

Artículo original

Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud

Randomized comparative study of the puerperal visits in the mothers house and in the health center

Ester Furnieles-Paterna¹, Haima Hoyuelos-Cámara¹, Isabel Montiano-Ruiz¹, Nieves Peñalver-Julve², Laura Fitera-Lamas³

¹Matrona. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Maternal. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²Matrona. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana. ³Directora de la Unidad Docente de Matronas. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad, en cuanto a evolución clínica y satisfacción materna, de la visita puerperal en el domicilio y compararla con la realizada en el centro de salud.

Personas, material y método: Ensayo de intervención, multicéntrico y aleatorizado, donde se comparó un grupo experimental formado por 100 mujeres que recibieron la primera asistencia posparto en el domicilio con un grupo control de 100 mujeres que tuvieron la primera visita posparto en la consulta del centro de salud.

Resultados: La visita puerperal domiciliaria se asoció de manera independiente a un alto grado de satisfacción materna con la asistencia recibida (OR 10,1; IC del 95%: 3,5-29,3; $p < 0,001$) y a un menor grado de abandono precoz de la lactancia materna (OR 15,3; IC del 95%: 1,1-205,9; $p = 0,039$), que fue 6 veces inferior respecto al grupo con visita puerperal en el centro de salud (1,1 frente a 6,7%; $p = 0,034$). El grupo de la visita puerperal domiciliaria refirió un mayor grado de información sobre sexualidad (67 frente a 33%; $p < 0,001$) y anticoncepción (63 frente a 37%; $p < 0,001$) en el puerperio. No se constataron diferencias en el uso de recursos sanitarios ni en otras variables clínicas.

Conclusiones: Comparada con la visita puerperal en el centro de salud, la visita domiciliaria se asoció a un mayor grado de satisfacción y adquisición de conocimientos de la madre; los resultados clínicos de ambos grupos fueron comparables, excepto en el abandono precoz de la lactancia materna, inferior en el grupo que recibió la visita puerperal domiciliaria.

Palabras clave: Visita puerperal, visita puerperal domiciliaria, posparto, puerperio, lactancia materna, satisfacción materna.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness regarding to the clinical evolution and maternal satisfaction of the puerperal visit (PV) in the residence and compare it with the one done in the health center.

Persons/material and method: Randomized multicentre intervention study where an experimental group of 100 women who received the first postpartum assistance in their own home, and another control group of 100 women whom received their first postpartum visit at the consultation of the health center.

Results: The home PV was associated in an independent manner to a high percentage of maternal satisfaction with the assistance they received (OR 10.1; CI 95%: 3.5-29.3; $p < 0.001$) and in a lesser degree of early abandonment of maternal breast feeding (OR 15.3; CI 95%: 1.1-205.9; $p < 0.039$), which was six times less than the group with PV in the health center (1.1 vs 6.7% $p = 0.034$). The group with home PV referred a greater degree of information about sexuality (67 vs 33%; $p < 0.001$) and anticonception (63 vs 37%; $p < 0.001$) in the puerperal. No differences were obtained in the use of sanitary resources or in other clinical variables.

Conclusions: Compared with the PV in the health center, the home PV is associated with a greater degree of satisfaction and a knowledge acquisition by the mother, with some clinical results comparable, except for the early abandonment of breast feeding, which was favorable in the group with home PV.

Keywords: Puerperal visit, home puerperal visit, postpartum, puerperium, breast feeding, maternal satisfaction.

Comunicaciones en congresos:

Comunicación oral en la Ceremonia de Clausura de la X Promoción de Matronas de la Comunidad Valenciana. Valencia, 25 de mayo de 2009. 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.

Fecha de recepción: 28/07/10. Fecha de aceptación: 01/03/11.

Correspondencia:

