

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO DE BAJO RIESGO



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO DE BAJO RIESGO

Santo Domingo, D.N.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria”

01-7-2020

RESOLUCION NO. 000019

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000019

01-7-2020

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio del 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000019

01-7-2020

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo del Hipotiroidismo Congénito. Actualización.
2. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Hiperfenilalaninemias.
3. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo de las Galactosemias.
4. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Manejo de las Talasemias en Pediatría.
5. Protocolo Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Paciente Pediátrico.
6. Protocolo de Atención para Diagnóstico y Manejo del Déficit de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa.
7. Protocolo de Manejo de Colitis Ulcerativa.
8. Protocolo de Manejo de la Enfermedad de Crohn en el Paciente Ambulatorio.
9. Protocolo de Atención Preconcepcional.
10. Protocolo de Atención en Embarazo de Bajo Riesgo.
11. Protocolo de Actuación para Reducción de Cesáreas Innecearias.
12. Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo.
13. Protocolo de Atención del Recién Nacido Prematuro.
14. Protocolo de Estabilización y Traslado Neonatal.
15. Protocolo para el Cuidado del Recién Nacido Prematuro y el de Peso Bajo al Nacer Mediante el Método Madre Canguro, con Énfasis en la Alimentación.
16. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata el Recién Nacido.
17. Protocolo de Atención del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR).
18. Protocolo para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Materna.
19. Guía de Prevención y Manejo Integral del Sobre peso y la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia.
20. Guía de Atención de las Embarazadas con VIH en la República Dominicana.
21. Guía Nacional para la Atención de la Coinfección TB y VIH.
22. Guía de la Profilaxis Preexposición (PrEP) al VIH en la República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Amg

000019

01-7-2020

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los un (01) días del mes de Julio, del año dos mil veinte (2020).

DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolo de Atención al Puerperio de Bajo Riesgo

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

978-9945-621-15-0

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

EQUIPO RESPONSABLE

EQUIPO FORMULADOR

Dra. Zobeida Peralta

Ginecobstetra con postgrado en Gerencia en Salud y Gerencia en Sala de Partos Facilitadora de la estrategia Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEM) y de la Metodología GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*). Técnica de la División Materno Infantil y Adolescentes, del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Dra. Mélida Ortiz Reyes

Médica Internista e Intensivista, especialista en Metodología GRADE, especialista en Calidad en Salud y en Gerencia en Salud

Dra. Martha Nina

Médica salubrista con maestría en Planeación y Gestión de Políticas y Programas de Alimentación Infantil, con especialidad en Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a la Atención en Salud. Coordinadora del Programa Nacional de Lactancia Materna, del MSP

Dra. Yuderca Lerebours

Ginecobstetra, Magister en Educación Superior. Docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y técnica de la División Materno Infantil y Adolescentes, del MSP

Dr. Luis Ramón de Jesús Nova

Ginecobstetra, profesor y maestro en Educación Superior. Hospital Universitario Materno Infantil San Lorenzo, Los Mina

Dr. Pablo Warner

Ginecobstetra. Hospital Universitario Materno Infantil San Lorenzo, Los Mina

COLABORADOR

Dr. José Mordán

Ginecobstetra, Maestro en Salud Pública y experto en Metodología GRADE

EVALUADORES EXTERNOS

Dr. Héctor Eusebio

Ginecobstetra, experto en Salud Sexual y Salud Reproductiva
Maestro de la Medicina Dominicana.

Dr. Pedro M. Romero Peña

Médico base ayudante, obstetra, endocrino ginecólogo y experto en Lactancia Materna
Departamento de Endocrinología del Hospital de la Mujer Dominicana, Servicio Regional
de Salud Metropolitano (SRSM)

COORDINACIÓN TÉCNICA

División Materno Infantil y Adolescente, Ministerio de Salud Pública

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Unidad de Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Salud,
Viceministerio de Garantía de la Calidad, MSP

INTRODUCCIÓN

El puerperio es definido como el “período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior de la gestación”. Todos estos cambios comprenden etapas diferenciadas entre sí: puerperio inmediato (comprende las primeras 24 horas tras el parto y, por tanto, la estancia hospitalaria), puerperio mediato (del 2.º al 10.º día tras el parto, incluye el momento del alta hospitalaria y el inicio de la estancia domiciliaria) y el puerperio tardío (desde el 11.º día hasta los 42 días tras el parto). Si estos cambios se suceden de manera natural y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico; en caso contrario se hablará de puerperio patológico.

La salud de la mujer durante este período es prioritaria para las instituciones del sector sanitario. Por este motivo, a nivel mundial, han sido establecidas estrategias especialmente dirigidas a la atención de la mujer durante el puerperio.

De acuerdo con distintas fuentes, el puerperio se caracteriza por una alta prevalencia de complicaciones en la madre y el recién nacido, siendo las posibles patologías acontecidas en este tiempo las causas más frecuentes de mortalidad materna incluso en los países desarrollados.

En la República Dominicana, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), las principales causas de muerte materna son el síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio o toxemia; las infecciones puerperales y las complicaciones producidas por el embarazo terminado en aborto que, de acuerdo con los datos, engloban un porcentaje importante de causalidad en las muertes maternas. Dichos factores son prevenibles, en su mayoría.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) trabaja en la elaboración de un plan de contención que abarca captación temprana, seguimiento y acompañamiento de las embarazadas durante y después del parto, para detectar a tiempo complicaciones y evitar muertes de madres y recién nacidos, uno de los grandes desafíos sanitarios del país.

1. OBJETIVO

Identificar y prevenir oportunamente las complicaciones asociadas al puerperio a través de la estandarización de los procesos de atención a la madre, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, a fin de contribuir con la disminución de la morbimortalidad materna.

2. EVIDENCIA

- Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. 2014. NIPO: 680-13-122-7.
- Proceso Asistencial Integrado: Atención al Embarazo Normal y Puerperio. 2015.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Ginecobstetras, médicos generales y familiares, psicólogos, bioanalistas y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Mujeres puérperas.

5. DEFINICIÓN DEL PUERPERIO

Período en el que todas las modificaciones gravídicas de orden anatómico y funcional involucionan paulatinamente, a fin de restituir el cuerpo materno a su estado pregrávido.

6. CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO

Puerperio fisiológico inmediato, mediano y tardío.

6.1 PUERPERIO INMEDIATO:

Corresponde a las primeras 24 horas después del parto.

a. Síntomas:

- Sensación de alivio y bienestar
- Dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular
- Sensación de quemadura a nivel de la vulva, aunque no exista ninguna lesión
- Escalofríos o temblor generalizado, casi siempre benigno

b. Signos:

- Rostro tranquilo
- Respiración regular
- Pulso lleno, regular y amplio, 60 a 70 pulsaciones por min.
- Presión arterial normal o algo baja
- Pérdida sanguínea con coágulos, de entre 100 y 400 mililitros
- La frecuencia de las contracciones disminuye de intensidad. En las primeras 12 horas ocurre una contracción cada 10 min.
- Identificar signos de hemorragia:
 - Estado de conciencia
 - Piel fría, pálida y sudorosa
 - Pulso rápido y filiforme
 - Presión arterial disminuida
- Vigilar: o Sangrado cada 15 minutos durante las dos primeras horas y, luego, cada 30 minutos por dos horas

Signos vitales cada hora ○ Estado físico general ○ Presencia de sangrado excesivo

- Contractibilidad (globo de seguridad de Pinard) y consistencia del útero; vigilar signos de hipotonía uterina
- Entuertos y loquios

- Vigilar signos de infección puerperal:
 - Aceleración permanente del pulso
 - Fiebre
 - Loquios fétido, achocolatado o purulento
 - Útero no involucionado, blando, poco delimitado y doloroso a la palpación o Dolor en bajo vientre
 - Náuseas y vómitos

c. Factores de riesgo a tomar en cuenta en hemorragia posparto:

- Anemia
- Estado nutricional deficitario
- Inmunosupresión
- Varices maternas
- Macrostomia
- Polihidramnios
- Síndrome hipertensivo gestacional
- Embarazo gemelar

- Miomatosis uterina
- Antecedentes de coagulopatía
- Aumento de la frecuencia de tactos vaginales
- Parto prolongado
- Uso de oxitocina o constrictores uterinos en la labor de parto Retención de placenta
- Laceración del útero y canal del parto

d. Factores de riesgo para infección o sepsis:

- Anemia, inmunosupresión y hemorragia
- Aborto inducido en condiciones no segura
- Parto domiciliario
- Rotura prematura de membrana
- Múltiples tactos vaginales
- Falta de cumplimiento de asepsia y antisepsia
- Parto prolongado
- Retención de restos placentarios
- Desgarros del canal del parto
- Extracción manual de la placenta
- Infección de vías urinarias

e. Criterios de traslado a sala de hospitalización de la madre y el recién nacido:

- Ausencia de hemorragia y signos o síntomas de infección
- Signos vitales dentro de límites normales
- Todo recién nacido con signos vitales normales y sin evidencia de malformaciones congénitas que pongan en riesgo su vida

f. Criterios de egreso:

Signos vitales dentro de límites normales:

- Ausencia de fiebre
- Ausencia de hemorragia y de infección
- Tensión arterial dentro de límites normales
- Hemoglobina superior a ocho gramos
- Ofrecer el alta hospitalaria, antes de las 48 horas correspondientes, a aquellas mujeres cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento

g. Información a la usuaria y/o familiares

- Deambulación precoz para disminuir los fenómenos tromboembólicos

- Alimentación balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes
- Higiene personal, baño de ducha (sin inmersión), lavado externo con agua y jabón en la región perineo bulbar una vez al día y de arriba hacia abajo
- No utilizar duchas vaginales
- No colocar apósitos de algodón
- Episiotomía limpia y seca
- Lactancia materna: educar sobre la lactancia exclusiva durante seis meses y acerca del cuidado de las mamas
- Iniciar la lactancia materna de inmediato
- Orientar sobre el uso de métodos de planificación familiar
- Importancia de llevar a su hijo a la consulta de crecimiento y desarrollo y signos y síntomas de alarma o peligro del bebé
- Entrega del documento de certificado de nacimiento y promover el registro civil de forma inmediata antes de salir del establecimiento
- Al momento del alta, entregar la cédula de salud del bebé.
- Informar a la usuaria donde se encuentra ubicado el Centro de Atención Primaria (CAP) más cercano a su vivienda
- Al momento del alta, informar sobre los signos de alarma para ella o el recién nacido y proveer a la usuaria los números de teléfono para llamar solicitando ayuda, en caso de que el bebé presente alguno de ellos.
- Poner en agenda una cita para dentro de siete días.
- Aconsejar colocar al bebé a dormir boca arriba, advirtiéndole que se evite poner al bebé boca abajo ya que aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante (Ponsonby, 1993; Mitchell, 1997; Thompson, 2006)
- Evitar dejar mantas o almohadas en la cuna
- Informar sobre las características de la leche en cada toma, su duración y frecuencia, y aconsejar sobre los espacios y ambientes más adecuados para realizar la toma
- Informar sobre la posibilidad de que el bebé tenga regurgitaciones
- Ofrecer consejos sobre el cuidado de los pechos y pezones mientras dure la lactancia.
- Ofrecer consejo sobre los cuidados del cordón umbilical hasta su caída

Corresponde a las primeras 24 horas del recién nacido después del parto:

Tomar en cuenta los controles y cuidados postnatales del recién nacido durante la estancia hospitalaria.

- Realizar una sola exploración física del bebé en las primeras 24 horas a su nacimiento, con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados.

- Identificar correctamente al bebé desde el momento de la ligadura del cordón umbilical.
- Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón, secar posteriormente y cubrir con gasas limpias que deben ser sustituidas frecuentemente; y cambiar el pañal tras deposiciones o micciones del bebé, con la finalidad de mantener el cordón seco y limpio
- Tras el nacimiento, administrar al recién nacido una dosis intramuscular de vitamina K de 1mg para prevenir un episodio hemorrágico provocado por el déficit de este nutriente.
- Inmediatamente tras el nacimiento, colocar a los recién nacidos sanos sobre el abdomen o el pecho de la madre, a fin de que ambos mantengan un contacto íntimo, piel con piel (alojamiento conjunto)

6.2 PUERPERIO MEDIATO:

Del segundo al décimo día (7 a 10 días tras el parto)

- Período de máxima involución de los órganos genitales, mayor derrame de loquios y aparición de la secreción láctea
- La usuaria recibirá atención luego del alta hospitalaria, para efectuar un control de la evolución del puerperio

Primera visita hospitalaria:

a. Anamnesis:

- Escuchar la historia del parto
- Preguntar sobre la evolución del posparto y la llegada al domicilio
 - Valorar el estado psíquico de la madre
 - Valorar el estado físico de la madre ○
 - Valorar el estado físico del recién nacido
 - Valorar la lactancia materna
 - Evaluar las situaciones de riesgo
 - Instaurar el plan de cuidado
 - Recomendaciones acerca de cuándo acudir al centro de salud ○ Evaluar la planificación familiar

b. Síntomas:

- Si hay persistencia de entuertos después del tercer día, sospechar retención de restos placentarios
- Ligero malestar y sed

- Retención de orina en los primeros tres días y poliuria posterior, la cual desaparece en pocos días
- Constipación
- Dolor de la episiotomía
- Presencia de hemorroides
- Cefalea

c. Signos:

- Estado general normal
- Pulso y presión arterial normal
- Indagar sobre cambios en las mamas, involución uterina, presencia de entuertos y características de loquios
- Glándulas mamarias que incrementan su volumen y producen calostro, secreción láctea, alrededor del tercer o cuarto día
- Loquios con flujo líquido serohemático después del séptimo día son serosos no fétidos y pueden durar hasta quince días.
- Útero ubicado en el abdomen, al sexto día en la mitad de la distancia entre el ombligo y borde superior del pubis no doloroso a la palpación
- Verificar si existe hemorroides
- No presencia de hemorragia

Si se ha realizado una episiotomía durante el parto:

- Realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona
- Valorar la aparición de signos de:
 - Edema
 - Dolor o secreciones purulentas
 - Dehiscencia de la zona de sutura
 - Fiebre en el posparto
- Temperatura superior a los 38° C, a excepción de las 24 primeras horas tras el parto
- Revisar e identificar la existencia de algún foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de los procesos de evaluación, exploración y controles. En tal sentido, informar y aconsejar.
- Repaso de lo ocurrido desde la de alta
- El dolor y la fatiga remiten espontáneamente al final de la primera semana tras el parto
- Dificultad miccional y retención de orina
- La retención de orina tras el parto es habitual y se produce cuando no se consigue una micción espontánea seis horas después del parto

d. Sospecha de infección

- Aceleración permanente del pulso
- Loquios fétidos, achocolatados o purulentos
- Útero no involucionado, blando, poco delimitado y doloroso a la palpación
- Dolor en bajo vientre
- Náuseas y vómitos
- Fiebre

Tomar en cuenta los factores de riesgos de infección y hemorragia:

- Realizar biometría hemática, examen general de orina, cultivo cervical y plaquetas
- Verificar la presencia de hematoma paragenital
- Trombosis venosa profunda
- Dehiscencia
- Mastitis

e. Análisis de laboratorio

Pruebas de laboratorio

El control rutinario de los niveles de hemoglobina (hemograma) y examen orina, en casos en los que sean observados signos de anemia, hemorragia o infección.

A. MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Puerperio inmediato y mediano

A.1 Manejo no farmacológico

- Ejercicios de suelo pélvico durante la preparación para el nacimiento, a fin de reducir el riesgo de incontinencia urinaria tras el parto
- Realizar un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia urinaria o fecal después del parto
- Promover durante el puerperio espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa.
- Profilaxis tromboembólica en las mujeres en las que se ha identificado un riesgo elevado durante el embarazo
- En las mujeres sin riesgo de transmitir o adquirir una infección de transmisión sexual, se sugiere recomendar el método de lactancia-amenorrea (MELA) hasta los seis meses tras

el parto, siempre que persista la amenorrea y el bebé con menos de 6 meses de edad sea alimentado mediante lactancia materna exclusiva.

- Para el estreñimiento después del parto, reforzar la ingesta de fibras naturales y líquidos en la dieta materna

a. Depresión posparto

- Utilizar la *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el alumbramiento en mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas de dicha escala
- Tomar, como referencia para el diagnóstico de depresión posparto, una calificación de más de 12 puntos en la EPDS
- Utilizar la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión de las mujeres
- Referir al psicólogo/a en caso de sospecha de depresión
- Organizar grupos posparto en Atención Primaria que ofrezcan apoyo psicológico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que hayan sido trabajados en los grupos de preparación para el nacimiento durante el embarazo
- Ofrecer a todas las mujeres embarazadas información y apoyo para la instauración de la lactancia materna

A.2 Manejo farmacológico

Administrar tratamiento con analgesia por vía oral en caso de molestias o dolores y animar a la mujer a que intente ir al baño cuando esté relajada o que tome un baño de agua caliente

a. Vacunación

- Inmunizar a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan administrado durante el embarazo
- Administrar inmunoglobulina anti-D en madres RhD negativas con un bebé RhD positivo

b. Dolor después del parto

- El dolor y la fatiga remiten espontáneamente al final de la primera semana tras el parto
- El paracetamol, en dosis que no excedan los 4.000 mg al día, ha demostrado un alivio del dolor perineal posparto (Chou, 2010)
- Administración de paracetamol por vía oral, una dosis de 500 a 1.000 mg cada 8 a 12 horas en caso de dolor perineal las primeras 24 horas después del parto
- Analgesia rectal (supositorios) con diclofenaco en caso de dolor perineal, durante las primeras 48 horas después del parto

- Utilizar el tratamiento con frío localizado (compresas de hielo y compresas de gel frías), como segunda línea de tratamiento para el dolor perineal después del parto
- No tratar el dolor perineal después del parto con anestésicos de aplicación tópica
- Las pacientes con cefalea persistente tras la analgesia epidural deben ser derivadas al servicio de anestesiología correspondiente, para una valoración y un tratamiento adecuado
- No administrar hormona adrenocorticotropa (ACTH) intramuscular, cafeína por vía oral o sumatriptán subcutáneo para el tratamiento de la cefalea posterior a la punción dural.
- No administrar un parche hemático epidural para el tratamiento de la cefalea posterior a la punción dural, como primera línea terapéutica
- Las mujeres con lumbalgia después del parto deberán recibir un manejo terapéutico similar al de la población general

c. Estreñimiento durante el puerperio

- Inicialmente, reforzar la ingesta de fibras naturales y líquidos en su dieta
- Suministrar un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico a las mujeres en las que persista el estreñimiento, a pesar de haber aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos

d. Planificación familiar

- Utiliza el **MELA** (método de amenorrea de la lactancia) siempre que la usuaria cumpla con los tres requisitos: lactancia exclusiva, amenorrea y menos de seis meses de postparto.
- En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva es necesario informar sobre la necesidad de anticoncepción posparto de métodos de larga duración reversibles que mejor se adapte a su situación y de su pareja, a partir de los 21 días tras el parto (DIU o Implante)

B. INFORMACIÓN PARA LA USUARIA Y/O FAMILIARES

Información para las usuarias.

- Higiene personal, baño de ducha (no de inmersión), lavado externo con agua y jabón. en la región perineo bulbar una vez al día y de arriba hacia abajo
- No utilizar duchas vaginales
- No colocar apósitos de algodón
- Establecer un plan de visitas que permita continuidad en la atención en salud
- Higiene y cuidado de la herida en aquellas madres en las que se haya practicado una episiotomía o una cesárea, estableciendo un plan de curas
- Lactancia materna: educar sobre la lactancia exclusiva y cuidado de las mamas

- Cuidado del pecho e información sobre lactancia, tratando de observar a la mujer en una de las tomas para discutir y modificar posiciones incorrectas. Identificar y orientar sobre grietas o lesión del pezón y/o las mamas
- Ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada, preferiblemente de ofrecer el apoyo de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacido y Lactancia (IHAN)
- Actividad física progresiva, con paseos diarios, para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y el retorno a sus actividades cotidianas
- Los hábitos de sueño, descanso sobre sexualidad y contracepción
- Utilizar como primera opción de planificación familiar el MELA (método lo de lactancia y amenorrea). En caso de fracasar el MELA, utilizar un método de planificación familiar que no interfiera con la lactancia
- Importancia de llevar a su hijo a la consulta de crecimiento y desarrollo y signos y síntomas de alarma o peligro del bebé
- Entregar el certificado de nacimiento y promover que se haga el registro civil de forma inmediata
- Poner en agenda una cita para dentro de los próximos siete días

B.2 Información sobre signos de alerta de práctica clínica

- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal)
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa)
- Problemas con los pechos (enrojecimiento, dolor, calor)
- Dolor o hinchazón en las piernas
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el bebé, los demás o que no permite una actividad normal

B.3 Información sobre cuidados del recién nacido al alta

- Informar colocar al bebé a dormir boca arriba, advirtiéndole que se evite ponerlo boca abajo, ya que aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante (Ponsonby, 1993; Mitchell, 1997; Thompson, 2006)
- Evitar dejar mantas o almohadas en la cuna
- Instaurar la lactancia gradualmente, aumentando progresivamente las tomas para que el pecho pueda adaptarse
- Informar sobre el calostro y la evolución hacia la leche materna en los primeros días después del parto

- Informar sobre las características de la leche en cada toma, su duración y frecuencia; y aconsejar sobre los espacios y ambientes más adecuados para realizar la toma
- Informar sobre la posibilidad de que el bebé tenga regurgitaciones
- Ofrecer consejos sobre el cuidado de los pechos y pezones mientras dure la lactancia
- Verificar el desarrollo y el estado del bebé
- Informar sobre el crecimiento que el bebé experimenta durante las 12 primeras semanas de vida y el esperado aumento de su demanda alimenticia
- Informar sobre la regularidad de las deposiciones de los bebés. Normalmente pueden darse dos en los dos primeros días; pero con una mayor frecuencia a medida que el bebé aumenta su alimentación, con la posibilidad de una deposición tras cada toma. Advertir que las deposiciones duras o con una frecuencia menor a las 48 horas son causadas por el estreñimiento y pueden ser motivo de consulta con el pediatra
- Informar sobre las fontanelas y sus características; y ofrecer consejos sobre el cuidado del cuero cabelludo en las primeras semanas
- Ofrecer consejo sobre los cuidados del cordón umbilical hasta su caída
- Ofrecer consejos para el baño diario del bebé, informando sobre otras guías más relevantes a discutir con los/las progenitoras sobre el cuidado de los recién nacidos, estructuradas por áreas de interés (Block, 2012)

B.4 Signos de alarma en él bebe:

- Fiebre
- Presencia de deposiciones rojas o con trazos de sangre
- Deposiciones duras o con una frecuencia menor a las 48 horas o evacuaciones continuas sin relación con ingesta
- Color de piel bronceada o amarillenta tras las primeras semanas de vida
- El bebé deja de respirar por períodos de más de 20 segundos
- Regurgitaciones o vómitos excesivos
- Piel muy pálida o azulada

6.3 PUERPERIO TARDÍA

De los 11 a los 42 días

Es necesario el seguimiento periódico de las pacientes en el posparto, por los promotores de salud para identificar signos de alarma y notificar al médico del Centro de Atención Primaria para su oportuna atención. Se reforzará los cuidados para prevención, lactancia exclusiva, alimentación de la madre y prevención de estreñimiento y hemorroides.

