

Adhesión a la consulta puerperal en un ambulatorio de un hospital universitario**Adesão à consulta puerperal em um ambulatório de hospital de ensino****Adherence to puerperal consultations in an outpatient clinic of a teaching hospital**

IDIngrid Rosane Pinto¹, **ID**Jéssica Aparecida da Silva², **ID**Vitória Eugênia Martins¹
IDNayara Freitas Azevedo³, **ID**Jacqueline Faria de Oliveira¹, **ID**Mariana Torreglosa Ruiz⁴

Recibido: 25/11/2021 **Aprobado:** 12/06/2022 **Publicado:** 15/12/2022

Objetivo: identificar la prevalencia de adhesión a la consulta puerperal y los factores asociados. **Método:** estudio cuantitativo transversal realizado en el período de agosto a diciembre de 2019 en un hospital ambulatorio de enseñanza del interior de Minas Gerais, a través de entrevista y análisis de historias clínicas. Se realizó estadísticas descriptivas, así como la Prueba F y la Regresión Logística. **Resultados:** Participaron 109 púerperas y la adhesión a la consulta puerperal fue del 37,6%. Se asociaron a la adhesión: mujeres con mayor escolaridad, que no vivían con pareja, que realizaban el prenatal en la institución y las primíparas. La primiparidad fue la única variable que resultó significativa en la regresión logística. Los criterios para agendar la consulta en la institución, excepto el hecho de tener el prenatal en el local, no fueron significativos para una mayor o menor adición. **Conclusión:** la consulta puerperal es una herramienta de prevención de los daños en la salud materno-infantil, pero los bajos índices apuntan a la necesidad de revisar la asistencia puerperal.

Descriptor: Periodo postparto; Derivación y consulta; Cooperación del paciente.

Objetivo: identificar a prevalência de adesão à consulta puerperal e fatores associados. **Método:** estudo quantitativo transversal realizado no período de agosto a dezembro de 2019 em um ambulatório de hospital de ensino no interior de Minas Gerais, através de entrevista e análise prontuários. Realizou-se estatística descritiva, e também Teste F e Regressão Logística. **Resultados:** participaram 109 púerperas, e a adesão à consulta puerperal foi de 37,6%. Foram associados à adesão: mulheres com maior escolaridade, que não viviam com companheiro, que realizaram o pré-natal na instituição e primíparas. A primiparidade foi a única variável que se mostrou significativa na regressão logística. Os critérios para agendamento da consulta na instituição, exceto o fato de terem o pré-natal no local, não foram significativos para maior ou menor adesão. **Conclusão:** a consulta puerperal é ferramenta de prevenção de agravos na saúde materno-infantil, mas os baixos índices apontam a necessidade de repensar a assistência puerperal.

Descriptor: Período pós-parto; Encaminhamento e consulta; Cooperação do paciente.

Objective: to identify the prevalence of adherence to puerperal consultations and associated factors. **Method:** cross-sectional quantitative study carried out from August to December 2019 in an outpatient clinic of a teaching hospital in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil, through interviews and analysis of medical records. Descriptive statistics were performed, as well as F Test and Logistic Regression. **Results:** 109 puerperal women participated, and adherence to the puerperal consultation was 37.6%. The following were associated with adherence: women with higher education, who did not live with a partner, who received prenatal care at the institution and primiparous women. Primiparity was the only variable that was significant in the logistic regression. The criteria for scheduling appointments at the institution, except the fact of having prenatal care on site, were not significant for greater or lesser adherence. **Conclusion:** the puerperal consultation is a tool for preventing maternal and child health problems, but the low rates point to the need to rethink puerperal care.

Descriptors: Postpartum period; Referral and consultation; Patient compliance.

Autor Correspondiente: Mariana Torreglosa Ruiz - mariana.ruiz@uftm.edu.br

1. Enfermera. Uberaba/MG, Brasil.

2. Curso de Pregrado en Enfermería de UFTM, Uberaba/MG, Brasil.

3. Programa de Postgrado en Atención a la Salud de la UFTM, Uberaba/MG, Brasil.

4. Curso de Pregrado en Enfermería y Programa de Postgrado en Atención a la Salud de la UFTM, Uberaba/MG, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El puerperio o periodo postparto comienza poco después del nacimiento del bebé y del desprendimiento de la placenta, y corresponde al periodo en el que se producen los cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales originados por el embarazo y el parto en la mujer, y tienden a volver a la normalidad de la situación de no embarazo. Por ello, no está delimitado en un periodo de tiempo preciso y es variable individualmente¹.

