos el grado de depresión en púerperas con alta precoz frente al alta ordinaria a las 48 horas.

Como hemos apuntado en el capítulo de material y métodos, la depresión materna se valoró con la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh también conocida con las siglas EDPS que se corresponden a su nombre original en inglés. Esta escala

tiene varios puntos de corte. Se recomienda un punto de corte de 10/11 para la población general y 12/13 para aquellas pacientes con riesgo o clínica sugestiva de depresión.

Cuando utilizamos un punto de corte igual o superior a 10, se detectó la posible depresión postparto en 41 mujeres (10,6%). De estas, 18 habían sido aleatorizadas en el grupo de alta precoz y 23 en el grupo de alta ordinaria.

Utilizando un punto de corte igual o superior a 12, se detectó depresión en 26 mujeres (11 del grupo de alta precoz y 15 del grupo de alta ordinaria). Estos datos están recogidos en la tabla 27, así como el resultado de la comparación entre los grupos de estudio. Podemos ver que no hubo diferencias significativas entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria para ninguno de los puntos de corte analizados.

Tabla 27. Sospecha de depresión postparto en función del grupo de estudio asignado.

Depresión postparto (EPDS)		Alta precoz	Alta ordinaria	Valor <i>p</i>
Punto de corte ≥ 10	n (%)	18 (9,2)	23 (12,1)	0,36
Punto de corte ≥ 12	n (%)	11 (5,6)	15 (7,9)	0,37

La sospecha de depresión también fue evaluada en función de la paridad. Los datos de este análisis están recogidos en la tabla 28. Observamos cómo no hubo diferencias significativas para la sospecha de depresión en función de la paridad entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria para ninguno de los dos puntos de corte establecidos.

Tabla 28. Sospecha de depresión postparto en función de la paridad y del grupo de estudio asignado para los dos puntos de corte establecidos.

Depresión postparto (EPDS)	Primíparas		Valor <i>P</i>	Multíparas		Valor <i>P</i>
	AP	AO		AP	AO	
Punto de corte ≥ 10	11 (10,9)	13 (13,7)	0,5	7 (7,4)	10 (10,5)	0,4
Punto de corte ≥ 12	7 (6,9)	9 (9,5)	0,5	4 (4,3)	4 (6,3)	0,5

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria

Factores de riesgo para la depresión detectada con la escala EDPS

De la misma manera que lo hicimos con la ansiedad, también evaluamos los factores de riesgo para desarrollar depresión en el postparto. Para detectar la depresión utilizamos el punto de corte de la escala EDPS 10/11, puesto que éste es el recomendado para la población general. Los resultados de este análisis están recogidos en la tabla 29.

Este análisis reflejó que tener menor edad, la ausencia de apoyo familiar, la raza no caucásica, el menor nivel de estudios, la propensión a la ansiedad de base (ansiedad-rasgo) y la ansiedad en el postparto inmediato y a las seis semanas del parto (ansiedad-estado), se asociaron significativamente a la depresión.

Incluimos estas variables en una regresión logística y este análisis indicó que la propensión de ansiedad de base (OR: 14,6; IC 95%: 4,02–50,4) y la ansiedad a las seis semanas del parto (OR: 24,6; IC 95%: 8,23–73,89) eran factores de riesgo independientes para tener depresión postparto. La edad mayor fue un factor protector (OR: 0,8; IC 95%: 0,80–0,98).

Tabla 29. Análisis de los factores de riesgo para la depresión a las seis semanas del parto.

Variables		Depresión (EDPS \geq 10)		Valor <i>p</i>
		No (n=344)	Si (n=41)	
Edad	media, DE	32,6 \pm 4,7	30,5 \pm 5,2	0,009
IMC	media, DE	25,0 \pm 3,9	25,2 \pm 4,4	0,78
Ausencia de apoyo familiar	n (%)	55 (16,0)	12 (29,3)	0,03
Raza no caucásica	n (%)	52 (15,1)	16 (39,0)	0,000
Nivel de estudios				
Graduado escolar	n (%)	55 (16,0)	13 (31,7)	0,042
Bachiller/FP	n (%)	124 (36,0)	11 (26,8)	
Universitario	n (%)	168 (48,0)	17 (41,5)	
Ingresos económicos				
Sin ingresos / Paro	n (%)	94 (27,0)	14 (34,1)	0,20
<1000 euros/mes	n (%)	58 (16,9)	10 (24,4)	
1000-2000 euros/mes	n (%)	158 (45,9)	16 (39,0)	
>2000 euros/mes	n (%)	34 (9,9)	1 (2,4)	
Antecedente de ansiedad	n (%)	21 (6,1)	4 (9,8)	0,37
Antecedente de depresión	n (%)	10 (2,9)	1 (2,4)	0,86
Ansiedad-rasgo STAI \geq 24 h	n (%)	12 (3,5)	20 (48,8)	0,000
Ansiedad-estado STAI $24 \geq$ 21 h	n (%)	21 (6,1)	7 (17,1)	0,01
Ansiedad-estado STAI \geq 21 h	n (%)	16 (4,7)	24 (58,5)	0,000
Primiparidad	n (%)	172 (50,0)	24 (58,5)	0,30
Parto instrumental	n (%)	65 (18,9)	12 (29,3)	0,11
Episiotomía	n (%)	154 (44,8)	22 (53,7)	0,28
Lactancia materna	n (%)	271 (78,8)	33 (80,5)	0,80
Alta precoz	n (%)	177 (51,5)	18 (43,9)	0,36
Satisfacción con tratamiento	media, DE	27,6 \pm 3,7	27,2 \pm 4,8	0,51

Lactancia materna

Otro de los objetivos de este estudio fue evaluar la lactancia materna en función del grupo de estudio asignado. Analizamos el porcentaje de mujeres que estaban dando lactancia materna y los problemas con la lactancia en el puerperio inmediato, a los siete días, seis semanas y seis meses después del parto.

En la tabla 30 están reflejados los porcentajes de mujeres con lactancia materna en las diferentes etapas analizadas en función del grupo de estudio asignado. La comparación de estos porcentajes no mostró diferencias significativas entre los grupos. Como cabría esperar, el porcentaje de mujeres con lactancia materna desciende a lo largo del puerperio.

Tabla 30. Lactancia materna a lo largo del puerperio en función del grupo de estudio.

Lactancia materna		Alta precoz	Alta ordinaria	Valor <i>p</i>
24 horas	n (%)	183 (87,6)	177 (85,5)	0,6
7 días	n (%)	179 (85,6)	170 (82,9)	0,5
6 semanas	n (%)	154 (78,6)	152 (79,2)	0,9
6 meses	n (%)	102 (54,0)	106 (59,2)	0,34

También valoramos el porcentaje de mujeres con lactancia materna en función de la paridad (tabla 31). Tanto para primíparas como para multíparas, no encontramos diferencias significativas entre el grupo de alta precoz y de alta ordinaria en ninguno de los periodos analizados.

Un porcentaje significativamente superior de primíparas optan por la lactancia materna como primera elección (89,9 vs. 83,2; $p=0,04$).

Tabla 31. Lactancia materna a lo largo del puerperio en función de la paridad y del grupo de estudio asignado.

Lactancia materna	Primíparas		Valor <i>P</i>	Múltiparas		Valor <i>P</i>
	AP	AO		AP	AO	
24 horas	96 (90,6)	91 (89,2)	0,82	87 (84,5)	86 (81,9)	0,71
7 días	94 (88,7)	87 (86,1)	0,67	85 (82,5)	83 (79,8)	0,72
6 semanas	80 (79,2)	78 (81,9)	0,85	74 (77,9)	74 (77,1)	1
6 meses	51 (53,1)	52 (60,5)	0,37	51 (54,8)	54 (58,1)	0,76

AP: alta precoz; AO: alta ordinaria.

Problemas con la lactancia

Quisimos valorar los problemas con la lactancia materna en función del grupo asignado. Para ello, incluimos las siguientes variables: grietas en el pezón, uso de crema, uso de pezonera, necesidad de dar leche materna en biberón, dolor con la succión, ingurgitación mamaria, problema de agarre, deseo de inhibición, preocupación por la lactancia, falta de leche, suplemento con lactancia artificial, mastitis y absceso de mama.

Ninguna mujer presentó un absceso de mama en los dos periodos analizados: siete días y seis semanas. El número y porcentaje de mujeres que presentaron algún problema en función del grupo de estudio asignado se describen en la tabla 32.

En esta tabla también se refleja como la comparación entre los dos grupos no mostró diferencias significativas.

Tabla 32. Problemas en las puérperas con la lactancia materna al séptimo día y sexta semana del parto en función del grupo de estudio asignado.

Problemas lactancia	7º día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=179	AO n= 170	Valor <i>p</i>	AP n=154	AO n=152	Valor <i>p</i>
Grietas	89 (49,7)	75 (44,1)	0,29	68 (44,2)	61 (40,1)	0,46
Crema	89 (49,7)	92 (54,1)	0,41	79 (51,3)	89 (58,6)	0,20
Pezonera	23 (12,8)	25 (14,7)	0,61	25 (16,2)	21 (13,8)	0,55
Biberón	36 (20,2)	43 (25,4)	0,24	15 (9,7)	14 (9,2)	0,6
Dolor	64 (35,7)	59 (34,7)	0,6	69 (44,8)	65 (42,8)	0,71
Ingurgitación	53 (29,6)	59 (34,7)	0,30	61 (39,6)	59 (38,8)	0,59
Agarre	19 (10,6)	19 (11,2)	0,86	15 (9,7)	21 (13,8)	0,26
Deseo inhibición	25 (14,0)	21 (12,4)	0,65	32 (20,8)	30 (19,7)	0,82
Preocupación	71 (39,7)	62 (36,7)	0,56	58 (37,7)	56 (36,8)	0,88
Falta de leche	8 (4,5)	6 (3,5)	0,65	12 (7,9)	11 (7,2)	0,85
Suplemento	22 (12,3)	28 (16,5)	0,26	34 (22,1)	31 (20,4)	0,71
Mastitis	3 (1,7)	1 (0,6)	0,34	5 (3,2)	10 (6,6)	0,24

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

Los problemas de la lactancia también fueron evaluados en función de la paridad. Las respuestas para las primíparas y las multíparas están incluidas en las tablas 33 y 34 respectivamente.

Tabla 33. Problemas en las primíparas con la lactancia materna al séptimo día y sexta semana del parto en función del grupo de estudio asignado.

Problemas lactancia	7° día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=94	AO n=87	Valor <i>p</i>	AP n=80	AO n=78	Valor <i>p</i>
Grietas	49 (52,1)	44 (50,6)	0,83	38 (47,5)	37 (47,4)	0,99
Crema	50 (53,2)	56 (64,4)	0,12	41 (51,3)	53 (67,9)	0,03
Pezonera	15 (16,0)	20 (23,0)	0,23	15 (18,8)	18 (23,1)	0,50
Biberón	18 (19,1)	27 (31,1)	0,06	10 (12,5)	8 (10,3)	0,65
Dolor	37 (39,4)	32 (36,8)	0,56	38 (47,5)	38 (48,7)	0,87
Ingurgitación	26 (27,7)	29 (33,3)	0,40	31 (38,8)	28 (35,9)	0,71
Agarre	12 (12,8)	16 (18,4)	0,29	8 (10,0)	13 (16,7)	0,21
Deseo inhibición	17 (18,1)	13 (14,9)	0,57	19 (23,8)	20 (25,6)	0,78
Preocupación	34 (36,2)	38 (43,6)	0,27	38 (47,5)	36 (46,2)	0,86
Falta de leche	2 (2,1)	5 (5,7)	0,20	5 (6,3)	8 (10,3)	0,36
Suplemento	9 (9,6)	20 (23)	0,01	20 (25,0)	17 (21,8)	0,63
Mastitis	2 (2,1)	1 (1,1)	0,60	3 (3,8)	2 (2,6)	0,67

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

En las primíparas a los siete días del parto un porcentaje significativamente superior de las mujeres incluidas en el grupo de alta ordinaria precisó suplemento con leche artificial. Estas diferencias no se mantuvieron a las seis semanas del parto. No hubo diferencias significativas para el resto de variables analizadas.

Tabla 34. Problemas en las multíparas con la lactancia materna al séptimo día y sexta semana del parto en función del grupo de estudio.

Problemas lactancia	7º día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=85	AO n=83	Valor <i>p</i>	AP n=74	AO n=74	Valor <i>p</i>
Grietas	40 (47,1)	31 (37,3)	0,20	30 (40,5)	24 (32,4)	0,30
Crema	39 (45,9)	36 (43,4)	0,74	38 (51,4)	36 (48,6)	0,74
Pezonera	8 (9,4)	5 (6,0)	0,41	10 (13,5)	3 (4,1)	0,07
Biberón	18 (21,4)	16 (19,5)	0,76	5 (6,7)	6 (8,1)	0,58
Dolor	27 (31,8)	27 (32,5)	0,91	31 (41,9)	27 (36,5)	0,50
Ingurgitación	27 (31,8)	30 (36,1)	0,54	30 (40,5)	31 (41,9)	0,60
Agarre	7 (8,2)	3 (3,6)	0,20	7 (9,5)	8 (10,8)	0,78
Deseo inhibición	8 (9,4)	8 (9,6)	0,96	13 (17,6)	10 (13,5)	0,49
Preocupación	37 (43,5)	24 (28,9)	0,04	20 (27,0)	20 (27,0)	1,0
Falta de leche	6 (7,1)	1 (1,2)	0,05	7 (9,5)	3 (4,1)	0,19
Suplemento	13 (15,3)	8 (9,6)	0,26	14 (18,9)	14 (18,9)	1,0
Mastitis	1 (1,2)	0 (0,0)	0,32	2 (2,7)	8 (10,8)	0,26

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

En las multíparas, un porcentaje superior de las mujeres de alta precoz estaban preocupadas con la lactancia, y manifestaron falta de leche. Estas diferencias no se mantuvieron a las seis semanas del parto. No hubo diferencias significativas para el resto de variables analizadas.

Satisfacción con el tratamiento

El siguiente objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción con el tratamiento en función del grupo de estudio asignado.

Como hemos indicado en el capítulo de material y métodos, la satisfacción materna se valoró con la escala de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen a las seis semanas del parto. La puntuación global de esta escala oscila entre 8 y 32, y una mayor puntuación indica mayor grado de satisfacción.

La puntuación global de la escala de satisfacción fue sensiblemente superior en el grupo de alta precoz pero las diferencias no fueron significativas ($26,2 \pm 7,7$ vs. $25,1 \pm 8,1$; $p=0,17$).

El grado de satisfacción con el tratamiento también fue evaluado en función de la paridad y tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos. Los datos de este análisis están recogidos en la tabla 35.

Tabla 35. Satisfacción con el tratamiento función de la paridad y del grupo de estudio.

Paridad	Satisfacción (CSQ-8)	Alta precoz	Alta ordinaria	Valor <i>p</i>
Primíparas	media, DE	$26,4 \pm 7,0$	$25,5 \pm 7,7$	0,38
Multíparas	media, DE	$25,9 \pm 8,4$	$24,7 \pm 8,4$	0,31

Dentro del cuestionario de satisfacción también valoramos los ítems 4,5 y 8 de forma independiente para obtener información adicional. En la tabla 36 podemos observar que no hubo diferencias significativas para ninguna de las preguntas analizadas.

Tabla 36. Respuestas a determinados ítems del cuestionario de satisfacción en función del grupo de estudio asignado.

Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)		Alta precoz n=196	Alta ordinaria n=191	Valor <i>p</i>
4. Si un amigo necesitara ayuda similar, ¿recomendaría nuestro programa?				
No	n, %	2 (1,0)	1 (0,5)	0,11
Probablemente no	n, %	6 (3,1)	4 (2,1)	
Probablemente sí	n, %	41 (20,9)	64 (33,5)	
Sí	n, %	147 (75,0)	122 (63,9)	
5. ¿Está satisfecho con la ayuda recibida?				
Poco	n, %	7 (3,6)	0 (0,0)	0,30
Bastante	n, %	22 (11,2)	38 (20,0)	
Mucho	n, %	92 (46,9)	91 (47,9)	
Muchísimo	n, %	75 (38,3)	61 (32,2)	
8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?				
No	n, %	4 (2,0)	2 (1,0)	0,5
Probablemente no	n, %	7 (3,6)	8 (4,2)	
Probablemente sí	n, %	48 (24,5)	58 (30,4)	
Sí	n, %	137 (69,3)	123 (64,4)	

La puntuación de estos ítems también fue evaluada en función de la paridad. Las respuestas para las primíparas y las multíparas están incluidas en las tablas 37 y 38 respectivamente.

Tabla 37. Respuestas a determinados ítems del cuestionario de satisfacción en función del grupo de estudio asignado en primíparas.

Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)		Alta precoz n=101	Alta ordinaria n=95	Valor <i>p</i>
4. Si un amigo necesitara ayuda similar, ¿recomendaría nuestro programa?				
No	n, %	2 (2,0)	0 (0,0)	0,71
Probablemente no	n, %	4 (4,0)	2 (2,1)	
Probablemente sí	n, %	18 (17,8)	29 (30,5)	
Sí	n, %	77 (76,2)	64 (67,4)	
5. ¿Está satisfecho con la ayuda recibida?				
Poco	n, %	5 (5,0)	0 (0,0)	0,51
Bastante	n, %	7 (6,9)	15 (16,0)	
Mucho	n, %	50 (49,5)	50 (53,2)	
Muchísimo	n, %	39 (38,6)	29 (30,9)	
8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?				
No	n, %	2 (2,0)	2 (2,1)	0,95
Probablemente no	n, %	4 (4,0)	1 (1,1)	
Probablemente sí	n, %	28 (27,7)	31 (32,6)	
Sí	n, %	67 (66,3)	61 (64,2)	

En el grupo de primíparas no encontramos diferencias significativas en las repuestas en ninguno de los ítems analizados.

Tabla 38. Respuestas a determinados ítems del cuestionario de satisfacción en función del grupo de estudio asignado en múltiparas.

Cuestionario de Satisfacción (CSQ-8)		Alta precoz n=95	Alta ordinaria n=96	Valor <i>P</i>
4. Si un amigo necesitara ayuda similar, ¿recomendaría nuestro programa?				
No	n, %	0 (0,0)	1 (1,0)	0,05
Probablemente no	n, %	2 (2,1)	2 (2,1)	
Probablemente sí	n, %	23 (24,2)	35 (36,5)	
Sí	n, %	70 (73,7)	58 (60,4)	
5. ¿Está satisfecho con la ayuda recibida?				
Poco	n, %	2 (2,1)	0 (0,0)	0,44
Bastante	n, %	15 (15,8)	23 (24,0)	
Mucho	n, %	42 (44,2)	41 (42,7)	
Muchísimo	n, %	36 (37,9)	32 (33,3)	
8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?				
No	n, %	2 (2,1)	0 (0,0)	0,32
Probablemente no	n, %	3 (3,2)	7 (7,3)	
Probablemente sí	n, %	20 (21,1)	27 (28,12)	
Sí	n, %	70 (73,7)	62 (64,6)	

Entre las múltiparas, un 73,7 % del grupo de alta precoz recomendaría el alta en el grupo asignado, mientras que este porcentaje descendió al 60,4% en el grupo de alta ordinaria. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,05$).

El ítem 5 hace referencia a la satisfacción general. Sumando las mujeres que contestaron “mucho” o “muchísimo”, ésta fue ligeramente superior para el grupo de alta precoz pero sin alcanzar la significación estadística tanto para toda la cohorte (85,2% vs. 80,1%; $p=0,17$) como para las primíparas (88,1% vs. 84,1%; $p=0,41$) y las múltiparas (82,1% vs. 76,0%; $p=0,30$).

Complicaciones, consultas e ingresos de la madre durante el puerperio

Otro de los objetivos evaluados fue comparar la proporción de complicaciones, consultas e ingresos de la madre durante el puerperio entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria.

Para identificar las complicaciones realizamos una entrevista estandarizada en las visitas del séptimo día y la sexta semanas. En esta entrevista preguntamos a las púerperas si habían tenido dolor en el área perineal, problemas con la episiotomía, fiebre y su posible origen, sangrado excesivo, tensión arterial elevada, o algún tipo de complicación venosa.

En el grupo de alta precoz 15 (7,2%) pacientes refirieron alguna complicación hasta el séptimo día del parto, mientras que en el grupo de alta ordinaria esta cifra ascendió a 21 (10,2 %). La comparación de estos porcentajes no mostró diferencias significativas ($p=0,26$). A la sexta semana 35 (17,8%) pacientes del grupo de alta precoz y 41 (21,4%) del grupo de alta ordinaria refirieron haber tenido complicaciones. En este periodo de análisis las diferencias tampoco fueron significativas ($p=0,37$). Una paciente que había referido metrorragia en la séptima semana se perdió para el seguimiento.

En la tabla 39 están recogidas las complicaciones referidas por las pacientes hasta el séptimo día del parto y hasta la sexta semana distribuidas por los grupos de estudio establecidos. En esta tabla también está incluida la comparación entre los grupos para cada una de las complicaciones. Las diferencias no fueron significativas en ninguno de los periodos de tiempo analizados.

Tabla 39. Complicaciones maternas a lo largo del puerperio en función del grupo de estudio asignado.

Complicaciones		7° día del parto			6ª semana del parto		
		AP n=209	AO n=205	Valor <i>p</i>	AP n=197	AO n=192	Valor <i>p</i>
Dolor perineal	n,%	6 (2,9)	10 (4,9)	0,28	7 (3,6)	11 (5,7)	0,30
Episiotomía							
Infección	n,%	0 (0,0)	1 (0,5)	1,0	0 (0,0)	2 (1,0)	0,24
Dehiscencia	n,%	1 (0,5)	1 (0,5)	1,0	2 (1,0)	5 (2,6)	0,27
Infección / Fiebre							
Endometritis	n,%	1 (0,5)	0 (0,0)	1,0	1 (0,5)	0 (0,0)	1,0
Mastitis	n,%	3 (1,4)	1 (0,5)	0,62	10 (5,1)	11 (5,4)	0,77
Infección de orina	n,%	1 (0,5)	2 (1,0)	0,62	3 (1,5)	3 (1,6)	1,0
No filiada	n,%	0 (0,0)	2 (1,0)	0,24	3 (1,5)	4 (2,1)	0,72
Sangrado excesivo	n,%	2(1,0)	5 (2,4)	0,28	12 (6,1)	9 (4,7)	0,54
preclampsia	n,%	0 (0,0)	0 (0,0)	1,0	1 (0,5)	0 (0,0)	1,0

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

Hasta los siete días del parto, la complicación más frecuente fue el dolor perineal afectando a 16 (3,9%) mujeres. La segunda complicación en frecuencia fue la metrorragia referida por 7 (1,7%) mujeres, seguida de la mastitis que afectó a 4 (1%).

Las complicaciones más frecuentes hasta las seis semanas del parto fueron la mastitis y la metrorragia, afectando ambas a 21 (5,2%) mujeres. La segunda complicación en frecuencia fue el dolor perineal que afectó a 19 (4,6%) mujeres. Tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos.

Analizando los resultados presentados en la tabla 39 podemos decir que el dolor perineal apareció fundamentalmente en la primera semana tras el parto. Complicaciones

severas como la endometritis y la preclampsia también debutaron en esta primera semana. Sin embargo otras complicaciones como la mastitis o el sangrado excesivo aparecieron con mayor frecuencia a partir de la primera semana tras el parto.

En este estudio también valoramos las consultas a la matrona y al ginecólogo del ambulatorio, las consultas en urgencias de ginecología del hospital y los ingresos hospitalarios.

En la tabla 40 están recogidos el número de consultas y de ingresos hospitalarios en función del grupo de estudio hasta los siete días del parto y hasta las seis semanas. No hubo diferencias significativas en las comparaciones.

Tabla 40. Consultas e ingresos hospitalarios de la madre hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del parto, en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7º día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=209	AO n=205	Valor <i>p</i>	AP n=195	AO n=192	Valor <i>p</i>
Consultas						
Matrona						
0	98 (47,1)	86 (42,0)	0,3	25 (12,8)	26 (13,5)	0,9
1	99 (47,6)	112 (54,6)		98 (50,3)	95 (49,5)	
2	10 (4,8)	5 (2,4)		51 (26,2)	49 (25,5)	
≥ 3	1 (0,5)	2 (1,0)		21 (10,8)	22 (11,5)	
Ginecólogo	8 (3,8)	5 (2,4)	0,5	30 (15,3)	21 (10,9)	0,2
Urgencias	6 (2,9)	7 (3,4)	0,78	15 (7,7)	16 (8,3)	0,8
Ingresos hospital	1 (0,5)	0 (0,0)	1,0	3 (1,5)	1 (0,5)	

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

En la primera semana después del parto 110 (52,9%) mujeres del grupo de alta precoz y 119 (58,0%) de grupo de alta ordinaria habían tenido al menos a una visita con la matrona. En la mayor parte de los casos habían acudido a una única visita (AP: 90,0%, AO: 94,1%).

Durante este periodo 13 (3,1%) mujeres visitaron al ginecólogo del ambulatorio y otras 13 (3,1%) acudieron a urgencias de ginecología del hospital para su valoración. Tan solo una paciente de las que acudió a urgencias con una dehiscencia de la episiotomía, había visitado anteriormente a su ginecólogo. Una de las mujeres que acudió a urgencias por dolor abdominal, se perdió para el seguimiento. Los motivos de la consulta en urgencias están recogidos en la tabla 41. La causa más frecuente fue los problemas con la episiotomía. Una (0,2%) mujer reingresó en la primera semana del parto y pertenecía al grupo del alta precoz.

A las seis semanas del parto los porcentajes de mujeres que habían acudido a la matrona también fueron similares para los grupos de estudio (AP: 88% vs. AO: 87,4%). Cerca del 60% de las mujeres de cada grupo habían acudido una vez mientras que alrededor del 30% lo habían hecho dos veces.

Las consultas al ginecólogo del ambulatorio ascendieron a 41 (10,6%) mujeres, las causas más frecuente fueron la metrorragia y la mastitis. Durante este periodo 31 (7,8 %) mujeres acudieron a urgencias del hospital, de las cuales 15 pertenecían al grupo de alta precoz y 16 al grupo de alta ordinaria. Los motivos más frecuentes fueron los problemas con la episiotomía y la fiebre o sospecha de infección (tabla 41).

De las mujeres que acudieron a urgencias, 4 (1%) reingresaron en el transcurso de las primeras seis semana del parto. Una de ellas ya lo había hecho en la primera semana. El motivo del ingreso, el tiempo de estancia hospitalaria y el grupo al cual habían sido asignadas estas pacientes están incluidos en la tabla 42.

Tabla 41. Motivo de la consulta en urgencias de ginecología del hospital hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del parto en función del grupo de estudio asignado.

Consultas en urgencias	7° día del parto		6ª semana del parto	
	AP n=7	AO n=6	AP n=15	AO n=16
Problemas con la episiotomía				
Infección	1	0	1	1
Dehiscencia	1	1	1	3
Dolor	0	1	1	1
Infección / Fiebre				
Infección de orina	1	0	1	1
Mastitis	0	1	1	2
Endometritis	0	0	1	0
Amigdalitis	0	0	1	0
No filiada	0	1	1	1
Dolor no ginecológico				
Abdominal	0	1*	0	0
Hemorroide	1	0	1	0
Metrorragia	0	0	1	4
Ingurgitación mama	0	0	2	0
Otros problemas				
Estreñimiento	1	0	1	1
Crisis ansiedad	1	0	1	0
Malestar General	1	1	1	1
Ciática	0	0	0	1

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

(*): esta paciente se perdió para el seguimiento

Tabla 42. Reingresos maternos en las primeras seis semanas postparto.

Motivo de Ingreso	GRD	Grupo	Duración
Preclampsia	376	Alta Precoz	10 días
Endometritis	376	Alta Precoz	5 días
Restos deciduocoriales	377	Alta Ordinaria	1 día
Fiebre origen desconocido-Lupus	376	Alta Precoz	7 días

GRD: grupo relacionado por el diagnóstico

La primera paciente consultó por malestar general a los cuatro días tras el parto. Durante el ingreso fue etiquetada de crisis hipertensiva y de una insuficiencia cardiaca congestiva izquierda con un edema agudo de pulmón secundaria a una miocardiopatía periparto.

La segunda paciente, ingreso a los diez días tras el parto por sospecha de endometritis para tratamiento antibiótico endovenoso. Tras evolucionar favorablemente fue dada de alta para completar el tratamiento antibiótico en su domicilio.

La tercera paciente consultó por metrorragia a las dos semanas tras el parto. La imagen ecográfica fue sugestiva de restos endocavitarios. Durante el ingreso se practicó el legrado de la cavidad uterina y tras comprobar su correcta evolución postquirúrgica fue dada de alta.

El cuarto ingreso fue por fiebre de origen desconocido en una púérpera de diez días. Se realizaron múltiples pruebas diagnósticas para descartar una complicación del postparto. La paciente evolucionó favorablemente, pero fue dada de alta sin tener un diagnóstico definitivo. En la consulta de enfermedades infecciosas completaron el estudio y diagnosticaron de un lupus.

El número de consultas y de ingresos hospitalarios también fueron evaluados en función de la paridad. Los datos de las primíparas están recogidos en la tabla 43 y los de las multíparas en la tabla 44.

No se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de alta precoz y el de alta ordinaria para ninguna de las variables analizadas tanto para primíparas (tabla 43) como para multíparas (tabla 44).

Tabla 43. Consultas e ingresos hospitalarios de las primíparas hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del parto, en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7º día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=105	AO n=101	Valor <i>p</i>	AP n=101	AO n=96	Valor <i>p</i>
Consultas						
Matrona						
0	37 (35,2)	31 (30,7)	0,5	4 (4,0)	6 (6,3)	0,89
1	61 (58,1)	65 (64,4)		55 (54,5)	48 (50,0)	
2	6 (5,7)	3 (3,0)		30 (29,7)	28 (29,2)	
≥ 3	1 (1,0)	2 (2,0)		12 (11,9)	14 (14,6)	
Ginecólogo	3 (2,9)	2 (2,0)	1,0	15 (14,9)	10 (10,4)	0,4
Urgencias	5 (4,8)	3 (3,0)	0,7	9 (9,0)	10 (10,4)	0,8
Ingresos hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	-	1 (1,0)	0 (0,0)	1,0

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

Tabla 44. Consultas e ingresos hospitalarios de las multíparas hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del parto, en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7º día del parto			6ª semana del parto		
	AP n=103	AO n=104	Valor <i>p</i>	AP n=94	AO n=96	Valor <i>p</i>
Consultas						
Matrona						
0	61 (59,2)	55 (52,9)	0,4	21 (22,3)	20 (20,8)	0,9
1	38 (36,9)	47 (45,2)		43 (45,7)	47 (49,0)	
2	4 (3,9)	2 (1,9)		21 (22,3)	21 (21,9)	
≥ 3	0 (0,0)	0 (0,0)		9 (9,6)	8 (8,3)	
Ginecólogo	5 (4,9)	3 (2,9)	0,49	15 (15,8)	11 (11,3)	0,4
Urgencias	1 (1,0)	4 (3,8)	0,4	6 (6,3)	6 (6,3)	1,0
Ingresos hospital	1 (1,0)	0 (0,0)	0,49	2 (2,1)	1 (1,0)	0,6

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

Complicaciones, consultas e ingresos del RN

De la misma manera que lo hicimos con las complicaciones maternas, también comparamos la proporción de complicaciones, consultas e ingresos hospitalarios de los RN entre el grupo de alta precoz y el de alta ordinaria. Para ello recogimos el número de consultas e ingresos hasta la semana de vida y hasta las seis semanas, así como el motivo y el diagnóstico efectuado en cada uno de los casos.

El número total de complicaciones se calculó sumando los diagnósticos efectuados por el pediatra del ambulatorio y los que se hicieron en urgencias del

hospital. Analizamos también el número de urgencias hospitalarias y de ingresos del neonato hasta el día 28 de vida puesto que es aquí donde finaliza el periodo neonatal.

El número total de consultas e ingresos de los RN en función del grupo de estudio asignado, está recogido en la tabla 45. Cuando comparamos el grupo de alta precoz con el grupo de alta ordinaria, no se observaron diferencias significativas para ninguna de las variables analizadas.

En la primera semana de vida 188 (45%) RN habían sido vistos por el pediatra. De estos, 11 (2,7%) fueron revisados dos veces y 2 (0,5%) lo fueron tres veces. Durante este periodo 14 (3,4) neonatos fueron llevados a la enfermera de pediatría una vez, y 1 (0,2) dos veces.

A urgencias de pediatría acudieron 29 (7,0%) RN en los primeros siete días, 16 (7,7%) del grupo de alta precoz y 13 (6,6%) del grupo de alta ordinaria, la comparación entre los grupos no mostró diferencias significativas ($p=0,19$). De los RN que fueron valorados en urgencias en 19 casos no se identificó patología, 10 (4,8%) pertenecían al grupo de alta precoz y 9 (4,4%) al grupo de alta ordinaria. La comparación de los grupos tampoco mostró diferencias significativas ($p=0,80$). El motivo de consulta más frecuente en estos casos había sido llanto excesivo (7), seguido de alteraciones en el cordón umbilical (5) y los problemas con las heces (5). En un caso consultaron por vomito de sangre (1), hematuria (1) y caída (1).

En 10 casos se identificó patología. En uno de ellos perteneciente al grupo de alta ordinaria, se establecieron dos diagnósticos. Los 11 diagnósticos efectuados están recogidos en la tabla 46.

En los siete primeros días de vida ingresaron 7 (1,7%) RN. El motivo, la duración del ingreso y el grupo de estudio al que pertenecían están incluidos en la tabla 47.a. Un RN que había ingresado por problemas con la lactancia y que pertenecía al grupo de alta precoz, se perdió para el seguimiento.