E. Furnieles-Paterna

Correo electrónico: e_furnieles@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La visita puerperal (VP) es una consulta de enfermería que tiene por objeto a la mujer puérpera y al recién nacido (RN) y que se realiza en la semana posterior al alta hospitalaria (antes del décimo día tras el parto). Dado que en este periodo se producen importantes fenómenos fisiológicos (pérdida de peso inicial y pico de hiperbilirrubinemia del neonato, subida de la leche en la madre) y que también podrían aparecer numerosas complicaciones (problemas de episiorrafia, dolor, alteraciones emocionales), el objetivo de la VP consiste en favorecer la correcta evolución del puerperio mediante la educación para la salud y detectar precozmente las situaciones de riesgo para la madre y el RN¹⁻⁵. A pesar de los beneficios de la VP, existen áreas de incertidumbre pendientes de resolver, fundamentalmente en referencia a la metodología para desarrollarla. La VP puede ser única o múltiple, realizada por matronas o por enfermeras comunitarias, precoz o tardía, domiciliaria o en el centro de salud (CS), y reservada a RN de riesgo o generalizada a cualquier RN⁶. Frente a esta heterogeneidad en los modos como se practica la VP, en los últimos años han surgido varios trabajos que han demostrado la conveniencia de que la VP la efectúen matronas, de manera precoz (en las primeras 48 h tras el alta) y en el domicilio⁷⁻⁹.

La VP domiciliaria (VPD) se lleva a cabo en el domicilio para atender a la mujer y al RN de modo personalizado. Aunque su coste es mayor, ha demostrado una serie de beneficios respecto a la visita realizada en la consulta: mayor grado de satisfacción materna, menor uso de los servicios de urgencias y mayor adhesión al programa de planificación familiar¹⁰. Sin embargo, la VPD no parece comportar otros beneficios clínicos, excepto en mujeres y RN de alto riesgo social, físico o psicológico, donde sí ha demostrado que además mejora la evolución clínica posparto¹¹⁻¹³.

Aunque en la mayoría de las comunidades autónomas españolas y de los países europeos se recomienda realizar la VP en el domicilio de la madre, la realidad es que más del 90% de las VP se llevan a cabo en la consulta del CS, reservándose la domiciliaria para casos muy especiales (puérperas con complicaciones perinatales graves o con un riesgo social alto) y de urgencia¹⁴⁻¹⁸. Dada la disparidad entre las guías de buena práctica clínica y la realidad a la hora de aplicarlas, son necesarios estudios que determinen cuál es el lugar más adecuado en nuestro medio para efectuar la VP: el centro de salud o el domicilio.

El principal objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad, en cuanto a evolución clínica y satisfacción materna, de la VPD realizada por matronas en las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria a madres y RN

de bajo riesgo, y compararla con la efectividad de la VP realizada en el centro de salud. Los objetivos específicos fueron los siguientes: cuantificar el porcentaje de mujeres que mantuvieron la lactancia materna (LM) al final del estudio, valorar el estado de ánimo de las puérperas, analizar el grado de información percibida por las madres y el grado de satisfacción materna con la asistencia sanitaria recibida, y cuantificar el uso de otros recursos sanitarios y el número de visitas a otros profesionales de la salud (pediatra, ginecólogo, urgencias).

PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Una vez planteada la hipótesis de que «la VPD favorece la evolución clínica de las puérperas e incrementa su grado de satisfacción frente a la VP realizada en el CS», se desarrolló un ensayo de intervención, multicéntrico, prospectivo, comparativo, abierto y cuasi experimental, para valor la eficacia de un programa de intervención domiciliaria. Se compararon dos grupos: un grupo experimental formado por 100 mujeres que recibieron la primera asistencia posparto en el domicilio (grupo 1) y otro grupo control formado por otras 100 mujeres que recibieron la primera visita posparto en la consulta del CS (grupo 2).

Tras otorgar su consentimiento, en el estudio se incluyeron mujeres primíparas dadas de alta de manera precoz (primeras 72 horas) tras el parto, que habían sido asistidas en el Hospital Universitario La Fe de Valencia o en el Hospital General de Castellón. El número de partos asistidos al año en dichos hospitales es de alrededor de 5.000 y 2.700, respectivamente. Fueron excluidas del estudio las mujeres con un ingreso prolongado, desconocedoras de la lengua española o que no otorgaron su consentimiento. Las pacientes seleccionadas fueron asignadas de manera aleatoria a uno u otro grupo. En el grupo de intervención, una matrona hizo una visita puerperal en el domicilio durante las primeras 48 horas tras el alta, y posteriormente se realizó el control habitual en el CS. Las mujeres del grupo control únicamente efectuaron la VP en la consulta de su CS. El CS asignado fue el correspondiente según el domicilio de la madre, y en todos los casos pertenecía al Departamento de Salud de los hospitales donde se había seleccionado a las madres. En ambos grupos se aplicó el protocolo de VP según el programa de control básico del embarazo de la Comunidad Valenciana.