Durante este proceso involutivo, de tiempo indeterminado, las alteraciones hormonales e inmunológicas en el cuerpo de la mujer son significativas. En la búsqueda de la homeostasis para su recuperación a la condición de no embarazada, la inmunidad de la mujer tiende a caer, predisponiendo a las infecciones y también se observan cambios de humor debido a los cambios hormonales bruscos². Así, el periodo puerperal puede entenderse como un periodo de intensa vulnerabilidad física y emocional.

Según datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), en 2019 se produjeron 1576 muertes maternas (durante el embarazo o hasta un año después del parto) y, de ellas, 939 se produjeron en el periodo puerperal (59,6%), y, el 53,7% se produjeron en el puerperio mediato (del 1º al 10º día postparto)³. Entre las causas de muerte durante el puerperio, las más frecuentes fueron: síndromes hipertensivos (197 casos); enfermedades previas complicadas por el embarazo/parto/puerperio (189 casos); hemorragias (92 casos); infecciones puerperales (55); embolia (54); y otras³.

Aunque fisiológico, el puerperio es un periodo de riesgos, por lo que se ha defendido el concepto de cuarto trimestre del embarazo para ampliar el cuidado puerperal⁴. La inclusión de este trimestre en la asistencia al ciclo gravídico-puerperal permitiría un seguimiento de un año después de que la mujer confirme el embarazo⁴ y, estaría justificado si no se centrara sólo en una consulta puerperal, a la que muchas mujeres no acudirían⁴.

En Brasil, el Ministerio de Salud recomienda que, antes del alta hospitalaria, la mujer sea contrarreferenciada a la unidad donde realizó la atención prenatal, se le proporcione un informe completo sobre el parto y la evolución inmediata y mediata del postparto y realice al menos una consulta entre los siete y los 42 días posteriores al nacimiento⁵⁻⁶. Además, se recomienda al menos una visita domiciliaria (VD) en la primera semana tras el alta, sin embargo, si el recién nacido (RN) ha sido clasificado como de riesgo, la VD debe producirse en los tres primeros días⁵⁻⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de tres consultas en el puerperio: al tercer día del postparto, entre los siete y los 14 días y a las seis semanas del parto, más una visita a domicilio en la primera semana. También se recomienda que la

evaluación no se limite a los aspectos físicos de la puérpera, sino que incluya el estado emocional y consejos sobre la lactancia⁷.

A pesar de que se recomienda una sola consulta puerperal en el territorio nacional, la tasa de adhesión varía del 16,8 al 58%^{8,9}. Esta tasa es mucho más baja de lo deseado si se compara con los datos del Reino Unido, donde la adhesión a las consultas puerperales es del 91%⁹.

También cabe destacar que la realización de la consulta puerperal es una de las atribuciones del enfermero de la Atención Primaria a la Salud (APS) y, si se detecta la ausencia de la puérpera, se recomienda su búsqueda activa. Sin embargo, se observa que no hay estandarización en las conductas tanto en la consulta como en la búsqueda y el compromiso para realizar este regreso es diferente¹⁰, no siendo posible analizar la asistencia prestada, y el regreso puerperal se limita a la presencia o ausencia en la consulta.

Durante el periodo de adaptación postparto, las mujeres pueden presentar complicaciones debido a la aparición de drásticos cambios fisiológicos y psicológicos. Así, este estudio pretende identificar la prevalencia de la adhesión a la consulta puerperal y los factores asociados.

MÉTODO

Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa y diseño transversal sobre la adhesión a la consulta puerperal y los factores asociados, entre las puérperas atendidas en un ambulatorio de un hospital universitario del interior de Minas Gerais, en el período de agosto a diciembre de 2019.

La institución, utilizada como campo de estudio es una referencia para la resolución de embarazos de alto riesgo, enfermedades infecciosas en el ciclo gravídico-puerperal, prenatal patológico de 27 ciudades de la región y prenatal normal realizado en el distrito sanitario donde se encuentra (cerca de 150.000 habitantes) y todas las ciudades del Triángulo Sur de Minas Gerais que no tienen un hospital. Según los datos institucionales, se realizaron 573 partos durante el periodo de recogida de datos.

Cumpliendo con el principio de contrarreferenciar a la unidad de origen, según lo previsto en las normas⁶, en la institución se programan regresos para: 1) todas las puérperas que tuvieron al menos una consulta prenatal en la institución; 2) las adolescentes; 3) las mujeres que no tuvieron consulta prenatal; y, 4) si se detecta la necesidad de seguimiento en el servicio (intercurrencias). También se puede programar una visita de regreso si la paciente lo desea. También cabe destacar que la consulta puerperal se realiza en un lugar y fecha distintos a los del regreso a la puericultura, que es programada por la familia del recién nacido tras el alta.