Tabla 45. Consultas e ingresos de RN hasta el séptimo y hasta la sexta semana del nacimiento en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7º día del nacimiento			6ª semana del nacimiento		
	AP n=208	AO n=205	Valor <i>p</i>	AP n=196	AO n=191	Valor <i>p</i>
Consultas						
Pediatra						
0	119 (57,2)	106 (51,7)	0,60	1(0,5)	0 (0,0)	0,68
1	84(40,4)	91(44,4)		5 (2,6)	6 (3,1)	
2	4 (1,9)	7 (3,4)		69 (35,2)	65 (34,0)	
3	1 (0,5)	1 (0,5)		79 (40,3)	86 (45,0)	
≥ 4	0 (0,0)	0 (0,0)		42 (21,4)	34 (17,8)	
Enfermera						
0	202 (97,1)	196 (95,6)	0,50	146 (74,5)	136 (71,2)	0,48
1	6 (2,9)	8 (3,9)		32 (16,3)	40 (20,9)	
≥ 2	0 (0,0)	1 (0,5)		18 (9,2)	15 (7,9)	
Urgencias						
0	193 (92,8)	193 (94,1)	0,59	149 (76,0)	153 (80,1)	0,55
1	16 (7,7)*	13 (6,3)		35 (17,9)	30 (15,7)	
≥ 2	0 (0,0)	0 (0,0)		12 (6,1)	8 (4,2)	
Ingresos	5 (2,4)*	2 (1,0)	0,44	14 (7,1)	13 (6,7)	0,74

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria (*): uno de estos RN se perdió para el seguimiento.

En la sexta semana de vida todos los RN excepto uno habían sido revisados por el pediatra. La mayor parte de ellos habían sido evaluados entre dos y tres veces. En el grupo de alta precoz 42 (21,4%) niños habían estado en el pediatra por lo menos cuatro veces y 34 (17,8%) en el grupo de alta ordinaria ($p=0,68$).

Durante este periodo el 25,5% de los neonatos del grupo de alta precoz y el 28,8% del grupo de alta ordinaria habían sido llevados a la enfermera de pediatría al menos una vez.

En la mayor parte de los casos, las consultas tanto con el pediatra como con la enfermera del ambulatorio habían sido para una revisión rutinaria, en 38 (9,8%) casos se precisó un control mas estricto del peso, 21 (10,8%) pertenecían al grupo de alta precoz y 17 (8,9%) al grupo de alta ordinaria.

Un total de 46 (11,9) RN fueron valorados en el ambulatorio por algún problema, 26 (13,3%) del grupo de alta precoz y 20 (10,4%) del grupo de alta ordinaria. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,48$). En 4 casos tuvieron dos problemas. El diagnóstico más frecuente fue la infección de vías respiratorias superiores (15), seguida de conjuntivitis (5), alteración de cordón (5), estreñimiento (4), alteraciones cutáneas (4), bronquiolitis (3), ictericia (3), hongos (3), cólico (2), fiebre (2), otitis (1), quiste de pene (1), revisión de cadera (1) y mancha en paladar (1).

En urgencias de pediatría fueron valorados 85 (22,0%) RN en las primeras seis semanas, 47 (24,0 %) del grupo de alta precoz y 38 (19,9%) del grupo de alta ordinaria, la comparación entre los grupos no mostró diferencias significativas ($p=0,55$). De los RN que fueron valorados en urgencias, en 31 casos no se identificó patología, 16 (8,2%) pertenecían al grupo de alta precoz y 15 (7,9%) al grupo de alta ordinaria. La comparación de los grupos tampoco mostró diferencias significativas ($p=0,54$). Los motivos de consulta más frecuentes en el grupo en que no se objetivó patología volvieron a ser el llanto excesivo (9), seguido de alteraciones en el cordón umbilical (8) y los problemas con las heces (5). La mayor parte de estas consultas se habían efectuado en la primera semana de vida.

Tabla 46. Diagnóstico de los RN atendidos en urgencias del hospital.

Diagnósticos en urgencias	7º día de vida		6ª semana de vida	
	AP	AO*	AP*	AO*
Aparato digestivo				
Vómitos	1		1	
Atragantamiento		1	1	2
Lactancia insuficiente	1 ⁺			1
Estreñimiento			2	1
Diarrea	1		1	
Muguet			2	
Cólico		1	2	3
Peso no adecuado		1	2	1
Ictericia	2	2	3	3
Infecciones respiratorias				
Vías altas			3	2
Bronquiolitis			5	4
Tosferina			1	
Otras infecciones				
Conjuntivitis			1	2
Otitis				1
Infecciones de orina			2	1
Infecciones del cordón	1		4	
Mastitis			1	
Fiebre sin foco				1
Otros causas				
Apnea				1
Trauma craneoencefálico			1	1

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria (*): dos diagnósticos en el mismo rn (+): RN perdido para el seguimiento.

Se identificó patología en 54 (14,0%) RN, en uno de ellos se efectuaron dos diagnósticos en la misma visita. De los RN que fueron valorados en mas de una ocasión, solo en un caso se hicieron dos diagnósticos diferentes. Los 56 diagnósticos efectuados están recogidos en la tabla 46.

De los 54 niños atendidos en urgencias 37 estaban en el periodo neonatal, mientras que 11 ya tenían una edad superior a los 28 días.

El número total de complicaciones se calculó sumando los diagnósticos efectuados por el pediatra del ambulatorio y los que se hicieron en urgencias del hospital. De todos los RN con complicaciones, 10 habían sido vistos en el pediatra del ambulatorio y en urgencias de pediatría. En 6 de ellos se hizo el mismo diagnóstico por lo que se consideró una única complicación.

En total se diagnosticaron 96 (24,8%) complicaciones, 52 (26,6%) en el grupo del alta precoz y 44 (22,9%) en el grupo del alta ordinaria. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,33$).

Los diagnósticos más frecuentes fueron la infección de vías respiratorias superiores que afectaron a 20 (5,1%) RN, seguido de la bronquiolitis diagnosticada en 9 (2,3%), también hubo 9 (2,3%) casos de ictericia, 8 (2,0%) de conjuntivitis, y 7 (1,8%) de alteraciones de cordón u ombligo.

En las seis primeras semanas de vida ingresaron 27 (6,9%) RN, de los cuales 21 estaban en periodo neonatal. El motivo, la duración del ingreso y el grupo de estudio al que pertenecían están incluidos en las tablas 47.b. La causa más frecuente de ingreso fue la bronquiolitis seguida de la ictericia y las infecciones de orina. En 5 casos el ingreso duró menos de 24 horas.

Tabla 47.a. Ingresos de los RN hasta las seis primeras semanas de vida.

Motivo de ingreso	GRD	Días vida	Grupo	Días ingreso
• Vómitos				
Caso 1 (349)	628	2	AP	4
• Atragantamiento				
Caso 1(197)	629	6	AO	3
Caso 2 (267)	629	11	AO	1
• Lactancia insuficiente				
Caso 1 (198)	629	35	AO	0,25
Caso 2 (209)*	629	6	AP	0,25
• Diarrea				
Caso 1 (34)	628	5	AP	1
• Peso no adecuado				
Caso 1 (52)	629	14	AP	2
• Ictericia				
Caso 1 (132)	629	10	AP	3
Caso 2 (242)	629	5	AP	5
Caso 3 (359)	629	4	AO	5
Caso 4 (384)	629	4	AP	4
• Inf. Vías respiratorias altas				
Caso 1 (291)	628	28	AO	6
Caso 2 (319)	628	9	AP	4

GRD: grupo relacionado por el diagnóstico

(*): caso perdido para el seguimiento

AP: alta precoz; AP: alta ordinaria

Tabla 47.b. Ingresos de los RN hasta las seis primeras semanas de vida.

Motivo de ingreso	GRD	Días vida	Grupo	Días ingreso
• Bronquiolitis				
Caso 1 (144)	628	39	AO	6
Caso 3 (158)	627	37	AP	4
Caso 2 (167)	628	40	AP	5
Caso 4 (188)	628	12	AO	4
Caso 5 (195)	628	12	AO	8
Caso 6 (199)	628	16	AP	5
Caso 7 (328)	628	38	AO	3
Caso 8 (380)	628	34	AP	6
• Tosferina				
Caso 1 (56)	628	18	AP	6
• Infecciones de orina				
Caso 1 (55)	628	18	AP	8
Caso 2 (95)	627	30	AO	15
Caso 3 (225)	628	20	AP	10
• Otitis				
Caso 1 (293)	628	22	AO	5
• Fiebre sin foco				
Caso 1 (136)	628	14	AO	7
• Apnea				
Caso 1 (398)	627	14	AO	1

GRD: grupo relacionado por el diagnóstico.

AP: alta precoz; AO:alta ordinaria.

Las consultas e ingresos del RN también fueron evaluadas en función de la paridad. Comparamos el número de consultas e ingresos hospitalarios en la primera y sexta semana de vida, los resultados están recogidos en la tabla 48.

En la primera semana, el porcentaje de primíparas que acudió a urgencias de pediatría fue significativamente mayor (10,4% vs. 3,9%; $p=0,01$). Esta diferencia se mantuvo cuando analizamos las consultas en urgencias a las seis semanas de vida (26,9% vs. 16,9%; $p=0,04$).

El número de primíparas que consultaron más de una vez con la enfermera de pediatría en las primeras seis semanas de vida también fue significativamente superior (12,7% vs. 5,2%; $p=0,015$). Para el resto de variables analizadas no se encontraron diferencias significativas.

Con estos resultados nos planteamos valorar en primíparas y multíparas por separado el número de consultas y de ingresos hospitalarios en función del grupo de estudio asignado.

Los resultados para las primíparas están recogidos en la tabla 49 y para las multíparas en la tabla 50. En estas tablas también observamos como la comparación entre los grupos de estudio asignados no mostró diferencias significativas para ninguna de las variables analizadas.

Tabla 48. Consultas e ingresos de RN hasta el séptimo y hasta la sexta semana del nacimiento en función de la paridad.

Consultas e ingresos	7° día del nacimiento			6ª semana del nacimiento		
	Primíparas n=206	Múltiparas n=207	Valor <i>p</i>	Primíparas n=197	Múltiparas n=190	Valor <i>p</i>
Consultas						
Pediatria						
0	109 (52,9)	116 (56,0)	0,46	1 (0,5%)	0 (0,0)	0,58
1	91 (44,2)	84 (40,6)		6 (3,0)	5 (2,6)	
2	6 (2,9)	5 (2,4)		67 (34,0)	67 (35,3)	
3	0 (0,0)	2 (1,0)		89 (45,2)	76 (40,0)	
≥ 4	0 (0,0)	0 (0,0)		34 (17,3)	42 (22,1)	
Enfermera						
0	198 (96,1)	200 (96,6)	0,60	142 (72,1)	140 (73,7)	0,005
1	7 (3,4)	7 (3,4)		30 (15,2)	42 (22,1)	
≥ 2	1 (0,5)	0 (0,0)		25 (12,7)	8 (4,2)	
Urgencias						
0	185 (89,8)	199 (96,1)	0,01	144 (73,1)	158 (83,2)	0,042
1	21 (10,4)	8 (3,9)		39 (19,8)	26 (13,7)	
2	0 (0,0)	0 (0,0)		14 (7,1)	6 (3,2)	
Ingresos	5 (2,4)	2 (1,0)	0,28	12 (6,1)	15 (7,9)	0,48

Tabla 49. Consultas e ingresos de RN de primíparas hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del nacimiento en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7º día del nacimiento			6ª semana del nacimiento		
	AP n=105	AO n=101	Valor <i>p</i>	AP n=101	AO n=96	Valor <i>p</i>
Consultas						
Pediatra						
0	58 (55,2)	51 (50,5)	0,21	1 (1,0)	0 (0,0)	0,77
1	46 (43,8)	45 (44,6)		2 (2,0)	4 (4,2)	
2	1 (1,1)	5 (5,0)		34 (33,7)	33 (34,3)	
3	0 (0,0)	0 (0,0)		46 (45,5)	43 (44,8)	
≥ 4	0 (0,0)	0 (0,0)		18 (17,8)	16 (16,7)	
Enfermera						
0	102 (97,1)	96 (95,0)	0,53	75 (74,3)	67 (69,8)	0,39
1	3 (2,9)	4 (4,0)		12 (11,9)	18 (18,8)	
≥ 2	0 (0,0)	0 (0,0)		14 (13,9)	11 (11,5)	
Urgencias						
0	93 (88,6)	92 (91,1)	0,55	68 (67,3)	76 (79,2)	0,12
1	12 (11,4)*	9 (8,9)		23 (22,8)	16 (16,7)	
2	0 (0,0)	0 (0,0)		10 (9,9)	4 (4,2)	
Ingresos	4 (3,8)*	1 (1,0)	0,36	9 (8,9)	3 (3,1)	0,13

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

(*): uno de estos RN se perdió para el seguimiento.

Tabla 50. Consultas e ingresos de RN de multíparas hasta el séptimo día y hasta la sexta semana del nacimiento en función del grupo de estudio asignado.

Consultas e ingresos	7° día del nacimiento			6ª semana del nacimiento		
	AP n=103	AO n=104	Valor <i>p</i>	AP n=95	AO n=95	Valor <i>p</i>
Consultas						
Pediatria						
0	61 (59,2)	55 (52,9)	0,73	0 (0,0)	0 (0,0)	0,47
1	38 (36,9)	46 (44,2)		3 (3,2)	2 (2,1)	
2	3 (2,9)	2 (1,9)		35 (36,8)	32 (33,7)	
3	1 (1,0)	1 (1,0)		33 (34,7)	43 (45,3)	
≥ 4	0 (0,0)	0 (0,0)		24 (25,3)	18 (18,9)	
Enfermera						
0	100 (97,1)	100 (96,2)	1,0	71 (74,7)	69 (72,6)	0,94
1	3 (2,9)	4 (3,8)		20 (21,1)	22 (23,2)	
≥ 2	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (4,2)	4 (4,2)	
Urgencias						
0	99 (96,1)	100 (96,2)	1,0	81 (85,3)	77 (81,1)	0,63
1	4 (3,9)	4 (3,8)		12 (12,6)	14 (14,7)	
2	0 (0,0)	0 (0,0)		2 (2,1)	4 (4,2)	
Ingresos	1 (1,0)	1 (1,0)	1,0	5 (5,3)	10 (10,5)	0,17

AP: alta precoz. AO: alta ordinaria.

Estudio de costes

El último objetivo del trabajo fue comparar los costes hospitalarios y extrahospitalarios entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria. Para ello, realizamos un estudio de minimización de costes utilizando los GRDs de ginecología y pediatría y la fórmula hemos explicado en el capítulo de material y métodos.

El Departamento de Contabilidad Analítica y Documentación Clínica nos facilitó el peso, el coste y la estancia media de cada GRD para calcular su coste por día (tabla 51).

Tabla 51. Cálculo de los costes hospitalarios según el GRD.

Grupo relacionado por el diagnóstico (GRD)	Peso	Coste	EM	Coste/d
373 Parto vaginal sin diagnóstico complicado	0,5628	2.181,04	2,20	557,94
376 Diagnóstico postparto y postaborto sin procedimiento	0,5414	2.098,11	2,50	454,37
377 Diagnóstico postparto y postaborto con procedimiento	1,0581	4.100,49	3,46	1253,97
627 Neonato, peso al nacer mayor de 2.499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con problema mayor	0,9614	3.37,24	7,30	492,19
628 Neonato, peso al nacer mayor de 2.499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con problemas menores	0,5918	2.392,31	5,37	263,61
629 Neonato, peso al nacer mayor de 2.499 g, sin procedimiento quirúrgico significativo con diagnóstico neonatal normal	0,2364	982,12	3,93	59,077

EM: estancia media. Coste/d: coste por día.

El Departamento de Contabilidad Analítica y Documentación Clínica también nos facilitó los costes de las urgencias de ginecología y pediatría, de las consultas externas del hospital y las extrahospitalarias. Estos datos están recogidos en la tabla 52.

Tabla 52. Coste de las urgencias y las consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.

Consultas hospitalarias y extrahospitalarias	Coste en euros
Urgencia de ginecología	
No requiere ingreso hospitalario	80,92
Requiere ingreso hospitalario	188,01
Urgencia Pediatría	
No requiere ingreso hospitalario	123,54
Requiere ingreso hospitalario	286,74
Consulta Intrahospitalaria	106,88
Consulta Extrahospitalaria	
Primera visita	87,29
Visita sucesiva	43,65

1.- Costes en el postparto inmediato

Para calcular el coste en el postparto inmediato tuvimos en cuenta la estancia media de cada uno de los grupos de estudio que fue de 1,14 días para el grupo del alta precoz y de 2,03 días para el grupo del alta ordinaria. Los criterios de inclusión y exclusión establecidos hicieron que todas las pacientes estuvieran incluidas en el GRD 373 que corresponde a parto vaginal sin diagnóstico complicado. Los costes del postparto inmediato en función del grupo de estudio asignado están recogidos en la tabla 53.

Tabla 53. Costes del postparto inmediato en función del grupo de estudio asignado.

COSTE por procedimiento	Alta Precoz			Alta Ordinaria		
	n	EM	euros	n	EM	euros
PV no complicado 557,94	196	1,14	124.666,11	191	2,03	216.330,07
Consulta AP 106,88	196	-	20.948,48	0		0,00
COSTE TOTAL			145.614,59			216.330,07

PV: parto vaginal. AP: alta precoz. EM estancia media

2.- Costes de los reingresos maternos e ingresos del RN

Los costes de los reingresos maternos e ingresos del RN por cada GRD y el coste total en función del grupo de estudio asignado están incluidos en la tabla 54. Para el cálculo del coste de tuvimos en cuenta los días de estancia hospitalaria de cada GRD.

