



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL

### Efectividad de un programa de alta precoz tras parto normal



M. Teulón González<sup>a,\*</sup>, M. Martínez Pillado<sup>b</sup>, M.M. Cuadrado Martín<sup>c</sup>,  
M.J. Rivero Martín<sup>c</sup> y J.F. Cerezuela Requena<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Área Xestion Integrada de Pontevedra Salnés, Pontevedra, España

<sup>c</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 21 de noviembre de 2015; aceptado el 22 de julio de 2016

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Resultados en salud;  
Puerperio;  
Parto

#### Resumen

**Objetivo:** Implantar un programa de alta precoz hospitalaria en el parto sin complicaciones para mejorar la efectividad, garantizando la seguridad clínica y la aceptabilidad de los pacientes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de la efectividad de un programa de alta precoz en el parto sin complicaciones entre febrero de 2012 y septiembre de 2013. Población a estudio: puérperas y recién nacidos con ingreso en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, con una duración inferior a 24 h, tras parto sin complicaciones que cumplieran los criterios de inclusión definidos. La satisfacción se evaluó mediante una encuesta con escala Likert. La efectividad del programa se monitorizó mediante indicadores de seguridad, productividad, adecuación y continuidad asistencial.

**Resultados:** El 20% de los casos susceptibles de alta precoz del Hospital Universitario de Fuenlabrada completaron el programa. El 94% fueron partos eutócicos. Los 188 casos incluidos —sobre 911 pacientes con parto no complicado— representaron el 6,5% del total de los 2.857 partos atendidos. La estancia media de las pacientes incluidas presentó una disminución del 50% (2,4 a 1,2 días). La continuidad asistencial tras el alta hospitalaria fue seguida por la totalidad de las pacientes. En el 4,8% se reprogramó una consulta de revisión. El 2% de las pacientes reincidieron antes de 96 h por problemas no graves. Cuatro recién nacidos (2%) precisaron atención en urgencias (madre o recién nacido) antes de 96 h. La evaluación de la satisfacción de las pacientes alcanzó 4,5 sobre 5.

**Conclusiones:** El programa logró una disminución de la estancia media en un 50%, favoreciendo la autonomía de las matronas. Su nivel de aceptación está en línea con intervenciones similares. El despliegue realizado puede ser útil para otras modificaciones de procesos asistenciales.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.teulon@salud.madrid.org](mailto:maria.teulon@salud.madrid.org) (M. Teulón González).

**KEYWORDS**

Health outcomes;  
Puerperium;  
Delivery

**Effectiveness of an early discharge program after normal childbirth****Abstract**

**Objective:** To implement a program of early hospital discharge after an uncomplicated birth, in order to improve the effectiveness, as well as ensuring clinical safety and patient acceptability.

**Material and methods:** Descriptive study of the effectiveness of an early discharge program after uncomplicated delivery between February 2012 and September 2013. The populations are post-partum women and newborns admitted to the University Hospital of Fuenlabrada, with a duration of less than 24 h after uncomplicated delivery that met the defined inclusion criteria. Satisfaction was assessed using a Likert scale. The effectiveness of the program was monitored by safety indicators, productivity, adaptation, and continuity of care.

**Results:** A total of 20% of cases capable of early discharge from Fuenlabrada University Hospital completed the program. Almost all (94%) were normal deliveries. The 188 cases included were from 911 patients with uncomplicated childbirth, accounting for 6.5% of the 2,857 total births. The mean stay of patients included showed a decrease of 50% (2.4 to 1.2 days). All patients received continuity of care after hospital discharge. The review consultation was reprogrammed for 4.8% of cases, with 2% of patients re-admitted within 96 h. with no serious problems. Four newborns (2%) required attention in the emergency department (mother or newborn) before 96 h. The assessment of patient satisfaction achieved a score of 4.5 out of 5.

