

N° 39470-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; artículo 28, párrafo segundo, inciso b) de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1°, 2°, 3° y 9° de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; y 2°, inciso b) y c) de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

Considerando:

1°—Que la Salud de la población es tanto un derecho humano fundamental, como un bien de interés público tutelado por el Estado.

2°—Que es función del Estado a través de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.

3°—Que la Atención Integral a las Mujeres en el Post parto se enmarca en las políticas del Plan Nacional de Desarrollo, Política Nacional de Salud, Políticas Institucionales, la Legislación Nacional y otros compromisos y Convenios Internacionales orientados a mejorar la calidad de la atención en salud de esta población en el territorio nacional.

4°—Que se considera que el post parto constituye un proceso de ajuste y modificaciones de orden anatómico, funcional y psicosocial que viven las mujeres sus parejas y sus familias, posterior al parto.

5°—Que en cumplimiento del rol rector de la producción social de la salud que le asigna la legislación vigente el Ministerio de Salud, debe establecer las políticas y los lineamientos técnicos para la atención y prestación de servicios de salud de mejor calidad a la población. **Por tanto:**

DECRETAN:

**OFICIALIZACIÓN DE LA NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN
INTEGRAL A LAS MUJERES EN POST PARTO**

Artículo 1°—Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres en Post Parto, la cual está contenida en el anexo al presente decreto.

Artículo 2°—El Ministerio de Salud velará por la correcta aplicación de la presente política.

Artículo 3°—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, a los veintiocho días del mes de agosto del dos mil quince.

LUIS GUILLERMO SOLIS RIVERA

DR. FERNANDO LLORCA CASTRO
MINISTRO DE SALUD

ANEXO
NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
A LAS MUJERES EN POST PARTO

1. Introducción

La presente Norma de Atención Integral a las Mujeres en el Post parto se enmarca en las políticas del Plan Nacional de Desarrollo, Política Nacional de Salud, Políticas Institucionales, la Legislación Nacional y otros compromisos y Convenios Internacionales orientados a mejorar la calidad de la atención en salud de esta población en el territorio nacional.

Para efectos de la presente norma, se considera que el post parto constituye un proceso de ajuste y modificaciones de orden anatómico, funcional y psicosocial que viven las mujeres sus parejas y sus familias, posterior al parto.

El post parto es una etapa fundamental en la vida reproductiva de la mujer por los cambios biológicos y psicosociales que experimenta. Así como la gestación, el post parto es un proceso fisiológico en la mujer, pero no le exime de riesgos (e inclusive hasta la muerte) si no se detecta y atiende oportunamente algún signo o síntoma de alarma.

Según datos internacionales (OEA, 2010), aproximadamente 536.000 mujeres mueren en el mundo anualmente por complicaciones en el embarazo y el parto, a pesar de que éstas son generalmente prevenibles. El Banco Mundial calcula que si todas las mujeres tuvieran acceso a intervenciones para atender las complicaciones del embarazo y parto, en especial a cuidados obstétricos de emergencia, un 74% de las muertes maternas podrían evitarse. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas hizo referencia a un promedio de 1.500 mujeres y niñas que mueren diariamente como consecuencia de complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y parto. Asimismo, por cada mujer que muere, otras 30 mujeres sufren heridas o enfermedades permanentes que pueden resultar en secuelas de por vida, discapacidad y exclusión socioeconómica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado”. Según datos de la OMS para 2012, las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); y los abortos peligrosos.

Esta situación se debe principalmente a la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto. Por lo tanto, el post parto es un período donde se requieren cuidados específicos, oportunos y efectivos para evitar las complicaciones que pueden implicar muertes maternas.

La OMS apoya a los países para que presten una atención integrada basada en datos probatorios y costo eficaces a las madres y a los niños durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para reducir la mortalidad materna es imprescindible la inversión en los sistemas de salud y en la atención obstétrica de urgencia disponible las 24 horas del día (OMS, 2013).

En Costa Rica, la Razón de mortalidad materna (RMM) para el año 2012 fue de 3.0 por 10.000 nacimientos, lo que implicó un aumento leve con respecto al 2011 (RMM de 2.1). Del total de muertes maternas en esos años, la mitad de los casos fueron en la etapa del post parto, asociadas especialmente a hemorragias (SINAMMI, 2012).

En los análisis de casos de muertes maternas realizados durante ese bienio se identificaron casos prevenibles lo cual evidencia la necesidad de fortalecer la respuesta tanto institucional como de recurso humano para la atención que requiere la mujer en post parto.

Tal como señala Elsa Gómez (2002:456), “por su carácter prevenible e injusto, la OPS ha calificado la mortalidad materna como el reflejo más claro de la discriminación y de cómo su baja categoría social perjudica a las mujeres”.

La prevención y control de las patologías en mujeres en el post parto permite disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna, compromiso adquirido en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud de 2005 bajo el lema “Cada madre, cada niña y niño, cuenta” establecido en el Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015, para Costa Rica.

Disponer con una normativa nacional para la atención de las mujeres en el post parto debe inducir un proceso de cambio de actitud en los proveedores responsables de la atención en salud, públicos, privados o mixtos, indistintamente del nivel de atención. Además brindar las bases para el diseño de protocolos, guías y otros, para el manejo de las mujeres en este período.