Tabla 54. Costes de los reingresos maternos y del RN en función del grupo asignado.

COSTE por GRD/día	Alta Precoz			Alta Ordinaria		
	n	días	euros	n	días	euros
GRD 376 454,37	3	22	9.996,14	0	0	0,00
GRD 377 1253,97	0	0	0,00	1	1	1.253,97
GRD 627 492,19	1	4	1.968,76	2	16	7.875,04
GRD 628 263,61	9	49	12.916,89	7	41	10.808,01
GRD 629 59,07	5	14,25	841,74	4	9,25	546,39
COSTE TOTAL			25.723,53			20.453,41

n: número de pacientes con ese diagnóstico al alta hospitalaria

3.- Costes de las consultas extrahospitalarias y de las urgencias del hospital

Para calcular los costes de las consultas extrahospitalarias y las urgencias tuvimos en cuenta el número de consultas y urgencias de las puérperas que está recogido en la tabla 40 y el número de consultas y urgencias de RN que está recogido en la tabla 45.

Los costes de las consultas extrahospitalarias y de las urgencias de ginecología y pediatría están recogidos en la tabla 55.

Tabla 55. Costes de las consultas extrahospitalarias y de las urgencias del hospital.

COSTE por consulta	Alta precoz		Alta ordinaria		
	n	euros	n	euros	
Puérpera					
Ginecólogo primera	87,29	30	2.618,1	21	1.833,09
Matrona primera	87,29	170	14.839,3	166	14.490,14
Matrona sucesiva	43,65	110	4.801,5	131	5.718,15
Urgencia sin ingreso	80,92	12	971,04	15	1.213,8
Urgencia con ingreso	188,01	3	564,03	1	188,01
Recién nacido					
Pediatra primera	87,29	195	17.021,55	192	16.759,68
Pediatra sucesiva	43,65	369	16.106,85	355	15.495,75
Enfermera primera	87,29	50	4.364,5	55	1.309,35
Enfermera sucesiva	43,65	25	1.091,25	26	1.143,9
Urgencia sin ingreso	123,55	42	5.189,1	39	4.818,45
Urgencia con ingreso	286,74	14	4.014,36	13	3.727,62
COSTE TOTAL			71.581,58		66.697,94

4.- Costes totales

En la tabla 56 están recogidos los costes totales para los dos grupos de estudio. El grupo del alta precoz redujo el coste en 60.561,72 euros lo que supuso un ahorro del 19,95%

Tabla 56. Costes totales para los dos grupos de estudio.

COSTES SANITARIOS	Alta Precoz	Alta Ordinaria
Postparto inmediato	145.614,59	216.330,07
Reingresos maternos y neonatales	25.723,53	20.453,41
Consultas extrahospitalarias y urgencias	71.581,58	66.697,94
COSTES TOTALES	242.919,70	303.481,42

Estas cifras se corresponden a 196 mujeres con alta precoz y 191 mujeres con alta ordinaria.

El coste por puérpera que se había ido de alta precoz fue de 1.239,38 euros y por puérpera con ordinaria fue de 1.588,90 euros. Por tanto, el alta precoz redujo el coste en de 349,52 euros por puérpera, lo que supuso un ahorro del 21,99%.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El hallazgo más relevante que hemos obtenido tras la realización de este trabajo es la seguridad de las puérperas y de los RN que se van de alta precoz después de un parto vaginal no complicado. Hemos alcanzado este resultado al comprobar que las complicaciones maternas y del RN así como el porcentaje de lactancia materna son similares cuando comparamos el alta precoz con el alta habitual. Entre estas complicaciones, hemos hecho especial hincapié en los trastornos mentales por la trascendencia que tienen para la madre y para el RN. Además hemos conseguido demostrar que el alta precoz supone una reducción de los costes sanitarios, manteniéndose el grado de satisfacción con el tratamiento recibido.

En este estudio también hemos identificado diferentes factores de riesgo que favorecen la aparición de la ansiedad y la depresión en el postparto. Las puérperas con riesgo aumentado podrían beneficiarse de un cribado para estas patologías. Tal y como ha quedado reflejado en el capítulo de la introducción, el tratamiento precoz de la ansiedad y la depresión postparto mejoraría el establecimiento del vínculo materno-filial y con ello el desarrollo del RN.

Hemos obtenido estos resultados estableciendo la duración de la estancia hospitalaria en el grupo del alta precoz en menos de 48 horas siguiendo las recomendaciones de la ACOG. Además, hemos utilizado instrumentos de medida validados para las variables en las que estaban disponibles.

En el capítulo de la introducción ha quedado reflejado como el alta precoz ha sido motivo de la realización de diferentes estudios. A pesar de ello, la revisión sistemática de Brown y cols. (8), publicada en el año 2009, constata la necesidad de diseñar nuevos trabajos utilizando escalas validadas y con definiciones homogéneas

para poder extrapolar los resultados y así obtener potencia a la hora de analizarlos en conjunto.

Esta carencia de datos también puede ser uno de los factores que favorece que el alta precoz no se implante de forma definitiva. Recordamos que la estancia media postparto en la mayor parte de los países entre los que se encuentra España, oscila entre dos y tres días. Incluso llega hasta cuatro-cinco en Francia, Bélgica o Austria. Solo unos pocos países como Canadá y el Reino Unido, que han sido pioneros en el alta precoz y han publicado guías específicas, tienen una estancia hospitalaria media tras el parto por debajo de dos días.

En este capítulo discutiremos la relevancia de nuestros hallazgos para cada uno de los aspectos que hemos evaluado y la relación de nuestros resultados con otros datos publicados en la literatura médica. Además justificaremos la elección de los instrumentos de medida que hemos utilizado, entre los que están establecidos y recogidos en el capítulo de introducción.

Ansiedad materna postparto

Nuestros resultados indicaron que los niveles de ansiedad eran prácticamente similares en el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria en casi todos los periodos del postparto analizados (24 horas, seis semanas, y seis meses). Sólo al séptimo día del parto la ansiedad fue significativamente superior para el grupo de alta ordinaria, pero esta diferencia no se mantuvo en los periodos de estudio posteriores. Cuando estratificamos los datos según la paridad, observamos que la diferencia en el nivel de ansiedad encontrada a los siete días del parto se debía principalmente al grupo de las multíparas.

La ansiedad materna sufrió oscilaciones a lo largo del puerperio. En las primíparas el séptimo día del parto fue el momento de mayor nivel de ansiedad, mientras que en las multíparas fue al sexto mes.

La repercusión del tipo de alta en la ansiedad materna postparto ha sido objeto de muy pocos estudios. De hecho solo hemos encontrado dos trabajos en la literatura médica que evalúan este aspecto. Carty y cols. (134) valoraron la ansiedad al mes del parto con la escala de ansiedad-estado de STAI y no encontraron diferencias significativas entre ninguno de sus tres grupos establecidos (grupo 1: alta a las 12-24 horas; grupo 2: alta a las 25-48; y grupo 3: alta a los 4 días). El problema de este estudio es que incluye un número de mujeres reducido para poder tener potencia estadística suficiente. Recordamos que nosotros calculamos el tamaño muestral en función de la puntuación de la escala ansiedad-estado STAI de Spielberger y estimamos incluir 176 casos en cada grupo para tener una potencia estadística del 80%. Aun así publican unos resultados similares a los nuestros.

Sainz Bueno y cols. (113) evaluaron la ansiedad postparto a los siete días y al mes con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y no encontraron diferencias significativas en ninguno de los periodos establecidos. En este caso incluyeron una muestra suficiente (430 mujeres) con una definición adecuada del alta precoz (alta menor a las 48 horas). El problema de este estudio es que evaluaron la ansiedad postparto con un instrumento menos adecuado. La escala HADS posee 14 ítems para valorar la ansiedad y la depresión y una puntuación igual o superior a 11 indica patología. La puntuación global no es tratada como una variable continua, por lo que discrimina menos los niveles de ansiedad. En nuestro estudio al séptimo día el nivel de ansiedad entre las mujeres que se habían ido de alta ordinaria fue significativamente superior ($12,6 \pm 8,4$ vs $10,7 \pm 8,1$; $p=0,007$). Sin embargo cuando categorizamos la variable, el porcentaje de mujeres con un cribado positivo para la ansiedad aunque también fue superior, las diferencias no alcanzaron la significación estadística ($12,3\%$ vs $10,6\%$; $p=0,4$).

Consideramos que la escala STAI es el instrumento más adecuado para analizar la ansiedad en el postparto por varios motivos. En primer lugar porque es la única escala que posee validación para las mujeres postparto y la gran mayoría de los estudios publicados que estudian la ansiedad en este periodo utilizan esta escala (11,103-106,

112,114). En segundo lugar porque esta escala está validada en español. Hecho que resulta importante a la hora de aplicar cualquier cuestionario por las variaciones específicas de cada idioma. No sería correcto utilizar una escala no validada al español haciendo uso de una traducción llana. Y en tercer lugar, es la única escala que valorando específicamente la ansiedad materna, lo hace de forma independiente a dos entidades distintas de la ansiedad: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Así, la subescala de ansiedad-estado puede ser utilizada para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión (en este caso el alta precoz y el nacimiento del bebé). Por otra parte, la subescala de ansiedad-rasgo puede ser utilizada en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al “estrés” psicológico (115).

En este estudio también nos planteamos como objetivo secundario evaluar los factores de riesgo para la ansiedad en el postparto. Incluimos este objetivo puesto que la identificación de estos factores podría ayudarnos a seleccionar el grupo de mujeres que se beneficiarían de un estudio más exhaustivo y con ello favoreceríamos el diagnóstico precoz de la ansiedad.

Para ello consideramos con ansiedad a aquellas pacientes que habían dado una puntuación por encima del centil 50 en la escala ansiedad-estado, como recomiendan los autores. Teniendo en cuenta este punto de corte, la prevalencia de la ansiedad postparto fue del 7,21% a las 24 horas, del 11,83% a los siete días, del 10,25% a las seis semanas y del 11,17% a los seis meses. Sainz Bueno y cols. (113) registraron una prevalencia de ansiedad a la semanas del parto del 15,4% utilizando un punto de corte de siete (casos probables de tener trastorno ansioso-depresivo) en la escala de HAD, discretamente superior a la nuestra. Como hemos indicado, estos autores utilizaron otro instrumento de media para la ansiedad.

El análisis de los factores implicados en la ansiedad a las 24 horas del parto indicó que tanto la episiotomía (OR:3,55; IC 95%: 1,16-10,83) como la propensión de ansiedad de base (OR:7,20; IC 95%: 2,73-18,95) fueron factores independientes que incrementan el riesgo. Estos resultados se asemejan en parte a los publicados por

Britton y cols. (111) que muestran una asociación independiente entre la ansiedad inmediata postparto y el haber tenido un evento médico periparto estresante y una mayor percepción de estrés materno perinatal por parte de la madre. Estos autores tampoco encontraron asociación con los factores demográficos, el tiempo de estancia hospitalaria tras el parto, el soporte social y los antecedentes psiquiátricos.

A los siete días del parto la ansiedad en el postparto inmediato (OR:7,46; IC 95%: 3,02-18,44), así como la propensión a la ansiedad (OR:4,42; IC 95%: 1,84-10,63) fueron factores de riesgo independientes para padecer ansiedad. No encontramos asociación con ninguna otra variable analizada.

A las seis semanas del parto, las puérperas que habían mostrado signos de ansiedad en el postparto inmediato (OR: 4,39; IC 95%: 1,58-12,16), las que tenían propensión a la ansiedad (OR: 4,82; IC 95%: 1,62-14,38), y a las que se les detectó síntomas de depresión (OR:19,88; IC 95%: 7,62-51,84) tenían mayor riesgo de padecer ansiedad. Sin embargo la satisfacción con el tratamiento (OR:0,88; IC 95%: 0,79-0,98) fue un factor protector. Parte de nuestros resultados coinciden con los de Fatoye y cols. (104) que encontraron una asociación entre la ansiedad a las seis semanas con la ansiedad del postparto inmediato y la depresión a las seis semanas. No hemos encontrado asociación significativa con factores de riesgo identificados por otros autores como el bajo nivel de educación o en antecedente de depresión.

En definitiva, nuestro estudio confirma que el alta precoz no incrementa la ansiedad materna tras el parto. Incluso al séptimo día del parto parece que las mujeres que se han ido de alta precoz están menos ansiosas.

Además, hemos encontrado diferentes factores de riesgo para padecer ansiedad en el puerperio como el tener un cribado positivo para la ansiedad de base (ansiedad-rasgo) o para la ansiedad en el postparto inmediato (ansiedad-estado) o para la depresión en la sexta semana del puerperio.

Consideramos que a estos grupos de mujeres merecería la pena hacer un estudio más exhaustivo para descartar esta patología. La identificación de la ansiedad en el

puerperio favorecería un tratamiento precoz y evitaría el deterioro del vínculo materno-neonato y con ello las alteraciones en el correcto desarrollo del RN.

Depresión postparto

El estudio de la depresión a la sexta semana del parto se hizo con la Escala de Depresión Postparto de Edinburg (EDPS). Para los dos puntos de corte establecidos, el porcentaje de mujeres con un cribado positivo para la depresión fue superior en el grupo del alta ordinaria, pero estas diferencias no alcanzaron la significación estadística (EPDS \geq 10: 9,2% vs 12,2%; $p=0,36$ y EPDS \geq 12: 5,6% vs 7,9 %; $p=0,37$).

La influencia del tipo de alta en la depresión materna postparto también fue evaluada al igual que la ansiedad, en los estudios de Carty y cols., y Sainz Bueno y cols. (134, 113). El grupo de Boulvain (141) solo analizó la depresión.

Carty y cols. (134) utilizaron el Inventario de Beck para evaluar la depresión postparto y encontraron que las pacientes del grupo 1 (alta a las 12-24 horas) presentaron menor puntuación en la escala de depresión que las pacientes del grupo 3 (alta a los 4 días) (4,5 vs 7,83; $p<0,05$). Sin embargo no encontraron diferencias significativas cuando compararon el grupo 2 (alta a las 25-48) con el grupo 3. Lógicamente estos resultados no son comparables a los nuestros por las diferencias en la definición de los grupos de estudio. Además estos autores utilizaron el Inventario de Beck que no se considera una escala adecuada para la valoración de la depresión en el postparto. No solo carece de validación para este periodo sino que además su fuerza de la evidencia es baja cuando la comparamos con otras escalas como la EPDS (65).

Boulvain y cols. (141) incluyeron 459 mujeres que fueron aleatorizadas al grupo de alta precoz (alta a las 24-48 horas) o al grupo de alta ordinaria (alta a los 4-5 días). La depresión se evaluó mediante la escala EDPS a los siete y 28 días del parto. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los periodos analizados, aunque creemos que sus resultados están limitados para evaluar el efecto del alta precoz en la

depresión postparto por la definición de sus grupos de estudio (alta precoz a las 24-48 horas y alta ordinaria a los 4-5 días). Además tal y como indican los autores, aunque el propósito fuera dar el alta en ese margen de horas, lo cierto es que la estancia media del grupo del alta precoz terminó siendo de 65 horas y la del alta ordinaria de 106 horas.

Como ya hemos indicado, en el estudio de Sainz Bueno y cols. (113) utilizaron la escala HADS con la que evaluaron la ansiedad y la depresión a la semana y al mes del parto. Para la depresión tampoco encontraron diferencias significativas en la comparación del alta precoz y el alta ordinaria en ninguno de los periodos analizados. Consideramos que estos resultados están limitados puesto que han utilizado una escala no adecuada para la valoración de la depresión postparto.

Tal como indicamos en el capítulo de la introducción, no existe consenso sobre cuál es la escala más adecuada para el cribado de la depresión postparto. Las escalas que tienen mejor fuerza de evidencia son la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), la *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) y la *Two-Questions screen* (65). Nosotros hemos usado la escala EPDS porque está validada en español y además tiene establecidos varios puntos de corte en función del grupo de estudio al que esté dirigido el cribado. Utilizamos el corte de 10/11, porque es el recomendado para la población general. El punto de corte 12/13 es el que se recomienda para aquellas pacientes de riesgo o con clínica sugestiva de depresión.

Utilizando el punto de corte 10/11, obtuvimos una tasa de prevalencia global de depresión del 10,6 %, que está entre la tasa del 8,06% publicada por Boulvain y cols. (141) y la tasa del 14% indicada por Wisner y cols. (46). Estos autores también utilizaron la escala EDPS. Sainz Bueno y cols. (113) publicaron una tasa discretamente superior del 15,5% posiblemente porque su instrumento de medida no era tan adecuado para evaluar la depresión postparto. La tasa de prevalencia de la depresión postparto publicada en la literatura médica es muy variada oscilando entre el 10 y el 30%. Probablemente esto se deba tanto a la utilización de diferentes herramientas para su diagnóstico como al uso de distintos criterios (48).

En este estudio también nos planteamos como objetivo evaluar los factores de riesgo para la depresión en el postparto. Como hemos indicado en el apartado de la ansiedad, la identificación de las mujeres con riesgo de depresión nos permitiría establecer las medidas oportunas para el diagnóstico de la enfermedad minimizando así en lo posible su repercusión sobre el desarrollo del RN.