**Conclusions:** The program achieved a decrease in the average stay by 50%, favouring the autonomy of midwives. This acceptance level is in line with similar interventions. The deployment of the program may be useful for other changes in care processes.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El protocolo de atención al puerperio tras un parto de bajo riesgo no complicado presentaba una estancia media superior a 48 h, condicionado por la obligatoriedad de pruebas metabólicas de cribado antes del alta hospitalaria<sup>1</sup>. Sin embargo, las complicaciones posparto pueden ocurrir en las primeras horas y las citadas pruebas metabólicas pueden realizarse con seguridad de manera ambulatoria. El parto es el proceso más frecuente en los hospitales generalistas. En una completa revisión<sup>2</sup>, que incluía 3.600 pacientes, no se evidenciaron resultados adversos asociados al alta temprana posnatal al vincular el apoyo obstétrico domiciliario con una atención segura y aceptable por la paciente. Con el fin de asegurar una atención sanitaria centrada en las necesidades de las pacientes, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) se creó un equipo multidisciplinar para la implantación de un programa de alta precoz hospitalaria posnatal. El objetivo era mejorar la efectividad del programa, disminuyendo la estancia media de la hospitalización del parto sin complicaciones garantizando la seguridad clínica; por tanto, alcanzar una disminución de esa hospitalización inadecuada mediante el cambio de aquellas rutinas que no aportaban valor<sup>2,3</sup> a los pacientes. Trasladar la asistencia hospitalaria al cuidado ambulatorio implica la necesidad de realizar cambios en los procesos asistenciales.

Este programa fue puesto en marcha de forma conjunta por los servicios de pediatría, ginecología y obstetricia, y área de cuidados de atención a la mujer. La iniciativa fue apoyada por la dirección del centro, que proporcionó soporte estructural, logístico y de profesionales para garantizar su viabilidad. El programa formaba parte del Plan Estratégico del servicio y del hospital, en la línea estratégica

de favorecer la capacitación de los profesionales en aquellas áreas que aportan más valor.

## Método

El Hospital Universitario de Fuenlabrada pertenece a la red pública del Servicio Madrileño de Salud, de nivel 2, con una población de referencia de 221.986 habitantes. El parto vaginal sin complicaciones (GRD 373) es el proceso más frecuente con ingreso (estancia media: 2,4 días). La tasa de cesárea corresponde al 17% de los partos totales. Los partos sin complicaciones, a partir de la explotación del CMBD, representaban más de la mitad de todos los partos vaginales. La población diana eran puerperas y recién nacidos ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada tras parto sin complicaciones con puerperio inmediato en las primeras 24 h que cumplían los criterios de inclusión definidos por consenso entre el área obstétrica y pediatría.

Para la evaluación de la serie, el grupo consensuó indicadores (**tabla 1**) de productividad, adecuación, continuidad asistencial y seguridad clínica con base en criterios de intervenciones similares<sup>3</sup>.

En relación con la madre, se seleccionaron aquellos relacionados con gestación, parto y puerperio.

- Gestación a término sin patología gestacional o derivada del parto.
- Parto vaginal espontáneo o con ventosa, sin desgarros grado II y IV, para alivio de expulsivo, espontáneo o inducido, con/sin episiotomía.
- Puerperio sin complicaciones en las primeras 24 h posparto.

**Tabla 1** Resultados de los indicadores por atributo en el programa de alta precoz en parto sin complicaciones

Atributo	Indicador	Resultado
Productividad	Número de altas precoz en parto sin complicaciones sobre el total de partos en el periodo analizado (%)	6,5%
Adecuación	Número de días de estancia del total de altas	1,2 días
Continuidad asistencial	Número de partos incluidos en el programa de alta precoz sobre el total de partos sin complicaciones (%)	20%
Seguridad clínica	Número de pacientes puérperas que acuden a consultas externas programadas tras el alta hospitalaria de parto sin complicaciones sobre el total de puérperas incluidas en el programa (%)	100%
	Número de reingresos hospitalarios, antes de 96 h, de pacientes incluidos en el programa de alta precoz sobre el total de altas hospitalarias de pacientes incluidas en el programa de alta precoz (%)	2% (n = 4)
	Número de atenciones en el servicio de urgencias antes de 96 h del total de altas hospitalarias de pacientes incluidas en el programa de alta precoz (%)	2%

- Aceptación por la paciente de un seguimiento clínico de madre e hijo así como la realización de las pruebas metabólicas del neonato<sup>4</sup> (72-84 h, condicionado por la validez del cribado de metabolopatías).
- Apoyo social y familiar.

Los criterios para la inclusión de los neonatos fueron los siguientes:

- Peso adecuado tras gestación a término (38-42 semanas).
- Ph de cordón  $\geq 7,15$  y APGAR  $\geq 7$  a los 5 min, sin ictericia.
- Ausencia de complicaciones y de riesgo infeccioso ( fiebre materna intraparto; estreptococo grupo B (EGB) positivo con profilaxis antibiótica incompleta o no realizada o EGB desconocido. Recién nacido anterior con sepsis por EGB, infección orina por EGB durante el embarazo o sospecha de corioamnionitis, así como bolsa rota > 18 h).