Recogida de datos

En el momento de la captación y en la VP se recogieron datos demográficos (edad, nacionalidad, nivel de estu-

dios, riesgo social y situación laboral de la madre, asistencia a talleres para la preparación al parto) y clínicos (antecedentes maternos, edad gestacional, tipo de parto y tipo de lactancia inicial). Entre los días 30 y 40 posparto, se realizó telefónicamente una encuesta en la que se recogieron datos sobre la evolución clínica de la madre y el RN (aparición de complicaciones, uso de servicios de urgencias y otros servicios asistenciales, asistencia a talleres posparto, tipo de lactancia, duración y motivo del abandono de la LM) y sobre el grado de satisfacción de la madre. Para evaluar este segundo aspecto, se utilizó un cuestionario basado en estudios previos^{19,20}, modificado y validado previamente a su aplicación en un grupo de púerperas en el Centro de Salud Miguel Servet de Valencia. Se utilizó una escala de respuesta con cinco grados, desde «poco/nada» hasta «excelente». A fin de evitar un sesgo de observación, la encuesta telefónica la realizó una matrona distinta de la que había realizado la VP.

La selección de pacientes, la VPD y la encuesta telefónica fueron llevadas a cabo por cuatro matronas seleccionadas para el estudio. De la VP efectuada en el CS se encargó la matrona titular de cada centro, que había sido previamente informada de la realización del presente estudio.

Análisis estadístico

Se compararon las variables cuantitativas mediante la *t* de Student para datos independientes y las variables cualitativas mediante el test de la *ji* al cuadrado (χ^2) entre ambos grupos. Los resultados se expresan mediante la media y la desviación estándar. Se efectuó un análisis multivariante de los factores asociados al mantenimiento de la lactancia y al grado de satisfacción percibida de los cuidados recibidos mediante un análisis de regresión logística. Se consideró estadísticamente significativa una *p* con un valor inferior a 0,05.

RESULTADOS

Pacientes

En el estudio se estudió a 200 púerperas, con una edad media de $29,3 \pm 4,7$ años. De acuerdo con el protocolo, todas eran primíparas, con una estancia hospitalaria media posparto de $2,4 \pm 0,6$ días. Un 80% de las mujeres eran españolas. Entre las extranjeras, el 57,5% eran europeas y el 27,5% latinoamericanas. En el 66% de los casos el parto fue vaginal no instrumentado, en el 19% vaginal instrumentado y en el 15% por cesárea. Tres de las mujeres se perdieron durante el seguimiento. La VPD se realizó al tercer o cuarto día posparto, con una duración media de 70 minutos. La VP efectuada en el CS tuvo una duración media de 30 minutos.

Características psicosociales de la madre

Un 44% de las mujeres habían cursado estudios secundarios, un 34% universitarios y un 22% primarios. Una paciente (0,5%) era madre adolescente. El 78% de las mujeres trabajaban fuera del hogar, un 11% presentaban un nivel económico desfavorable y un 95% vivían en pareja. Ninguna de las pacientes refería trastornos psiquiátricos ni consumo de drogas. En todos los casos la gestación había sido controlada. Las características fueron similares en ambos grupos de pacientes, excepto el nivel económico, que fue significativamente inferior en el grupo de casos (tabla 1).

Mantenimiento de la lactancia

Inicialmente, el 93% de las mujeres optaron por la LM, manteniéndola al menos un mes el 82% de ellas. La percepción de falta de leche fue el principal motivo de abandono (33%). De las 42 pacientes que abandonaron la LM a lo largo del estudio, 7 (17%) lo hicieron durante los primeros dos días tras el alta hospitalaria (abandono precoz) y 35 (83%) lo hicieron más tarde (media $14,6 \pm 11,7$ días; rango: 1-45). La proporción de mujeres que abandonaron de modo precoz la LM fue significativamente superior en el grupo control, sin que se observasen diferencias en el mantenimiento de la lactancia al final del estudio (tabla 2). El 85% de las mujeres con LM valoraron de forma satisfactoria o muy satisfactoria esta experiencia, sin diferencias entre los dos grupos de estudio.

Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna

De las 42 mujeres que abandonaron la LM a lo largo del estudio, 7 (17%) lo hicieron de manera precoz (antes del día 4) y 35 (83%) con posterioridad. Tanto en el análisis univariante (tabla 3) como en el multivariante, la VP en el domicilio de la madre fue el único factor protector para el abandono precoz de la LM (OR 15,3; IC del 95%: 1,1-205,9; *p* = 0,039).

Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna

Se comparó el grupo de mujeres que mantenían la LM al final del estudio (*n* = 140) con el grupo de mujeres que la habían abandonado (*n* = 42). En el análisis univariante (tabla 4), el parto vaginal y el haber acudido a los cursos de educación maternal se asociaron de manera significativa al mantenimiento de la LM al final del estudio. El porcentaje de mujeres con estudios universitarios era superior en el grupo que mantuvo la LM, aunque sin alcanzar significación. En el análisis multivariante, el parto vaginal (OR 3,8; IC del 95%: 1,5-10,1;

Tabla 1. Características generales de la población

Características	Casos (n= 100)	Controles (n= 100)	p
Edad (años)	29,7 ± 5,1	29,0 ± 4,5	0,300
Madre ≥35 años (%)	18 (18%)	9 (9)	0,063
Nacionalidad: n (%)			
Española	77 (77)	83 (83)	0,289
Europea	13 (13)	10 (10)	
Latinoamericana	7 (7)	4 (4)	
Otra	3 (3)	3 (3)	
Tipo de parto: n (%)			
Vaginal no instrumentado	69 (69)	63 (63)	0,845
Vaginal instrumentado	16 (16)	21 (21)	
Cesárea	15 (15)	16 (16)	
Estancia hospitalaria media (días)	2,4 ± 0,6	2,4 ± 0,6	0,908
Pérdida en el seguimiento: n (%)	3 (3)	0 (0)	0,081
Nivel de estudios: n (%)			
Primarios	23 (23)	20 (20)	0,550
Secundarios	41 (41)	48 (48)	
Universitarios	36 (36)	32 (32)	
Madre adolescente: n (%)	0 (0)	1 (1)	0,316
Madre trabajadora: n (%)	73 (73)	82 (82)	0,128
Nivel económico desfavorable: n (%)	16 (16)	5 (5)	0,011
Madre monoparental: n (%)	6 (6)	5 (5%)	0,756
Trastorno psiquiátrico: n (%)	0 (0)	0 (0)	n.a.
Consumo de drogas: n (%)	0 (0)	0 (0)	n.a.
Gestación controlada: n (%)	100 (100)	100 (100)	n.a.

n.a.: no aplicable.

Tabla 2. Evolución de la lactancia

	Casos (n= 97)	Controles (n= 100)	p
Lactancia inicial: n (%)			
Materna	95 (95%)	90 (90)	0,141
Artificial	5 (5)	10 (10)	
Abandono precoz (<4.º día posparto)	1 (1,1)	6 (6,7)	0,034
Abandono de la LM en los primeros 30 días	17 (18,5)	16 (17,8)	0,902
Mantenimiento de la LM al final del estudio (media 46 ± 10 días)	70 (76,1)	70 (77,8)	0,787
Satisfacción con la LM: n (%)	77 (84)	78 (87)	0,573

LM: lactancia materna.

p= 0,007) y el haber acudido a la educación maternal (OR 3,8; IC del 95%: 1,5-9,1; p= 0,004) se asociaron de manera independiente al mantenimiento de la LM al final del estudio.

Uso de recursos sanitarios

El 75% de las mujeres habían acudido durante la gestación a las clases de educación maternal en su CS. Tras el parto, el 95% de las mujeres asistieron a la consulta posparto con su matrona en el CS, después de que hubiera transcurrido una media de 10,7 ± 7,0 (2-60) días, sin diferencias entre casos y controles. El 46% de las mujeres acudieron además a los talleres posparto. El 21% de las madres demandaron asistencia no programada por complicaciones puerperales, siendo las alteraciones mamarias y de la herida el motivo de consulta más frecuente. Todas las mujeres acudieron a las revisiones habituales de pediatría. Un 51,3% visitó al pediatra por

Tabla 3. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia (análisis univariante)

	Abandono precoz (n= 7)	Abandono >4.º día (n= 35)	p
Edad (años)	29,1 ± 7,8	29,3 ± 4,9	0,955
Madre añosa			
Sí: n (%)	2 (29)	5 (14)	0,330
No: n (%)	5 (71)	30 (86)	
Visita puerperal			
Domiciliaria: n (%)	1 (14)	21 (60)	0,034
Centro de salud: n (%)	6 (86)	14 (40)	
Nacionalidad de la madre			
Española: n (%)	7 (100)	28 (80)	0,249
Extranjera: n (%)	0 (0)	7 (20)	
Tipo de parto			
Vaginal: n (%)	5 (71)	25 (71)	0,660
Cesárea: n (%)	2 (29)	10 (29)	
Nivel de estudios			
No universitarios: n (%)	6 (86)	26 (74)	0,461
Universitarios: n (%)	1 (14)	9 (26)	
Educación maternal			
Sí: n (%)	4 (57)	22 (63)	0,546
No: n (%)	3 (43)	13 (37)	
Nivel económico			
Favorable: n (%)	6 (86)	32 (91)	0,532
Desfavorable: n (%)	1 (14)	3 (9)	
Madre trabajadora			
Sí: n (%)	5 (71)	28 (80)	0,472
No: n (%)	2 (29)	7 (20)	