2. Definiciones y abreviaturas

Calidad de la atención: Se considera una serie de actividades que realiza el prestador de los servicios de salud relacionadas con los usuarios que incluye: oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad, integralidad y trato humano.

Calidez de la atención: Constituye el aplicar un trato cordial, atento, información veraz, trato personalizado, respeto a la cultura de los usuarios.

Captación tardía: Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal desde la semana 14 de gestación.

Captación temprana: Inclusión de la mujer embarazada en la atención Prenatal durante las primeras trece semanas de la gestación.

Causa básica de defunción: Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Causas de defunción: Son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o la violencia que produjeron dichas lesiones.

Cobertura: Porcentaje de mujeres en post parto captadas del total de mujeres embarazadas esperadas.

Concentración: Número de controles postparto recibidos antes de los 42 días postparto.

Continua: que la atención postparto se brinde sin interrupción, con citas de control periódico de acuerdo al nivel de riesgo.

Defunción fetal (feto mortinato): Es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Defunción obstétrica directa: Son las que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunción obstétrica indirecta: la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Defunción relacionada con el embarazo: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.

Edad gestacional: Consiste en el cálculo del embarazo desde el primer día de la fecha de la última regla (FUR) hasta la fecha actual. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo de alto riesgo: Certeza o probabilidad de estados patológicos, condiciones anormales concomitantes o factores psicosociales y económicos deficientes en la gestación y el parto, que ponen en riesgo la salud de la madre o del feto.

Embarazo de bajo riesgo: Es el embarazo en el que no se ha identificado ningún factor de riesgo.

Embarazo normal: constituye un estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y concluye con el parto y nacimiento del producto a término.

Emergencia obstétrica: Situación que implica una complicación que puede poner en riesgo la salud de la mujer durante el embarazo, parto y post parto.

Enfoque de Riesgo: Constituye la medición de la probabilidad del riesgo.

Humanizada: atención postparto con calidez y con respeto a la individualidad y a los derechos humanos.

Integral: que se considere al ser humano como ente biopsicosocial en constante interacción con su ambiente.

Muerte materna: Es aquella que ocurre mientras la mujer se encuentra embarazada o dentro de los 42 días posparto, independiente de la duración y lugar del embarazo.

Nacimiento vivo: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Oportuna: Que la atención post parto se reciba en el momento preciso en la etapa en que se encuentra la mujer (puerperio inmediato, puerperio mediato, puerperio alejado y puerperio tardío).

Parto de postérmino: Consiste en la expulsión del producto de 42 semanas o más de gestación.

Parto de pretérmino: Consiste en la expulsión del producto entre las 22 y menos de 37 semanas de gestación del organismo materno.

Parto de término: de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Período neonatal: Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Se subdivide en: neonatal precoz (antes de los siete días), neonatal tardía (después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida).

Periodo perinatal: Comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y termina siete días completos después del nacimiento.

Personal calificado: Es todo aquel personal de salud acreditado (profesionales en enfermería general, profesionales en enfermería obstétrica, médicos generales, médicos gineco-obstetras) quienes han sido educados y capacitados para adquirir las capacidades necesarias para manejar el embarazo normal (no complicado), el parto y el postparto y en la identificación y manejo y referencia de las complicaciones en mujeres y recién nacidos. Esta definición excluye al personal empírico (adaptado para Costa Rica de CLAP, 2012).

Peso al nacer: Es la primera medida del peso del recién nacido hecha inmediatamente después del nacimiento.

Peso bajo al nacer: Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer: Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

Peso muy bajo al nacer: Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Prevenibilidad: “Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado” (Revista de Medicina, 2006). Por otro lado, también el término se refiere a “Aquellas defunciones causadas por una enfermedad o un evento que podría no haber sucedido con la intervención médica oportuna o apropiada, o con medidas de salud pública.” (Rubio y otros, 2007)

Red de servicios de salud: puede definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2010).

Rendimiento: Número de mujeres en post parto vistas durante una hora por un profesional.

Riesgo: Probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir un daño.

Riesgo Perinatal: es la probabilidad o peligro de pérdida del bienestar feto-materno-neonatal.

Segura: atención postparto basada en conocimientos y evidencia científica.

ABREVIATURAS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
ASIS	Análisis de situación en salud
SINAMMI	Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil
REDES	Registro de Salud
AE	Auxiliar de enfermería
ATAP	Asistente Técnico en Atención Primaria
EBAIS	Equipos básicos de atención integral en salud
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
FUR	Fecha última regla
Hto	Hematocrito
Hb	Hemoglobina
VDRL	Reactivo de laboratorio para enfermedades venéreas
Rh	Homminis Rhesus