Nuestros resultados indicaron que la propensión de ansiedad de base (OR:14,6; IC 95%: 4,02-50,4) y la ansiedad a las seis semanas del parto (OR: 24,6; IC 95%: 8,23-73,89) eran factores de riesgo independientes para tener depresión postparto. Sin embargo la mayor edad resultó ser un factor protector (OR:0,8; IC 95%: 0,80-0,98). Si comparamos nuestros resultados con los presentados en la revisión sistemática llevada a cabo en el año 2013 por *The Agency for Healyhcare*, vemos como coinciden en que la ansiedad se asocia a la depresión postparto. Sin embargo en esta revisión no encontraron evidencia suficiente para demostrar el efecto de la edad. Estos autores también indicaron que el antecedente personal de depresión, una escasa calidad de la relación interpersonal y un bajo soporte social eran los factores que se asocian con mayor magnitud a la depresión postparto. Resultados que no han coincidido con los nuestros. Una de las razones que explicaría estas diferencias es el número de casos incluido en nuestro estudio que no es comparable con el número de casos incluido en esta revisión sistemática. Pero además nuestra población no es del todo representativa de la población general por el diseño específico de este trabajo.

Nuestro estudio confirma que el alta precoz no influye en el desarrollo de depresión postparto. Otros factores como la propensión de ansiedad de base (ansiedad-rasgo) o la identificación de ansiedad a las seis semanas del parto (ansiedad-estado), sí parecen estar implicados. Recordamos que la depresión postparto no tratada, al igual que ocurría con la ansiedad, puede tener efectos importantes en el vínculo materno-filial alterando el correcto desarrollo del RN.

Lactancia materna

Otro de los aspectos en los que podría repercutir el alta precoz es en la lactancia materna. Cabría pensar que una mayor estancia hospitalaria favorecería la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna dado que las puérperas tendrían más tiempo para consultar sus dudas o problemas con personal especializado. Más aún, este tiempo favorecería la resolución de complicaciones presentes ya durante el ingreso o de futura aparición.

En este estudio calculamos el porcentaje de mujeres que estaban dando lactancia materna a las 24 horas, siete días, seis semanas y seis meses en función del grupo de estudio asignado. En el postparto inmediato un 87,5% de las mujeres del grupo AP y un 85,5% de las mujeres del grupo AO estaban dando el pecho. A los siete días los porcentajes se mantuvieron bastante estables (AP: 85,6%; AO: 82,9%). A las seis semanas del parto hubo un discreto descenso en los dos grupos (AP: 78,6%; AO: 79,2%) y este descenso fue superior a los seis meses del parto (AP: 54%; AO: 59,2). La comparación de estos porcentajes no mostró diferencias significativas en ninguno de los periodos evaluados. Cuando realizamos el análisis estratificando a las puérperas por su paridad, tampoco encontramos diferencias significativas. Aunque si pudimos observar un porcentaje significativamente superior de primíparas que optaron por la lactancia materna como primera elección (89,9 vs. 83,2; $p=0,04$).

Nuestro estudio también comparó los problemas con la lactancia materna entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria a los siete días y a las seis semanas del parto. No encontramos diferencias significativas para ninguno de los problemas analizados. Estratificamos nuestros resultados por la paridad y en el grupo de primíparas a los siete días hubo mayor porcentaje de mujeres que precisaron suplemento lácteo en el grupo de alta ordinaria (23% vs 9%; $p=0,01$). Mientras que en las múltiparas a los siete días, un porcentaje superior de las mujeres del grupo de alta precoz estaban preocupadas con la lactancia (43,5% vs 28,9 %; $p=0,04$) y manifestaron falta de leche (7,1% vs 1,2%; $p=0,05$). No hubo diferencias significativas entre los grupos de estudio

para el resto de problemas como la aparición de grietas, el dolor, la dificultad en el agarre, la ingurgitación mamaria o la mastitis.

La lactancia materna ha sido uno de los aspectos más analizados en los estudios del alta precoz. Conocidas las bondades de la lactancia materna, si el hecho de adelantar el alta hospitalaria disminuyera su uso, estaríamos ante un obstáculo importante para poder instaurar el alta precoz. La mayoría de los trabajos se centran en comparar el porcentaje de mujeres con lactancia materna en sus grupos de estudio establecidos y solo unos pocos autores analizan las complicaciones con la lactancia.

El concepto de lactancia materna se ha enfocado de dos maneras. Hay autores que consideran lactancia materna cuando se utiliza exclusivamente este tipo de lactancia, mientras que otros, entre los que nos incluimos, consideramos lactancia materna a todas las mujeres que están dando el pecho con independencia de si el RN necesita refuerzo con leche artificial. Escogimos esta definición puesto que en este estudio valoramos las complicaciones asociadas a la lactancia materna y éstas pueden surgir en cualquier mujer que está dando de mamar.

Waldenstrom y cols. (133) compararon el porcentaje de mujeres con lactancia materna entre el grupo de alta precoz (24-48 horas) y el alta ordinaria (seis días). También analizaron la necesidad de suplementar la leche materna con leche artificial, la frecuencia con que lactaban los RN al segundo, tercer y cuarto día del parto y la repercusión de la lactancia en el peso del RN. Los autores no encontraron diferencias en el porcentaje de mujeres con lactancia materna tanto en multíparas (63% vs 42%) como en primíparas (33% vs 33%), ni en el peso del RN. La necesidad de añadir suplemento lácteo a la lactancia materna en la primera semana fue superior en el grupo control y aquellos RN del grupo de alta precoz lactaban con más frecuencia al tercer día y al cuarto día. A pesar de las diferencias encontradas, la satisfacción de las mujeres con la lactancia materna fue similar en ambos grupos. El problema de este trabajo es que a pesar de que el alta precoz está bien definida, el grupo de alta ordinaria tiene una

estancia hospitalaria excesiva para lo que hoy en día se considera alta habitual. Además su tamaño muestral de 104 mujeres también limita sus resultados.

Carty y cols. (134) en el estudio que ya hemos mencionado en este capítulo, compararon el porcentaje de mujeres que estaban exclusivamente con lactancia materna al mes del parto y no encontraron diferencias significativas (82 % grupo 1 vs 66% grupo 3). Como ya hemos indicado tanto la definición de los grupos de estudio como el reducido número de mujeres incluidas en cada uno de ellos limitan sus resultados.

Gagnon y cols. (136) compararon el porcentaje de mujeres con lactancia materna predominante entre el grupo de alta precoz (6-36 horas) y el de alta ordinaria (por encima de 48 horas). Sus resultados reflejaron que en el grupo de alta precoz había mayor porcentaje de mujeres con lactancia materna al mes del parto (55,1% vs 39,2%) (RR: 1,41; IC 95%: 1,02-1,04). El problema con este estudio es que las mujeres fueron aleatorizadas antes del parto, y aquellas que habían sido incluidas en el grupo de alta precoz tuvieron una visita especializada previa al parto. Cabe esperar que en el transcurso de esta visita extra se dieran consejos sobre la lactancia materna. Además en este estudio llama la atención los porcentajes tan bajos de lactancia materna a pesar de que incluyen mujeres con lactancia mixta.

Boulvain y cols. (141) compararon la lactancia materna y sus complicaciones entre su grupo de alta precoz (alta a las 24-48 horas) y su grupo de alta ordinaria (alta a los 4-5 días). El porcentaje de lactancia materna fue superior en el alta precoz tanto al séptimo día (99% vs 97%), como al mes (90% vs 87%) aunque las diferencias no fueron significativas, y fue similar a los seis meses (36%). Además, aquellas mujeres asignadas al grupo de alta ordinaria refirieron más problemas con la lactancia al mes (35% vs 22%) (RR: 0,64; IC 95%: 0,47-0,87) y mayor necesidad de tomar suplemento a la semana tras el parto (28% vs. 14%) (RR: 0,50; IC 95%: 0,33-0,74). Como ya hemos indicado la limitación de este estudio es que la estancia media real para el grupo de AP fue de 65 horas, y para el grupo de AO fue de 106 horas.

Sainz Bueno y cols. (113) en su ensayo clínico aleatorizado compararon la lactancia materna del grupo de alta precoz (inferior a 48 horas) con el de alta ordinaria (superior a 48 horas) al mes y a los tres, seis, y nueve meses. No encontraron diferencias significativas a los siete días (96,2% vs 92,2%) ni al mes (89,2% vs 83,%). Sin embargo a los tres meses el porcentaje de lactancia materna fue significativamente superior en el grupo del alta precoz (66,2% vs 54,8%) (RR:0,61; IC 95%: 0,42-0,91), diferencias que no se mantuvieron a los seis meses.

En resumen, tanto nuestros resultados como los publicados en la literatura médica coinciden en que la lactancia materna no se ve perjudicada con el alta precoz. Es más hay autores que incluso tienen mejores tasas de lactancia materna en sus grupos de alta precoz (113,136) o menor necesidad de suplemento lácteo (133,141). Nuestro estudio también indicó esta menor necesidad de suplemento en el grupo de las primíparas. La explicación más lógica ante estos hallazgos sería la influencia de la visita de control que se realiza en el grupo de alta precoz. Posiblemente durante esta visita se haya hecho especial atención a la lactancia materna. En nuestro caso como ya hemos comentado en el capítulo de material y métodos, una enfermera especializada en la lactancia materna estaba presente durante una toma. Si tenemos en cuenta que esta visita se hizo cuando a la mayor parte de las mujeres ya les ha subido la leche, posiblemente fue el momento más adecuado para resolver las dudas con la lactancia.

Satisfacción de las puérperas con el tratamiento

En este estudio también quisimos evaluar si el alta precoz modificaba en algo la satisfacción de las puérperas con el tratamiento recibido durante todo el proceso.

La puntuación global del cuestionario *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8) fue sensiblemente superior en el grupo del alta precoz, pero las diferencias no fueron significativas tanto en la cohorte completa (26,2±7,7 vs. 25,1±8,1; p=0,17), como cuando estratificamos en primíparas (26,4±7,0 vs. 25,5±7,7; p= 0,38) y múltiparas (25,9 ±8,4 vs. 24,7± 8,4; p=0,31).

Cuando evaluamos las contestaciones concretas de algunos ítems, observamos que entre las múltiparas un 73,7% de las que habían sido asignadas al grupo de alta precoz afirmaron que recomendarían ese tratamiento a una amiga que necesitara ayuda similar, mientras que solo lo hicieron un 60,4% de las asignadas al alta ordinaria. Y estas diferencias fueron significativas ($p=0,05$).

Los datos sobre la satisfacción con el alta precoz que están publicados en la literatura son escasos y contradictorios. Una vez más, las distintas definiciones del alta precoz pueden haber influido en estas diferencias. Así, en el primero de los estudios publicados Hellman (131) encontró que el grupo de alta ordinaria estaba más satisfecha. Posteriormente, Carty y cols. (134) y Gagnon y cols. (136) encontraron que las mujeres del grupo de alta precoz estaban significativamente más satisfechas. En los trabajos más recientes, Boulvain y cols. (141) y Sainz Bueno y cols. (113) indicaron que la satisfacción fue sensiblemente superior en el grupo del alta precoz, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El problema con estos trabajos es que en ninguno ha utilizado un instrumento de medida validado para analizar la satisfacción. En su lugar, los autores diseñaron diferentes preguntas. Este hecho hace que los resultados no sean extrapolables a la población general.

En nuestro estudio hemos evaluado la satisfacción con el *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8). Escogimos este cuestionario porque el contenido de sus ítems se adaptaba a lo que queríamos evaluar dentro de la satisfacción. Posee una pregunta de satisfacción con la ayuda recibida (ítem 5) y otra de satisfacción global (ítem 7) que nos parecieron muy adecuadas. Además preguntaba sobre si recomendarían el programa (ítem 4) o volverían a participar (ítem 8), cuestiones que también nos parecieron interesantes.

Además existe una versión que está validada en nuestra lengua (130).

En definitiva, en este estudio hemos conseguido demostrar que las mujeres que se van de alta precoz tienen una satisfacción similar a las que se van de alta ordinaria.

Incluso, aunque el nivel de satisfacción global no parece influenciado por la paridad, hemos comprobado que las multíparas recomendarían más el alta precoz. Para ello, hemos utilizado un instrumento de medida validado, cubriendo la carencia que había sido destacada por Brows y cols. en su revisión sistemática (8).

Complicaciones, consultas e ingresos de la madre durante el puerperio

Para identificar las principales complicaciones del puerperio realizamos una entrevista estandarizada en las visitas del séptimo día y la sexta semana. Nuestra tasa global de complicaciones al séptimo día del parto fue discretamente inferior en el grupo de alta precoz, pero las diferencias no fueron significativas (7,2% vs. 10,2%; $p=0,26$). La complicación más frecuente fue el dolor perineal (3,9%), seguida de la metrorragia (1,7%) y la mastitis (1%).

A las seis semanas, la tasa de complicaciones también fue inferior en el grupo de alta precoz, pero las diferencias tampoco alcanzaron la significación estadística (17,8% vs. 21,4%; $p=0,37$). Las complicaciones más frecuentes fueron la mastitis y a metrorragia afectando ambas al 5,2 % del grupo, seguidas del dolor perineal (4,6%).

Nuestras tasas globales de complicaciones coinciden con las tasas de prevalencia de la patología en el postparto publicadas en la literatura médica que oscilan entre un 5% y un 20% (152). También coinciden las cifras en las complicaciones específicas como la mastitis, que afecta entre el 2 y el 10% de las mujeres lactantes (31), y la metrorragia cuya incidencia oscila entre el 1 y el 5% de los partos (38).

Algunos estudios del alta precoz también analizaron las complicaciones maternas (113,132,134). Carty y cols. (134) encontraron un 5,3% de complicaciones maternas en el grupo 1 y un 7,9% en el grupo 3 a los diez días tras el parto, similar a nuestro estudio. Las complicaciones descritas fueron: una infección del tracto urinario, dos infecciones de episiotomía y una endometritis. Waldenström y cols. (132) no tuvieron complicaciones maternas en el grupo de alta precoz en las primeras seis

semanas postparto y solo una complicación a los siete días tras el parto en el grupo control que requirió ingreso hospitalario y fue diagnosticada de trastorno psicótico. El escaso número de complicaciones maternas en este trabajo puede deberse a un bajo número de participantes. Sainz Bueno y cols. (113) solo describieron las complicaciones maternas que requirieron el reingreso materno por lo que sus resultados no son comparables a los nuestros.

No obstante, al igual que en este trabajo, ningún autor encuentra diferencias significativas en el número de complicaciones entre el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria. La baja probabilidad de desarrollar complicaciones en las pacientes de bajo riesgo hace que el número de pacientes requerido para tener potencia estadística suficiente para descartar estas diferencias sea muy superior al alcanzado por cualquiera de los estudios publicados.

En este estudio también analizamos el porcentaje de consultas en urgencias de ginecología del hospital y de reingresos hospitalarios durante el puerperio, no solo porque ambos reflejan la gravedad de algunas complicaciones, sino también porque pueden repercutir en los costes.

Hasta la sexta semana del puerperio, el porcentaje de consultas en urgencias de ginecología del hospital fue cercano en los dos grupos (AP:7,7%; AO:8,3%). Los reingresos en el hospital fueron superiores en el grupo del alta precoz, pero no se alcanzó la significación estadística (AP:1,5%; AO:0,5%).

Del total de mujeres incluidas en el estudio, un 1% reingresaron tras el alta hospitalaria. Esta cifra es similar al 0,87% publicado en el estudio de Belfort y cols. (23), que como hemos comentado en el capítulo de la introducción, analizaron los reingresos maternos a las seis semanas del parto vaginal en 222.751 mujeres. Estos autores destacan como causas más frecuentes de reingreso la hipertensión, la patología vesicular, la infección uterina y la metrorragia. En nuestro estudio solo hemos considerado el reingreso por sospecha de patología asociada al parto. Es decir solo hemos incluido aquellos ingresos que se realizaron a cargo del Servicio de Ginecología.

Aun así tres de los cuatro reingresos de nuestro grupo de estudio, están incluidos dentro de los grupos de reingreso más frecuentes establecidos por Belfort y cols. (23): preclampsia severa, infección uterina, y metrorragia por restos deciduocoriales. Nuestro cuarto ingreso fue por fiebre de origen desconocido y finalmente fue etiquetada de lupus.

Las tasas de reingresos publicadas por los autores que estudian el alta precoz también son comparables a las nuestras. En el estudio de Waldenstrom y cols. (132) publicaron una tasa de reingresos del 0,9%, con solo un caso en el grupo de alta ordinaria por un trastorno psicótico. Tanto Carty y cols. (134) como Liu y cols. (153) indicaron una tasa del 1,5%. El grupo de Carty (134) además recogió los motivos que fueron una infección del tracto urinario en el grupo de alta precoz y una endometritis en el grupo de alta ordinaria los primeros diez días. En el trabajo de Boulvain y cols. (141) se registró un 1,3% de reingresos y Sainz Bueno y cols. (113) publicaron una tasa del 2%. Los motivos de reingreso durante las primeras seis semanas en el estudio de Sainz Bueno fueron dos casos de dehiscencia de episiotomía, cinco casos de fiebre puerperal y dos casos de depresión.

