

ALTA PRECOZ Y VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

M. Belén Feijóo-Iglesias (1), Lilián Chicharro Chorro (2), Irene Ballester Escolar (3), Amanda Suárez Pascual (1), Medea Aglaya De la Peña Rodríguez (4) y Rosa María Alba Diego (5)

(1) Unidad de Partos. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

(2) Unidad de Partos. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles. Comunidad de Madrid. España.

(3) Unidad de Partos. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Comunidad de Madrid. España.

(4) Centro de Salud Guayaba. Madrid. España.

(5) Área Cuidados de la Mujer. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La pandemia por la COVID-19 motivó que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid reorganizara la atención urgente de Obstetricia-Ginecología y Neonatología. El 24/03/2020 se inicia en el Hospital Universitario La Paz (HULP) un programa de alta precoz posparto y visita domiciliaria. El objetivo de este estudio fue detectar si la estrategia de “alta precoz voluntaria y visita domiciliaria por la residente de matrona” aplicada por el HULP durante la pandemia por la COVID-19 tuvo algún efecto adverso en puerpera y/o recién nacido (RN).

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, con muestreo de conveniencia en mujeres incluidas en el programa de alta precoz voluntaria-visita domiciliaria entre 24/03/2020 y 5/05/2020. Se analizaron 222 historias clínicas y cuestionarios telefónicos de puerperas que cumplieron los criterios de selección. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS-9.4.

Resultados: La media de estancia hospitalaria fue de 25h 15min. Derivaron al HULP a 8,6% neonatos, ingresando un 2,2% por hiperbilirrubinemia. El 2,3% de padres con sus neonatos acudieron a urgencias, ingresando el 0,46%. El 0,4% de puerperas precisó reingreso. Al alta, el 84,2% de RN tomaban lactancia materna exclusiva (LME). A la semana, el 73,4% de RN estaban con LME, el 18% con lactancia mixta y el 8,6% con lactancia artificial. El 89,6% consideró adecuada el alta precoz. Percibieron como “muy satisfactoria” la visita domiciliaria un 83,3%, y la atención profesional recibida un 88,7%.

Conclusiones: Con el alta precoz-visita domiciliaria se ofrece continuidad de cuidados, detectando y resolviendo problemas, manteniendo un alto grado de satisfacción materna.

Palabras clave: Visita domiciliaria, Alta precoz posparto, COVID-19, Puerperio, Continuidad de cuidados, Calidad asistencial.

ABSTRACT

Early discharge and postpartum home visit during the COVID-19 pandemic at the HULP (Madrid)

Background: The COVID-19 pandemic caused that the Health Department of the Autonomous Region of Madrid redirected the Obstetrics, Gynecology and Neonatology emergency care. On March 24th 2020, the HULP launched a program of postpartum early discharge and home visit. The objective of this work was to detect if the care strategy “Voluntary early discharge and home visit by the midwife (2nd year EIR)” applied by the HULP during the COVID-19 pandemic had any adverse effect on the woman and/or the newborn.

Methods: Cross-sectional observational descriptive study using convenience sampling among women included in the early discharge-home visit program from March 24th to May 5th 2020. 222 medical records and telephone surveys to postpartum women who complied with the inclusion criteria were analyzed. The statistical analysis was performed using SAS 9.4.

Results: The average of inpatient time was 25 hours and 15 minutes. 8.6% of newborns were sent back to the HULP, and 2.2% were readmitted for hyperbilirubinemia. 2.3% of parents took their infants to the Emergency Care Unit, but only 0.46% needed readmission. 0.4% of postpartum women were readmitted. At the discharge, 84.2% of newborns exclusively breastfed. After one week of the birth, 73.4% of infants were exclusively breastfeeding, 18% were mixed breastfeeding, and 8.6% were bottle feeding. 89.6% of women believed early discharge was appropriate. Home visit was described as “very satisfactory” in 83.3% of cases, and the care provided, in 88.7% of cases.

Conclusions: With the early discharge-home visit program, continuity of care is provided, health problems were detected and resolved and high maternal satisfaction levels were obtained.

Key words: Home visit, Early discharge, COVID-19, Postpartum, Continuity of care, Quality of health care.

Cita sugerida: Feijóo-Iglesias MB, Chicharro Chorro L, Ballester Escolar I, Suárez Pascual A, De la Peña Rodríguez MA, Alba Diego RM. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 19 de agosto e2021081105.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (China) informó de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. El 7 de enero del 2020, se identificó el agente causante del brote, denominado por consenso internacional COVID-19^(1,2). El número de casos aumentaron, así como su transmisión entre fronteras, llegando en enero a España^(3,4).

La OMS, el 11 de marzo de 2020 elevó la situación a pandemia internacional. En España, el aumento de casos provocó una crisis sanitaria sin precedentes⁽⁵⁾. Los hospitales alcanzaron el total de su capacidad, llegando a precisarse la creación de un hospital de campaña en Madrid para dar cabida a pacientes. Se acrecentó la necesidad de camas y hubo que reajustar las unidades hospitalarias^(6,7). En este contexto de pandemia, la Dirección del Hospital Universitario La Paz de Madrid (HULP), tuvo que disminuir las camas disponibles para el servicio de Puerperio, asignándolas a pacientes de otras especialidades. El previsible aumento de la demanda de gestantes y neonatos en el HULP debido a la reorganización urgente del servicio de Obstetricia-Ginecología y Neonatología por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CM) el 22 de marzo de 2020, sumado a la disminución de camas en esas áreas y el interés de evitar contagios por la COVID-19⁽⁸⁾, obligó a la Dirección del HULP a resolver ese problema de inmediato, planteando dar altas precoces voluntarias (APV) a las púerperas y sus hijos/as garantizando, en todo momento, la continuidad de los cuidados necesarios. En unos días se desarrolló el protocolo y se comenzó a dar el APV a mujeres que habían tenido un parto vaginal (espontáneo o instrumentado) sin complicación y que la evolución de la madre y del recién nacido (RN), se desarrollaran sin complicaciones. El 24 de marzo, tres residentes de matronas-R2 del HULP, comenzaron

a realizar visitas domiciliarias (VD) posparto, para realizar una valoración puerperal y evaluación del neonato, incluyendo la realización del cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas (EEM). Se estableció el periodo para realizar el cribado neonatal de EEM entre las 42-54h por el Servicio de neonatología del HULP, tras consultar con el Servicio de Bioquímica de Cribado Neonatal de la CM, que procesa las muestras del HULP en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, que indicó que el rango más adecuado para realizar el procedimiento era entre ± 6 h alrededor de las 48 h para obtener una muestra óptima.