El programa se aplicó a puérperas y recién nacidos ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada que cumplían los criterios de inclusión tras parto sin complicaciones con puerperio inmediato y primeras 24 h de vida normales. La participación fue voluntaria, con ofrecimiento a toda paciente que cumplía los criterios de inclusión. El programa fue aceptado por el comité de ética clínica. La evaluación de la satisfacción de las pacientes se realizó con una encuesta con escala Likert.

## Resultados

La población susceptible de alta precoz fueron 911 partos (31%). Tras 16 meses, fueron incluidos 188 partos, que representaban el 20% de los casos susceptibles de alta precoz y el 6,5% del total de los 2.857 partos atendidos. El 94% de las altas precoz correspondían a partos eutópicos (n = 177), el 5,3% (n = 10) a parto instrumental con ventosa obstétrica y el 0,5% a parto realizado con fórceps. La estancia media de las pacientes incluidas fue 1,20 días, lo que representa una disminución del 50% de la estancia hospitalaria en las pacientes con parto sin complicaciones.

La continuidad asistencial extrahospitalaria fue seguida por la totalidad de las pacientes incluidas en el programa. El 94,1% (177) de las pacientes fueron alta en la inmediata

consulta externa. En los 11 casos restantes, el 4,8% del total de pacientes incluidas en el programa, se programó una nueva consulta por indicaciones de poca gravedad (ingurgitación mamaria, episiotomía dolorosa, estado anímico de la madre). En los recién nacidos, el 95,3% fueron alta en consultas externas sin incidencias. El 4,7% (9 recién nacidos) fueron recitados para vigilar su evolución sin presentar otras complicaciones añadidas.

Se registraron 2 casos (cefalea postanestesia y endometritis puerperal) de reingresos maternos en hospitalización antes de 96 h, que representaron un 1,1%. De los 188 casos analizados, 4 (2%) recién nacidos acudieron a urgencias pediátricas en el intervalo entre el alta hospitalaria y la cita en consulta de alta precoz. No reingresó ningún neonato en el hospital.

La evaluación de la satisfacción con el programa fue de 4,5/5(DE 0,91), sin presentar relación con la duración de la estancia hospitalaria.

## Discusión

El análisis de los datos recogidos del programa de alta precoz muestra una tasa de utilización global del 20% en el programa de alta precoz sobre el total de partos sin complicaciones, con una distribución temporal irregular, presentando una mayor adhesión al programa en el año 2013. Ese resultado irregular está influido por la modificación del área de hospitalización en Maternidad al convertir las habitaciones dobles en otras de uso individual, coincidiendo con el despliegue del programa. Esta modificación aumentó el confort de las pacientes durante el ingreso y no favoreció la participación en un programa de alta precoz ante la alternativa de volver a una consulta externa el día siguiente y en el mismo hospital.

Los criterios de inclusión seleccionados fueron bastante conservadores (p. ej., pérdida de peso superior al 5%) y otros criterios no fueron definidos con precisión («inadecuada adaptación a vida extrauterina» o «lactancia no instaurada»). No obstante, aunque podrían limitar la inclusión de pacientes en el programa, permitieron una participación inicial de los profesionales menos motivados al cambio. La intervención favoreció la toma de decisiones vinculadas al desarrollo profesional de las matronas y,

alternativamente, implicaba que los facultativos se vincularían a situaciones más complejas. Por ello, alcanzar un rendimiento del 20% de los casos susceptibles está en línea con intervenciones similares<sup>4</sup> que incluían una visita de revisión al recién nacido y consultas por la matrona. Otras intervenciones similares, en el hospital de Valme<sup>5</sup>, incluían pacientes en las primeras 48 h después del parto.

En las 188 pacientes incluidas (6,5% sobre el total de partos), no se han registrado complicaciones neonatales relevantes en relación con el alta temprana. Tampoco ningún reingreso neonatal, y únicamente 2 reingresos maternos, al principio del programa, en casos sin complicaciones. En un ensayo clínico aleatorizado<sup>6</sup> y otro de cohortes observacional prospectivo<sup>5</sup>, tampoco se identificaron diferencias en las tasas de reingresos, ni otras dimensiones evaluadas (fatiga, ansiedad o depresión).