De lo expuesto se deduce que el alta precoz no parece repercutir en el número de complicaciones maternas ni en la severidad de éstas. Sin embargo, el bajo porcentaje de complicaciones en el grupo de puérperas que son candidatas a priori a un alta precoz hace difícil establecer conclusiones definitivas. El tamaño muestral que necesitaríamos para alcanzar la potencia estadística necesaria para establecer estas conclusiones sería difícil de alcanzar en un único ensayo clínico.

Para cubrir esta carencia Brown y cols. (8) en su revisión sistemática estimaron el total de reingresos hospitalarios de ocho ensayos clínicos que a su juicio eran comparables. Sumando un total de 3.816 no encontraron diferencias significativas entre el alta precoz y el alta ordinaria.

Complicaciones, consultas e ingresos de los RN

Para evaluar la patología del RN nos basamos en los diagnósticos de las consultas que había realizado la madre a su pediatra y en la Unidad de Urgencias de Pediatría del hospital. Además, preguntamos sobre el número total de consultas tanto con el pediatra como con la enfermera de pediatría del ambulatorio. Pensamos que un incremento del número de consultas podría estar relacionado con un mayor número de complicaciones. Estos datos también nos resultaron útiles para calcular la repercusión en los costes.

Cuando comparamos los porcentajes de mujeres que habían acudido al ambulatorio para consultar con el pediatra o la enfermera de Pediatría entre el grupo de alta precoz y el del alta ordinaria no encontramos diferencias significativas tanto a los siete días como a las seis semanas del nacimiento.

En la mayor parte de los casos, las consultas con el pediatra o la enfermera del ambulatorio habían sido para una revisión rutinaria. En 38 casos se precisó un control más estricto del peso, de los cuales 21(10,8%) pertenecían al grupo de alta precoz y 17 (8,9%) al grupo de alta ordinaria. Un total de 46 RN fueron valorados en el ambulatorio por algún problema, 26 (13,3%) del grupo de alta precoz y 20 (10,4%) del grupo de alta ordinaria. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,48$). La causa más frecuente de consulta fue la infección de las vías respiratorias superiores.

Nuestros resultados también reflejaron que las primíparas acudían con mayor frecuencia a la consulta de enfermería. Como la cohorte de este estudio está estratificada por paridad este aspecto no sesgó nuestros resultados. Además al comparar el número de consultas entre el grupo de alta precoz y alta ordinaria en las primíparas no encontramos diferencias significativas.

Solo dos estudios del alta precoz analizan el control ambulatorio del RN. Waldenström y cols. (132) compararon las visitas al pediatra y a la enfermera a los seis meses del parto en 50 RN que habían tenido un alta a las 24-48 horas y 54 casos y con

un alta a los seis días. El número de visitas realizadas a enfermería fue significativamente superior en el grupo de alta precoz (344 vs. 269; $p < 0,05$). No hubo diferencias en las visitas realizadas al pediatra. Sus resultados están limitados por el escaso número de casos y por la duración del alta ordinaria. Otros autores como Gagnon y cols. (136) no encontraron diferencias en las consultas realizadas del RN al sistema de salud a los diez días del parto entre su grupo de 80 casos de alta precoz (6-36 horas) y su grupo de 100 casos de alta ordinaria (por encima de las 48 horas). Estos autores no especifican a que se refieren con visitas al sistema de salud.

Carty y cols. (134) valoraron el porcentaje de RN que requirieron atención por un pediatra en las primeras seis semanas. El porcentaje fue de un 4,3% en el grupo de alta temprana y de un 2,6% en el grupo de estancia ordinaria. No especificaron si la consulta fue de carácter ambulatoria o si formaban parte del seguimiento del estudio cuando la enfermera así lo consideraba.

Pensamos que es interesante reflejar la atención recibida en el ambulatorio porque podría estar relacionada con un incremento de las complicaciones o una mayor preocupación. Además nos ha servido para evaluar el número de RN que precisaron un control más estricto del peso y con ello comprobar que el alta precoz no repercutió en este aspecto.

El número total de consultas en urgencias de pediatría del hospital fue ligeramente superior para el grupo del alta precoz tanto a los siete días (7,7% vs. 6,3%) como a las seis semanas (24,0 % vs. 19,9%) pero las diferencias no fueron significativas. Más de la mitad de las consultas fueron catalogadas como “no patología”. Entre las patológicas, el diagnóstico más frecuente fue la bronquiolitis seguido de la ictericia, el cólico del lactante y las infecciones del cordón umbilical.

Al igual que habíamos visto con las consultas de la enfermera de pediatría del ambulatorio, las primíparas acudieron más veces a la Unidad de Urgencias de Pediatría del hospital. También en este caso no hubo diferencias significativas entre las que se habían ido de alta precoz y aquellas que se fueron de alta ordinaria.

Las urgencias hospitalarias, tal y como detallan Brown y cols. (8) en su revisión sistemática, no han sido evaluadas en ninguno de los trabajos del alta precoz publicados hasta la fecha. A nosotros nos pareció interesante valorar este aspecto porque refleja en gran medida las complicaciones más importantes del RN. Además, al disponer del informe médico en la historia del hospital, pudimos comprobar los datos aportados por las madres durante las correspondientes entrevistas y en su caso, corregir los errores.

Como hemos indicado el número total de complicaciones se calculó sumando los diagnósticos efectuados por el pediatra del ambulatorio y los que se hicieron en urgencias del hospital. En total se diagnosticaron 96 (24,8%) complicaciones a las seis semanas, 52 (26,6%) en el grupo del alta precoz y 44 (22,9%) en el grupo del alta ordinaria. Las diferencias no fueron significativas ($p=0,33$). Los diagnósticos más frecuentes fueron la infección de vías respiratorias superiores que afectaron a 20 (5,1%) RN, seguido de la bronquiolitis diagnosticada en 9 (2,3%), también hubo 9 (2,3%) casos de ictericia, 8 (2,0%) de conjuntivitis, y 7 (1,8%) de alteraciones de cordón u ombligo.

El porcentaje de complicaciones del RN publicado en la literatura médica varía ampliamente entre un 7,8% a un 41% (152). La causa más frecuente de complicación del RN a término es la metabólica (hasta un 16,2%) seguida de trastornos del sistema respiratorio (11,4%) (154). Dentro de las causas metabólicas, la hiperbilirrubinemia es la complicación neonatal más frecuente (hasta un 57,8%). En nuestro estudio también queda reflejado que las complicaciones más frecuentes son la hiperbilirrubinemia y las infecciones respiratorias.

Diferentes estudios del alta precoz han descrito las complicaciones que ha surgido en el RN tras el alta (113,132). Carty y cols. (134) estimaron un porcentaje de complicaciones del RN del 4,5% durante los primeros diez días de vida. Las complicaciones fueron un caso de hiperbilirrubinemia, un caso de infección de cordón, un caso de incompatibilidad de grupo ABO, otro caso de eritema del pañal. Además dos madres consultaron por dificultad respiratoria durante las primeras seis semanas. Waldenström y cols. (132) observaron que hasta un 20% de los RN habían presentado

alguna complicación durante las primeras seis semanas. Las complicaciones del RN más frecuentes fueron el cólico del RN (que se observaron seis casos) y la infección respiratoria (que se observaron ocho casos). Estos datos son similares a los encontrados en nuestro estudio en cuanto a porcentaje de complicaciones del RN (24,8%) como al motivo principal de las complicaciones del RN (infección respiratoria). Sainz Bueno y cols. (113) registraron un 7,67 % de complicaciones en el RN en el periodo neonatal. Las causas más frecuentes fueron la infección (diez casos, no especifica tipo de infección) y la ictericia (tres casos). La diferencia encontrada con respecto a nuestro estudio y al de autores como Waldentröm se debe en parte a que nuestra recogida incluye las complicaciones las primeras seis semanas y estos autores incluyen solo las complicaciones ocurridas en el periodo neonatal. El estudio de Boulvain y cols. (141) aunque no aportaron datos sobre todas las complicaciones del RN, valoraron específicamente la hiperbilirrubinemia del RN que afectó a un 6,1% de los RN.

En la primera semana de vida ingresaron siete (1,2%) RN. Tres por ictericia, el resto de los diagnósticos fueron vómitos, atragantamiento, lactancia insuficiente y diarrea. No hubo diferencias significativas cuando comparamos el alta precoz (2,4%) con el alta ordinaria (1%).

La cifra global de reingresos es similar a las publicadas en la literatura que oscilan entre el 1,24% y el 4 % (155,156). También coincide el motivo principal de ingreso que es la hiperbilirrubinemia (155,156).

En la sexta semana de vida habían reingresado 27 (6,9%) RN, 14 (7,1%) del grupo de alta precoz y 13 (6,7 %) del grupo de alta ordinaria. La diferencia entre los grupos no fue significativa ($p=0,74$). Veintiuno de los 27 RN estaban en periodo neonatal. En cinco casos el ingreso duró menos de 24 horas. La causa más frecuente de ingreso fue la bronquiolitis seguida de la ictericia y las infecciones de orina.

El número de reingresos ha sido la variable que se ha utilizado con más frecuencia en los estudios que evalúan la seguridad del alta precoz. A nosotros analizar solo este dato nos parece insuficiente porque aunque puede reflejar las complicaciones

más importantes, no recoge su totalidad. Además como el número de reingresos es bajo, limita los resultados de las comparaciones entre los grupos.

Así, autores como Waldenström y cols. (132) solo registraron dos reingresos. Los motivos fueron problemas con la lactancia. Los porcentajes de reingresos publicados por autores que incluyeron mayor número de puérperas varían ligeramente. Sainz bueno y cols. tuvieron un 1,9% de reingresos a los 28 días de vida. Como causas principales de reingreso del RN en el periodo neonatal fueron tres casos de ictericia, dos de fiebre, uno de deshidratación y uno de pérdida de peso. Boulvain y cols. (141) tuvieron un 3,7% de reingresos al mes de vida y siete de los casos fueron reingresados por hiperbilirrubinemia. Escobar y cols. (139) aportaron una cifra de reingresos del 2%, también al mes de vida.

Como podemos observar, nuestra tasa de reingresos del RN fue superior a la publicada en otros estudios del alta precoz. La causa principal podría ser el uso de criterios de ingresos distintos para las mismas patologías. Pero además nosotros calculamos el porcentaje de ingresos a la sexta semana y la gran parte de los autores lo hacen entre 28 días y un mes que es cuando se estima que finaliza el periodo neonatal. Si nosotros acotamos el tiempo a 28 días, nuestro porcentaje de ingresos desciende a 5,4%. Si además excluyéramos los RN que estuvieron ingresados menos de 24 horas, nuestro porcentaje sería del 4,3%, cifra que se aproxima más a las publicadas.

En definitiva, los resultados de nuestro estudio indican que el alta precoz no repercute en la seguridad para el RN. Hemos alcanzado esta conclusión tras comparar el número de complicaciones, el número de consultas en el ambulatorio y en las urgencias de pediatría del hospital y los ingresos hospitalarios, entre los RN que se fueron de alta precoz y los que se fueron de alta ordinaria.

La estricta selección de los RN que son candidatos al alta precoz hace que el número reingresos sea bajo. Por lo tanto necesitaríamos una muestra mucho más grande para poder demostrar que no hay diferencias entre los grupos. Esta es la razón que nos ha llevado a enfocar la seguridad del RN desde diferentes puntos de vista.

Costes sanitarios

Para evaluar los costes sanitarios, el Departamento de Contabilidad Analítica y Documentación Clínica del hospital nos facilitó el peso, el coste y la estancia media de cada GRD. También nos facilitaron los costes de las consultas hospitalarias y extrahospitalarias y de las urgencias.

Teniendo en cuenta los costes de la estancia postparto, de la consulta del alta precoz, de las consultas en el ambulatorio, de las urgencias y de los de los reingresos hospitalarios, el alta precoz redujo el coste en de 349,52 euros por puérpera. Esto supuso un ahorro cercano al 22%.

Tal y como ha quedado reflejado en la introducción de la presente Tesis Doctoral, la evaluación de los costes no es un proceso fácil. Hay autores que opinan que no supone el mismo coste el primer día de ingreso que los sucesivos. Nosotros hicimos nuestros cálculos teniendo en cuenta los datos facilitados por el Departamento de Contabilidad del hospital donde no diferencian el coste en función del día del ingreso.

Hay autores que no encuentran diferencias en los costes entre el alta precoz y el alta ordinaria, incluso otros indican que el grupo del alta precoz supone mas coste (145, 146).

Estudios más recientes han obtenido, como en nuestro caso, una reducción de los costes sanitarios con el alta precoz. Así, para Boulvain y cols. (148) el grupo de alta precoz con atención domiciliaria redujo el coste en 1.221 francos suizos que se corresponderían aproximadamente a 1.000 euros. Este ahorro supera al nuestro (349,52 euros) posiblemente porque la estancia media de su grupo de alta ordinaria fue muy alta (106 horas). Los resultados de Sainz Bueno y cols. (113) se aproximan bastante a los nuestros. Con un estudio de diseño similar en cuanto a la duración del alta precoz y hospitalaria y a la estimación de los costes, publicaron un ahorro de 293,11 dólares por paciente, que traducido en euros es alrededor de 215 euros. Quizás su menor ahorro se debió a que la visita de seguimiento era domiciliaria.

Como hemos indicado en la introducción de esta Tesis Doctoral, uno de los aspectos que modifica claramente los costes del proceso del parto es el número y el tipo de visitas de seguimiento que se oferta a las mujeres tras el alta hospitalaria. Los autores que han evaluado específicamente el seguimiento, han concluido que la visita domiciliar es mas cara que la visita en el ambulatorio, que la del hospital, o si se hace a través de una llamada telefónica (139, 140).

En nuestro caso hicimos una visita del seguimiento hospitalaria tras el alta precoz para favorecer la recogida de muestras para el estudio de metabopatías congénitas (prueba del talón) tal y como dispusieron los pediatras del hospital.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio viene derivada de su diseño. Y es la consecuencia de la dificultad que entraña la captación de mujeres para participar en un ensayo clínico de este tipo. Este periodo tuvo una duración de un año, similar al resto de los ensayos clínicos realizados sobre el alta precoz postparto.

El porcentaje de mujeres que rechazaron participar en el estudio a pesar de cumplir todos los criterios de inclusión fue muy elevado. Cuando comparamos las características de las mujeres que decidieron participar frente a las que no accedieron había diferencias significativas. Este hecho limita en cierta manera la extrapolación de los resultados a la población general.

Pero a pesar de ello consideramos que el diseño de nuestro trabajo es adecuado, puesto que a pesar de sus limitaciones, los estudios que aportan mejor evidencia para la aplicación de sus resultados en la práctica clínica son los ensayos clínicos aleatorizados.

Otra limitación de nuestro estudio fue el tamaño muestral para valorar las complicaciones maternas y neonatales. Como hemos indicado, el porcentaje de complicaciones es tan bajo que se necesitaría un tamaño muestral muy grande para asegurar que las diferencias no son significativas con una potencia estadística adecuada.

Esta es la limitación puede subsanarse en parte a través de un metanálisis incluyendo trabajos similares. De ahí que el diseño homogéneo de los estudios sea tan importante.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente Tesis Doctoral conducen a las conclusiones que se exponen a continuación:

- 1) El alta precoz no incrementa la ansiedad materna tras el parto. Incluso al séptimo día del parto las mujeres que se han ido de alta precoz están menos ansiosas.
- 2) La ansiedad en el postparto inmediato, la propensión a la ansiedad de base, y la depresión postparto son factores de riesgo para desarrollar ansiedad materna a lo largo del puerperio. Aquellas mujeres más satisfechas con el tratamiento tienen menor nivel de ansiedad.
- 3) El alta precoz no influye en el desarrollo de la depresión postparto. Otros factores como la propensión de ansiedad de base y la identificación de ansiedad a las seis semanas del parto sí parecen estar implicados.
- 4) La lactancia materna no se ve perjudicada con el alta precoz. Las complicaciones derivadas de la lactancia materna son similares en el grupo de alta precoz y el grupo de alta ordinaria para toda la cohorte. En el grupo de primíparas, las mujeres con alta ordinaria precisan más suplemento lácteo a los siete días. En el grupo de múltiparas, las mujeres con alta precoz muestran mayor preocupación por la lactancia y falta de leche materna a los siete días.
- 5) Las mujeres que se van de alta precoz tienen una satisfacción similar a las que se van de alta ordinaria. Incluso las mujeres múltiparas recomendarían más el alta precoz.