otros motivos; la alimentación del neonato fue la principal causa de consulta. En conjunto, no se observaron diferencias entre el grupo de casos y controles en cuanto al uso de recursos sanitarios.

Información percibida por la madre

Tras la realización de la visita posparto, el grupo de la visita domiciliaria manifestó haber recibido un mayor grado de información que el otro grupo acerca de la reanudación de la actividad sexual (67 frente a 33%; $p < 0,001$) y los métodos anticonceptivos puerperales (63 frente a 37%; $p < 0,001$).

Satisfacción percibida por la madre

En la tabla 5 se muestra la proporción de mujeres con un alto grado de satisfacción en la primera visita pos-

parto. La satisfacción fue superior en todas las áreas estudiadas en el grupo de intervención, alcanzando significación en las áreas de puntualidad en la atención, información sobre prevención recibida durante la visita, y habilidad y conocimientos de la matrona percibidos por la puérpera. El 97% de los casos valoraron muy satisfactoriamente la visita realizada en el domicilio.

Factores asociados al grado de satisfacción

Se comparó el grupo de mujeres con un elevado grado de satisfacción (>20/25 puntos; $n = 128$) con el grupo de mujeres con un menor grado de satisfacción (<20/25; $n = 68$). En el análisis univariante (tabla 6), observamos que en el grupo con mayor grado de satisfacción se detectó una proporción mayor de puérperas que habían recibido la VP en su domicilio, que habían

Tabla 4. Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna (LM) al final del estudio (análisis univariante)

	Mantiene la LM (n= 140)	No mantiene la LM (n= 42)	p
Edad (años)	29,3 ± 4,6	29,3 ± 5,4	0,944
Madre añosa			
Sí: n (%)	18 (13)	7 (17)	0,529
No: n (%)	122 (87)	35 (83)	
Visita puerperal			
Domiciliaria: n (%)	70 (50)	22 (52)	0,787
Centro de salud: n (%)	70 (50)	20 (48)	
Nacionalidad de la madre			
Española: n (%)	108 (77)	35 (83)	0,391
Extranjera: n (%)	32 (23)	7 (17)	
Tipo de parto			
Vaginal: n (%)	126 (90)	30 (71)	0,004
Cesárea: n (%)	14 (10)	12 (29)	
Nivel de estudios			
No universitarios: n (%)	86 (61)	32 (76)	0,079
Universitarios: n (%)	54 (39)	10 (24)	
Educación maternal			
Sí: n (%)	112 (80)	26 (62)	0,016
No: n (%)	28 (20)	16 (38)	
Nivel económico			
Favorable: n (%)	124 (89)	38 (91)	0,729
Desfavorable: n (%)	16 (11)	4 (9)	
Madre trabajadora			
Sí: n (%)	107 (76)	33 (79)	0,773
No: n (%)	33 (24)	9 (21)	

Tabla 5. Proporción de púerperas con un alto grado de satisfacción

	Casos (n= 97)	Controles (n= 100)	p
Puntualidad en la atención	84 (87%)	50 (50%)	0,001
Comodidad de la visita	84 (87%)	56 (56%)	0,358
Necesidad de la visita	86 (89%)	64 (64%)	0,198
Información de la visita	80 (82%)	44 (44%)	<0,001
Habilidad y conocimientos de la matrona	80 (82%)	44 (44%)	<0,001

acudido a las clases de educación maternal y talleres posparto. Asimismo, referían haber recibido mejor información sobre anticoncepción y sexualidad durante el puerperio. Aunque el porcentaje de mujeres que habían acudido a la matrona del CS era similar en ambos grupos (>98%), las madres más satisfechas habían sido atendidas significativamente antes. En el análisis multivariante, la VPD (OR 10,1; IC del 95%: 3,5-29,3; p <0,001), la VP durante los 10 primeros días posparto (OR 2,8; IC del 95%: 1,1-7,5; p = 0,033) y la asistencia a talleres posparto (OR 11,8; IC del 95%: 4,4-31,6; p <0,001) se asociaron de manera independiente a un alto grado de satisfacción percibido por las madres.

