

Trabajos Originales

Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de cesárea.

Rosario Redondo Aguilar, Longinos Aceituno Velasco, Gador Manrique Fuentes, Luis Delgado Martínez, Valois González Acosta y Leonardo Mauro Aisa Denaroso

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología.

Hospital La Inmaculada

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Servicio Andaluz de Salud

Dirección (C/Dra. Ana Parra s/n. 04600 Huércal-Overa (Almería). España.

RESUMEN

Introducción: La estancia media de las mujeres a las que se les realiza una cesárea, ha disminuido drásticamente en los últimos decenios, actualmente más del 75% de las mujeres se dan de alta antes del cuarto día del postoperatorio. El objetivo de este trabajo es comparar el porcentaje de reingresos maternos, en las mujeres dadas de alta a las 48 horas de realizar la cesárea y en las dadas de alta posteriormente, ya que existe una considerable controversia en el tiempo de hospitalización recomendado después de la cesárea.

Método: Estudio observacional-descriptivo de tipo ecológico longitudinal. Se valoran las cesáreas realizadas entre el 1 de enero del 2005 y el 31 de agosto del 2014. Se excluyen las mujeres con alta voluntaria, traslados a otro servicio y traslados a hospital de referencia. La población final está constituida por 2.031 mujeres. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, un análisis de tendencia y un análisis bivariante realizando tablas de contingencia mediante test Chi Cuadrado para variables cualitativas y test de comparación de medias para muestras independientes mediante T de Student para variables cuantitativas.

Resultados: El porcentaje de altas a las 48 horas y a las 72 horas o más ha sido respectivamente del 41% y del 59%. Entre el 2005-2011, las altas a las 48 horas fueron del 30% y entre el 2012-2014 fueron del 67% (Test de tendencia: E.S. $p=0,000$). El porcentaje de reingresos fue del 0,72% (alta a las 48 horas) y del 2,92% (alta a las 72 horas o más), diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado 12,04, $p=0,0005$) Las causas más importantes de reingreso fueron: sangrado genital (10), infección puerperal (9) y legrado (8), que constituyen el 70% de los reingresos.

Conclusiones: En nuestro estudio se evidencia que el alta precoz (a las 48 horas de la intervención) en gestantes de bajo riesgo, que se ha realizado cesárea es como poco tan segura como el alta más tardía (72 horas o más), ya que hay menor número de reingresos en el primer grupo, diferencias que son estadísticamente significativas. No obstante, es necesario realizar ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos prometedores resultados.

PALABRAS CLAVES: Alta del paciente. Periodo postparto. Mujer. Evaluación de resultados.

SUMMARY

Introduction: In the last 10 to 20 years the stay in hospital of women with a caesarean section has decreased

significantly. More than 75% of women are discharge before the fourth day post caesarean. There is a disagreement among professionals regarding the number of days of stay after the caesarean. These investigation aims to compare the percentage of women that have an admission after been given an early discharge at 48 hours after the caesarean to those discharge after longer stay.

Method: Descriptive observational study, ecologic longitudinal tipe. The study revise the caesarean sections performed beetwing 1 January 2005 to 31 August 2014. Women with voluntary discharge, transfers to other units and transfer to other Hospitals are excluded. The final number is 2031 women. We have done a descriptive analisis af data, a tendency analisis and a bivariant analisis. We have done contingecy charts using Chi Cuadrado test for cualitative facts, and comparative test for independent facts using Student T to compare facts of cuantitative tipe.

Results: The percentage of discharge at 48hrs was 41% and of 59% at 72hrs. Beetwing 2005 and 2011 the 48hrs discharge was 30% and beetwing 2012 and 2014 was 67% (tendency test: E.S. p: 0'000). The percentage of admissions after discharge was 0'72% (discharge at 48hrs) and 2'92% (discharge after 72hrs o more). The diference is statistically significant (Chi- Cuadrado 12'04, p=0'0005). The more important reasons for admision (70% of the total) after discharge where: haemorrhage (10), infection (9) and DC (8).

Conclusions: Our study shows that early discharge at 48 hours post cesarean performed to women with low risk is as safe as latter discharge (72 hrs or longer). There are less re admissions in the early discharge group , the number being statistically significant. However to confirm this promising results it is necessary to perform more randomized controlled trials.

KEYWORDS: Patient discharge. Postpartum period. Women. Outcome assessment

INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención mayor más común en Estados Unidos, su porcentaje ha aumentado desde el 5,8% en 1970 al 32,2% en el 2014 (1), así mismo en algunos países de América Latina (Chile) su frecuencia es del 40% (2).