- 6) El alta precoz postparto no repercute en las complicaciones de la madre ni del RN.
 - 7) El alta precoz postparto consigue una reducción de costes sanitarios de 349,52 euros por puérpera, lo que supone un ahorro cercano al 22%.
-

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

-
1. La Hospitalización en el Sistema de Salud CMBD- Registro de Altas. Madrid: Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
 2. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and follow-up care. Guidelines for perinatal care. 4th ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997. p. 147-177
 3. Jönsson B, Lindgren B. Five common fallacies in estimating the economic gains of early discharge. *Soc Sci Med Med Econ*. 1980; Mar; 14(1): 27-33.
 4. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
 5. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum maternal care. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012. p. 195-210.
 6. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C, (2006) Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies.
 7. Bradley W. Newborns and Mathers Health Protection Act of 1996. Title VI of Public Lac. 1996
 8. Brown S, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2009. Issue 3. Art. No.: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958

9. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C, Don N. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001; Oct; 35(5): 581-8.
 10. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Arch Womens Ment Health*. 2010; Feb; 13(1): 61-74.
 11. Keim SA, Daniels JL, Dole N, Herring AH, Siega-Riz AM, Scheidt PC. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Hum Dev*. 2011; May; 87(5): 373-80.
 12. Matthey, Barnett, Howie, Kavanagh. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003; 74: 139-47.
 13. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: A systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011; Mar; 117(3): 657-62.
 14. Usandizaga JA, de la Fuente P. Puerperio. *Tratado de obstetricia y ginecología*. Vol. 1. 2º ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 237-247.
 15. Reyes FI, Winter JS, Faiman C. Postpartum disappearance of chorionic gonadotropin from the maternal and neonatal circulations. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; Nov 1; 153(5): 486-9.
 16. Ravid D, Gidoni Y, Bruchim I, Shapira H, Fejgin MD. Postpartum chills phenomenon: Is it a feto-maternal transfusion reaction? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; Feb; 80(2): 149-51.
 17. Negishi H, Kishida T, Yamada H, Hirayama E, Mikuni M, Fujimoto S. Changes in uterine size after vaginal delivery and cesarean section determined by vaginal sonography in the puerperium. *Arch Gynecol Obstet*. 1999; Nov; 263(1-2): 13-6.
-

18. Montgomery E, Alexander J. Assessing postnatal uterine involution: A review and a challenge. *Midwifery*. 1994; Jun; 10(2): 73-6.
19. Sharman A. Post-partum regeneration of the human endometrium. *J Anat*. 1953; 87(1).
20. Oppenheimer LW, Sherriff EA, Goodman JD, Shah D, James CE. The duration of lochia. *Br J Obstet Gynaecol*. 1986; Jul; 93(7): 754-7.
21. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, united states, 1991-2003. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; Aug; 199(2): 133.e1-8.
22. Kuklina V, Meikle F. Severe obstetric morbidity in the united states: 1998-2005. *Obstet Gynecol*. 2009; Feb; 113(2): 293-9.
23. Belfort MA, Clark SL, Saade GR, Kleja K, Dildy GA, Van Veen TR, et al. Hospital readmission after delivery: Evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; Jan; 202(1): 35.e1-7.
24. Sesmero JR. Mortalidad materna en España. *Prog Obstet Ginecol*. 2002; 45: 524-34.
25. Normativa oficial para la codificación con CIE10MC. Traducción de la normativa oficial americana para ICD 10CM, correspondiente al año fiscal 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación; 2013
26. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Puerperio. *Obstetricia de Williams*. 22a ed. Stamford USA: Mc Graw Hill Professional; 2001. p.693-759
27. Lombardia J, Fernandez M. Ginecología y obstetricia: Manual de consulta rápida. Segunda edición. Madrid: Médica Panamericana; 2007. p. 569-577
28. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004; May; 103(5 Pt 1): 907-12.

29. Protocolos de Obstetricia y Ginecología. Puerperio normal y patológico. SEGO. 2008.
 30. Spiliopoulos MD, Mastrogiannis, MD, Talavera F. Normal and abnormal puerperium. Medscape Reference. Drugs, Disease and Procedures 2013, Dec 9; <http://emedicine.medscape.com/article/260187-overview#aw2aab6b5>.
 31. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 361: Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol.* 2007; Feb; 109(2 Pt 1): 479-80.
 32. Kamel A, Khaled M. Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: Beyond soreness. *J Obstet Gynaecol.* 2014; Apr; 34(3): 215-7.
 33. Meng K, Hu X, Peng X, Zhang Z. Incidence of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: A systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; Apr 10.
 34. Liu S, Rouleau J, Joseph KS, Sauve R, Liston RM, Young D. Epidemiology of pregnancy-associated venous thromboembolism: A population-based study in canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; Jul; 31(7): 611-20.
 35. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med.* 2014; Apr 3; 370(14): 1307-15.
 36. James AH, Tapson VF, Goldhaber SZ. Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Jul; 193(1): 216-9.
 37. Protocolo de Obstetricia y Ginecología. Enfermedad tromboembólica venosa en la gestación. SEGO 2012.
 38. Lu MC, Fridman M, Korst LM, Gregory KD, Reyes C, Hobel CJ, Chavez GF. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in california. *Matern Child Health J.* 2005; Sep; 9(3): 297-306.
-

39. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a latin-american population. *Obstet Gynecol.* 2009; Jun; 113(6): 1313-9.
40. Arulkumaran S, Mavrides E, Penney GC. Prevention and management of postpartum haemorrhage. RCOG Green-top Guidelines No. 52; 2009; May.
41. Sheiner E, Sarid L, Levy A, Seidman DS, Hallak M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005; Sep; 18(3): 149-54.
42. Alexander J, Thomas P, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; Issue 1. Art. No: CD002867. DOI: 10.1002/14651858.CD002867.
43. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; Jun; 206(6): 470-5.
44. Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. *Women Health.* 1986; 11(2): 61-78.
45. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; Sep; 48(9): 801-6.
46. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* 2013; May; 70(5): 490-8.
47. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006; 28(1): 3-8.
48. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry.* 2011; Nov; 168(11): 1179-85.

49. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 119. AHRQ Publication Number 05-E006-1, February 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsuums/peridepsu.htm5>
 50. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993; Jul; 163: 27-31.
 51. Nemeroff CB. Understanding the pathophysiology of postpartum depression: Implications for the development of novel treatments. *Neuron*. 2008; Jul 31; 59(2): 185-6.
 52. Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: Findings from an Australian twin sample. *Psychol Med* 1999; May; 29(3): 645-54.
 53. Sacher, Wilson, Houle, Rusjan, Hassan, Bloomfield. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(5): 468-74.
 54. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000, Jun; 157(6): 924-30.
 55. Shors TJ, Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *J Affect Disord*. 2003, Mar; 74(1): 85-96.
 56. Schmeelk KH, Granger DA, Susman EJ, Chrousos GP. Maternal depression and risk for postpartum complications: Role of prenatal corticotropin-releasing hormone and interleukin-1 receptor antagonist. *Behav Med*. 1999; 25(2): 88-94.
 57. Hendrick, Altshuler, Suri. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998; 39: 93-101.
-

58. Hohlagschwandtner M, Husslein P, Klier C, Ulm B. Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; Apr; 80(4): 326-30.
59. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD001690.
60. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of oestradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl).* 1999; Sep 1; 146(1): 108-10.
61. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004; May; 80(1): 65-73.
62. Garvey, Tuason, Lumry, Hoffmann. Occurrence of depression in the postpartum state. *J Affect Disord.* 1983; 5: 97-101.
63. Tian T, Li Y, Xie D, Shen Y, Ren J, Wu W, et al. Clinical features and risk factors for post-partum depression in a large cohort of chinese women with recurrent major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2012; Feb; 136(3): 983-7.
64. Prenoveau J, Craske M, Counsell N, West V, Davies B, Cooper P, et al. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depress Anxiety.* 2013; Jun; 30(6): 506-14.
65. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, Wald MF, McBroom AJ, Lallinger KR, Gray RN, Green C, Sanders GD. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10066-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.

66. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2014; Jun; 31(6): 459-71.
 67. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
 68. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*. 2006; Dec 6; 296(21): 2582-9.
 69. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*. 2001; Apr; 70(3): 291-306.
 70. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry*. 1991; Jan; 158: 46-52.
 71. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the edinburgh postnatal depression scale in postpartum women in primary care: Findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011; 11:57.
 72. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005; Jun; 8(2): 77-87.
 73. Schiff MA, Grossman DC. Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987-2001. *Pediatrics*. 2006; Sep; 118(3): e669-75.
 74. Conroy S, Pariante CM, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, Moran P. Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; Jan; 51(1): 51-61.
-

75. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; Aug; 48(8): 1335-45.
76. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; Oct; 43(5): 683-714.
77. Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, Pinheiro RT. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev.* 2012; May; 38(3): 420-4.
78. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: Results from a population based study in Bangladesh. *J Affect Disord.* 2013; 146(2): 254-61.
79. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BE. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:148.
80. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011; May; 50(5): 460-70.
81. Screening for depression during and after pregnancy. Committee Opinion No. 453. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 394-5.
82. Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: Properties of the Edinburgh postnatal

- depression scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005; Sep; 39(9): 833-9.
83. Tam LW, Newton RP, Dern M, Parry BL. Screening women for postpartum depression at well baby visits: Resistance encountered and recommendations. *Arch Womens Ment Health*. 2002; Oct; 5(2): 79-82.
 84. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI, et al. Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*. 2010; Mar; 125(3): e609-17.
 85. Conradt E, Manian N, Bornstein MH. Screening for depression in the postpartum using the beck depression inventory-II: What logistic regression reveals. *J Reprod Infant Psychol*. 2012; 30(5): 427-35.
 86. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: The PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; Sep; 183(3): 759-69.
 87. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening for depression in the postpartum period: A comparison of three instruments. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; May; 17(4): 585-96.
 88. Lai BP, Tang AK, Lee DT, Yip AS, Chung TK. Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Res*. 2010; Dec 30; 180(2-3): 80-5.
 89. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, Jun; 150: 782-6.
 90. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003; 75: 71-6.
 91. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; Jun; 4: 561-71.
-

92. Conde VUE. El inventario para la medida de la depresión de beck. *Revista De Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. 1974; 12: 153-67.
93. Vazquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de beck de 1978. *Clinica y Salud*. 1997; 8:403-22.
94. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
95. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II. (Adaptación española: Sanz J, Vazquez C). Madrid: Pearson; 2011.
96. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000; 49(5): 272-82.
97. Beck CT, Gable RK. Screening performance of the postpartum depression screening scale--Spanish version. *J Transcult Nurs*. 2005; Oct; 16(4): 331-8.
98. Matthey S, Ross-Hamid C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord*. 2011; Oct; 133(3): 546-52.
99. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007; Nov; 191: 378-86.
100. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Finfling RL. Prevention of postpartum depression: A pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 1290-2.
101. Gitlin MJ, Pasnau RO. Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. *Am J Psychiatry*. 1989; Nov; 146(11): 1413-22.
102. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; 420: 21-7.

103. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. *Acta Paediatr.* 2005; Dec; 94(12): 1771-6.
 104. Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *J Psychosom Res.* 2006; Mar; 60(3): 299-301.
 105. Britton JR. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depress Anxiety.* 2008; 25(9): 793-800.
 106. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *J Affect Disord.* 2008; May; 108(1-2): 101-11.
 107. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord.* 2009; Apr; 114(1-3): 232-42.
 108. Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Rüther E. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *Eur Psychiatry.* 2006; Oct; 21(7): 495-500.
 109. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Postpartum course in women with preexisting panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994; Jul; 55(7): 289-92.
 110. Cohen LS, Nonacs R. Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2005.
 111. Britton JR. Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women Health.* 2011; Jan; 51(1): 55-71.
 112. Mantz R, Britton JR. Hospital construction and postpartum anxiety. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(6): 562-6.
 113. Sainz Bueno JA, Ruiz Romano M, Garrido R, Gutierrez A, Fernandez A, Almeida C, Caballero M. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Jun 6; 193: 714-26.
-

114. Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review. *J Affect Disord.* 2011; Sep; 133(1-2): 1-15.
115. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1980.
116. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo.* Madrid: Manual TEA; 1988
117. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; Jun; 67(6): 361-70.
118. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad De Med Barna.* 1986; 13: 233- 238.
119. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; May; 119(5): 350-64.
120. AAP and ACOG. *Standard terminology for reporting if reproductive health statistics in the United States. Guidelines for Perinatal Care, Ed. 2.* Washington, DC 1988: 308-24.
121. Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2010-2011. *Pediatrics.* 2013; Mar; 131(3): 548-58.
122. Zhang X, Kramer MS. Variations in mortality and morbidity by gestational age among infants born at term. *J Pediatr.* 2009; Mar; 154(3): 358-62, 362.e1.
123. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson HB. *Nelson Tratado de Pediatría.* 17 ed. Madrid: Elsevier; 2004.

124. Zanardo V, Simbo AK, Franzoi M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004; 93: 643-7.
 125. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics.* 2004; Jul; 114(1): 297-316.
 126. Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics.* 2011; Mar; 127(3): 575-9.
 127. Figueroa E. Newborns' and mothers' act of 1997. California State Assembly. Bill No 38 1997.
 128. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 129. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Milton Keynes [England]. Philadelphia: Open University Press; 1991.
 130. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann.* 1979; 2(3): 197-207.
 131. Hellman LM. Early hospital discharge in obstetrics. *The Lancet.* 1962; Feb 3.1(7223):227-232
 132. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Upsala J Med.* 1987; 92: 301-14.
 133. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding. *Acta Paediatr Scand.* 1987; 76: 727-32.
 134. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *BIRTH.* 1990; 17(4); 199-204
 135. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: Impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res.* 1995; Feb; 4(1): 50-66.
-

136. Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol.* 1997, Jan; 176(1 Pt 1): 205-11.
137. Winterburn S, Fraser R. Does the duration of postnatal stay influence breastfeeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *J Adv Nurs.* 2000; Nov; 32(5): 1152-7.
138. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics.* 2000, 105: 1058-65.
139. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics.* 2001; Sep; 108(3): 719-27.
140. Steel o'Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KW. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. *Can J Public Health.* 2003; May.
141. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomised trial. *BJOG.* 2004; Aug; 111(8): 807-13.
142. Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guías De Práctica Clínica en el SNS 2010. Madrid. Ministerio De Sanidad y Política Social; 2010.
143. Cargill MD, Martel MD. Postpartum maternal and newborn discharge. *J. Obstet Gynaecol Can.* 2007, Apr; 190: 357-9.
144. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(2): 183.
145. Yanover MJ. Perinatal care of low-risk mothers and infants. *N Eng J Med.* 1976; 294:702-5.

146. Scott A. A cost analysis of early discharge and domiciliary visits versus standard hospital care for low-risk obstetric clients. *Aust J Public Health*. 1994; Mar; 18(1): 96-100.
 147. Shorten A. Obstetric early discharge versus traditional hospital stay. *Aust Health Rev*. 1995; 18(2): 19-39.
 148. Petrou S, Bouvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T, Irion O. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: An economic evaluation. *Br J Obstet Gynaecol*. 2004; 111: 800-6.
 149. Organización Mundial de la Salud, Comunicado de Prensa sobre Lactancia Materna. Washington DC: OPS/OMS; 30 de Julio 2013. http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1296&Itemid=192.
 150. Yetano J, López G. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Embarazo, parto y puerperio. 5º ed. Osakidetza, Servicio vasco de salud. Sep 2010.
 151. Abraira V. ¿Qué es el análisis por intención de tratar? *SEMERGEN*. 2000; 26: 393-4.
 152. Norr KF, Nacion K. Outcomes of postpartum early discharge, 1960-1986. A comparative review. *Birth*. 1987; Sep; 14(3): 135-41.
 153. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol*. 2005; Apr; 105(4): 836-42.
 154. Nava SDA, Escobar RV, Peña AMS. Morbilidad hospitalaria en niños nacidos a término y prematuros tardíos. *Rev Mex Pediatr*. 2013; 80(2): 65-8.
 155. Bragg EJ, Rossen BM, Khoury JC, Miodovnik M, Sddigi TA. The effect of early discharge after vaginal delivery on neonatal readmission rates. *Obstet Gynecol*. 1997; 89:93.
-

156. Catz C, Hanson JW, Simpson L, Yaffe SJ. Summary of workshop: Early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 1995; Oct; 96(4 Pt 1): 743-5.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de Información para la paciente.**“Alta Precoz Postparto. Evaluación de complicaciones maternas y neonatales; repercusión en la ansiedad materna.”** (Hoja de información para la paciente)

El Servicio de Ginecología del HUD. está realizando un estudio sobre el alta precoz en mujeres que han dado a luz en dicho hospital. Este estudio es un ensayo clínico que está aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Donostia y cuenta con el apoyo del Servicio de Pediatría, Enfermería y Matronas.

Usted acaba de dar a luz, por esta razón su médico le ofrece la posibilidad de participar en este estudio de investigación de alta prematura. Este ensayo se llevará a cabo sólo en el HUD y se espera una participación de 414 pacientes.

El presente documento pretende proporcionarle información correcta y suficiente para que usted comprenda los posibles riesgos y beneficios que puede acarrear su participación en este ensayo clínico. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y pregunte a su médico cualquier duda que tenga después de la explicación.

Diversos ensayos clínicos han sido publicados sobre el alta precoz postparto sin obtener diferencias con respecto al alta normal en satisfacción, depresión postparto y número de complicaciones por lo que creemos que es una técnica segura que está siendo instaurada en muchos hospitales.

Beneficios y riesgos:

Siempre que el bienestar materno y neonatal estén garantizados el alta precoz a las 24-48h podría relacionarse con un proceso de adaptación más fisiológico de la madre al recién nacido y una mayor implicación familiar desde el comienzo, además de favorecer la vuelta a la normalidad con mayor rapidez y favorecer un clima más cálido y mas cómodo tanto para la madre como para el resto de la familia.