Tabla 6. Factores asociados a un alto grado de satisfacción (análisis univariante)

	Muy satisfechas (n= 128)	Poco satisfechas (n= 63)	p
Edad (años)	29,8 ± 4,7	29,0 ± 4,8	0,231
Madre añosa			
Sí: n (%)	22 (17)	5 (8)	0,084
No: n (%)	106 (83)	58 (92)	
Visita puerperal			
Domiciliaria: n (%)	81 (63)	16 (25)	<0,001
Centro de salud: n (%)	47 (37)	47 (75)	
Nacionalidad de la madre			
Española: n (%)	106 (83)	48 (76)	0,276
Extranjera: n (%)	22 (17)	15 (24)	
Tipo de parto			
Vaginal: n (%)	110 (86)	52 (83)	0,538
Cesárea: n (%)	18 (14)	11 (18)	
Nivel de estudios			
No universitarios: n (%)	84 (66)	43 (68)	0,717
Universitarios: n (%)	44 (34)	20 (32)	
Educación maternal			
Sí: n (%)	105 (82)	40 (64)	0,005
No: n (%)	23 (18)	23 (36)	
Nivel económico			
Favorable: n (%)	115 (90)	56 (89)	0,839
Desfavorable: n (%)	13 (10)	7 (11)	
Madre trabajadora			
Sí: n (%)	100 (78)	49 (78)	0,957
No: n (%)	28 (22)	14 (22)	
Visita con la matrona en el CS			
Sí: n (%)	125 (98)	63 (100)	0,221
No: n (%)	3 (2)	0 (0)	
Día posparto de la visita con la matrona en el CS	9,5 ± 8,4	11,8 ± 8,3	0,066
Momento de la visita con la matrona en el CS			
≤10.º día: n (%)	103 (82)	40 (64)	0,006
>10.º día: n (%)	23 (18)	23 (36)	
Asistencia a talleres posparto			
Sí: n (%)	80 (63)	10 (16)	<0,001
No: n (%)	48 (37)	53 (84)	
Información sobre anticoncepción			
Sí: n (%)	108 (84)	39 (62)	0,001
No: n (%)	20 (16)	24 (38)	
Información sobre sexualidad			
Sí: n (%)	99 (77)	37 (59)	0,008
No: n (%)	29 (23)	26 (41)	
Estado de ánimo			
Malo: n (%)	20 (16)	14 (22)	0,262
Bueno: n (%)	108 (84)	49 (78)	

Preferencia del lugar de la primera visita puerperal

La mayoría de las mujeres (88%) consideraron el domicilio como el lugar idóneo para recibir la primera visita puerperal precoz, con independencia del grupo al que pertenecieran. La proporción fue significativamente mayor en el grupo de intervención (98 frente a 78%; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

El presente estudio trata de dar respuesta a cuál puede ser el lugar más adecuado para realizar la VP, si el CS o el domicilio de la madre. Dado que existe evidencia para recomendar que la VP sea realizada por matronas, a RN de bajo riesgo y en las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria, planteamos esta modalidad asistencial, realizada en el domicilio materno, como la idónea, y la comparamos con la VP llevada a cabo en el CS, que es la más habitual en nuestro medio.

Respecto a la visita puerperal efectuada en el CS, la VPD se asoció a un mayor grado de satisfacción percibida por la madre en todas las áreas estudiadas (tabla 5). Estos resultados son similares a los publicados previamente en la bibliografía, donde encontramos, entre la gran cantidad y heterogeneidad de trabajos existentes, dos ensayos clínicos aleatorizados y con suficiente poder estadístico que han comparado la VPD y la VP en el ámbito clínico. Los dos estudios se realizaron en Estados Unidos con madres y RN de bajo riesgo, y en ambos se obtuvieron resultados similares: las visitas domiciliarias se asociaron a una marcada superioridad en el grado de satisfacción materna alcanzado y a unos resultados sanitarios similares en cuanto a seguimiento de la LM, reingresos hospitalarios y estado de ánimo de la madre, y fueron más costosas. Con nuestra experiencia, suponemos que el alto grado de satisfacción respecto a la información recibida en la VPD está relacionado con la tranquilidad que supone para la puérpera hallarse en un entorno tranquilo y seguro, así como la ausencia de limitación en el tiempo dedicado a la visita (media de 70 ± 15 min). En el CS se suelen producir constantes interferencias en la comunicación y el tiempo de la visita está limitado por la agenda de trabajo (30 min aproximadamente en nuestro medio). Además de la VPD, hemos detectado otros factores asociados de manera independiente a un alto grado de satisfacción percibido por las madres, como el haber recibido la primera VP dentro de los primeros 10 días posparto o la asistencia a talleres posparto (tabla 6). Estos datos refuerzan la necesidad de realizar la VP de manera precoz. Junto a estos beneficios en la satisfacción, hemos observado otros