Las mejora en las técnicas anestésico-quirúrgicas y los protocolos post cesárea, que recomiendan la deambulación precoz y la ingesta temprana de líquidos, hacen que la recuperación sea cada vez más rápida. Por lo que la estancia media de las mujeres a las que se les realiza una cesárea, ha bajado drásticamente en los últimos decenios, actualmente más del 75% de las mujeres se dan de alta antes del cuarto día del postoperatorio (3). En Inglaterra, la estancia media de las mujeres intervenidas de Cesárea oscila entre 3-4 días (4). La hospitalización postnatal tiene dos objetivos principales: identificar cualquier complicación tanto para la madre y el recién nacido, y proporcionar el apoyo necesario a la nueva madre para su regreso a casa.

El concepto de "egreso temprano" o "alta precoz" implica la aceptación de un tiempo determinado para la estancia hospitalaria pos cesárea, pero existe cierta variabilidad que oscila

entre 2-4 días (5-7), habiendo controversia alrededor del tiempo de hospitalización pos intervención recomendado como segura para las madres.

La lista de las posibles consecuencias negativas del egreso temprano incluye: retraso en detectar y tratar complicaciones en la madre, detección de problemas durante el amamantamiento, disminución de la confianza en la crianza asociada con un pobre soporte profesional, menor satisfacción de la madre acerca de la atención hospitalaria, mayor prevalencia de la depresión postparto e incremento en las readmisiones maternas (7-14).

Pero el egreso temprano también tiene ventajas potenciales y se ha promovido con una visión centrada en trasladar el cuidado hospitalario a un cuidado centrado en el hogar, dando la oportunidad para que todos los miembros de la familia puedan contribuir en el cuidado y apoyo requerido (6-7).

La evidencia científica ha demostrado las siguientes ventajas: mayor confort del postoperatorio, menor exposición madre y recién nacido a infecciones nosocomiales, aumento de la confianza de la madre en el cuidado del niño en el ambiente hogareño, favorece el vínculo de la familia con el recién nacido y potencialmente menor influencia de los patrones de cuidado

hospitalario en la lactancia materna (6-7). Otra razón para cambiar la estancia hospitalaria es reducir el gasto en el sistema sanitario (9).

El objetivo de este trabajo es analizar la seguridad de las altas a las 48 horas de la intervención cesárea, lo que valoramos mediante los reingresos maternos en los siguientes 30 días de la intervención, para poder comparar como grupo control establecemos las altas a las 72 horas o más después de la intervención.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional-descriptivo de tipo ecológico longitudinal. Se valoran las cesáreas realizadas entre el 1 de enero del 2005 y el 31 de agosto del 2014.

Los criterios de inclusión son: gestantes de bajo riesgo, según el proceso asistencial del embarazo, parto y puerperio de Andalucía (15), sin complicaciones intraoperatorias (lesión urológica o intestinal).

Se excluyen las siguientes mujeres: 361 gestantes que no eran de bajo riesgo, 28 mujeres que presentaron complicaciones quirúrgicas durante la cesárea, 12 casos con alta voluntaria, los traslados a otro servicio por presentar patología médica no relacionada con el embarazo y/o quirúrgica no relacionada con la cesárea (5 casos) y los traslados al hospital de referencia (14 casos), principalmente por traslado del recién nacido. La población final está constituida por 2.031 mujeres.

Se establecen dos grupos para poder analizar la seguridad del alta a las 48 horas de la cesárea, establecemos un grupo control (alta a las 72 horas o más de la intervención), y un grupo de estudio (alta a las 48 horas de la intervención), constituidos respectivamente por 1.198 y 833 mujeres.

Se solicita autorización al Comité de Ética del Área para la realización del estudio en junio del 2015 (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería), concediéndose en septiembre del 2015.

Se realiza estadística descriptiva de las diferentes variables estudiadas. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y un análisis bivalente realizando tablas de contingencia mediante test Chi Cuadrado para variables cualitativas, y test de comparación de medias para muestras independientes mediante T de Student para variables cuantitativas.

Se considera estadísticamente significativo un $p < 0,05$. Se realiza también un test de tendencia para valorar el porcentaje de altas precoces en los diferentes periodos de tiempo.