En esta etapa se concluye la involución uterina y genital; y se alcanza el estado pregravídico. Si no se ha practicado la lactancia materna viene la primera menstruación, el útero desaparece a la palpación abdominal y se encuentra a nivel pélvico.

Realizar la revisión ginecológica completa y la consulta detallada sobre evolución de la lactancia; así como la evaluación del estado del recién nacido y los cambios maternos. Indicar una citología vaginal, si no ha sido efectuada durante el embarazo, y orientar sobre planificación familiar.

7. INFORMACIÓN PARA USUARIAS Y/O FAMILIARES

- Educar a la usuaria y a sus familiares para garantizar la continuidad de cuidado de las mujeres y sus bebés tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que se ofrece un mínimo de dos consultas en los primeros 40 días tras el alta hospitalaria:
- La primera, entre 24 y 72 horas tras el alta
- Una al final del puerperio
- La realización de visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria de acuerdo sus circunstancias y a la evolución de su embarazo y parto. Estas visitas irán dirigidas a asesorar y proporcionar asistencia sobre los cuidados para la mujer y el recién nacido.
- Concientizar a la usuaria y explorar en cada visita posparto el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social, y las estrategias desarrolladas para hacer frente a las situaciones de la vida diaria, valorando con ellas y sus parejas o familiares cualquier cambio emocional o en el estado de ánimo

8. INDICADORES

Para medir el cumplimiento a la implementación del protocolo de atención al puerperio de bajo riesgo se debe recolectar información para dar respuesta a los indicadores siguientes:

Proceso de Atención	Indicador
Puerperio Inmediato	Porcentaje de mujeres que las primeras 24 horas después del parto se les dio vigilancia a signos de infección puerperal
Puerperio Mediato	Porcentaje de mujeres que el séptimo día después del parto realizaron su primera visita hospitalaria
Puerperio Tardío	Porcentaje de mujeres que De los 11 a los 42 días después del parto se les dio seguimiento periódico
Tratamiento	Porcentaje de mujeres que durante el puerperio inmediato y mediato fue necesario administrar tratamiento farmacológico

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materno y Neonatal y Para Optar por la Certificación en Calidad y Humanización de la Atención a la Madre y al Recién Nacido. Ministerio de Salud Pública/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Republica Dominicana, 2018.
2. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
3. Protocolo de Atención al Embarazo y al Puerperio. Servicio Cántabro de Salud. Primera edición 2007 y actualización 2017.
4. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013. República Dominicana.
5. Guía de práctica clínica de atención al embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía. 2014.
6. Recomendaciones para la Práctica del Control **preconcepciones**, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. 2013
7. Guía de salud sexual y reproductiva –Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud de Uruguay. 2014.
8. Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio - Ministerio de Salud Pública Uruguay 2014.
9. Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio. Santiago MINSAL 2015
10. Documento de Consenso: Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas 2012. Rev Esp Quimioter 2012;25(1):79-88. Recuperado de: <http://seq.es/seq/0214-3429/25/1/alos.pdf>
11. Control prenatal del embarazo normal (2010). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Recuperado de www.sego.es
12. Carrera JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Ed Masson. 4ª edición. Barcelona. 2006; 30-31.
13. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de práctica clínica: Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de anomalías cromosómicas. *Diagn. Prenat.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.013>
14. Secretaria de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2007- 2012.
15. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1):134-145

16. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014, Alejandra Burgos Bizama (LC/L.4096), 2015.
17. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región, Magda Ruiz Salguero, Tim Miller, Lina Márquez y María Cecilia Villarroel (LC/L.4095), 2015.
18. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), 2011.