no señalados previamente en la bibliografía sobre el tema. Las mujeres con VPD presentaron un mayor grado de conocimiento acerca de la anticoncepción puerperal y el reinicio de la actividad sexual. Una madre que recibe una visita de un experto en su casa, bien estructurada y con una duración adecuada, se mostrará más receptiva a la información y la recordará mejor. En este sentido, cabe destacar la escasa proporción de mujeres del grupo control satisfechas con la información recibida sobre anticoncepción y sexualidad (37%) (tabla 6), pese a que dicha información se facilita al 79% de las personas atendidas en nuestra comunidad autónoma²¹.

Sin embargo, aunque hemos conseguido capacitar más a las madres para identificar problemas y tomar iniciativas, no hemos logrado disminuir la asistencia no programada a los servicios de salud, probablemente por el impacto limitado en el tiempo que puede tener una única visita domiciliaria.

Hay otros resultados clínicos que son comparables en ambos grupos de mujeres, excepto el abandono precoz de la LM, con resultados favorables para el grupo con VPD: el abandono de la LM en las primeras 48 horas tras el alta fue 6 veces superior en el grupo control (tabla 2), mostrándose la VPD como el único factor protector de manera independiente al abandono precoz de la LM (OR 15,3; IC del 95%: 1,1-205,9; $p = 0,039$). Que sepamos, este resultado favorable para la VPD no ha sido descrito con anterioridad, y creemos que está relacionado con el alta hospitalaria precoz. Actualmente, la media de ingreso tras un parto vaginal es de 48 horas y tras una cesárea de 72 horas, momento especialmente crítico para el mantenimiento de la LM recién iniciada, pues muchas mujeres no han sentido aún la subida de la leche. La inseguridad y el miedo a no tener suficiente leche (motivo más frecuente de abandono en nuestra serie), junto con la ausencia de un buen agarre y el dolor de la herida o de los pezones, facilitan el abandono precoz de la LM. A esto se le suele sumar la presencia de la pérdida fisiológica de peso del RN, que no inicia la ganancia ponderal hasta el cuarto o quinto día. Nuestros resultados refuerzan la necesidad de un control durante las primeras 48-72 horas tras la salida del hospital por parte de personal experto en LM y preferiblemente en el domicilio de la madre, como recomiendan las guías clínicas²².

En lo que se refiere al mantenimiento a largo plazo de la LM, obtuvimos tasas similares a las de nuestro medio, sin diferencias entre ambos grupos. Al ser numerosos los factores que influyen en el mantenimiento de la LM (desinformación, insuficiente educación prenatal, falta de rutinas de seguimiento posparto, ausencia de políticas eficaces de conciliación de la vida familiar y laboral,

etc.), el impacto de una única VPD ha demostrado ser insuficiente para ampliar el tiempo de amamantamiento. Por ello consideramos que sería importante realizar una segunda intervención domiciliaria, aproximadamente hacia el día 10 posparto, para poder afianzar el mantenimiento de la LM. Únicamente el haber tenido un parto vaginal y el haber asistido a talleres de educación maternal han sido factores protectores para el mantenimiento de la LM al final del estudio (tabla 6), lo que remarca la necesidad de seguir promoviendo la asistencia a los programas de preparación a la maternidad.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar existe un sesgo de selección hacia mujeres de habla española. La imposibilidad de comprender la lengua implicó la no inclusión en el estudio de mujeres de otras culturas, que podrían haber aportado datos importantes al análisis. Por otra parte, hubiese sido interesante cuantificar los costes de la VP en el domicilio y en el CS, para sopesarlos con los beneficios clínicos y de satisfacción obtenidos. Asimismo, conviene advertir que los resultados no pueden hacerse extensivos a otras poblaciones que no sean de bajo riesgo. Por último, queremos señalar que el tiempo de evolución del estudio (media $46,1 \pm 9,6$ días) es superior al de los estudios publicados con anterioridad, que evaluaron los resultados a las 2 semanas posparto.