Desarrollo del estudio:

Si usted decide participar en el estudio, será asignada de forma aleatoria a grupo de alta hospitalaria a las 24-48 horas tras el parto, o al grupo que recibe el alta hospitalaria a las 48-72 horas.

Si previo al alta el ginecólogo o el pediatra consideran que no es recomendable que la paciente participe en el estudio por algún hallazgo encontrado la paciente será excluida del estudio.

Se le realizará vistas de seguimiento a las 24 horas tras el parto, a los siete días (telefónica), a las seis semanas y a los seis meses (telefónica).

Participación Voluntaria:

El ensayo que su médico le ofrece es de carácter voluntario. Si decide participar y posteriormente cambiar de opinión, es libre de interrumpirlo en cualquier momento sin necesidad de explicar los motivos y sin que su asistencia habitual se vea afectada. Sin embargo, debe informar a su médico de la decisión.

Depende de usted tomar la decisión de participar en el ensayo o no. Por favor, lea atentamente esta hoja informativa y tómese su tiempo para decidir. Su médico puede decidir la exclusión del estudio si presenta efectos secundarios, si no sigue las indicaciones, no cumple los requisitos del estudio, o si se suspende.

Confidencialidad de datos:

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los resultados. Sólo tendrán acceso a ellos el investigador y su equipo de colaboradores, las personas que realicen tareas de monitorización, el auditor, en caso de que el estudio se sometiese a una auditoría, el Comité Ético y las Autoridades Sanitarias.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los pacientes se ajustará a los dispuestos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13

de Diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de los datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos en el estudio serán conservados en una base de datos en la que su nombre no aparecerá, siendo identificados mediante un código, y sólo su médico y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y su historia clínica. Por lo tanto su identidad no será revelada a persona alguna.

Sus registros médicos originales podrán ser analizados durante o después del estudio por los investigadores o personal designado, las autoridades sanitarias y los representantes el comité ético local.

El investigador podrá comunicar los resultados en reuniones médicas, o publicarlos en revistas especializadas para que otros médicos los conozcan, sin embargo, se mantendrá una estricta confidencialidad sobre la identidad de los pacientes. Si abandona el estudio, seguirá utilizándose la información recopilada sobre usted hasta ese momento.

Al firmar la hoja de consentimiento informado adjunta usted se compromete a cumplir con los requisitos del estudio que le han expuesto.

En caso de que plantee algún problema o pregunta con relación al ensayo, sus derechos como participante en una investigación clínica o cualquier perjuicio relacionado con la investigación, debe contactar con:

Dra. Leire Goyeneche

en el Teléfono: 671984388

Anexo 2. Consentimiento informado.

“Alta Precoz Postparto. Evaluación de complicaciones maternas y neonatales; repercusión en la ansiedad materna.” (Consentimiento informado)

Yo he recibido del Dr., responsable del estudio, información clara y a mi plena satisfacción sobre el estudio “Alta Precoz Postparto; evaluación de complicaciones maternas neonatales. Repercusión de ansiedad materna” en el que voluntariamente quiero participar, incluidos los riesgos potenciales. Sé que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que mi asistencia médica habitual se vea afectada.

Firmado:

Médico

Paciente

Dr.....

D.

.....

Fecha:

Fecha:

Anexo 3. Recogida de datos de las pacientes que participaron en el estudio.

Datos Sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> -Edad en años. -Peso previo al embarazo en kg. -Peso al final del embarazo en kg. -Talla. -Raza: se categorizó en dos subgrupos; caucásica ó no caucásica. -Existencia o no de apoyo familiar: familiar (además del marido) que pueda ayudar con el cuidado del RN. -Estado civil: soltera, con pareja. -Nivel de estudios: graduado escolar, bachiller/FP, Universitario. -Nivel económico de la paciente: se categorizan en cuatro niveles: en paro ó sin ingresos, ingresos <1000 euros al mes, ingresos entre 1000-2000 euros al mes, ingresos > 2000 euros al mes. -Fumadora: si/no. -Alcohol en embarazo: nunca, a veces, fin de semana, todos los días. -Drogas en el embarazo: si/no. -Edad de la pareja en años. -Nivel de estudio (misma categoría que de la paciente). -Nivel económico (misma categoría que de la paciente).
Antecedentes Familiares de primer grado
<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensión. -Diabetes. -Cáncer. -Enfermedad Hereditaria. -Cromosomopatía.

- Depresión: Haber tenido un familiar de primer grado con un episodio de depresión.
- Ansiedad: Haber tenido un familiar de primer grado con un episodio de ansiedad.

Antecedentes Obstétricos

- Muerte fetal intraútero previa: haber tenido un parto anterior por muerte fetal intrauterina.
- Antecedentes de aborto previo en el primer trimestre de embarazo.
- Cesárea anterior.
- Problemas de incontinencia durante la gestación.
- Tiempo en meses hasta conseguir embarazo.
- Gestación conseguida por técnica de reproducción asistida: Que la paciente haya conseguido la gestación mediante una técnica de reproducción asistida (Inseminación artificial conyugal, Inseminación artificial donante, FIV-TE, ICSI, Donación de óvulos).

Antecedentes Personales

- Neumopatía.
- Patología digestiva.
- Nefropatía.
- Neoplasia.
- Neuropatía.
- Enfermedad Tiroidea.
- Enfermedad metabólica.
- Coagulopatía.
- Hepatopatía.
- Depresión: Haber tenido un episodio de depresión en gestación previa o fuera de ella.
- Ansiedad: Haber tenido un episodio de ansiedad en gestación previa o fuera de ella.
- Antecedente quirúrgico.
- Antecedente de fractura ósea.

Gestación actual

- Fecha de última regla.
- Grupo sanguíneo de la madre.
- Cribado del primer trimestre: no realizado, sí realizado y bajo riesgo, sí realizado y alto riesgo.
- Ecografía del 2º trimestre: no realizada, sí realizada y normal, sí realizada y alterada.
- Motivo de alteración de la ecografía del 2º trimestre.
- Realización de amniocentesis ó biopsia corial.
- Ecografía del 3er trimestre: no realizada, sí realizada y normal, sí realizada y alterada.
- Motivo de alteración de la ecografía del 3er trimestre.
- Reposo domiciliario.
- Motivo de reposo.
- Ingreso hospitalario: Ingreso por amenaza de parto prematuro, incompetencia cervical, metrorragia, estudio de la hipertensión, infección, hipertensión.
- Motivo de ingreso hospitalario.
- Rotura de bolsa previo inicio del parto.
- Test diagnóstico de diabetes gestacional: normal, alterada, intolerancia a la glucosa.
- Prueba del estreptococo: negativo, positivo, no realizada.
- Asistencia a clases preparto.
- Existencia de patología durante el embarazo.
- Tiempo en conseguir gestación: < 6 meses, 6-12 meses, 12-24 meses, > 24 meses.
- Tipo de embarazo: no deseado, deseado esperado, deseado no esperado.
- Gestación espontánea: gestación obtenida de forma natural o por técnica de reproducción asistida.

Datos del Parto

- Día del parto.
- Hora del parto.

- Inicio del parto: espontáneo, inducción, estimulación.
 - Tipo de parto: eutócico, ventosa, espátulas, fórceps.
 - Utilización de anestesia epidural: Evita la sensación dolorosa que se asocia a la dinámica uterina. Se categorizó en cuatro grupos: no, anestesia local, anestesia regional, anestesia general.
 - Motivo de inducción: motivo por el cual la paciente requiere que la gestación se termine; embarazo cronológicamente prolongado, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, rotura de bolsa, oligoamnios, crecimiento intrauterino retardado o pequeño para edad gestacional, test no estresante no tranquilizador, otras.
 - Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF): Ocurre cuando la monitorización del latido fetal o el análisis del pH de la calota fetal son patológicos. Es indicación de finalización inmediata del parto.
 - Presentación: cefálica o podálica.
 - Color del líquido amniótico: claro, teñido, hemorrágico.
 - Duración desde la entrada en paritorio hasta el periodo expulsivo: expresado en minutos. Es el tiempo que transcurre desde el inicio del parto (inducción, estimulación o espontáneo) hasta el periodo de expulsivo(segundo periodo del parto activo).
 - Duración del segundo periodo activo del parto expresado en minutos. Es el tiempo que transcurre desde que la paciente comienza con pujos hasta que se produce la salida fetal.
 - Utilización de oxitocina durante el parto: Es un neuropéptido que produce dinámica uterina. Se usa para provocar el inicio de la dinámica o para estimular una dinámica uterina insuficiente.
 - Utilización de antibiótico en el parto.
 - Tipo de rotura de bolsa: espontánea o artificial.
 - Amniounfusión intraparto.
 - Revisión manual de cavidad.
 - Alumbramiento de placenta.
 - Realización de episiotomía para favorecer la salida del RN.
-

-Presencia de dislaceraciones o desgarros: Son lesiones involuntarias sobre la pared vaginal, órganos vecinos (uretra, vejiga, recto) y esfínteres (uretral, anal) secundarias al proceso del parto.

Datos del RN

- Peso del RN al nacer.
- Peso del RN a las 24 horas.
- Peso del RN a las 48 horas.
- Porcentaje de pérdida de peso del nacimiento a las 24h.
- Sexo del RN.
- Apgar al minuto y a los 5 minutos.
- Ph de cordón postparto.
- Talla del recién nacido.
- Grupo sanguíneo.
- Coombs directo.

Datos sobre la lactancia

- Tipo de lactancia: Materna, artificial o mixta.
- Motivo de no dar lactancia materna.
- Subida de la leche.

Anexo 4. Recogida de datos de las pacientes que no quisieron participar en el estudio.

Datos recogidos en pacientes que no desearon participar en el estudio

- Paridad: primípara, múltipara.
- Edad.
- Peso.
- Altura.
- Apoyo familiar: si/no.
- Antecedente personal de depresión.
- Antecedente personal de ansiedad.
- Antecedente personal de aborto.
- Estado civil: con pareja, sin pareja.
- Raza: se categorizó en dos subgrupos: caucásica, no caucásica
- Nivel de estudios: graduado escolar, bachiller/FP, universitario.
- Nivel económico: se categorizan en cuatro niveles: en paro o sin ingresos, ingresos <1000 euros al mes, ingresos entre 1000-2000 euros al mes, ingresos >2000 euros al mes.
- Semanas de gestación.
- Anestesia epidural: no, sí.
- Tipo de inicio de parto: inducción , estimulación, espontáneo.
- Utilización de oxitocina: no, sí.
- Horas de parto (inicio-expulsivo).
- Minutos de expulsivo.
- Desgarro: no, I grado, II grado.
- Episiotomía: no, sí.
- Puntuación STAI-estado.

Anexo 5. Escala de ansiedad estado de Spielberger.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD-ESTADO DE SPIELBERGER

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.- Me siento calmada	3	2	1	0
2.-Me siento segura	3	2	1	0
3.- Estoy tensa	0	1	2	3
4.- Estoy contrariada	0	1	2	3
5.- Me siento cómoda	3	2	1	0
6.- Me siento alterada	0	1	2	3
7.- Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8.- Me siento descansada	3	2	1	0
9.- Me siento angustiada	0	1	2	3
10.- Me siento confortable	3	2	1	0
11.- Tengo confianza en mí misma	3	2	1	0
12.- Me siento nerviosa	0	1	2	3
13.- Estoy desasosegada	0	1	2	3
14.- Me siento muy “atada”(oprimida)	0	1	2	3
15.- Estoy relajada	3	2	1	0
16.- Me siento satisfecha	3	2	1	0
17.- Estoy preocupada	0	1	2	3
18.- Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19.- Me siento alegre	3	2	1	0
20.- En este momento me siento bien	3	2	1	0

Anexo 6. Recogida de datos de las visitas de seguimiento del séptimo día y 6ª semana.

Cansancio materno	0-No 1-A ratos 2-Mucho, todos los días
Días de analgesia	0---1---2---3---4---5---6---7
Complicaciones maternas	Trombosis Episiotomía: dolor, infección, dehiscencia. Endometritis Restos deciduocoriales Metrorragia Mastitis Absceso de mama Fiebre sin foco Retención urinaria Infección de orina Pielonefritis Lumbalgia Otros
Consultas con matrona	Numero Motivo
Consultas con ginecólogo	Numero Motivo
Consultas en urgencias ginecología	Numero Motivo
Ingreso hospitalario madre	Número Motivo Duración del ingreso
Consultas enfermera pediatría	Numero Motivo
Consultas al pediatra	Numero Motivo
Consultas en urgencias pediatría	Numero Motivo
Ingreso hospitalario del recién nacido	Número Motivo Duración del ingreso

Tipo de lactancia	0- Materna 1- Artificial 2- Mixta
Motivo de no dar lactancia materna	
Problemas con la lactancia	Grietas en pezón Crema para Grietas Uso de pezonera Uso de refuerzo Dolor con succión Ingurgitación mamaria Problema de agarre Deseo de inhibición Angustiada o preocupada por la lactancia Uso de chupete Número de tomas al día Biberón de leche materna Falta de leche Mastitis Absceso

Anexo 7. Escala de ansiedad rasgo de Spielberger.**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD-RASGO DE SPIELBERGER**

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.- Me siento bien	3	2	1	0
22.- Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.- Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.- Me gustaría ser tan feliz como otras	0	1	2	3
25.- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26.- Me siento descansada	3	2	1	0
27.- Soy una persona tranquila, serena y sosegada	3	2	1	0
28.- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30.- Soy feliz	3	2	1	0
31.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.- Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
33.- Me siento segura	3	2	1	0
34.- No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35.- Me siento triste (melancólica)	0	1	2	3
36.- Estoy satisfecha	3	2	1	0
37.- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38.- Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39.- Soy una persona estable	3	2	1	0
40.- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tensa y agobiada	0	1	2	3

Anexo 8. Escala de Depresión Postparto de Edinburgh.**ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDINBURGH (EDPS)****1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:**

- 0.)-Igual que siempre.
- 1.)-Ahora, no tanto como siempre.
- 2.)-Ahora, mucho menos.
- 3.)-No, nada en absoluto.

2.-He mirado las cosas con ilusión:

- 0.)-Igual que siempre.
- 1.)-Algo menos de lo que es habitual en mí.
- 2.)-Bastante menos de los que es habitual en mí.
- 3.)-Mucho menos que antes.

3.-Me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien:

- 0.)-Si, la mayor del tiempo.
- 1.)-Sí, a veces.
- 2.)-No muy a menudo.
- 3.)-No, en ningún momento.

4.-Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:

- 0.)-No, en ningún momento.
- 1.)-Casi nunca.
- 2.)-Si, algunas veces.
- 3.)-Si, con mucha frecuencia.

5.-He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:

- 0.)-Si, bastante.
- 1.)-Si, a veces.
- 2.)-No, no mucho.
- 3.)-No, en absoluto.

6.-Las cosas me han agobiado:

- 0.)-Si, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas.
- 1.)-Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre.
- 2.)-No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien.
- 3.)-No, he afrontado las cosas tan bien como siempre.

7.-Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

- 0.)-Si, la mayor parte del tiempo.
- 1.)-Si, a veces.
- 2.)-No muy a menudo
- 3.)-No, en ningún momento.

8.-Me he sentido triste o desgraciada:

- 0.)-Si, la mayor parte del tiempo.
- 1.)-Si, bastante a menudo.
- 2.)-No con mucha frecuencia.
- 3.)-No, en ningún momento.

9.-Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- 0.)-Si, la mayor parte del tiempo.
- 1.)-Si, bastante a menudo.
- 2.)-Sólo en alguna ocasión.
- 3.)-No, en ningún momento.

10.-He tenido Pensamientos de hacerme daño:

- 0.)-Si, bastante a menudo.
- 1.)-A veces.
- 2.)-Casi nunca.
- 3.)-En ningún momento.

Anexo 9. Cuestionario de satisfacción con el tratamiento de Larssen.

CUESTIONARIO DE SATISFACCION CON EL TRATAMIENTO			
Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios recibidos. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor conteste todas las preguntas redondeando la respuesta correcta.			
1.- ¿Cómo calificaría la calidad del servicio recibido?			
Excelente	Buena	Regular	Mala
2.- ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?			
No	Si, parcialmente	Si, en general	Sí, totalmente
3.- ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?			
Totalmente	En general	Parcialmente	Ninguna
4.- Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿ le recomendaría nuestro programa?			
No	Probablemente no	Probablemente si	Si
5.- ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?			
Muchísimo	Mucho	Bastante	Poco
6.- ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?			
Mucho	Bastante	Poco	Nada
7.- En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?			
Mucho	Bastante	Poco	Nada
8.- Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?			
No	Probablemente no	Probablemente sí	Si

Anexo 10. Recogida de datos de las visitas de seguimiento al sexto mes.

Tipo de lactancia	0- Materna 1- Artificial 2- Mixta
Motivo de no dar lactancia materna	
Consultas con matrona	Numero Motivo
Consultas con ginecólogo	Numero Motivo
Consultas en urgencias ginecología	Numero Motivo
Ingreso hospitalario madre	Número Motivo Duración del ingreso
Consultas enfermera pediatría	Numero Motivo
Consultas al pediatra	Numero Motivo
Consultas en urgencias pediatría	Numero Motivo
Ingreso hospitalario del recién nacido	Número Motivo Duración del ingreso