Se cumplieron los siguientes criterios de inclusión: puérperas hemodinámicamente estables, conscientes y orientadas, que habían recibido o se esperaba que recibieran el alta hospitalaria. No se incluyeron las puérperas que fueron contrarreferenciadas a las Unidades Básicas de Salud y/o a la Estrategia Salud de la Familia de origen. Se excluyeron las puérperas que solicitaron citas para la inserción del DIU y/o la planificación de la ligadura de trompas.

La recogida de datos se realizó de forma prospectiva en dos momentos diferentes. Tras ser orientadas y dar su consentimiento para participar en el estudio, se entrevistó a todas las puérperas y se extrajeron los datos de las historias clínicas. En la entrevista se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos. En las historias clínicas se recogió información sobre el parto, el recién nacido, la indicación de regreso a la institución y la información adicional ofrecida por la participante.

En un segundo momento, a partir del listado de citas programadas para la fecha, desde el sistema informático del hospital (historia clínica electrónica), se verificó la presencia o ausencia de la cita programada para las puérperas incluidas y se validaron las respuestas tras teclearlas en la base de datos.

Los datos se recogieron en un instrumento específico, basado en las informaciones contenidas en las historias clínicas y probado en un estudio piloto, que no mostró necesidad de adaptaciones. Después, se codificaron, se almacenaron en la hoja de cálculo *Excel*[®], con la técnica de la doble entrada y la posterior validación. Posteriormente, se importó al *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 23). Inicialmente se realizaron análisis descriptivos (frecuencia, media, desviación estándar, mínimo y máximo) de las variables y los resultados se presentaron en tablas.

La variable dependiente del estudio fue la adhesión a la consulta puerperal. Se consideró como adhesión el haber asistido a la consulta programada en la institución. En el efecto de cada variable dicotómica de interés (independiente) se utilizó el análisis de varianzas (prueba F) y las variables que mostraron valores de p inferiores a 0,05 en la prueba F, y las que tenían una distribución normal se evaluaron mediante la Regresión Logística. Las variables que presentaron valores $p < 0,05$ en el modelo se consideraron significativas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, dictamen número 2.148.698, de 30 de junio de 2017, y todo su desarrollo fue guiado y orientado por las Directrices y Normas Reglamentarias para la Investigación con Seres Humanos contenidas en la Resolución 466/12/CNS/MS.

RESULTADOS***Caracterización de la muestra***

En cuanto a las características sociodemográficas de las 109 puérperas entrevistadas, la media de edad fue de $25,47 \pm 6,93$, con un rango de 14 a 43 años, el 9,7% eran adolescentes; el 46,8% dijeron ser de color blanco; el 35,8% completaron la escuela secundaria, y el 40,4% no tenían actividades remuneradas. La mayoría estaban casadas (59,6%) y vivían en la ciudad (71,6%), como muestran los cuadros 1 y 2.

Tabla 1. Puérpera según la caracterización sociodemográfica. Uberaba, MG, 2019.

Variables		n	%
Edad	Menor o igual a 17 años	12	9,7
	Mayor o igual a 18 años	97	89,0
Raza	Blanca	51	46,8
	Negra	23	21,1
	Parda	34	31,2
	Otras	1	0,9
Estado civil	Casada/Pareja de hecho	65	59,6
	Soltera	43	39,4
	Separada juiciosamente	1	0,9
Escolaridad	Analfabeta	2	1,8
	Escuela Primaria Incompleta	19	17,4
	Escuela Primaria Completa	20	18,3
	Escuela Secundaria Incompleta	20	18,3
	Escuela Secundaria Completa	39	35,8
	Educación Superior Incompleta	2	1,8
Ocupación	Educación Superior Completa	5	4,6
	Dueña de Casa	44	40,4
	Estudiante	12	11,0
	Actividades Domésticas	5	4,6
	Actividades Relacionadas con el Comercio	8	7,3
	Actividades que requieren Educación Superior	1	0,9
Residencia	Otras	36	33,0
	En el municipio	78	71,6
	Municipios de la región	31	28,4

En cuanto a las condiciones de salud y hábitos, el 15,7% declaró ser fumadora, el 13,8% alcohólica y el 2,8% consumidora de drogas ilícitas; el 64,2% de las puérperas tenía alguna patología: síndromes hipertensivos, con el 33,3%; diabetes con el 28,2%; hipotiroidismo con el 23,1%; y obesidad y sífilis, con un porcentaje del 17,9% cada una. La mayoría de las puérperas tenían una sola patología (55,7%) y el 44,3% tenían más de una.