1. Objetivos y ámbito de aplicación

1.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar una atención integral de calidad a la mujer en el período post parto con el fin de reducir su morbilidad y mortalidad y favorecer el ajuste e integración familiar y la calidad de vida de las familias.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover estilos de vida saludables en las mujeres en su entorno familiar y social durante el periodo puerperal, mediante actividades de: educación en salud, salud sexual y reproductiva, alimentación adecuada, actividad física, recreación, organización y participación social.
2. Prevenir y dar seguimiento a problemas de salud relacionados con la morbilidad y mortalidad materna en el periodo puerperal, mediante oferta de consejerías de Salud Sexual y Reproductiva, métodos de planificación familiar, entre otros.
3. Brindar atención a las mujeres en la etapa post parto con criterios de calidad: oportuna, continua, segura, pertinente al riesgo, integral, humanizada y con enfoque de derechos.
4. Brindar atención priorizada a las mujeres en post parto de alto riesgo.
5. Fortalecer a las mujeres en post parto en su autocuidado y en la crianza de su hijo o hija, mediante redes de apoyo, información, educación y consejerías en crecimiento y desarrollo infantil, estimulación oportuna y lactancia materna, entre otros.
6. Favorecer el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres en la construcción de sus prácticas de maternidad y paternidad.

1.2.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS EN LA ATENCION HOSPITALARIA

1. Evaluar oportunamente cualquier alteración de la salud para todas las mujeres en post parto, garantizando un alta médica libre de riesgos.
2. Promover y garantizar la lactancia materna.
3. Promover el uso de métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia materna.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS EN LA ATENCION AMBULATORIA

1. Garantizar la atención integral con calidad a la mujer en postparto.
2. Detectar en forma oportuna cualquier alteración de la mujer mediante la consulta pos parto.
3. Promover y fortalecer la educación en salud integral a las mujeres en post parto según necesidades.
4. Detectar, brindar atención y seguimiento oportuno a la usuaria en pos parto con factores de riesgo.
5. Garantizar la atención integral con criterios de calidad al binomio madre-hijo.
6. Promover y garantizar la lactancia materna.
7. Promover el uso de métodos anticonceptivos compatibles con la lactancia materna.
8. Fortalecer la actualización y el desarrollo de competencias del equipo básico de salud que brinda atención a la mujer en post parto.

1.3. AMBITO DE APLICACIÓN

Esta norma es de aplicación obligatoria en el ámbito nacional en los servicios de salud del sistema público, privado y mixto.

2. Disposiciones generales

El personal de salud de los establecimientos públicos, privados y mixtos, en todos los niveles de atención y de acuerdo a su complejidad (Ayala y otros, 1993), en relación a la atención post parto, debe considerar lo siguiente:

- El principio de anticipación en la atención post parto debe ser aplicado por los profesionales responsables de la misma en todos los establecimientos de salud dado que las complicaciones se pueden presentar en cualquier momento, por lo que se requiere contar con los recursos necesarios para asegurar la atención de emergencia, la estabilización y posteriormente decidir la referencia al nivel correspondiente.
- Las áreas de atención intrahospitalaria son áreas de alto riesgo para infecciones nosocomiales por lo que es necesario tener en consideración el cumplimiento estricto de las medidas y políticas de prevención de infecciones, las que incluyen: lavado de manos antes y después de cada procedimiento o examen físico, medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres endovenosos y en la administración de medicación a través de ellos, medidas de asepsia en los procedimientos invasivos (punciones, etc.), utilización de material estéril de un solo uso (sondas, etc.), limpieza primero y después desinfección del material quirúrgico y médico empleados en los procedimientos diversos en la atención post parto (mascarillas, equipos, etc.), limpieza de camillas con la frecuencia establecida.
- Identificar, diagnosticar, tratar y/o referir oportunamente de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento, a la usuaria en riesgo o con complicaciones.

La red de establecimientos de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- Garantizar que los establecimientos de salud cuenten con la disponibilidad de material, equipo, medicamentos e insumos para la atención post parto oportuna y adecuada.

- Implementar, aplicar y supervisar los estándares e indicadores de calidad para la atención post parto según nivel de atención, realizando el monitoreo y vigilancia de indicadores de proceso y resultado en los establecimientos de salud.
- Garantizar que los establecimientos de salud, según el nivel de complejidad, brinden la atención inmediata de la mujer en post parto por un profesional calificado en el 100% de los casos.
- Los establecimientos de salud del primer nivel de atención deben realizar el seguimiento activo del 100% de las mujeres en post parto de su área de atracción.
- Las muertes en mujeres en periodo post parto (dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo) deben ser reportadas como muertes maternas (independientemente de la duración y lugar del embarazo) al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y al Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, en los tiempos establecidos.

3. Marco conceptual

El post parto, también llamado puerperio, es el período de la vida de la mujer que sigue al parto o posterior al término del embarazo. Comprende un proceso fisiológico de ajustes y modificaciones de orden anatómico, funcional y psicosocial que viven las mujeres, sus parejas y sus familias según su contexto de vida. Además, es un estado de transición desde la etapa de estrecha relación que hay entre la madre y su hijo o hija durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos.

El puerperio se divide en: **Puerperio inmediato**, que comprende las primeras 24 horas posterior al parto o término del embarazo; **Puerperio mediato**, que abarca los primeros 10 días; **Puerperio alejado**, que se extiende hasta los 42 días y finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación; y **Puerperio tardío**, desde los 42 hasta los 60 días (ICMER, s.f.). Vale destacar que en la versión 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 se extiende hasta los 364 días cumplidos (OPS, 1995).