El trabajo se ha realizado en el Hospital comarcal la Inmaculada (Huércal-Overa/ Almería), perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (España), que atiende mayoritariamente población rural con una proporción de mujeres emigrantes del 26%. Se atienden partos desde la semana 33-34, por debajo de esta edad gestacional son remitidos al Complejo hospitalario de Torrecardenas (Almería), por si los recién nacidos precisan UCI pediátrica. Protocolo en la cesárea: Retirada de vello abdominal y público, si molesta para la intervención, con depiladora eléctrica. Sondaje vesical en quirófano. Antibioterapia profiláctica antes de comenzar la cesárea con 2 gramos de cefazolina. Si no hay contraindicación (por ejemplo plaquetopenia) el tipo de anestesia empleado, mayoritariamente (73%), es loco-regional (raquianestesia).

Incisión de Pfannenstiel: Según técnica de Misgav-Ladach. No se realiza colgajo de peritoneo vesical antes de realizar histerotomía. La histerotomía segmentaria se inicia con un corte de bisturí en sentido arciforme a 2 cm sobre la vejiga. Una vez abierta la cavidad uterina, la incisión se amplía con tracción digital en dirección craneo-caudal (no transversal) (16).

Cierre de útero en una capa sin cruzar la sutura. No se efectúa peritonización visceral ni parietal. No se efectúa aproximación de los músculos rectos abdominales. Cierre de aponeurosis con Vicryl TM Plus nº 1 (Ethicon) de forma continua. Infiltración de la herida quirúrgica con 10 ml de ropivacaina al 7,5 mg/mL. Cierre de piel con grapas.

Protocolo del post-operatorio: Retirada de sonda vesical a las 6 horas de la intervención si no ha habido problemas urológicos y la diuresis es normal. Se dan líquidos a las 6-12 horas de la intervención y si tolera, dieta progresiva, en 24 horas dieta normal. Movilización a las 12-18 horas de la intervención. Se comienza con profilaxis de trombo-embolismo pulmonar con enoxaparina a las 12 horas de la intervención. Retirada de apósito a las 48 horas, se aconseja ducha y limpieza de la herida con agua y jabón, se deja la herida al aire.

Se oferta alta a la mujer, si cumple con los siguientes parámetros: edad materna igual o superior a los 18 años, embarazo único, que la

cirugía y la anestesia se halla desarrollado sin complicaciones, no complicaciones en el postparto inmediato (por ejemplo: no hemorragia postparto ...), constantes vitales normales, exploración genital y mamaria sin patología, herida quirúrgica sin problemas y "al aire", hemoglobina superior a 8,5 g/dL en el momento del alta, que no haya sido necesario transfundir durante su ingreso, tolerar alimentación sólida, orinar sin problemas, peristaltismo intestinal (no es preciso haber defecado), ser suficiente con la analgesia oral si hubiera sido necesaria durante su ingreso, movilización activa sin necesidad de ayuda, tener apoyo familiar con una persona responsable del cuidado de la puérpera en su domicilio, que dispongan de un teléfono de contacto las 24 horas del día y que la mujer este de acuerdo con el alta. Se realiza informe de alta y de continuidad de cuidados de su ingreso en nuestro centro.

RESULTADOS

Se compararon las siguientes variables: edad de las pacientes, primiparidad, edad gestacional al parto, cesárea iterativa e incisión de Pfannenstiel, entre el grupo de alta precoz (n: 833) y alta convencional (n: 1198), no encontrándose diferencias significativas (Tabla 1).

En el periodo de tiempo estudiado se realizaron un total de 2.031 cesáreas: un 34,61% de cesáreas electivas (n: 703) y un 65,38% de cesáreas intraparto (n: 1.328).

El porcentaje de altas a las 48 horas fue del 41%, en el periodo analizado. Al dividir en dos periodos de tiempo, observamos que las altas a las 48 horas fueron del 30% entre el 2005-2011 y del 67% entre el 2012-2014 (Test de tendencia $p=0,000$) (Figura 1).

Al analizar el porcentaje de altas y de reingresos en cesáreas en función del tipo de cesárea obtenemos lo siguiente: Alta a las 48 horas en cesáreas electivas el 41,39%, reingresos 0,68% (2/291). En los casos de cesárea intraparto: alta a las 48 horas el 40,81%, reingresos 0,55% (3/542). Porcentaje de altas a las 72 horas o más y de reingresos. Electivas: 58,60% y 2,42% (10/412) respectivamente. Intraparto: Altas 59,18% y reingresos 2,67% (21/786). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de cesárea.

El total de reingresos fue de 41, entre las

mujeres que fueron dadas de alta a las 48 horas el porcentaje fue del 0,72% (6/833) y entre las que fueron dadas de alta a las 72 horas o más fue del 2,92% (35/1198). Las diferencias son estadísticamente significativas (Chicuaadrado 12,04, $p=0,0005$) (Figura 2). El porcentaje total de reingresos fue de 2,01% (41/2031).