El número medio de embarazos fue de $2,45 \pm 1,73$, oscilando entre uno y diez; el 35,8% fueron primigestas, el número medio de partos fue de $2,15 \pm 1,56$, oscilando entre cero y nueve; el número medio de abortos fue de $0,28 \pm 0,58$, oscilando entre cero y tres. El número medio de

consultas prenatales fue de $7,32 \pm 2,63$, con un rango de cero a 13; tres puérperas (2,8%) no tuvieron ningún control prenatal y el 14% tuvieron menos de seis consultas, según los datos de la Tabla 2.

En cuanto a la localización de la atención prenatal, el 17,9% se realizó en unidades de Atención Primaria de Salud (UBS o ESF), el 61,3% en el ambulatorio del hospital universitario, el 17,9% inició la atención prenatal en Atención Primaria y realizó otra parte en el ambulatorio institucional; y el 2,8% en clínicas privadas. Así, el 79,2% de las entrevistadas realiza el seguimiento prenatal en la institución, mientras que el 20,8% lo hace en otros servicios. El 64,2% de los embarazos se clasificaron como de alto riesgo.

Tabla 2. Puérperas en cuanto a la media, la desviación estándar, los valores mínimos y máximos de las variables relacionadas con el histórico obstétrico. Uberaba, MG, 2019.

Variables	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	25,47	6,93	14	43
Número de embarazos	2,45	1,72	1	10
Número de partos	2,15	1,56	0	9
Número de abortos	0,28	0,57	0	3
Número de consultas prenatales	7,32	2,63	0	13

En la resolución de los embarazos, el 53,2% tuvo un parto normal, y de ellas, el 31,2% tuvo laceración perineal, el 14,7% episiotomía y el 54,1% mantuvo la integridad del periné, y, el 46,8% tuvo parto por cesárea. Además, el 7,3% tuvo complicaciones durante el parto o el puerperio, durante la hospitalización; el 37,6% asistió y el 62,4% no asistió al regreso programado. Los datos relacionados con el trabajo de parto, el parto y el puerperio se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Puérperas en relación con el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Uberaba, MG, 2019.

Variables	Sí		No	
	N	%	N	%
Embarazo de Alto Riesgo	70	64,2	39	35,8
Parto Normal	58	53,2	51	46,8
Interrupción del Parto/Puerperio durante la hospitalización	8	7,3	101	92,7
Consulta de Puerpério	41	37,6	68	62,4

Adhesión al regreso puerperal

De las razones para que el regreso sea programado en la institución, 77% se debieron a que ya habían realizado el control prenatal en la institución; 11% por ser adolescentes; 7,3% por solicitud médica debido a complicaciones en el embarazo y/o parto y/o puerperio, y 2,7% por ausencia de contrarreferencia (puérperas que no realizaron el control prenatal).

En los factores relacionados con la adhesión a la consulta puerperal, hubo asociación estadística para: puérperas con mayor escolaridad ($p=0,026$); que no viven con pareja ($p=0,043$); primíparas ($p=0,039$); y que realizaron el control prenatal en la institución ($p=0,012$), como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Asociación de la adhesión a la consulta puerperal con variables de naturaleza sociodemográfica, clínica y obstétrica, Uberaba, MG, 2019.

Variables	Asistió a la consulta		No asistió a la consulta		p
	N	%	N	%	
Edad <18 años	4	3,7	8	7,3	1,000
Edad >18 años	37	34,0	60	55,0	
Raza/Color blanco	22	20,2	29	26,6	0,323
Raza/Color no blanco	19	17,4	39	35,8	
Vive con pareja	19	17,4	46	42,2	0,043
No vive con pareja	22	20,2	22	20,2	
Educación superior a la secundaria completa	23	21,5	23	21,5	0,026
Educación inferior a la secundaria completa	17	15,9	44	41,1	
Tiene trabajo remunerado	23	21,7	27	25,5	0,112
No tiene trabajo remunerado	17	16,0	39	36,8	
Vive en el municipio	31	28,4	47	43,1	0,517
Vive en otros municipios	10	9,2	21	19,3	
Fumadora	6	5,5	11	10,2	0,551
No fumadora	34	31,5	57	52,8	
Alcohólica	5	4,6	10	9,2	0,782
No alcohólica	36	33,0	58	53,2	
Primípara	20	18,3	19	17,4	0,039
Múltipara	21	19,3	49	45,0	
Ha recibido atención prenatal en la institución	37	34,9	47	44,4	0,012
No ha recibido atención prenatal en la institución	3	2,8	19	17,9	
Embarazo de alto riesgo	31	28,5	39	35,8	0,065
Embarazo de riesgo habitual	10	9,1	29	26,6	
Parto normal	18	16,5	40	36,7	0,166
Parto por cesárea	23	21,1	28	25,7	
Parto normal con laceración	9	8,3	25	22,9	0,136
Parto normal sin laceración	32	29,4	43	39,4	
Parto normal con episiotomía	7	6,4	9	8,3	0,588
Parto normal sin episiotomía	34	31,2	59	54,1	
Intercurrencias durante el parto/puerperio	1	0,9	7	6,4	0,254
Sin interurrencias durante parto/puerperio	40	36,7	61	56,0	