El despliegue inicial fue lento por la resistencia al cambio de pacientes y profesionales. Al inicio, los profesionales añadían eventuales complicaciones médicas y legales. Por ello, en el primer año, el pase de visita y las eventuales altas precoces en la hospitalización obstétrica eran decididas bajo responsabilidad del ginecólogo adscrito al pase de planta. Además, el equipo sanitario no tenía experiencia previa en este tipo de programas de alta precoz y fue ganando confianza poco a poco, como así lo demuestran los datos recogidos durante el año 2013. Ahora bien, se multiplicó por 4 la tasa inicial, hecho vinculado a que la intervención potenció la comunicación y la retroalimentación de resultados durante el despliegue. A partir de febrero de 2014, se instauró el pase de visita clínica para partos de bajo riesgo por la matrona, incluyendo el alta precoz planificada. El análisis de los resultados clínicos con tan baja tasa de complicaciones asociadas afianzó la confianza y la implicación del equipo.

Las características demográficas de los pacientes, con escasos recursos económicos y una tasa elevada de población emigrante con escaso apoyo familiar en el domicilio, fue otra barrera importante para la adhesión al programa. La coincidencia temporal con la crisis económica no facilitó la adhesión al programa dado que podía interpretarse como un «recorte» de prestaciones en lugar de una acción de mejora.

Este programa de alta precoz constituye un ejemplo de buena práctica asistencial que facilitó el retorno precoz de las pacientes y recién nacidos a su entorno familiar, disminuyendo la hospitalización innecesaria del puerperio y garantizando una adecuada atención ambulatoria. Por tanto, estamos ante una propuesta de cambio para las pacientes al favorecer la rápida integración de madre e hijo al entorno familiar, además de favorecer la toma de decisiones personales por parte de las pacientes y su entorno.

Investigar las causas de la no aceptación en aquellos casos susceptibles debería ser un área de interés para la mejora del programa. Creemos necesario promover acciones para mejorar la adhesión de pacientes y profesionales sanitarios, como la mejora de la información durante el seguimiento prenatal y otras medidas orientadas hacia la plantilla de profesionales encargadas de ofrecer el recurso.

Otras acciones de mejora pasan por fomentar la aceptación de los pacientes, trasladando el seguimiento de esta consulta de alta precoz a los centros de atención primaria o al domicilio de los pacientes. Las posibles acciones

correctivas pasarían por una modificación de los criterios de inclusión de madre e hijo (edad gestacional 38-42 por > 37 semanas, pH al nacimiento > 7,15, por APGAR 5>8), la redefinición de término «adecuada adaptación vida extrauterina» y «lactancia materna instaurada», combinado con una más completa información al entorno. Además, un registro de altas precoces denegadas permitirá introducir nuevos indicadores de evaluación de resultados.

Un interés destacable de este programa era favorecer el cambio en la gestión de un proceso asistencial por parte de profesionales y pacientes. La autonomía de las matronas en el pase de visita a la puérpera de bajo riesgo es un cambio importante que le da valor a la intervención. Si le añadimos el despliegue que se ha realizado, alineando el plan estratégico del servicio con el hospital, este programa podría resultar útil para otras experiencias de mejora de gestión de procesos asistenciales.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## Agradecimientos

A todos los profesionales del Hospital Universitario de Fuenlabrada: enfermeras, matronas, médicos, administrativos, informáticos, que han hecho posible la puesta en marcha y ejecución de este programa.

## Bibliografía

1. Normas en relación a las pruebas de cribado para detección precoz de enfermedades y prevención de minusvalías en el recién nacido. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. n.º 124 (26-5-2010).
2. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término (revisión Cochrane traducida). La biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd. 2008; (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. [consultado 20 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. En: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 15 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
4. Fábrega J. Alta precoz en el parto normal. En: Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad [portal de Internet]. Bases prácticas en salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2014 [consultado 15 Jul 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP\\_2014/BBPP\\_APySR\\_Catalunya\\_2.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2014/BBPP_APySR_Catalunya_2.pdf)
5. Sainz Bueno J, Ruiz Romano M, Garrido Teruel R, Gutiérrez Benjumea A, Fernández Palacín A, Almeida González C, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. Am J Obstet Gynecol. 2005;193:714-26.
6. Romero J, Romero J, Picazo B, Tapia L, Díaz R, Romero I. Alta hospitalaria temprana en recién nacidos a término sanos. An Esp Pediatr. 1999;50:479-84.