En las últimas décadas, la duración media de estancia hospitalaria posparto se ha reducido de manera global. La tendencia actual aboga por el alta precoz puerperal, con el objetivo de reducir la medicalización del parto, proporcionar un ambiente adecuado para el inicio de la lactancia materna^(9,10,11), favorecer la participación de la familia en los cuidados del RN y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales, así como disminuir los costes hospitalarios y aumentar la eficiencia^(12,13,14,15). Coexisten diversas definiciones del “alta muy precoz” y “alta precoz” según diferentes asociaciones científicas, variando estos términos entre el alta producida antes de las 24h desde el parto vaginal y hasta las 96h tras una cesárea^(11,16,17,18). Los posibles riesgos derivados de un APV pueden ser el retraso en el diagnóstico y tratamiento de complicaciones, el incremento de reingresos hospitalarios y falta de apoyo en puericultura y lactancia materna. Sievertsen y Wüst observaron que la política de alta obligatoria el mismo día del parto en Dinamarca se relacionó con aumento de reingresos de RN los primeros 28 días^(10,12). Cardona-Ospina *et al* concluyeron que el alta en las primeras 24h posparto no se asoció a reingresos hospitalarios madre-RN⁽¹⁵⁾.

Benahmed *et al* y Brown *et al* concluyeron que el APV posparto parece que podría ser

seguro tanto para la madre como para el RN, y que la lactancia materna no parece verse perjudicada. En cuanto a cómo afecta a la depresión posparto y a las competencias en el rol materno, algunos autores no encuentran diferencias, mientras que otros encuentran resultados más positivos cuando se opta por un APV^(11,18).

Un factor fundamental para el éxito de un programa de APV es lo preparada que se sienta la familia para recibir el alta^(17,18). Para lograr mejores resultados de salud, es importante que los programas de APV individualicen las necesidades de las familias y las incluyan activamente en la toma de decisiones^(9,10,16,17).

Algunos estudios coinciden en que resulta más importante la preparación previa al parto y el soporte del personal sanitario durante el puerperio, que el tiempo de ingreso posparto⁽¹²⁾. Nilsson *et al* observaron que una intervención de apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización puerperal, en el contexto de APV (a las 12h del parto) puede reducir el riesgo de reingreso del neonato debido a complicaciones nutricionales⁽¹⁹⁾. Algunos autores sólo justifican el alta antes de las 24h posparto cuando existe un programa de preparación de la madre durante el embarazo, y de seguimiento en las 48-72h de vida del neonato por parte de un pediatra^(12,17).

La Asociación Española de Pediatría defiende la necesidad de un control pediátrico a los 3-4 días de vida tras el APV, en un centro hospitalario o en Atención Primaria, y aboga por incluir la atención domiciliaria posparto⁽¹⁷⁾. Brown *et al* también concluyen que el alta precoz no parece tener efectos adversos en cuanto a lactancia materna y depresión posparto cuando se acompaña de al menos una VD puerperal⁽¹¹⁾.

La visita puerperal domiciliaria se realiza en el domicilio familiar, permitiendo ofrecer una atención personalizada a la madre y al RN^(20,21). Además de garantizar la continuidad

asistencial, requiere de recursos apropiados para el conocimiento de las necesidades y tipos de cuidados en esta etapa⁽²²⁾. El reconocimiento de signos, síntomas, alteraciones, creencias y prácticas durante la VD, llevan a la práctica de intervenciones de la matrona que promueven la salud materno-infantil⁽²³⁾. Se valora desde el estado general de la madre hasta el tipo de lactancia ofreciendo el apoyo necesario, así como la integración del RN y su valoración general⁽²⁴⁾. Se debe prestar atención a los posibles signos de alerta en ambos y resolver las dudas que puedan surgir⁽²¹⁾.

La visita domiciliaria se asocia a un mayor grado de satisfacción materna, menor uso de los servicios de urgencias pediátricas, y mayor mantenimiento de la lactancia materna. Parece asociarse también a una menor incidencia y mejor evolución de depresión posparto. No existe evidencia suficiente que indique que la VD se asocie con reducción en la mortalidad neonatal o de problemas graves maternos, ni que un mayor número de visitas conlleven incrementos en la salud materna. Algunos estudios describen una mejor evolución clínica posparto en mujeres y recién nacidos de alto riesgo social, físico o psicológico que recibieron VD^(20,21,25,26).

En los estudios publicados existe gran variabilidad en cuanto a la metodología de la VD, el número que se realizan y en qué momento (a las 48h del alta frente a la primera semana de vida)^(20,21,25,26). En Dinamarca está extendido el alta en las primeras 24h tras partos sin complicaciones y la atención domiciliaria puerperal⁽²⁷⁾. En España, el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona oferta la VD a las 48h del alta a todas las mujeres que reciben el alta precoz a partir de las 24h posparto⁽²⁸⁾, mientras que en el Hospital Clínic de Barcelona se lleva a cabo por matronas a las 24h del alta⁽²⁹⁾. En el Servicio Vasco de Salud, la atención domiciliaria se realiza en el caso de que la matrona, tras la primera valoración, considere que

la mujer no debe desplazarse al Centro de Salud⁽³⁰⁾. En el Hospital de Elche, se oferta el APV a las 24h posparto, acudiendo después a las 48h a la matrona de su Centro de Salud, y a los 3-5 días a la consulta hospitalaria de la enfermera pediátrica⁽³¹⁾. Dentro de la CM, el Hospital Universitario de Fuenlabrada, ofrece el alta a las 24h del parto vaginal sin complicaciones, combinado con seguimiento materno y neonatal en consulta hospitalaria a las 48h \pm 6h de vida del RN⁽³²⁾. El Hospital de Getafe también cuenta con una consulta de APV⁽³³⁾. En todos los casos comentados, las familias deben desplazarse de nuevo al hospital para realizar el cribado neonatal de (EEM).

Además de controlar la salud y el bienestar de la madre y el niño, el enfoque de la atención postnatal debe centrarse en los aspectos psicosociales, en el apoyo y asesoramiento sobre la nueva situación y en los cambios estructurales en la familia, promoviendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales⁽³⁴⁾. Cobra especial relevancia la comunicación en el proceso de alta y la colaboración entre niveles asistenciales junto a intervenciones que han evidenciado un resultado positivo, como la VD y el apoyo telefónico proactivo. La continuidad asistencial y de cuidados es clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios y para que estos sean percibidos así por los usuarios⁽³⁵⁾.

La emergencia sanitaria por la COVID-19 puso al límite, entre otros, al sistema sanitario de la CM. Esto provocó la necesidad de tomar medidas con carácter urgente y extraordinario, por parte de la Dirección del HULP. La Dirección de Enfermería lideró el programa de APV de las mujeres y sus hijos/as y la VD realizada por una residente de matrona-R2 (R2-matrona), para dar continuidad de cuidados, valorando a la puérpera, al RN, su vínculo y realizando el cribado neonatal de (EEM) (en el talón). El programa se inició el 24 de marzo de 2020 con 3 R2-matrona que cambiaron el hábito de trabajo, saliendo del

entorno hospitalario, al domiciliario. El programa se puso en marcha sin plantear el estudio sobre la pertinencia e idoneidad que, en circunstancias normales, se hubiera realizado por parte de la Dirección del hospital y de los profesionales implicados en la asistencia de las mujeres y sus recién nacidos. Valorar si el programa ha producido algún efecto adverso, es necesario para poder tomar las medidas de corrección necesarias y dar unos cuidados de calidad, con garantías de seguridad. Además, permite continuar o modificar este tipo de estrategias de cuidados, así como elaborar futuros proyectos, programas, protocolos o planes de contingencia en situaciones similares, en el área de Obstetricia-Ginecología y Neonatología.

Objetivos:

– **Objetivo general:** Detectar si la estrategia del cuidado de “alta precoz voluntaria y visita domiciliaria por la residente de matrona” aplicada por el HULP, durante la pandemia por la enfermedad del COVID-19, tuvo algún efecto adverso en las puérperas y/o en los RN.

– Objetivos específicos:

i) Verificar si la puérpera y/o su recién nacido precisaron volver y el motivo al HULP o si tuvieron que acudir a su Centro de Salud, desde el APV hasta las 72h del parto.

ii) Describir el porcentaje de cambio en el tipo de lactancia tras el apoyo a la lactancia, durante la visita domiciliaria.

iii) Reseñar la continuidad del tipo de lactancia al alta, a los 3 días y en la primera semana de nacimiento.

iv) Conocer la satisfacción de la puérpera por la visita domiciliaria, realizada por la R2-matrona y la satisfacción por la atención recibida, después del APV del HULP.

v) Determinar si las dudas de las puérperas sobre sus cuidados y/o de su recién nacido fueron resueltas durante la visita domiciliaria.

vi) Conocer el porcentaje de puérperas que consideraron adecuada el APV hospitalaria y su relación con la paridad.

vii) Detectar posibles dificultades de las puérperas, para llevar a cabo sus cuidados y/o de su RN.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio descriptivo observacional de corte transversal.

Ámbito y periodo de estudio: El estudio se realizó con mujeres que parieron en el HULP de la CM, durante la pandemia por la enfermedad del COVID-19 y a las que se les dio el APV del hospital y se les realizó una visita domiciliaria por R2-matrona, en el periodo que transcurrió desde el 24 de marzo de 2020 al 5 de mayo de 2020.

Población y muestra:

– Población diana: Puérperas que tuvieron un parto vaginal (eutócico, fórceps, ventosa, espátulas) en el HULP de la CM.

– Población de estudio: Puérperas que parieron mediante un parto vaginal en el paritorio del HULP, que se les ha dado el APV hospitalaria y a las que las R2-matronas les han realizado una visita domiciliaria, desde el 24 de marzo de 2020 al 5 de mayo de 2020, y que cumplan los criterios de selección.

– Muestra: El tamaño muestral se ajustó al total de las puérperas dadas de APV en el HULP del 24 de marzo de 2020 al 5 de mayo de 2020. Muestra de un total de 236 puérperas y RN.

– Selección de muestra: Se seleccionó la muestra empleando un muestreo de conveniencia y sistemático de usuarias atendidas en sus domicilios, que se les dio el APV hospitalaria en el HULP y que cumplieran los criterios de selección y estaban dentro de la ventana temporal.

Criterios de selección:

– Criterios de inclusión:

i) Puérpera a la que se les hubiera realizado una visita domiciliaria, tras el APV del HULP en el periodo de estudio.

ii) Mujeres > de 18 años.

iii) Puérperas con recién nacido de una gestación ≥ 37 semanas.

iv) Parto vaginal (espontáneo o instrumentado) sin complicación.

– Criterios de exclusión:

v) Dificultades en la comprensión del idioma.

vi) Partos gemelares.

Se diseñó y validó un formulario con 11 preguntas para recoger parte de los datos del estudio, a través de una única llamada telefónica a cada puérpera. Dos de las preguntas sobre el grado de satisfacción con “*recibir una visita domiciliaria*” y “*la atención recibida por la R2-matrona*” se respondieron mediante una escala LIKERT de 6 categorías (tabla 1). Se homogeneizaron los criterios de recogida de datos. Tras explicar los objetivos del estudio a las mujeres, se les invitó a participar, se registró el consentimiento informado y voluntad, en su historia clínica (HCIS). El resto de los datos (sociodemográficos, paridad, etc.) fueron extraídos de la

Tabla 1
Escalas tipo LIKERT empleadas para evaluar la satisfacción de las púerperas con la visita domiciliaria.

<i>Globalmente, ¿cuál ha sido su grado de satisfacción con “recibir una visita domiciliaria”?</i>					
Muy satisfecha	Satisfecha	Ni satisfecha, ni insatisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha	No sabe/ no contesta
<i>Globalmente, ¿cuál ha sido su grado de satisfacción con “la atención recibida por la residente de matrona” durante la visita domiciliaria?</i>					
Muy satisfecha	Satisfecha	Ni satisfecha, ni insatisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha	No sabe/ no contesta
Fuente: Tabla de elaboración propia.					

historia clínica electrónica (HCIS) en un único momento tras la llamada telefónica. Los datos se codificaron para preservar el anonimato de las púerperas y se analizaron los datos con confidencialidad (anexo I).

Análisis estadístico de los datos. Los datos se procesaron informáticamente en formato Microsoft Excel, que más tarde se importó para su tratamiento estadístico en el programa SAS versión 9.4 (SAS Institute Inc. 2013. *Base SAS® 9.4 SAS/STAT-Statistical analysis*. Cary, NC). Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas que presentaron una probabilidad de error menor del 5% ($p < 0.05$). Se determinó si la distribución de variables cuantitativas era normal o no con el test de Kolmogórov-Smirnov. Para la descripción de variables cuantitativas continuas se utilizó la media junto con la desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas en porcentaje. Las comparaciones entre variables cuantitativas continuas se realizaron principalmente mediante pruebas paramétricas, utilizando la t de Student o el ANOVA. Cuando por estratificación o selección de submuestras se

trabajó con grupos menores de 30 individuos, la significación estadística en este tipo de análisis se obtuvo mediante pruebas no paramétricas, Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney. El análisis de frecuencias entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de la χ^2 o el test exacto de Fisher cuando fue necesario (si $N < 20$, o si algún valor en la tabla de valores esperados era menor de 5). Cuando se utilizó la χ^2 se aplicó en todos los casos la corrección de Yates.

Consideraciones éticas. Se obtuvo la autorización del HULP y la aprobación ética del estudio por parte del Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm) del HULP (Código HULP: PI-4226). El estudio se realizó teniendo en cuenta las declaraciones de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Se solicitó el consentimiento informado (aprobado por el CEIm del HULP) y la aceptación voluntaria a participar antes de la inclusión en el estudio y después registrando la aceptación a participar en la historia clínica electrónica (HCIS). Los datos fueron tratados de un modo confidencial con arreglo a *Ley de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales*.

RESULTADOS

De las 236 mujeres y neonatos que recibieron el APV en el HULP entre el 24 de marzo y el 5 de mayo de 2020, 9 no cumplieron los criterios de selección y 5 rechazaron participar en el estudio, siendo la muestra final de n=222. Las características sociodemográficas de las mujeres se exponen en la **tabla 2**. La media de edad de las mujeres fue de 33±4 años (de 20 a 42 años). El 47,3% (n=105) tenían ≥35 años. El 39,2% (n=87) fueron primíparas; el 46,4% (n=103) fueron secundíparas, y el 14,4% (n=32), multiparas. La media de edad gestacional en el momento del parto fue de 39 semanas + 6 días, con una desviación estándar de 1 semana. La edad gestacional mínima fue 37 semanas y la máxima, 41semanas + 5 días. Los RN pesaron una media de 3.276 ± 418g, siendo el peso más bajo 2.300 g, y el más

elevado, 4.500 g. El 1,4% (n=3) de los neonatos pesaron <2.500 g; el 92,3% pesaron entre 2.500 g y 3.999 g y el 6,9% pesó ≥4.000 g. El 50,9% (n=113) de los RN fueron mujeres y el 49,1% (n=109) varones. Un 6,3% (n= 14) de los partos vaginales fueron instrumentales (3 Fórceps, 3 espátulas y 8 ventosas Kiwi). Se realizaron un 100% (n=222) de cribados neonatales de EEM en el domicilio de las púerperas.

Las mujeres y sus hijos/as permanecieron ingresados en el hospital una media de 25h 15 min. La estancia mínima fue de 14h y 46 minutos, y la máxima, 35h 13 min. El 43,2% de las mujeres y sus hijos/as permanecieron ingresados <24h. Los valores de bilirrubina transcutánea neonatal que se midieron durante la VD con un bilirrubiómetro oscilaron entre 1,3 y 15,5mg/dl. La media fue 8,75 ±3,57 mg/dl. El 9,5% (n=21) de los neonatos tuvieron valores ≥12 mg/dl.

Tabla 2
Variables sociodemográficas.

Variables		n (%)	Variables		n (%)
Lugar de nacimiento	España	156 (70,3%)	Nivel de estudios	Estudios superiores	124 (55,9%)
	Sudamérica, Centroamérica y Caribe	41 (18%)		Secundaria	86 (38,7%)
	Resto de Europa	14 (6,3%)		Primaria	11 (5%)
	Asia (China, Filipinas y Líbano)	6 (2,7%)		Menos que primaria	1 (0,5%)
	África del Norte (Marruecos)	5 (2,3%)		Pareja	207 (93,2%)
Distrito de residencia	En DAN-La Paz y DAE-Ramón y Cajal ^(a)	154 (69,7%)	Convivientes	Vive sola	10 (4,5%)
	En otras Direcciones Asistenciales	68 (30,3%)		Otros familiares	5 (2,3%)

(a) Dirección Asistencial Norte-Hospital La Paz y Dirección Asistencial Este-Hospital Ramón y Cajal; Fuente: Tabla de elaboración propia.

Las matronas que realizaron la VD derivaron al HULP al 8,6% (n=19) de los neonatos valorados. En el 7,8% (n=17) de estos casos el motivo de la derivación fue la hiperbilirrubinemia detectada en domicilio con el bilirrubinómetro, al segundo día de vida, de los cuales solo 5 precisaron ingreso (uno: 10h; tres: 1 día; uno: 2 días). En los 2 casos restantes el motivo de derivación fue percepción de ausencia de micción desde el nacimiento y RN letárgico con dificultad para engancharse al pecho, respectivamente, sin precisar ingreso tras la valoración ninguno de ellos. Los progenitores del 2,3% (n=5) de los neonatos acudieron a urgencias en las primeras 72h tras el alta. Los motivos de consulta fueron: llanto excesivo al segundo día de vida, preocupación sobre soplo cardíaco detectado en el propio hospital por neonatología, bajo peso e ictericia y ruidos respiratorios al tercer día de vida, y un caso de hiperbilirrubinemia al tercer día de vida (posterior a la VD). Sólo un 0,4% (n= 1) precisó ingreso hospitalario (2 días).

En relación con las púerperas dadas de alta hubo un 1,8% (n=4) de casos derivados al HULP por criterio profesional por los siguientes

motivos: un caso de sospecha de infección de episiorrafia que recibió prescripción de antibiótico, dos casos de ingurgitación mamaria y un caso de vejiga hipotónica que precisó sondaje vesical. Ninguna de estas mujeres ingresó. Por otro lado, el 3,6% (n=8) púerperas consideraron necesario consultar a los profesionales de atención primaria en las primeras 72h tras el parto. Los motivos de consultas fueron: dolor perineal por sutura, sangrado posparto, ingurgitación mamaria, aumento de loquios, cefalea, dificultades con lactancia materna (n=2, con resolución telefónica), caída de punto de episiorrafia (n=1) con tratamiento ambulatorio y un 0,4% (n=1) precisó ingreso de corta estancia por infección urinaria.

Tras la visita domiciliaria, se produjo un cambio en el tipo de lactancia en el 7,7% (n=17) de las púerperas. De 13 mujeres que daban de LME al alta, 9 pasaron a dar Lmx y 4 a LA. Por otra parte, 4 de las mujeres estaban dando Lmx al alta pasaron a dar LME. Respecto al tipo de lactancia que dieron las mujeres a sus hijos/as, al alta, a los 3 días de nacimiento y a la semana del nacimiento, los resultados se reflejan en la *tabla 3*.

Tabla 3
Cambios en el tipo de lactancia.

Tipo de lactancia	Al alta	3 ^{er} día de nacimiento	7 ^o día de nacimiento	Total de cambios en tipo de lactancia
LME	84,2% (n=187)	77,9% (n=173)	73,4% (n=163)	-24
Lmx	9,9% (n=22)	14,4% (n=32)	18% (n=40)	+18
LA	5,9% (n=13)	7,7% (n=17)	8,6% (n=19)	+6

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Las dificultades para los cuidados que refirieron las púerperas en las primeras 72h tras el parto se exponen en la [tabla 4](#).

El 97,7% (n=217) de las mujeres consideraron resueltas sus dudas sobre el cuidado de su hijo/a y el suyo, tras VD. El porcentaje de púerperas que sí sabían dónde acudir ante un problema de salud suyo o de su RN pasó de ser el 91,4% (n=203) en el momento del alta hospitalaria, al 95,5% (n=212) tras la VD.

El 89,6 % (n=199) de las mujeres encuestadas (73 primíparas, 97 secundíparas y 29 multíparas) consideró adecuada la decisión de recibir el APV (49 mujeres no especificaron el motivo). El principal motivo que alegaron las mujeres, fue la situación sanitaria de pandemia por la COVID-19, referido en el 34,2% de los casos. Para el 21,6% de los casos el motivo fue el bienestar general de madre - neonato y la ausencia de complicaciones durante el ingreso para considerar adecuada el APV. Otro motivo reportado por el 8% de las mujeres que estuvieron de acuerdo con el APV fue la percepción de una mayor comodidad e intimidad en el propio domicilio comparado con el hospital. Además, el 6,5% de las mujeres encuestadas estuvo de acuerdo con el APV por ser secundípara o multípara, ya que consideraban su experiencia previa como un factor positivo para sentirse más preparadas de cara a un alta más temprana, si bien, en este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al intentar asociar la variable paridad y el grado de acuerdo con la decisión de recibir el APV.

Por otro lado, el 10,4% (n=23) de las púerperas (total: 14 primíparas, 6 secundíparas y 3 multíparas) no consideraron adecuada la decisión de recibir el APV. Al preguntar por los motivos 6 mujeres refirieron haber necesitado más apoyo con la lactancia, con los cuidados del RN y puerperales, 7 mujeres se sintieron con debilidad-cansancio (n=5) o doloridas (n=2) y 7

mujeres consideraron que el alta se produjo demasiado precoz (aunque 3 entendieron que era por la situación de la pandemia y que en otro momento preferirían estar más tiempo ingresadas). 2 mujeres alegaron problemas neonatales (1 RN tuvo que ingresar y 1 acudió a una consulta ambulatoria en el HULP) y 1 mujer disconforme no reporto el motivo.

Respecto a los cuidados puerperales y del RN en las primeras 72h, consideraron no tener dificultades, el 94,1% con el cuidado del cordón umbilical, el 79,7% con la alimentación del recién nacido, el 95% con el cuidado del periné de la púerpera, el 77,5% con el cuidado de las mamas (si daban LME o Lmx) y el 80% no tuvo tristeza ni melancolía.

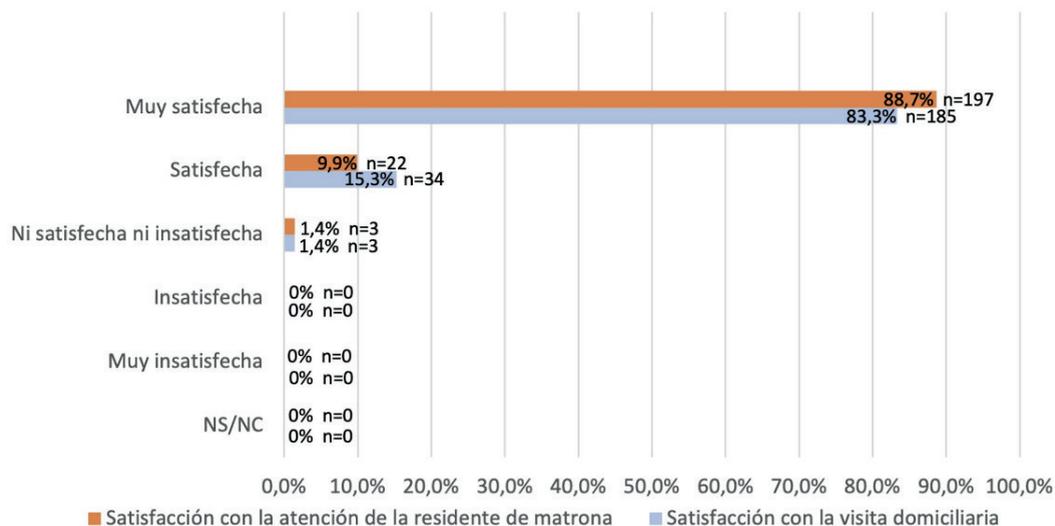
La satisfacción de las púerperas en relación con recibir una VD y la atención recibida por la R2-matrona durante esa visita, valorada mediante una escala LIKERT ([tabla 1](#)), se expone en la [figura 1](#). A pesar de no haber ninguna púerpera insatisfecha con la VD ni con la atención recibida por parte de las profesionales del HULP, se contrastó la satisfacción materna con diversas variables para valorar la asociación o independencia entre ellas. La satisfacción con la VD y con la atención recibida por una R2-matrona disminuyeron de manera estadísticamente significativa ($p<0,05$) en las primíparas ($p=0,03$ en ambos casos), en aquellas púerperas que tuvieron una opinión negativa sobre el APV ($p<0,001$ y $p<0,008$ respectivamente), y en las que no supieron dónde acudir ante problemas de salud en el momento del alta hospitalario ($p=0,03$ y $p=0,01$ respectivamente). La satisfacción con recibir una VD también fue menor en aquellas púerperas que refirieron tristeza o melancolía ($p=0,02$), en aquellas que consultaron en los servicios de salud ante problemas del RN detectados por ellas mismas ($p=0,01$), en las púerperas con dificultades en los cuidados del periné ($p<0,001$) y en las mujeres cuyos neonatos precisaron derivación hospitalaria por

Tabla 4
Dificultades en los cuidados puerperales y del recién nacido en las primeras 72h postparto.

Variables	SÍ n (%)	NO n (%)
Dificultad con cuidados de las mamas	50 (22,5%)	172 (77,5%)
Dificultad con alimentación del neonato	45 (20,3%)	177 (79,7%)
Tristeza o melancolía mayor de lo normal	43 (19,4%)	179 (80,6%)
Dificultad con cuidados del cordón umbilical	13 (5,9%)	209 (94,1%)
Dificultad con cuidados del periné	11 (5%)	211 (95%)

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Figura 1
Satisfacción de la puérpera.



Fuente: Figura de elaboración propia.

criterio profesional ($p=0,01$). Por otra parte, tuvieron menores niveles de satisfacción con la atención recibida por la R2-matrona que acudió al domicilio, aquellas cuyos RN precisaron ingreso por problema de salud detectado por los padres ($p=0,008$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al contrastar la satisfacción tanto con recibir una VD, como por la atención recibida por la profesional, y el lugar de nacimiento de la madre, su nivel de estudios, su edad, la edad gestacional y el peso del RN al nacimiento, las horas de estancia hospitalaria, los niveles de bilirrubina, las dificultades en los cuidados del cordón umbilical, la alimentación del neonato y los cuidados de las mamas.

DISCUSIÓN

La pandemia ha obligado a realizar cambios en la estrategia de cuidados del HULP para dar una atención continuada y garantizar una asistencia adecuada a las madres y sus RN, por lo que se ha implementado un programa de “*Alta precoz voluntaria y Visita Domiciliaria*”.

El periodo de postparto y los primeros días de vida del neonato son momentos críticos donde se producen fenómenos fisiológicos, en la madre y el RN, que pueden suponer la aparición de complicaciones físicas o emocionales durante su evolución, que deben ser detectados precozmente por poder suponer situaciones de riesgo para ambos⁽¹⁷⁾.

La estancia media en el HULP de las mujeres y sus hijos/as obtenida en esta muestra no parece comparable con la bibliografía consultada por lo excepcional de la situación. El concepto de alta hospitalaria temprana/precoz y el de la estancia hospitalaria convencional varían enormemente en la bibliografía clínica. Se han encontrado disparidad en los resultados lo que dificulta la interpretación o comparación entre

los datos, no obteniéndose resultados concluyentes^(11,16,17,18). La decisión de recibir el APV fue bien acogida por las mujeres y el motivo principal por el que la consideraron oportuna, fue sobre todo por la situación sanitaria de pandemia por la COVID-19. No se han encontrado estudios que evalúen el grado de aceptación del alta precoz por parte de las puérperas para contrastar los resultados. Sería interesante indagar en futuros estudios sobre la opinión de la mujer respecto al APV en un periodo sin pandemia.

Durante las VD a las mujeres y familias se les daba educación para la salud sobre cuidados puerperales y del RN, además de apoyar/promover la LME y apoyar/asesorar a madres que optaron por la Lmx o LA. En la VD a los RN se les realizó el cribado neonatal de (EEM). Las puérperas del estudio consideraron resueltas sus dudas, sobre el cuidado de su hijo/a y el suyo propio, tras la VD. Un porcentaje elevado de mujeres no tuvieron dificultades con el cuidado del RN ni con el suyo. Una madre que recibe una visita de un experto en su casa, bien estructurada y con la duración adecuada, se mostrará más receptiva a la información y la recordará mejor⁽³⁶⁾. Existe heterogeneidad en cuanto a las intervenciones de la VD posparto y en las medidas de resultado^(20,21,26). La reducida evidencia encontrada constata la necesidad de trabajos utilizando escalas validadas, con definiciones para orientar la planificación de la política de alta postparto⁽¹⁸⁾. En este estudio no se recoge el motivo del tipo de problemas que tienen las mujeres con el cuidado de las mamas, ni las causas por las que experimentan tristeza o melancolía y sería interesante abordar estas vías de investigación para poder ayudar a las mujeres en este periodo vital desde Atención Especializada/Primaria.

Los hallazgos de este estudio indican que la causa mayoritaria de derivación de los neonatos para ser reevaluados por pediatría en el HULP ha sido por hiperbilirrubinemia, detectada por la

R2-matrona mediante un bilirrubinómetro durante la VD, siendo este el único motivo de ingreso en el HULP de un porcentaje bajo del los RN (n=5), teniendo todos una evolución rápida y favorable. Los resultados muestran que el porcentaje en cuanto a reingresos de los neonatos es similar al referido por otros autores con respecto al APV⁽³⁷⁾ y se constata que el APV junto a la VD de la matrona para el binomio madre-RN después de un parto vaginal no complicado, no presenta mayor riesgo que el alta convencional, siempre y cuando exista un seguimiento posparto bien establecido⁽¹⁸⁾. Hay que tener en cuenta que los resultados han podido estar influidos por la necesidad de dar el mayor número de altas por la pandemia, aunque siempre con garantías de seguridad para madre-RN y teniendo en cuenta que en 42-54h (periodo establecido por el Servicio de neonatología del HULP para realizar el cribado neonatal de EEM) han sido atendidos por R2-matrona del HULP, pero sería interesante contrastar resultados de otro estudio en un momento exento de pandemia.

En este estudio se observa que el tipo de lactancia al alta fue cambiando tras el apoyo recibido en la VD por la R2-matrona a las mujeres, observándose que un porcentaje de púerperas que daban al alta LME pasaron a Lmx o a LA, pero no se han estudiado los motivos que impulsan este cambio. En lo que se refiere al mantenimiento de la lactancia materna a largo plazo, ha habido cambios en el tipo de lactancia desde el alta, a los 3 días y a la semana de nacimiento. Se ha comprobado que al alta el 84,2% de las madres daban LM, pero a los 3 días y a la semana del nacimiento el porcentaje de LME disminuye, desconociéndose el motivo del cambio en este estudio. El total de mujeres que eligen la LME es similar al recogido en otras investigaciones, estando en esos estudios entre un 70-84% la prevalencia de LME tras el alta. La bibliografía constata que el impacto de una única VD podría ser insuficiente para ampliar el tiempo de amamantamiento^(36,37,38,39).

El periodo crítico del postparto para el abandono de la LME se sitúa en las dos primeras semanas de vida del RN. Esas pérdidas podrían estar relacionadas con la falta de apoyo asistencial a la lactancia, desinformación por insuficiente o inexistente educación prenatal, por falta de rutinas de seguimiento posparto y podría estar incrementado por la pandemia sufrida ya que las mujeres no podían asistir a Educación Maternal en los Centros de Salud ni a grupos de apoyo de lactancia previos y/o posteriores al parto. Existe evidencia sobre la importancia del apoyo a las madres lactantes y a su entorno durante el periodo inicial, siendo crucial para garantizar el mantenimiento de la LME⁽⁴⁰⁾. La LME es uno de los aspectos más analizados en los estudios, y muchos centrados en comparar porcentajes de mujeres con LME según tuvieron APV o no, y solo algunos autores analizan las complicaciones con la lactancia y el APV, no encontrándose diferencias significativas en cuanto el abandono de LME a los siete días en relación a un alta ordinaria⁽³⁶⁾. Los resultados obtenidos se corroboran con los publicados en la literatura sobre la lactancia materna en los que no se ve perjudicada con el APV. Más visitas domiciliarias, pueden promover el mantenimiento a largo plazo de la LME^(13,26). Aunque un porcentaje elevado de mujeres optan por la LME al alta, ha habido cambios la semana de vida del RN. Sería interesante estudiar el motivo que ha llevado a esas mujeres a cambiar y si pasado ese tiempo incrementa o no el porcentaje LME y si existe diferencias entre las mujeres que se benefician de un APV más VD y de las que reciben un alta convencional. Realizar un estudio, permitiría establecer relaciones de causalidad y los resultados servirían para proponer mejoras en el apoyo/fomento de lactancia materna en colaboración con Atención Primaria.

Los resultados obtenidos referente al grado de satisfacción, indican que las mujeres han evaluado positivamente la experiencia. Consideran las púerperas de este estudio en un

porcentaje mayoritario que están muy satisfechas con haber recibido una VD y con la atención que recibieron por la R2-matrona y no ha habido ni una sola mujer insatisfecha con la VD ni con la atención recibida por las profesionales del HULP en su domicilio. En la literatura se asocia a una marcada superioridad en el grado de satisfacción materna alcanzado, si se compara con la visita al centro de salud^(21,26,36).

El estudio presenta como limitaciones, que la población de la muestra está compuesta solo por mujeres asistidas en el HULP de parto vaginal: espontáneos o instrumentados sin complicación y la muestra no está aleatorizada (es un muestreo de conveniencia) por lo que los resultados no se pueden generalizar, aunque sirve para contribuir a plantear posibles mejoras que beneficien a la madre y al RN. El sesgo de recuerdo está presente, al ser entrevistadas por teléfono tras el alta. Además, vivir la pandemia ha podido influir en las respuestas ya que en otro contexto quizás alguna mujer hubiera optado otra respuesta.

Se puede concluir que el programa de APV-VD y el estudio se ha realizado durante la pandemia por la COVID-19. La implementación del programa de APV-VD según los resultados, no se asocia a efectos adversos graves o limitantes, ni en madres ni en sus hijos/as. Un porcentaje elevado de mujeres considera adecuada la decisión del APV. Durante la VD la R2-matrona solventa dudas y detecta problemas en las madres y/o el RN, siendo necesario su derivación para valoración hospitalaria y el principal motivo es la hiperbilirrubinemia en los RN. Además, las mujeres en un porcentaje elevado han considerado la experiencia de una VD y de la atención recibida por la R2-matrona como muy satisfactoria. Las púerperas y sus hijos/as son atendidas por profesionales del HULP en su entorno y se les ofrece unos cuidados continuados de manera distinta a la habitual. Además, se les realiza en cada domicilio el

cribado neonatal de (EEM) a todos los RN, algo que antes de la pandemia no se llevaba a cabo por los diferentes hospitales de la CM, evitando así el desplazamiento al hospital de la púerpera y el neonato.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que han participado en el estudio, ya que sin ellas no hubiera sido posible llevarlo a cabo; a Jesús Díez Sebastián, de la Sección de Bioestadística del HULP por su ayuda en el análisis estadístico del estudio; y a la Dirección de Enfermería del HULP, por el empeño en llevar a cabo el “*programa de alta precoz y visita domiciliaria*”, y por apoyar su continuidad y funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19 [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2020 [revisado el 3 de mayo de 2020/ consultado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-Chin a/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias sanitarias. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; 2020 [consultado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Informacion_inicial_alerta.pdf
3. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV). 23 de enero de 2020 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-inter->

national-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

4. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020. Nota de prensa. Salvador Illa anuncia la convocatoria de un Consejo Interterritorial para abordar la situación del coronavirus. 1 de febrero de 2020 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notas-Prensa.do?metodo=detalle&id=4782>

5. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67 de 14- 03- 2020.

6. Boletín Oficial del Estado. Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 68 de 15-03-2020.

7. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Acuerdo de 1 de abril de 2020, de encomienda de gestión entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el IFEMA para la recepción de donaciones para el hospital alojado en las dependencias del IFEMA y su gestión material. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid núm. 81 de 3-04-2020.

8. Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2020. La Comunidad reorganiza la atención Obstétrica, Ginecológica y Neonatológica Urgente para evitar posibles contagios por coronavirus a los pacientes; 22 de marzo de 2020 [citado el 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/03/22/comunidad-reorganiza-atencion-obstetrica-ginecologica-neonatalogica-urgente-evitar-posibles-contagios-coronaviruspacientes>

9. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women Birth*. 2017;30(2):87-99.

10. Sievertsen H, Wüst M. Discharge on the day of birth, parental response and health and schooling outcomes. *J Health Econ*. 2017;55:121-38.

11. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD002958.

12. Rueda JD, Otálora M, Rosselli D. Implicaciones y costo-efectividad del alta temprana del binomio madre-hijo/a después de un parto normal. *Medicina*. 2015;37(1):8-16.

13. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacin AF, Gonzalez CA, Manzano MC. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 Pt1):714-26.

14. Dahlberg U, Haugan G, Aune I. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*. 2016;39:57-62.

15. Yanikkerem E, Esmeray N, Karakus A, Üstgörl S, Baydar Ö, Göker A. Factors affecting readiness for discharge and perceived social support after childbirth. *J Clin Nurs*. 2018;27:2763-75.

16. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW *et al*. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr*. 2017;86(5):289e1-e6.

17. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):289. DOI: 10.1186/s12884-017-1465-7

18. Cardona-Ospina A, Ordoñez-Molina J, Vásquez-Trespalcios EM, Mestra-Palomino L, García-Posada RA. Efectos del alta hospitalaria temprana en el periodo posparto en la Clínica del Prado, Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2014;13(26):119-26.

19. Nilson IMS, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H. Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Matern Child Nutr.* 2017;13:e12432.
20. Fajardo Hervás B, Parrado Soto B, Conde Puertas E. Influencia de la visita domiciliaria en la evolución del postparto. *Enfermería Gaditana* [Internet]. 2016 feb [citado el 19 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/influencia-de-la-visita-domiciliaria-en-la-evolucion-del-postparto/>
21. Iglesias Constante SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita postparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento postparto. *Matronas Prof.* 2015;16(2):44-9.
22. Simon S, Schnepf W, Zu Sayn-Wittgenstein F. The Professional Practice of Midwives in Home-based Postnatal Care: A Literature Analysis. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2017;221(1):12–24.
23. Moreno Mojica C, Rincón Villa Mil T, Arenas Cárdenas Yuri M, Sierra Medina D. La mujer en postparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Rev Cuid* 2014;5(2):739-747.
24. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
25. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Dos Santos CR, De Freitas Santos PT. First postpartum home visit: A protective strategy for exclusive breastfeeding. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(1):66-73.
26. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(8):CD009326.
27. Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB. Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *J Clin Nurs.* 2019;28:870–81.
28. Dirección Clínica de Ginecología y obstetricia del ámbito territorial del Gironés-Pla de l'Estany. ICS Gerona. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Gerona. Protocolo del alta puerperal y neonatal precoz y seguimiento por los equipos de atención primaria (PASSIR y Programa del niño sano) en el ámbito del Gironés- Pla de l'Estany. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2015. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Estrategia_Partido_y_Salud_Reproductiva/BBPP_PARTO_Cataluna_3.pdf
29. Crespo E, España MC, Basteiro E, Zegarra MM, Botet F, Pérez JM *et al.* Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa». *Matronas Prof.* 2015;16(1):20-7.
30. Osakidetza. Atención al puerperio [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2018 [citado 29 mayo 2020]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/protocolos/Atencion-puerperio.pdf
31. ELX Departament de Salut. Cerca de 150 madres se han ido de alta precoz voluntaria tras dar a luz en el Hospital de Elche [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 18 sept 2015 [Consultado 29 mayo 2020]. Disponible en: http://www.elche.san.gva.es/portada/-/asset_publisher/v5On/content/cerca-de-150-madres-se-han-ido-de-alta-precoz-voluntaria-tras-dar-a-luz-en-el-hospital-de-elche;jsessionid=6EC853C52C9EF1101B3755C5C01AD18A.appli7_node2?redirect=http%3A%2F%2Fwww.elche.san.gva.es%2Fportada%3Bjsessionid%3D6EC853C52C9EF1101B3755C5C01AD18A.appli7_node2%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_v5On%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2
32. Teulón González M, Martínez Pillado M. Desarrollo, implantación y evaluación de un programa de alta precoz tras parto sin complicaciones [monografía en internet]. Barcelona: IDEC-Universidad Pompeu Fabra. Fundación Gaspar Casal; 2014 [consultado el 28 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340280168_DESARROLLO_IMPLANTACION_Y_EVALUACION_

DE_UN_PROGRAMA_DE_ALTA_PRECOZ_Tras_parto_sin_complicaciones

33. Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2020. La consulta de alta precoz del Hospital de Getafe ha atendido a más de 4.600 bebés; 2 de marzo de 2018 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2018/03/02/consulta-alta-precoz-hospital-getafe-ha-atendido-4600-bebes>
34. Higuero Macías JC, González Cruz IM, Medina López R, Canca Sánchez JC. Continuidad de cuidados en el puerperio. Implicaciones sobre los indicadores de satisfacción. En: I Jornadas de atención al embarazo, parto y puerperio normal. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Servicio Andaluz de Salud; 2017. 1-14.
35. Calvo MJ, Rodríguez JI, Villarubia CS, López ER, Maldonado JM. La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: Intervención proactiva tras el alta hospitalaria. *Rev RISAI*. 2015;7(1):1-7.
36. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof*. 2011;12(3):65-73.
37. Teulón González M, Martínez Pillado M, Cuadrado Martín MM, Rivero Martín MJ, Cerezuela Requena JF. Efectividad de un programa de alta precoz tras parto normal. *Rev Calid Asist*. 2017;32(1):17-20.
38. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit*. 2015; 29:4-9.
39. World Health Organization (WHO). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 [cited 2021 March 9]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.ghan.es/wp-content/uploads/bfhi-implementation-2018.pdf>
40. Vila R, Soriano FJ, Murillo M, Pérez M, Castro E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2019;51(2):91-98.

Anexo I
Formulario empleado en el estudio.

FECHA _____ NÚMERO DE CASO _____

Solicitado consentimiento informado para participar en el estudio:
Acepta _____ No acepta _____

DATOS CUESTIONARIO DE LA PUÉRPERA

1. ¿Ha habido cambio en el tipo de lactancia que ha dado a su hijo/a después de recibir apoyo en la visita domiciliaria por la residente de matrona? SÍ/ NO
 - a. En caso afirmativo, de lactancia _____ (Materna/ Mixta/ Artificial)
a lactancia _____ (Materna/ Mixta/ Artificial).
2. ¿Qué tipo de lactancia que le ha dado a su hijo/a?

	Materna exclusiva	Mixta	Artificial
Al alta			
A los 3 días			
A la semana de nacimiento			

3. ¿La visita domiciliaria le ha resuelto las dudas que tenía sobre su cuidado y el de su hijo/a? SÍ/ NO
4. ¿Ha precisado el recién nacido, de un ingreso o derivación a una consulta en el HULP de Madrid (por “criterio del profesional” durante la visita domiciliaria) en las primeras 72h de nacimiento? SÍ/NO
 - a. En caso afirmativo ¿Cuál ha sido el motivo? _____
 - b. Días de vida del recién nacido _____
5. ¿Ha precisado el recién nacido, de un ingreso en hospital o derivación a una consulta de Atención Primaria, (por “decisión parental”) las primeras 72 h de nacimiento? SÍ/ NO
 - a. En caso afirmativo ¿Cuál ha sido el motivo? _____
 - b. Días de vida del recién nacido _____
6. ¿Ha precisado usted de un ingreso en hospital (por “criterio del profesional” durante la visita domiciliaria) las primeras 72 h de puerperio? SÍ/NO
 - a. En caso afirmativo ¿Cuál ha sido el motivo? _____
 - b. Días de puerperio _____
7. ¿Ha precisado usted de un ingreso en hospital o derivación a una consulta de Atención Primaria (“por criterio personal”), las primeras 72 h de puerperio? SÍ/ NO
 - a. En caso afirmativo ¿Cuál ha sido el motivo? _____
 - b. Días de puerperio _____
8. ¿Le ha parecido una decisión adecuada, recibir el alta precoz del HULP? SÍ/ NO
 - a. Indique el motivo si lo desea _____

Anexo I (continuación)
Formulario empleado en el estudio.

9. ¿Ha tenido dificultad en los cuidados puerperales y/o del recién nacido en las primeras 72h?:

Cuidados	SÍ	NO
Con el cuidado del cordón umbilical del recién nacido		
Con la alimentación del recién nacido		
Con el cuidado del periné (en caso de desgarro y/o episiotomía)		
Con el cuidado de las mamas (en caso de lactancia materna)		
Cuidado emocional: tristeza o melancólica más de lo normal		

¿Sabía dónde acudir ante un problema de salud suyo o de su recién nacido...	SÍ	NO
...desde el alta precoz?		
...desde la visita domiciliaria?		

10. Grado de satisfacción con la visita domiciliaria puerperal, en una escala LIKERT de 6 categorías:

<i>Globalmente, ¿cuál ha sido su grado de satisfacción con "recibir una visita domiciliaria puerperal"?</i>					
Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe/ no contesta
<i>Globalmente, ¿cuál ha sido su grado de satisfacción con "la atención recibida por la residente de matrona" durante la visita domiciliaria?</i>					
Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No sabe/ no contesta

11. Características sociodemográficas:

- a. ¿Convive con alguien? _____ (Pareja/Sola/Otros familiares).
- b. Lugar de nacimiento: _____ (España/Sudamérica, Centroamérica y Caribe/Resto de Europa/Asia/Africa del Norte).
- c. Nivel de estudios: _____ (Estudios superiores/Secundaria/Primaria/ Menos que primaria).

**DATOS EXTRAÍDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA
DE LA PUÉRPERA Y EL NEONATO (HCIS)**

- Valor de bilirrubina transcutánea neonatal en la visita domiciliaria (obtenido con Bilicheck) _____
- Edad gestacional al nacimiento (semanas + días) _____
- Peso del RN al nacimiento (gramos) _____
- Sexo del RN: _____ (Hombre/ Mujer)
- Paridad: _____ (Primípara/ Secundípara/ Múltipara)
- Horas de estancia en el hospital: _____
- Características sociodemográficas:
 - Edad de la puérpera: _____
 - Lugar de nacimiento de la puérpera: _____
 - Distrito de residencia _____

Fuente: Anexo de elaboración propia.