En la asociación de las variables del estudio y la adhesión a la consulta puerperal, se realizó una regresión logística. Las variables que mostraron significación estadística en el análisis univariado ($p<0,05$) fueron colocadas en el modelo: educación materna; no vivir con pareja; primíparas y haber atentado a la atención prenatal en la institución. La variable tener el embarazo clasificado como de alto riesgo se incluyó en el modelo debido a su casi significación ($p=0,065$). Así, se verificó que sólo ser el primero parto presentó significación estadística. Sin

embargo, todos los factores probados se comportaron como protectores de la adhesión, como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Modelo de regresión logística entre la adhesión a la consulta puerperal asociada a variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas, Uberaba, MG, 2019.

Variable	Coefficiente	(IC 95%)		P
Escolaridad	0,651	(0,783)	(4,691)	0,154
Pareja	-0,821	(0,176)	(1,099)	0,079
Primiparidad	1,166	(1,237)	(8,323)	0,017
Haber recibido atención prenatal en la institución	1,266	(0,881)	(14,289)	0,075
Embarazo de alto riesgo	1,001	(0,940)	(7,885)	0,065

DISCUSIÓN

Se observó una baja adhesión al regreso puerperal en comparación con los valores obtenidos en un estudio del Reino Unido, que registró la asistencia del 91% de las puérperas a la consulta puerperal⁹. La consulta puerperal es un momento crucial para detectar, prevenir o tratar los factores de riesgo, así como para promover hábitos más saludables, y con intervenciones adecuadas es posible reducir las tasas de mortalidad materna en el puerperio¹¹.

En la adhesión entre los diferentes estratos indicados para consulta en la institución (adolescentes; que no realizaron control prenatal; que tuvieron interurrencias en el parto/puerperio; o que realizaron control prenatal en la institución), no se encontró asociación entre la indicación y la adhesión a la consulta. Aunque la adolescencia no se asoció con la adhesión o no adhesión a la consulta, un estudio señala la asociación de la edad materna con la baja adhesión¹².

Haber realizado la atención prenatal en la institución es uno de los criterios adoptados para programar la consulta puerperal y tuvo un impacto significativo. La creación de un vínculo entre los profesionales/servicio y la puérpera, en la atención prenatal, el parto y el nacimiento, se consideran factores esenciales para la asistencia a la consulta del puerperio¹³.

Los criterios: haber tenido complicaciones durante el parto y/o el postparto inmediato y no haber recibido atención prenatal no mostraron significación estadística. Sin embargo, una investigación encontró que el 25% de las 12 puérperas que acudieron a la consulta puerperal, lo hicieron por razones de complicaciones durante el postparto¹⁴.

Se observó una mayor adhesión entre las puérperas que tenían una mayor escolaridad. Este resultado fue similar a los estudios que mostraron una menor adhesión en las mujeres con bajo nivel educativo^{12,15}. Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que el hecho de sentirse discriminada durante la hospitalización se refleja directamente en las bajas tasas de adhesión al regreso postparto. Cuando se investigaron las razones por las que se sentían

discriminadas, se citó con más frecuencia la baja escolaridad. Las puérperas informaron de que las directrices no se entendían ni se adaptaban a su comprensión¹², un planteamiento importante sobre el que merece la pena reflexionar.

El hecho de no vivir con la pareja se asoció a una mayor adhesión a la consulta puerperal. Este dato es contradictorio, ya que aunque no era el objetivo del análisis evaluar la influencia de la pareja en el regreso puerperal, la presencia de la pareja se asoció a una mayor satisfacción con el embarazo, el parto y el puerperio inmediato. También se comprobó como importante su compañía en estos momentos¹⁶. Por lo tanto, se observan las contradicciones en relación con la presencia o ausencia de la pareja, que deben analizarse no sólo desde el punto de vista de la existencia, sino de la calidad de la relación. La red de apoyo de la mujer puede darse a través de la relación con la pareja o no, para una mayor adhesión y comportamientos saludables en este periodo¹⁷, incluyendo la consulta del puerperio.