Podemos concluir que, para las madres y RN de bajo riesgo, las visitas domiciliarias en el cuarto día posparto son satisfactorias, seguras y eficaces, y ofrecen a la madre herramientas y habilidades de autocuidado materno y del RN.

Comparada con la VP en el centro de salud, la VPD se asocia a un mayor grado de satisfacción y de adquisición de conocimientos de la madre; los resultados clínicos son comparables, excepto en el abandono precoz de la lactancia materna, que fue favorable para el grupo de la VPD. Se necesitan más estudios para analizar el impacto que un mayor número de visitas puerperales domiciliarias podría tener sobre el mantenimiento de la LM a largo plazo, el uso de recursos sanitarios y otros beneficios para la salud materna y del RN.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Pablo Molina, por su colaboración en el diseño del estudio, el análisis estadístico y la redacción del manuscrito.

A nuestros profesores Dr. Francisco Donat, D. Manuel Arranz, D.^a Paqui Ortega y D. Julián González, por orientarnos en la realización de este trabajo.

A todas las matronas que nos han ayudado en la captación de las mujeres, y muy especialmente a D.^a Inma Coltell, por su constante interés y dedicación.

A todas las mujeres que han participado en el estudio, por su colaboración, comprensión y confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elípe P, Benito T, Téllez E. La visita domiciliaria al recién nacido y la puérpera. *JANO*. 2007; 1649: 31-5.
2. Santamaría R, Cararach V, Carrasco S. Puerperio domiciliario: cuidados generales y educación sanitaria. En: Fabre E, ed. *Manual de asistencia al parto y al puerperio normales*. Zaragoza: Wyeth-Lederle, 1995; 19.
3. Martínez L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Prof*. 2004; 5(15): 30-5.
4. Cots I, Mimó M, Grau M, Antoni J, Rué M. Episiotomía y puerperio domiciliario. *Rev Rol Enf*. 2001; 24: 461-3.
5. González C. *Manual práctico de lactancia materna*, 2.^a ed. Barcelona: Associació Catalana Pro Alletament Matern, 2008.
6. Díez T. Visita puerperal domiciliaria. *Educare*. 2004; 21: 8. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/Generalitats/componentes/articulos/enlace_articulo.php?Mg==&MjU=&MTEzOQ==
7. Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Ups J Med Sci*. 2000; 105(1): 57-66.
8. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visit and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001; 108: 719-27.
9. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, et al. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000; 105: 1058-65.
10. Vázquez AM, Toral I, Sánchez-Ramos JL, Gálvez M. Influencia de la visita puerperal en la captación a las actividades del programa materno infantil. *Aten Primaria*. 1992; 10(4): 712-8.
11. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA*. 1997; 278: 637-52.
12. Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, et al. Apoyo domiciliario para madres adolescentes en situación social desfavorable. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008; n.º1.
13. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidorova K, Luckey DL, et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004; 114: 1550-9.
14. Chapman J, Siegel E, Cross A. Home visits and child health: analysis of selected programs. *Pediatrics*. 1990; 85: 1059-68.
15. Lizarraga C, Sánchez-Arruiz A. Visita domiciliaria al recién nacido y la puérpera. *Anales Sis San Navarra*. 2002; 25 Suppl 2: S7-S16.
16. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales sanitarios. Valencia: Generalitat Valenciana, 2002.
17. Generalitat Valenciana. Preparación al parto. En: Domínguez A, Pascual M, eds. *Cartera de Servicios. Atención Primaria de la Comunidad Valenciana*. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2001; 58. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3137-2001.pdf>
18. Furnieles E, Hoyuelos H, Montiano I, Peñalver N, Fitera L. Escaso grado de implementación del programa de visita puerperal domiciliaria en la Comunitat Valenciana. Valencia: I Congreso de Ámbito Nacional de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana, 2010.
19. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988; 26(4): 393-402.
20. Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physl Ther*. 2002; 7: 682-91.
21. Generalitat Valenciana. Embarazo y salud perinatal en la Comunitat Valenciana. Análisis de la hoja de seguimiento del embarazo. Servei de Salut Infantil i de la Dona. DGSP. Conselleria de Sanitat. Valencia: Generalitat Valenciana, 2006. Disponible en: <http://biblioteca.sp.san.gva.es/Dgspweb/embarazo>
22. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 6.^a ed. 2007.