Este período considera los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan esta fase. Si bien la mujer experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas postparto, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales. Por tal motivo, debe considerarse como **post parto** todo el período que la mujer necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional previa a la gestación.

Durante toda esta etapa la mujer requiere cuidados especiales, principalmente desde el punto de vista nutricional y de apoyo social y del personal de salud.

Existe evidencia sobre los cambios y problemas que pueden producirse en las primeras semanas después del parto. Por lo tanto, es necesario apoyar y fomentar una recuperación satisfactoria de la mujer en el post parto. Para esto es importante conocer algunos de los principales cambios fisiológicos y psicosociales que se presentan en la mujer durante esta etapa y que se mencionan a continuación.

3.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES

Los cambios que experimenta la mujer en la etapa post parto pueden ser variables:

- Durante los primeros días después del parto desaparecen de la circulación materna las hormonas que se producían en la placenta durante el embarazo y que mantenían inhibida la secreción de leche.
- Se producen grandes cantidades de prolactina (la hormona encargada de estimular la producción de leche) y de oxitocina (la hormona responsable de hacer salir la leche durante la succión y de estimular las contracciones que facilitan la involución uterina).

- El ovario está deprimido ya que la hipófisis (glándula que regula el trabajo del ovario) no produce suficientes hormonas para estimularlo. Esta inhibición del ovario dura algunas semanas en las mujeres que no amamantan, quienes presentan la primera ovulación entre cuatro y ocho semanas después del parto. En cambio, en la mujer que amamanta, el ovario se mantiene inhibido por un período más prolongado que puede durar semanas o meses.
- Durante las primeras semanas post parto, se producen también cambios en la anatomía del aparato genital y en la fisiología de la mujer que va recuperando paulatinamente la condición que tenía antes del embarazo.
- Mientras dura la lactancia, el estímulo de la succión apoya la fisiología de la madre en sintonía con las necesidades del niño o la niña, mantiene la producción de leche e inhibe la función ovárica y la recuperación de la fertilidad por un tiempo variable. La interacción entre la madre y su hijo o hija cambia paulatinamente con el tiempo, a medida que disminuye la frecuencia de succión y el lactante comienza a recibir otros alimentos.
- Se inician nuevamente los ciclos menstruales, con la consiguiente recuperación de la fertilidad. No obstante, la duración del período de amenorrea e infertilidad es variable.
- La mujer se recupera paulatinamente del desgaste nutricional del embarazo y la lactancia. Es importante que el intervalo entre los embarazos sea al menos de dos años para permitir esta recuperación. Esto es aún más importante en las mujeres que no tienen un buen estado nutricional y que no tienen una dieta bien balanceada.
- Desde la perspectiva psicosocial, el post-parto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible (lo que compite con otras funciones de la mujer dentro o fuera de la casa) y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas. Por lo tanto, el apoyo familiar, de personas significativas y del personal de salud es fundamental para la adaptación adecuada que la mujer pueda tener durante esta etapa. (véase anexo B)

4. Elementos a normalizar

4.1. COMPONENTE DE PRESTACION

- Todo establecimiento de salud público, privado o mixto, que brinde atención post parto debe cumplir con los requisitos establecidos en la norma de habilitación para ese tipo de servicios.
- La infraestructura de los servicios debe asegurar la privacidad e intimidad de las usuarias
- Las usuarias deben ser atendidas oportunamente con eficacia y efectividad.
- El recurso humano que brinde la atención debe ser altamente calificado a nivel universitario y acreditado por los colegios profesionales respectivos.

4.2. COMPONENTE DE GESTIÓN

- La atención en el período post parto debe cumplir con las normativas nacionales e internacionales que garanticen la calidad de la atención. (Véase marco jurídico).

4.3. ACCIONES

4.3.1 Atención inmediata del post parto en el servicio hospitalario, tanto público como privado.

Los profesionales responsables de la atención inmediata a la usuaria en post parto deben realizar lo siguiente:

1. Vigilar estrictamente en cada turno:
 - Estado general de la mujer.
 - Signos vitales de la mujer.
 - Consistencia e involución uterina.
 - Sangrado transvaginal.
 - Presencia o no del globo vesical.
2. Enviar exámenes de laboratorio ((Hb/Hto/Grupo/Rh/VDRL).
3. Anotar los cambios observados y reportar signos de alarma.
 - A las 6 horas post parto vaginal la mujer debe iniciar la deambulaci3n (según la condici3n de la usuaria).
 - A las 8-12 horas post cesárea la mujer debe iniciar la deambulaci3n (según la condici3n de la usuaria).
4. Orientaci3n a la mujer en actividades de apego, lactancia materna y estimulaci3n temprana.
5. Brindar informaci3n sobre los cuidados del post parto y del reci3n nacido, enfatizando en signos y sntomas de alarma.
6. Proporcionarle informaci3n acerca de d3nde puede consultar si tiene dudas sobre los cuidados de su reci3n nacido y/o sobre lactancia materna.
7. Orientar sobre el control post parto y la prueba de tamizaje neonatal entre el 4 y 8 días y sobre planificaci3n familiar.
8. Crear un ambiente favorable en los servicios, facilitando el contacto madre-reci3n nacido despu3s del parto.
9. Vigilar y detectar signos de depresi3n post parto.
10. Mantener equipo b3sico de atenci3n a la madre y al reci3n nacido en la unidad de alojamiento conjunto.
11. Incorporar al acompañante en la medida de lo posible en el alojamiento conjunto, para que apoye a la madre y su reci3n nacido.
12. Realizar la evaluaci3n clínica para valorar el egreso de la madre.
 - Escuchar y aclarar las quejas y/o dudas de la familia gestante.
 - Examen f3sico completo a la usuaria y al reci3n nacido, estado de ánimo de la madre, toma de signos vitales, valorar el sangrado, etc.
 - Exámenes de laboratorio de la mujer y del reci3n nacido (Hb/Hto/Grupo/Rh/VDRL) interpretados.
 - Valoraci3n para el alta: en post parto por parto vaginal a las 12 horas y en el post parto por cesárea a las 24 horas según condici3n de la usuaria.

4.3.2 Atenci3n del post parto en el servicio ambulatorio

En pre-consulta:

- a) Revisi3n del carn3 perinatal.
- b) Interrogar a la mujer sobre:

- Días post parto.
- Atención del parto.
- Complicaciones durante el parto.
- Estado actual.

c) Control de signos vitales.

d) Escuchar las dudas y temores de la usuaria.

e) Orientación a la mujer en actividades de apego, lactancia materna y estimulación temprana, entre otros.

f) Brindar información sobre los cuidados del puerperio y del recién nacido.

g) Consignar en el expediente lo actuado en d, e y f.

En consulta:

a) Revisión del carné perinatal.

b) Interrogar sobre antecedentes, signos y síntomas y estado actual.

c) Evaluación de los signos vitales anotados por la auxiliar de enfermería.

d) Realizar examen físico completo:

- Revisión bucodental.
- Examen de mamas: valoración funcionalidad del pezón y colecciones o signos de infección.
- Examen ginecológico: valoración de la presencia de signos de infección, comprobar la involución uterina, el estado perineal y la integridad del cérvix y la vagina, calidades del sangrado transvaginal (cantidad y características).
- En caso de cesárea revisar herida quirúrgica.

e) Valoración de peso y talla.

f) Evaluación y clasificación del riesgo. Referir aquellas usuarias que lo ameriten según necesidad.

g) Determinación de hemoglobina.

h) Prescripción de hierro y ácido fólico.

i) Brindar información sobre métodos anticonceptivos.

j) Prescripción y explicación de la utilización del método anticonceptivo seleccionado.

k) Revisión de técnicas de amamantamiento.

l) Evaluar y reforzar el conocimiento sobre:

- Puerperio normal.
- Signos y síntomas de alarma.
- Consulta planificación familiar y Crecimiento y Desarrollo.
- Higiene bucodental.
- Autocuidado.
- Consejería (según situación de la mujer).

m) Llenado del carné perinatal.

n) Anotar en expediente los hallazgos y el plan de seguimiento.

Visita domiciliar:

a) Programación de visita domiciliar para casos de alto riesgo por personal calificado.

b) Seguimiento de casos de riesgo por personal calificado.

c) Visita de rutina por parte del ATAP.

En caso de **adolescentes madres**, además de cumplir con todo lo anterior tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio, se debe garantizar la privacidad y una consulta diferenciada, así como cumplir con lo establecido en la Ley N°7735, “Ley General de Protección a la Madre Adolescente”, del 19 de diciembre de 1997 y en el Decreto Ejecutivo N°39088-S, publicado en La Gaceta N°158 del viernes 14 de agosto del 2015, “Oficialización de la Norma Nacional de Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: componente salud sexual y salud reproductiva”.

Modalidades de atención:

La atención post parto puede organizarse en varias modalidades:

- **Atención Individual** de la mujer en post parto hospitalizada y en la consulta post parto.
- **Atención Grupal** a través de actividades educativas durante la hospitalización y al grupo de mujeres en post parto y familiares que esperan ser atendidos en la consulta post parto.
- **Atención en el escenario familiar** de acuerdo a los riesgos identificados y a las necesidades de la familia.

4.3.3. Planificación de la Atención Post Parto en el Servicio Ambulatorio

Todos los establecimientos de salud públicos deben contar, dentro de sus Análisis de Situación en Salud (ASIS), con los datos demográficos sobre la población blanca de su área de atracción del año anterior, los cuales deben incluir:

- Población total de ambos sexos.
- Población femenina en edad fértil de 10 a 49 años, por grupos de edad quinquenales.
- Población femenina en menores de 15 años en edades simples.
- Total de nacimientos esperados.
- Tasa de natalidad.
- Razón de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Cinco primeras causas de mortalidad materna, perinatal e infantil local.
- Cobertura de control post parto con criterios de calidad.
- Cobertura de la Consulta de Planificación Familiar.
- Hospitales de referencia (periférico, regional y nacional).

Los servicios privados y mixtos deben planificar la atención post parto en la última consulta del control prenatal, para garantizar el adecuado seguimiento a la mujer.

4.3.4 Programación de la Atención Post parto

POBLACION BLANCO

La atención post parto está dirigida a toda mujer en esta condición independientemente de su edad, etnia, estado civil, nacionalidad, religión, estatus migratorio y tipo de aseguramiento.

DETECCIÓN DE LAS MUJERES EN PERIODO POST PARTO

La búsqueda activa que se realice para detectar a las mujeres puérperas debe hacerse independientemente del escenario.

Es importante programar y entregar cita abierta o agendada en la última cita prenatal.

Si no se dio la cita con antelación, se debe aprovechar la visita que realiza la usuaria al servicio de salud para la realización del tamizaje neonatal, con el fin de asegurar la atención oportuna a la mujer.

Aprovechar la visita domiciliar que realiza el ATAP para remitir la usuaria a la consulta post parto oportunamente.

Así mismo, es importante dar atención y seguimiento a mujeres en post parto por mortinatos.

COBERTURA

La meta de cobertura es el 100% de la población de mujeres en post parto esperadas en el año en el área de atracción, atendida en el primer nivel de atención.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Total de mujeres en post parto atendidas de primera vez}}{\text{Total de nacimientos ocurridos en el área atracción.}} \times 100.$$

CONCENTRACIÓN

Toda mujer debe ser atendida al séptimo día post parto para lograr una captación temprana y una segunda consulta antes de cumplir los 30 días post parto. Las mujeres de alto riesgo en el post parto se les darán cita según necesidades identificadas.

RENDIMIENTO

Es el número de usuarias atendidas por hora profesional, por lo que se espera que en la primera consulta post parto sean atendidas la usuaria conjuntamente con el recién nacido con tiempo promedio de treinta minutos. En caso de que la mujer asista a la consulta sin el recién nacido el tiempo promedio de atención es de veinte minutos.

HORARIOS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EN POST PARTO

Los horarios de la consulta post parto hospitalaria y en el primer nivel de atención deben ser en lo posible, con trato preferencial, abiertos en diferentes turnos: matutinos y vespertinos, de manera que favorezcan la concurrencia de las mujeres en post parto, de sus parejas y sus familias.

Las mujeres en post parto que se presenten sin cita no deben ser rechazadas, si es una emergencia se referirá a urgencias del hospital respectivo y si no se le programa una cita oportuna en el servicio ambulatorio.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Se debe establecer de acuerdo al sistema de referencia y contrarreferencia, un mecanismo de comunicación definiéndose responsabilidades en relación al traslado de la mujer en post parto entre los establecimientos de diferentes niveles de complejidad dentro de la misma jurisdicción o área de atracción, a fin de garantizar el traslado oportuno cuando sea requerido el manejo de la usuaria en el nivel de complejidad superior.

En el caso de haber superado la situación clínica que motivó el traslado, se coordinará para realizar la contrarreferencia de la mujer al establecimiento de origen u otro en la misma red o ámbito. Los procedimientos para la referencia y contrarreferencia de las mujeres en post parto se deben realizar según criterio profesional y lineamientos institucionales.

RECURSO HUMANO NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDAN ATENCIÓN POST PARTO

Además de cumplir con la Norma de Habilitación, los servicios de baja complejidad (primer nivel de atención) deben disponer para la interconsulta con profesionales en trabajo social, profesional en enfermería obstétrica, odontología, microbiología, farmacia, nutrición, psicología y otros.

Se requiere adicionalmente, en los servicios públicos de salud, de una persona auxiliar de enfermería y de una persona técnica en atención primaria como apoyo a la atención. Así mismo, es importante contar con personal de recepción, guarda y misceláneo debidamente capacitados en el proceso de atención en salud, ya que son la puerta de entrada al servicio.

Los profesionales en medicina general y de enfermería obstétrica del primer nivel de atención son los responsables de la atención de las mujeres en post parto de bajo riesgo.

El profesional en enfermería obstétrica fortalece la calidad de la atención en la consulta posparto de bajo riesgo obstétrico, tanto en los servicios públicos como privados; por lo tanto se debe contar con este recurso humano para atender y apoyar la consulta prenatal y post natal en los diferentes niveles de complejidad.

Los servicios de mediana y alta complejidad (segundo y tercer nivel de atención), deben contar con médico gineco-obstetra, quien participa como recurso para atender mujeres en post parto clasificadas de alto riesgo, así como las emergencias que le son referidas.

Para la atención del puerperio inmediato, a nivel hospitalario, se requiere del siguiente recurso humano: médico gineco-obstetra, profesional en enfermería obstétrica, médico general, enfermería general, auxiliar de enfermería, trabajadora social, psicología clínica y en caso de complicaciones de salud de la usuaria se debe contar con el apoyo de otros especialistas.

Todo hospital: público o privado, debe garantizar a las usuarias la consulta de alto riesgo post parto.

5. Evaluación

5.1. Proceso

- Indicadores de cobertura de atención de post parto en servicios de salud públicos, privados y mixtos.
- Número de establecimientos de salud que cuentan con la norma de atención a mujeres en post parto.
- Número de establecimientos de salud que cuentan con el documento de normalización técnica para atención de mujeres en post parto.

5.2. Resultado

- Total de mujeres en post parto atendidas de primera vez en el establecimiento de salud.
- Porcentaje de mujeres con alto riesgo obstétrico en post parto visitadas por personal profesional calificado.
- Porcentaje de Servicios de Salud que cumplen con la Norma Nacional.
- Porcentaje de mujeres en post parto que recibieron un método anticonceptivo en la consulta postparto.

- Mecanismos para el seguimiento y monitoreo de referencia y contra referencia establecidos y funcionando en cada red de servicios de salud.
- Servicios de salud que cuentan con atención programada para las mujeres en post parto.
- Porcentaje de cobertura de atención de post parto en servicios de salud públicos, privados y mixtos.
- Porcentaje de cobertura de la atención con calidad de mujeres en post parto.

5.3. Impacto

- Porcentaje de reducción en la razón de mortalidad materna durante el período post parto

6. ASPECTOS GENERALES PARA SER CONSIDERADOS EN LA ATENCIÓN POS-PARTO

Un período de cambios

La mujer en el postparto vive un período difícil ya que experimenta cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y en el plano social.

En general, se producen cambios importantes en el plano emocional y cambios en los intereses y prioridades a corto y largo plazo. Esto es muy notable en las primeras semanas en que la madre tiende a tener su atención centrada en su hijo o hija y difícilmente cambia su foco de atención a otros temas. En algunos casos, las mujeres experimentan diversos grados de alteraciones psíquicas que pueden llegar a constituir un cuadro serio, como es la depresión post-parto que requiere detección oportuna y manejo adecuado.

Las expectativas

La cultura y la construcción social de lo que son los roles maternos influyen en las expectativas que tiene la mujer y quienes la rodean con respecto a su desempeño. En general, las mujeres tienen muchas expectativas con respecto a lo que significa ser una buena madre: abnegada, tierna, sacrificada, dando lo mejor de sí para sus hijos. La transición a ser madre, que ocurre en el período postparto, es de importancia vital para ella, para su autoestima, su satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de sí misma.

Para muchas mujeres esto es una fuente de tensión, porque tienen temor a fallar y no saber cómo cuidar bien a su recién nacido, cómo amamantarlo, cómo interpretar el llanto, cómo cuidarlo si se enferma.

Algunas mujeres tienen también temor a no tener leche suficiente ya que no saben cómo se estimula la secreción láctea ni los cambios que experimenta a lo largo del período postparto.

Esto puede generar más tensión y sentimientos de culpa y fracaso, principalmente cuando el término del embarazo es por una pérdida gestacional temprana.

Adicionalmente están los roles de la mujer con la pareja y la familia que pueden generar alguna tensión. En este sentido juegan un papel importante la socialización con otras mujeres (especialmente la madre) y sus experiencias con el cuidado general de los hijos, la lactancia, entre otros. La pareja puede ser un facilitador del proceso si la relación está equilibrada con respeto a la división de roles con el cuidado del nuevo miembro de la familia.

El rol de la lactancia

Es importante considerar el significado que puede tener una buena lactancia en este contexto. Esta se asocia a sentimientos de logro y satisfacción personal, aumento de la autoestima y aprobación social por el desempeño como madre.

Los conflictos

En la vida diaria, el deseo de ser buenas madres para el recién nacido puede entrar en conflicto con sus otras funciones como cuidar otros hijos si los hay, atender a la pareja y realizar los trabajos domésticos. También puede entrar en conflicto con otras metas o necesidades como el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de autocuidado, necesidad de descanso o demandas del grupo social. Además, está siempre presente el cansancio físico debido al gasto de energía que significa la lactancia y a la falta de sueño suficiente por las demandas del lactante durante el día y especialmente en la noche.

Es común que las mujeres tengan sentimientos de culpa por conflictos de intereses en el período postparto. Aquí juega un rol importante la familia al ser una fuente de apoyo para la búsqueda de soluciones. Lo ideal es que los conflictos se solucionen sin que se deteriore el cuidado de los recién nacidos y sin que la madre tenga que esforzarse más de lo que puede. Son importantes el respeto al espacio y los tiempos de la mujer para evitar conflictos o tensiones.

La relación con la pareja

La relación con la pareja puede cambiar, especialmente después del primer parto. En ocasiones aparecen celos por parte del padre, quien reclama a la mujer porque el recién nacido ocupa todo su tiempo y lo hace sentirse desplazado a un segundo lugar. Las mujeres, en general, consideran inevitable su preocupación centrada en el recién nacido y esta doble exigencia afectiva puede ser fuente de tensión en la relación de pareja.

Aquí es fundamental que los roles estén bien definidos y que la mujer se sienta apoyada en sus múltiples roles para poder satisfacer sus necesidades básicas y así atender también a los otros miembros de su familia. La familia mediata debe ser un facilitador del proceso lo que implica ser recíproco en satisfacer necesidades de sus miembros.

La participación del padre

Es distinta la relación de pareja cuando el padre se siente involucrado en la atención del niño o la niña y participa en los cuidados y manifestaciones de afecto y alegría. Esto constituye un estímulo para la mujer y hace más fáciles los cambios que se producen en la relación.

Las mujeres valoran mucho la ayuda y apoyo que reciben de sus parejas en esta etapa. No se trata sólo de ayuda en las tareas concretas ni de que esto beneficie solamente a la madre. Uno de los roles importantes del padre, en la crianza de sus hijos en las primeras etapas del postparto, es la contención afectiva de la madre. Mientras más tranquila y contenta se sienta la mujer, mejor y más fácil será su interacción con su hijo o hija y también con el resto de personas en su entorno. Así, el padre contribuye al bienestar y crecimiento de los recién nacidos, facilitando un ambiente emocional adecuado.

Por otra parte, el padre tiene un papel esencial en el desarrollo psicomotor y social de sus hijos ya que aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios o diferentes a los que entrega la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de los niños y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea. Además, ambos padres perciben a sus hijos en forma diferente. Así, el niño o niña desarrolla una imagen más completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad.

Por otra parte, el padre y la madre representan una identidad sexual diferente y tienen diferentes perspectivas de acuerdo a su género masculino o femenino. Esto es un elemento esencial en la socialización de las niñas y los niños y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Idealmente, las diferentes perspectivas de ambos padres deben expresarse en un ambiente de colaboración, donde los conflictos se resuelvan en forma constructiva.

Uno de los grandes problemas en nuestra cultura es cuando el padre no participa en el cuidado y educación de sus hijos. En parte, los hombres consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponden a ellos las tareas relacionadas con los hijos o el hogar. En parte, las mujeres los excluyen porque sienten que el hogar es su territorio y argumentan que los hombres no saben hacerlo bien. Esta división rígida de las tareas puede crear frustraciones tanto en las mujeres como los hombres. Sin embargo, para la vida de pareja y el desarrollo de los hijos, es importante que ambos padres compartan los roles y tareas e, incluso, los intercambien con flexibilidad. Esto puede ser también un beneficio importante para el desarrollo personal de los hombres, no sólo por la satisfacción de ser mejores padres, sino porque su mundo afectivo se enriquece.

La vida sexual

Otra fuente de tensión para las mujeres en las primeras semanas del postparto puede ser el momento para reiniciar la actividad sexual. Pueden sentirse físicamente adoloridas o cansadas. Tienen, en general, mucho temor a otro embarazo. En muchos casos experimentan escaso o ningún deseo sexual y, a veces, una disfunción sexual. Esto se debe a varios factores: a los cambios en los niveles hormonales, a los cambios emocionales, a la atención centrada en el recién nacido, a la falta de sueño y al cansancio. Inclusive, puede haber dolor durante las relaciones sexuales, producido por la falta de lubricación de las paredes vaginales o como consecuencia de la cicatrización de la episiotomía.

Este desinterés por la vida sexual puede prolongarse por un tiempo variable. En cambio, los hombres generalmente desean reanudar las relaciones sexuales lo antes posible, lo que provoca conflictos en la relación de pareja.

Después del parto, se requiere un período variable de abstinencia. En algunas parejas, este puede estar precedido de abstinencia en las últimas semanas del embarazo, ya sea por temor de la pareja a provocar daño al feto o por indicación médica en caso de ciertas patologías. Esta abstinencia, si es prolongada, también puede causar tensión.

El cambio en los roles de la madre, el cansancio producido por la demanda de atención del nuevo hijo y la tensión generada por el conflicto de roles determinan cambios en la receptividad de la mujer y en la conducta sexual. Por otra parte, el hombre puede sentirse postergado y rechazado al ver a la mujer centrada en el cuidado del recién nacido y menos dispuesta para la actividad sexual.

En la conducta sexual de este período también influye el temor a tener complicaciones médicas si se reinician las relaciones sexuales y el temor a un nuevo embarazo cuando aún no se ha iniciado un método anticonceptivo.

La madre sola

Hay que recordar que muchas mujeres están sin pareja en el momento del parto. En la mayoría de casos, ellas viven una situación muy difícil, especialmente si son muy jóvenes o no cuentan con suficiente apoyo de su grupo familiar.

En el caso de niños y/o niñas con ausencia de padres biológicos se vuelve importante buscar y fortalecer los vínculos con familia o amigos significativos que puedan acompañar a la mujer durante su puerperio.

El grupo familiar

En esta fase cambian las relaciones en el grupo familiar. Si hay otros hijos, suelen reaccionar con celos y agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos padres deben estar atentos a estas manifestaciones y responder a las demandas de cariño que así se expresan.

Otros adultos de la familia pueden ser de gran ayuda, haciéndose cargo de algunas funciones que entran en conflicto, como las tareas domésticas, la atención de otros hijos y/o encargándose de entregarles afecto y entretención.

Por estas razones, es preciso que las y los proveedores de servicios de salud atiendan los aspectos biomédicos y psicosociales de esta etapa de una manera integral. Así mismo, es fundamental apoyar la relación de pareja y el vínculo entre el padre y el recién nacido, estimulando su participación en las actividades de salud de la madre y el niño, desde el control prenatal, durante el parto y postparto, y en los controles subsiguientes de la madre y el hijo o hija.

El personal de salud debe darle especial atención a la mujer en postparto para que pueda vivir esta etapa en forma sana y como una experiencia de crecimiento personal.