Otra condición de referencia para la asistencia en la institución y que mostró casi significación estadística para la adhesión, se refiere a los embarazos clasificados como de alto riesgo. Más de la mitad de las puérperas atendidas presentaban alguna patología, siendo los síndromes hipertensivos, la diabetes, el hipotiroidismo, la obesidad y la sífilis, las afecciones más comúnmente encontradas. Estos índices fueron inferiores a los resultados presentados en una encuesta realizada en Maranhão, en la que casi todas las puérperas tuvieron alguna patología durante el embarazo¹⁸. La presencia de comorbilidades durante la gestación también es un dato contradictorio, ya que un estudio realizado en Rio Grande do Sul indicó que las gestantes clasificadas como de alto riesgo tenían un 45% más de probabilidades de no asistir al regreso puerperal¹⁵.

La participación de las primíparas fue más frecuente. El predominio de las primíparas también se observó en los estudios realizados en el escenario nacional¹⁴ e internacional¹⁹. Un estudio brasileño enfatizó la importancia y necesidad del seguimiento puerperal, especialmente la VD para las puérperas que tuvieron su primer hijo²⁰, corroborando los resultados de este estudio, que señalaron una asociación de mayor adhesión a la consulta puerperal entre las primíparas.

La consulta puerperal es un momento estratégico porque, además de identificar intercurrentes como infecciones y complicaciones propias de este periodo, permite a los profesionales obtener información sobre la salud de la mujer y su familia, orientar sobre la planificación familiar y aclarar dudas sobre la lactancia materna²¹.

Pero a pesar de sus beneficios, se observó una baja adhesión a la consulta (37,6%), con tasas similares a las encontradas en un estudio en Mato Grosso do Sul¹⁸. Sin embargo, otra

investigación en la región sur de Brasil mostró una adhesión superior al 75%¹⁵, mostrando diferencias regionales en la adhesión en el territorio nacional. Aunque la tasa es baja, los estudios indican que, a pesar de las diferencias, la tasa de adhesión al regreso puerperal varía del 16,8 al 58%^{8,9}. Pero sigue siendo una realidad diferente a los índices de los países desarrollados, como en el Reino Unido, donde la adhesión es superior al 90%⁸, y en Estados Unidos, que varía entre el 72%²² y el 91%¹².

Pero, para repensar la atención puerperal, es necesario identificar los facilitadores y las barreras a la adhesión. Un estudio americano identificó como factores de no adhesión la dificultad de transporte, la exigencia de atención con otros hijos y la falta de compromiso profesional en la búsqueda activa de ausencias para identificar los motivos²². Además de estos factores, se identificó que las consultas y los cuidados fragmentados a la madre y al recién nacido dificultan la adhesión²², ya que la puérpera prioriza el cuidado del hijo en detrimento del autocuidado.

Aunque se recomiende una única consulta, se comprueba que sólo en ese momento no se puede orientar adecuadamente sobre el asesoramiento en la depresión postparto, la necesidad de espaciar los partos, la alimentación saludable, el ejercicio regular o los cambios en la respuesta sexual y las emociones durante el periodo puerperal, entre otras muchas demandas y necesidades²³.

Otro factor que influye en la falta de adhesión es la falta de información adecuada sobre el regreso²⁴. Esto es confirmado por los resultados de un estudio desarrollado en una UBS de un municipio de Campo Grande, MS, que mostró que sólo el 24,6% de las encuestadas informó tener conocimiento sobre lo que es el puerperio y su relevancia¹⁸. Sin embargo, otro estudio mostró que sólo el 5,6% de las puérperas fueron orientadas, durante la hospitalización, sobre la necesidad de realizar la consulta de puerperio²⁵. Estos datos reflejan problemas de comunicación y comprensión de informaciones.

Además de la falta de informaciones sobre que la consulta puerperal es un momento privilegiado de intervención, se observa que muchas puérperas creen que se limitan a la orientación sobre planificación familiar¹³, y por no identificar la necesidad no participan.