Entre los reingresos hospitalarios maternos destacamos que 6 mujeres (3 en cada grupo) han reingresado en dos ocasiones. Las causas más importantes de reingreso fueron: metrorragia (10 casos, de los cuales 6 corresponden al alta precoz y 4 al alta convencional), infección puerperal (9 casos, de los cuales 4 casos corresponden al alta precoz y 5 a la lata convencional) y legrado puerperal (8 casos, 3 casos en el alta precoz y 5 en el alta convencional) que constituyen el 70% de los reingresos totales.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el alta precoz (a las 48 horas de la intervención) parece ser igual de segura, que las altas dadas con 72 horas o más. La seguridad y eficacia de este abordaje del postoperatorio se apoya en la disminución de los reingresos en el grupo de alta precoz.

Anteriormente, Brooten y cols (12) y Strong y cols (13) ya han demostrado que no hay mayor porcentaje de reingresos en las mujeres dadas de alta a las 48 horas de la intervención.

Sin embargo, Liu y cols (14) en el 2002, encontró que el alta precoz aumenta el porcentaje de reingresos, hasta un 21% en las altas a las 48 horas comparado con las altas al 5 día de la intervención.

Chiong y cols (17) en el 2012, realizan un ensayo clínico comparando el alta a las 24 horas o a las 48 horas y encuentra que el porcentaje de reingresos es el mismo en los dos grupos (0,6%).

Bayoumi y cols (18) en un ensayo clínico en el 2015, con 2.998 mujeres, no encuentra diferencias en el porcentaje de reingresos en las dadas de alta a las 24 horas de la intervención, en comparación con las dadas de alta a las 72 horas o más.

Es importante tener en cuenta las ventajas asociadas al alta precoz, como son menor coste sanitario, menor exposición a infecciones nosocomiales y favorecer el cuidado por la familia (2-3,5), manteniendo los resultados de calidad.

Hauck y Zhao (19), encuentran que en los

	Alta precoz (n=833)	Alta convencional (n=1198)	P
Edad	29,58	30,16	0,34
Primiparidad	48%	46%	0,36
Edad gestacional	39,3	38,9	0,39
Cesarea iterativa	24%	21%	0,1
Incision de Pfannentiel	92,20%	91,50%	0,62

Tabla 1: Características de las mujeres

pacientes hospitalizados por patología médica y quirúrgica, por cada noche de hospitalización, el riesgo de presentar una reacción adversa a drogas aumenta un 0,5%, de presentar una infección un 1,6% y de presentar úlceras un 0,5%, lo que puede influir en nuestros prometedores resultados.

Al analizar el alta precoz en función de los años vemos como entre 2012-2014 el porcentaje es más del doble (67%) que entre el periodo de tiempo 2005-2011 (30%), siendo el test de tendencia estadísticamente significativo, lo que nos indica que el protocolo de alta precoz se va imponiendo sobre el alta convencional en nuestra unidad.

Gunnaarsdottir y cols (14) en el 2011, señalan una cifra similar a la nuestra para el último periodo de tiempo analizado (66%), concluyendo que la mayoría de las mujeres sanas pueden ser dadas de alta precozmente después de una cesárea en un embarazo único sin incrementar los reingresos.

Respecto al porcentaje de altas precoces y reingresos, no encontramos diferencias significativas en función del tipo de cesárea: electiva o intraparto, a pesar de que estas últimas se realizan de forma urgente y teóricamente tendrían mayor morbilidad. No obstante, en nuestro servicio el protocolo quirúrgico y del postoperatorio es el mismo en ambos tipos de cesárea.

La morbilidad más frecuente después de una cesárea es infecciosa, actualmente hay muy pocos datos para saber qué efecto tendría acortar las estancias hospitalarias en la detección de complicaciones infecciosas (1). En nuestro estudio la morbilidad infecciosa como causa de reingreso hospitalario ocupa el segundo lugar en frecuencia tras los casos de metrorragia. No

contamos con los datos de las pacientes que tras ser dadas de alta han acudido a urgencias por lo que puede que la morbilidad infecciosa sea mayor y se haya tratado de forma ambulatoria.

Se pueden obtener estos resultados por varios motivos, la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, las nuevas tendencias en el protocolo del postoperatorio (movilización precoz, inicio precoz de los líquidos...), todo lo cual condiciona una más rápida recuperación de la mujer y la implicación de los profesionales sanitarios para cumplir la evidencia científica sin tener en cuenta las costumbres.

Entre las fortalezas de nuestro estudio destacamos el alto número de casos, recogidos en un largo periodo de tiempo, 10 años. Los resultados se mantienen tanto en las cesáreas electivas como en las urgentes. La incorporación de nuevos protocolos han contribuido al aumento de las altas precoces, se han duplicado en el segundo periodo de tiempo con respecto al primero.

Entre las debilidades, es un estudio observacional y por tanto susceptible a una mayor probabilidad de sesgo que los experimentales. No hemos podido analizar a fondo las características basales de las mujeres de cada grupo, lo estudiado no muestra diferencias significativas. Tampoco hemos podido estudiar la repercusión que tiene el alta precoz sobre los recién nacidos, ni el grado de satisfacción de las madres con el alta precoz.

Se necesitan ensayos clínicos aleatorios para poder establecer que conducta es más segura y eficiente.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se evidencia que el alta precoz (a las 48 horas de la intervención) en gestantes de bajo riesgo, que se ha realizado cesárea es como poco tan segura como el alta más tardía (72 horas o más), ya que hay menor número de reingresos en el primer grupo, diferencias que son estadísticamente significativas. No obstante, es necesario realizar ensayos Clínicos aleatorizados para confirmar estos prometedores resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtin SC, Matthews TJ. Natl Vital Stat Rep. 2015 Dec;64(12): 1-64. Births: Final Data for 2014.
2. Belizan J, Althabe F, Barros F, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:13971402 402.
3. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social. Gobierno de España
4. Department of Health, National Statistics. NHS Maternity Statistics England: 1998–99 to 2000-01. Statistical Bulletin 2000/11. London: The Stationery Office; 2002. [www.publications.doh.gov.uk/public/sb0211.htm]
5. Brumfield, C. G., Sheffield, J. S., Hauth, J., DuBard, M., & Shannon, S. (1998). 72-hour discharge after cesarean delivery: Results in a selected Medicaid population. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 7(2), 72-75.
6. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstet Gynecol* 1997; 90:860-5.
7. Jonguitud-Aguilar A, Tomasso G, Cafferatta M L. Egreso temprano posparto: revision sistematica de la literatura [Early post-partum discharge: systematic review of the literature]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico* 2003; 71: 143-151.
8. Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P. G., & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *The Cochrane Library*.
9. Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, Chavez G, Braveman PA. Newborn early discharge revisited: Are California newborns receiving recommended postnatal services? *Pediatrics*. 2003;111(2):364-71.
10. Schwartzberg J. Home health care and rapid rehospitalization. *Home Health Care Service Q*. 1982; 3:25–37.
11. Britton H, Britton J. Efficacy of early newborn discharge in a middle class population. *Am J Dis Child*. 1984; 138:1041–6. [PubMed: 6437211]
12. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized clinical trial of early hospital discharge and nurse specialist home followup of women with unplanned cesarean birth. *Obstet Gynecol*.1994;84:832-838.
13. Strong, T. H., Brown, W. L., & Curry, C. M. (1993). Experience with early postcesarean hospital dismissal. *American journal of obstetrics and gynecology*, 169(1), 116-119.
14. Liu S, Heaman M, Kramer M, Demisie k, Wu s and Marcoux S. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Ostet Gynecol* 2002;187:681-7
15. EMBARAZO, parto y puerperio [Recurso electrónico]: proceso asistencial integrado / autores, Aceituno Velasco, Longinos (coordinador)... [et al.]. -- 3ª ed.. -- [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014 Texto electrónico (pdf), 73 p. http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf
16. Cromi A1, Ghezzi F, Di Naro E, Siesto G, Loverro G, Bolis P.5 Blunt expansion of the low transverse uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison of 2 techniques. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Sep;199(3):292.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2008.07.013.
17. Chiong P, Jin M and Omar Z. Hospital discharge on the first compared with the second day alter a planned caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2012;120:1273-82.

18. Bayoumi YA, Bassiouni YA, Hassan AA, Gouda HM, Zaki SS and Abdelrazek AA. Is there a difference in the maternal and neonatal outcomes between patients discharged after 24 h versus 72 following cesarean section ? J Matern Fetal neonatal Med 2015 Jun 5:1-5. Abstract.
 19. Hauck K and Zhao X. How dangerous is a day in Hospital ? Med Care 2011;49:1078-75.
 20. Gunnaarsdottir J, Bjornsdottir TE, Halldorsson TI and Geirsson RT. Shortened hospital stay for elective caesarean section after initiation of a fast-track program and midwifery home-care. Laeknabladid 2011;2011:97(8):407-12. Abstract.
-