La atención al puerperio suele limitarse a la lactancia materna. Como la atención se centra en el recién nacido, la atención a las primíparas, a las puérperas con alguna patología y a las puérperas que tuvieron partos por cesárea no son también prioritarias para el equipo. Es común que primíparas tengan: - dificultades y dudas sobre el postparto y el cuidado del recién nacido; - patologías y tienen mayor riesgo de desarrollar alguna complicación; y - partos por cesárea que requieren una vigilancia más estrecha debido a la incisión quirúrgica. De hecho,

parece que la mirada es exclusiva al recién nacido, lo que verificó una baja tasa de regreso puerperal en la APS²⁰, y si detectan cambios buscan servicios de urgencia/emergencia.

Esta mirada dirigida al recién nacido se observa no sólo en la asistencia profesional, sino en la elección de la madre de asistir o no a la consulta. En este sentido, muchas dejan de ir a la consulta porque están centradas en el cuidado del bebé^{21,26}, además de sentirse bien, tener que cuidar al bebé y tener que cuidar a otros hijos¹⁷. Además, durante la consulta, muchas púerperas se sienten desatendidas por estar cuidando al bebé y tienen la percepción de que los profesionales no tendrían la sensibilidad de esperar al final de los cuidados con el recién nacido como el cambio de pañales o la lactancia materna para guiar¹⁷. Así, aunque asistan, no pueden absorber toda la orientación y cuidado.

El puerperio es un momento vulnerable y crucial para la salud del binomio madre-bebé y requiere de los profesionales de salud una mirada atenta y comprometida, ya que los riesgos en esta fase pueden provocar desenlaces fatales. Para ello es necesario destacar la importancia de la consulta puerperal, identificar a las ausentes y tratar de entender los factores asociados a la adhesión y a la inasistencia. Además, se destaca la importancia de contar con profesionales formados y cualificados para reconocer las complicaciones, intervenir en el momento oportuno, responder a las preguntas y orientar las mejores conductas, con vistas a promover una mejor calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Se observó una baja adhesión a la consulta puerperal. Se asociaron a la adhesión: las mujeres con mayor escolaridad, que no vivían con pareja, que realizaban el prenatal en la institución y las primíparas. La primiparidad fue la única variable que se mostró significativa.

Los resultados del presente estudio apuntan a la necesidad de revisar la asistencia puerperal, bajo la óptica de las mujeres y como alternativa, se debe enfatizar la consulta durante la internación y procurar agendar regresos de la púerpera y del recién nacido en la misma data y local para optimizar los desplazamientos y aumentar la adhesión.

Como limitación del estudio se señala la validez externa, ya que al haberse realizado en una sola institución los datos no pueden generalizarse a otras realidades. Por otro lado, hay que seguir explorando el fenómeno de la adhesión y la atención de los profesionales en la consulta puerperal. Y el estudio aquí presentado puede ser un despertar para la comprensión en otras realidades y localidades.

REFERENCIAS

1. Maciel LP, Costa JCC, Campor GMB, Santos NM, Melo RA, Diniz LFB. Mental disorder in puerpério: risks and mechanisms of counseling for the promotion of health. *Rev Pesqui (Univ. Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2019 jul/set [citado el 24 ene 2022]; 11(4):1096-102. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102
2. Sherer ML, Posillico CK, Schwarz JM. The psychoimmunology of pregnancy. *Front Neuroendocrinol.* [Internet]. 2018 Oct [citado el 24 ene 2022]; 51:25-35. DOI: 10.1016/j.yfrne.2017.10.006
3. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. Notas técnicas. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado el 12 out 2021]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
4. Lowe NK. Reconsidering postpartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [Internet]. 2019 [citado el 24 ene 2022]; 48(1):1-2. DOI: 10.1016/j.jogn.2018.12.001
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado el 14 oct 2021]. 320 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 32). Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
6. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado el 05 sept 2021]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado el 14 oct 2021]. 36 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1090523/retrieve>
8. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Carvalho ACO, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2019 [citado el 24 ene 2022]; 19:851. DOI: 10.1186/s12913-019-4566-3
9. Baratieri S, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2019 nov [citado el 24 ene 2022]; 24(11):4227-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>
10. Castiglioni CM, Cremonese L, Prates LA, Schimith MD, Sehnem GD, Wilhelm LA. Práticas de cuidado no puerpério desenvolvida por enfermeiras em Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM.* [Internet]. 2020 [citado el 24 ene 2022]; 10(e50):1-19. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769237087>
11. Verbiest S, McClain E, Stuebe A, Menard MK. Postpartum health services requested by mothers with newborns receiving Intensive Care. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2016 [citado el 24 ene 2022]; 20(Suppl 1):125-31. DOI: 10.1007/s10995-016-2045-6
12. Attanasio LB, Ranchoff BL, Geissler K. Perceived discrimination during the childbirth hospitalization and postpartum visit attendance and content: evidence from the Listening to Mothers in California survey. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 [citado el 24 ene 2022]; 16(6): e0253055. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253055>
13. Batistti EES, Bertolini G, De Bortoli CFC, Beheregaray LR, Graminho FS. Expectativas de puérperas sobre a avaliação puerperal. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2017 abr/jun [citado el 24 ene 2022]; 41(2):440-50. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2357>

14. Fusquine RS, Lino NCF, Chagas ACF, Muller KTC. Adesão e rejeição à consulta puerperal por mulheres de uma unidade básica de saúde da família. Arch Health Sci. [Internet]. 2019 [citado el 24 ene 2022]; 26(1):37-40. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1241
15. Gonçalves CS, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. Rev Bras Saúde Mater Infant. [Internet]. 2019 [citado el 24 ene 2022]; 19(1):71-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>
16. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin OS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [citado el 24 ene 2022]; 27(2):e3800016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
17. Spindola T, Penna LHG, Lapa AT, Cavalcanti ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. Enferm Foco (Brasília) [Internet]. 2017 [citado el 24 ene 2022]; 8(1):42-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.847>
18. Vieira F. Influência do parto sobre o desmame no puerpério. Rev Pesqui (Univ. Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2019 jan [citado el 24 ene 2022]; 11(N Esp 2):425-31. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969626#fulltext_urls_biblio-969626
19. Gingnell M, Toffoletto S, Wikstrom J, Engman J, Bannbers E, Comasco E, et al. Emotional anticipation after delivery – a longitudinal neuroimaging study of the postpartum period. Sci Rep. (Nat. Publ. Group) [Internet]. 2017 [citado el 24 ene 2022]; 7:114. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-00146-3.pdf>
20. Correa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EM, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Cad Saúde Públ. [Internet]. 2017 [citado el 24 ene 2022]; 33(3):e00136215. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>
21. Riberio JP, Lima FBC, Soares TMS, Oliveira BB, Klemtz FV, Lopes KB, et al. Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2019 jan [citado el 24 ene 2022]; 13(1):61-9. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i01a235022p61-69-2019
22. Stuebe AM, Kending S, Suplee PD, D’Oria R. Consensus bundle on postpartum care basics: from birth to comprehensive postpartum visit. Obstet Gynecol. [Internet]. 2021 Jan [citado el 24 ene 2022]; 137(1):33-40. DOI: 10.1097/AOG00000000000004206
23. Grotell LA, Bryson L, Florence AM, Fogel J. Postpartum note template implementation demonstrates adherence to recommended counseling guidelines. J Med Syst. [Internet]. 2021 [citado el 05 sept 2021]; 45(1):14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01692-6>
24. Donaduzzi DSS, Kirinus LE, Rosa AB, Fettermann FA. Motivos relacionados ao não comparecimento das mulheres à consulta puerperal. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2019 [citado el 24 ene 2022]; 26(26):e862. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e862.2019>
25. Vilela MLF, Pereira QLC. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. J Health NPEPS. [Internet]. 2018 [citado el 24 ene 2022]; 3(1):228-40. DOI: <https://doi.org/10.30681/25261010>
26. Alves MCOM, Rodrigues EOMA. Análise da adesão ao atendimento gravídico puerperal das mulheres de uma unidade básica de saúde. Rev Recien: Revista Científica da Enfermagem [Internet]. 2017 [citado el 05 sept 2021]; 7(20):91-104. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.20.91-104

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Ingrid Rosane Pinto y **Mariana Torreglosa Ruiz** contribuyeron a la concepción del estudio y a su diseño, a la recogida y análisis de datos, a la redacción y a la revisión. **Jéssica Aparecida da Silva** y **Nayara Freitas Azevedo** participaron en la redacción y revisión. **Vitória Eugênia Martins** y **Jacqueline Faria de Oliveira** colaboraron en la recogida y análisis de datos y en la redacción.

Como citar este artículo (Vancouver)

Pinto IR, Silva JA, Martins VE, Azevedo NF, Ruiz MT. Adhesión a la consulta puerperal en un ambulatorio de un hospital universitario. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(4):745-58. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

PINTO, I. R.; SILVA, J. A.; MARTINS, V. E.; AZEVEDO, N. F.; RUIZ, M. T. Adhesión a la consulta puerperal en un ambulatorio de un hospital universitario. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 4, p. 745-58, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Pinto, I.R., Silva, J.A., Martins, V.E., Azevedo, N.F., & Ruiz, M.T. (2022). Adhesión a la consulta puerperal en un ambulatorio de un hospital universitario. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(4), 745-58. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons