



NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

Dirección General de Salud de las Personas
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva



MINISTERIO DE SALUD

**DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

NT N° 033 -Minsa/DGSP-V.01

**NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL
PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN
INTERCULTURAL**

2005

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V.01) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud, 2005

38 p.; ilus.

SALUD MATERNO - INFANTIL / DIVERSIDAD CULTURAL /
LEGISLACION, normas / SALUD DE LAS MUJERES /
TRABAJO DE PARTO, etnol / PERU

ISBN 9972-851-22-2

Hecho el Depósito Legal N° 2005-6714

© Copyright 2005

5,000 Unidades

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801 - Jesús María, Lima - Perú

Teléfono: (51-1) 315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

Responsable de la edición y revisión final:

Dra. Raquel Hurtado La Rosa - Apoyo Técnico ESNSSR

Dra. Lucy del Carpio - Coordinadora ESNSSR

Lic. Ana Borja Hernani - DEAIS

Impresión:

Editorial y Gráfica EBRA E.I.R.L.

Telefax: 326-4440

ebrasa24@speedy.com.pe

Lima 30 - Perú

PILAR MAZZETTI SOLER
MINISTRA DE SALUD

JOSÉ DEL CARMEN SARA
VICEMINISTRO DE SALUD

LUIS PODESTÁ GAVILANO
DIRECTOR GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

ISABEL CHAW ORTEGA
DIRECTORA EJECUTIVA DE CALIDAD DE SALUD

LUCY DEL CARPIO ANCAYA
COORDINADORA NACIONAL
ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La revisión del presente documento contó con la opinión técnica de las siguientes personas del Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y otras Instituciones:

Ministerio de Salud:

Dr. Luis E. Podestá Gavilano : Director General de Salud de las Personas
Dra. Isabel Chaw Ortega : Directora Ejecutiva de Calidad de Salud
Dr. Walter Ravelo : Director Ejecutivo de Servicios de Salud
Dra. Lucy del Carpio : Coordinadora Nacional de la ESNSSR
Dra. Raquel Hurtado : Equipo Técnico de la ESNSSR
Lic. Marysol Campos : Equipo Técnico de la ESNSSR
Lic. Carmen Julia Carpio : Equipo Técnico de la ESNSSR
Lic. Carmen Mayuri : Equipo Técnico de la ESNSSR
Dr. Jaime Moya Granda : Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud
Lic. Ana Borja Hemani : Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud
Dr. Luis Meza Santibañez : Instituto Especializado Materno Perinatal

Dirección Regional de Salud Cajamarca:

Dr. Enrique Marroquín Osorio : Director Regional de Salud Cajamarca
Dr. Julio Ponce de León Gavilán : Director de Salud de las Personas
Lic. Rocío Portal Vásquez : Coordinadora de la Etapa Adulto mujer
Lic. Rosa Becerra Palomino : Coordinadora de la Etapa Niño
Lic. Bertha Sagastegui Gil : Promoción de la Salud DIRES Cajamarca
Dr. Martín Alban : Director Hospital Regional de Cajamarca
Dra. Carmen Sagastegui : Hospital Regional de Cajamarca Jefa del Dep. G-O
Dra. Margarita Isla Rojas : Hospital Regional de Cajamarca
Lic. Julia Arista Meléndez : Hospital Regional de Cajamarca
Dr. Antero Zavaleta Calderón : Responsable de la ODSIS
Lic. Mariela Chávez Aldave : Coordinadora Etapa Adulto Mujer Red IV San Marcos
Lic. Rocío Tordota Victoria : Coordinadora Etapa Adulto Mujer del C.S. San Marcos
Lic. Marleny Rojas Cáceres : Puesto de Salud Chuco – Red San Marcos
Lic. Glide Lozano Luna : Puesto de Salud Huayobamba – Red IV San Marcos
Lic. Miriam Rojas Zárate : Puesto de Salud Shirac- Red IV San Marcos
Lic. Alicia Sigüenza : Puesto de Salud de Cachachi – Red V Cajabamba
Lic. Irma Madueño Saldaña : Red Hualgayoc-Bambamarca Coord. Adulto Mujer
Lic. Gloria Leyva : Red Hualgayoc –Bambamarca P.S. Morán Lirio
Lic. Santos Chávez Aguilar : Consultora de Salud UNICEF
Lic. María Elena Valladares : ONG. Círculo Solidario

Dirección Regional de Cusco:

Dr. Danilo Villavicencio Muñoz : Director Regional de Salud Cusco
Dr. Juan Spelucín Runciman : Hospital Regional del Cusco
Dr. Mauro Vargas León : Director Ejecutivo de Salud de las Personas
Dra. Graciela Zacarias Aguirre : Hospital Antonio Lorena Cusco - Pediatría
Dr. Javier Cuno : Dirección de Servicios de Salud
Lic. Hilda Robles Mena : Directora de Atención Integral de Salud
Lic. Isabel Fuentes Carayhua : Directora de Etapa de Vida Niño
Lic. Maritza Castro : Estrategia ITS y VIH SIDA
Lic. Gina Humpire : Centro de Salud Urcos
Lic. Patricia Velarde : Red Canas Canchis
Dra. Katia Catacora : Hospital Antonio Lorena Cusco
Dr. Luis Gonzáles de la Vega : Hospital Regional - Neonatología
Dr. Neptalí Cueva Maza : Gerente de la Red Cusco Sur.

Lic. Elsa Díaz Rojas : Micro red Paruro (Cusco Sur)
 Lic. Inés Pari Pandia : Micro red Huancarani (Cusco Sur)
 Lic. Rosa Llacsá Valcárcel : Micro red Paucartambo (Cusco Sur)
 Dra. Marina Ochoa Linares : Gerente de la Red Cusco Norte
 Lic. William Velasco : Coordinador Área Salud de la Mujer Red Cusco Norte
 Lic. Elena Neyra Velarde : Red Quispicanchi Acomayo Coord. Area Mujer
 Lic. Simón Cruz : Micro red Ocongate (Red Quispicanchi Acomayo)
 Lic. Marta Montalico : Micro red Pucyura (La Convención)
 Lic. Patricia Medina : Micro red Quimbiri (La Convención)
 Lic. Verónica Huallpa : Micro red Santa Teresa
 Lic. Néliida Vilca : Micro red Yauri
 Dr. Víctor Del Carpio : Micro red Yaurisque
 Lic. Deisy Moscoso : UNICEF
 Lic. Elizabeth Menéndez : CADEP José María Arguedas

Dirección Regional de Ayacucho:

Dr. José Quispe Pérez : Director Regional de Salud Ayacucho
 Dr. José Anicama Barrios : Director de Salud de las Personas
 Lic. Flor de María Melgar : Directora de Atención Integral de Salud
 Lic. Rosa Pomasonco : Responsable de la Estrategia SSR de la DIRESA
 Lic. Miriam Arones Castro : Red Centro
 Lic. Diógenes Salvatierra : Microrred Sucre
 Lic. Zulema Urbina : Microrred San José de Secce, Huanta
 Lic. Graciela Alca de la Cruz : Red San Miguel
 Lic. Raquel Arones : Microrred Sivia
 Lic. Ricardo Gutiérrez : Microrred Vilcashuaman

Dirección Regional de San Martín:

Dr. Anderson Sánchez S. : Director Regional de Salud San Martín
 Dr. Felipe Santiago Vela O. : Director Ejecutivo Salud Personas
 Lic. Militza Huiwín Grández : Coordinadora del Ciclo Vida Adulto -ESSSR
 Lic. María Linares Sandoval : Coord. Adulto Mujer monitora del CS Japelacio
 Lic. Hilda Renee Miguel Honorio : Jefe CS Japelacio
 Dr. William Bardales Vásquez : CS Japelacio
 Dr. Guillermo Arteaga Zaire : CS Japelacio
 Lic. Dagny Rodríguez Pinedo : CS Japelacio
 Tec. Enf. Edgardo Rojas S. : CS Japelacio
 Antr. María Rosa Garate : Policy Project
 Lic. Cidanelia Salas : ONG Relachupan-Perú
 Dra. Rosario Ruiz Santillan : ONG CADES
 Dra. Rosa Giove : Foro Salud

Dirección Regional de Apurímac II:

Lic. Angelica Peñaloza : Coordinadora Regional de la Estrategia de SSR

Otras Instituciones:

Dr. Marco Martina Chávez : Oficina Central de Planificación y Desarrollo ESSalud
 Dr. Miguel Gutiérrez Ramos : Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
 Dr. Eduardo Maradiegue : Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
 Dr. Luis Tavera Orozco : Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
 Lic. Elena Lara Valderrama : Decana del Colegio de Obstetrcices del Perú
 Dr. Mario Tavera : UNICEF

PRESENTACIÓN

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras (parto tradicional). El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada). Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del/la niño/a por nacer en el caso que se presenten complicaciones.

En nuestro país, existe una importante experiencia en la atención del parto en posición vertical, con un enfoque de adecuación intercultural, evidenciándose en los últimos años un notable incremento del porcentaje de partos atendidos por personal de salud. La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud nos reporta un incremento de 24% (2000) a 44% (2004) para la atención de partos en los servicios de salud para la población rural.

En un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos, donde el dar a luz y nacer son momentos decisivos para nuestra vida futura, el Ministerio de Salud enfrenta el reto de responder a la necesidad de buscar el equilibrio entre los efectivos cuidados clínicos modernos y la sensibilidad y significado que estos acontecimientos representan en la vida para gran parte de nuestra población. Asimismo, las evidencias científicas demuestran que la atención del parto en posición vertical es más fisiológico y facilita a la parturienta la expulsión del niño/a por nacer.

Consecuentemente, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud de las Personas, ha decidido apoyar la iniciativa de los departamentos de Cusco, Cajamarca, San Martín, Huancavelica, Huanuco, Ayacucho, Puno, Apurímac y Amazonas en la elaboración de la "Norma para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural".

El objetivo de esta norma es estandarizar la atención del parto vertical de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia nacional, respondiendo a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna.

Por lo tanto, a partir de esta oficialización, los profesionales de salud tendrán la posibilidad de ofrecer la modalidad del parto vertical en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida de las mujeres peruanas.

*Dra. Lucy del Carpio Ancaya
Coordinadora Nacional
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*



P. Mazzetti S.

Resolución Ministerial

Lima, O.Z. de... A.G.O.S.T.O. del 2005



Visto el Expediente N°R033993 -05;

CONSIDERANDO:

Que conforme a lo establecido en el literal b) del artículo 3° de la Ley No 27657-Ley del Ministerio de Salud, una de las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, es el desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones;



Que de acuerdo a lo previsto en el artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2002-SA, la Dirección General de Salud de las Personas establece normas y propone las políticas, prioridades y estrategias de atención de salud de las personas, con alcance sectorial e institucional;



Que por Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, se aprobó, El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud-Sexual y Reproductiva 2004 - 2006, cuyo objetivo general es reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, a través de mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenfocada y a la atención institucional calificada del parto y del recién nacido, haciendo uso de la adecuación intercultural;



Que mediante Resolución Ministerial No 668-2004/MINSA, se aprobaron las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, que en el Módulo II de la Atención Obstétrica hace explícito dentro de las consideraciones básicas para la atención del parto: que la posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario;

Que siendo el Perú un país pluriétnico y multicultural se ha elaborado la "Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural" con el objetivo de ofrecer un instrumento que contribuya a brindar una atención efectiva, de calidad y

respetuosa de la cultura de las mujeres en particular andinas y amazónicas, la misma que se complementa con las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas con Resolución Ministerial No 668-2004/MINSA;



Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal I) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la NT N° 0 33 -MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva, se encargará de la difusión de la citada norma a los establecimientos de salud a nivel nacional, con prioridad a los de las zonas rurales y andinas.



Artículo 3°.- Los establecimientos de salud, a nivel nacional, son responsables de la aplicación y cumplimiento de la norma aprobada.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones se encargará de la publicación de la referida norma en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese




Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud


Dra. ANA MARÍA CECILIA SALAZAR
Secretaría General
Ministerio de Salud



ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	13
II.- FINALIDAD	13
III.- OBJETIVO	13
IV.- ÁMBITO DE APLICACIÓN	13
V.- BASE LEGAL	14
VI.- ASPECTOS HISTÓRICO Y EPIDEMIOLÓGICO	14
VII.- ASPECTOS FISIOLÓGICOS	15
FISIOLÓGICA COMPARADA	15
Parto Horizontal	15
Parto Vertical	15
VIII.- DEFINICIONES	16
Parto Vertical	16
Interculturalidad	16
Plan del parto	16
IX.- DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	17
COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN	17
Recursos Humanos	17
Infraestructura	17
Equipos, medicamentos y materiales	17
COMPONENTE DE PROVISIÓN	18
Indicaciones	19
Contraindicaciones	19
RECEPCIÓN DE LA GESTANTE	19
Acompañamiento	19
Alimentación	20
ATENCIÓN DEL PERÍODO DE DILATACIÓN	20
Procedimiento	20
Examen vaginal	20
Manejo del dolor	20
Monitoreo del progreso del parto	21
Posición durante la fase de dilatación	21
Relajación y masajes	21
ATENCIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO	21
Asepsia e higiene	22
Posiciones en el período expulsivo	22
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO	24
ATENCIÓN DEL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO	24
Disposición final de la placenta	24
ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO	24
Alimentación e Hidratación	25



COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	25
ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA DESPUÉS DEL PARTO	25
CRITERIOS DE ALTA	26
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	26
FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN	27
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
XI.- ANEXOS	30
Anexo 1A Ficha de Plan de Parto	30
Anexo 1B Esperando mi parto	31
Anexo 2 Relación de Hierbas y otros productos utilizados en la atención	32



I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en el marco de los Lineamientos de Política de Salud y en cumplimiento de su función rectora de conducir, regular y promover intervenciones asistenciales de calidad, tendientes a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, facilita instrumentos técnicos normativos de cumplimiento en las instituciones de salud en el ámbito nacional.

Por ello, la Dirección General de Salud de las Personas ha considerado necesario el desarrollo de una norma técnica que facilite la adecuación de los servicios, para la atención del parto vertical, con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto de los derechos de las poblaciones alto andinas y amazónicas, para mejorar la calidad, accesibilidad y satisfacción de los/as usuarios/as y proveedores.

El abordaje de la atención de salud con estos enfoques pretende empoderar a la población especialmente de la zona rural al reconocer su cultura en un marco de igualdad y respeto, generando como consecuencia la elevación de su autoestima, dignidad y reconocimiento social, además de su capacidad de interlocución y acceso a los servicios.

La "Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural" propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el tradicional que si bien son marcos conceptuales diferentes, no significa que tienen que estar contrapuestos, pudiendo complementarse. Implica rescatar las costumbres y posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en la que desea ser atendida, reforzando el vínculo afectivo entre la madre, el bebé y el entorno familiar.

La presente norma define conceptos y describe de manera ordenada los procesos de atención del parto vertical y la adecuación cultural de los servicios en los establecimientos de salud de diferente nivel de complejidad.

II. FINALIDAD

Mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural.

III. OBJETIVO

Establecer el marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente norma técnica es de aplicación en los establecimientos de salud del Nivel I-4, Nivel II y Nivel III, para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.



V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
4. Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM Sistema de Gestión de Calidad en Salud.
5. Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
6. Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006.

VI. ASPECTOS HISTÓRICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

Desde los albores de la humanidad el parto se ha realizado en distintas variantes de posición vertical como lo muestran grabados o esculturas de prácticamente todas las culturas. Existen ilustraciones que muestran el diseño de las sillas usadas para el parto en posición sentada a lo largo de la Edad Antigua, Media y el Renacimiento.

Fue en el siglo XVII que el famoso Obstetra Mauriceau “acostó” a las mujeres para parir, en un principio, al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la anestesia peridural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aún más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se le podía pedir otra postura diferente a la horizontal a una mujer bajo efectos de anestésicos.

La historia del proceso del parto, que comienza desde el inicio mismo de la humanidad, ilustra su recorrido con mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar; por lo que negarse a reconocer esta evidencia no forma parte de una madura reflexión y sobre todo, de la toma de decisiones al respecto, es decir del apoyo sobre esta postura fisiológica.

El enfoque biomédico de la atención de salud y la influencia de la cultura urbana consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la conveniencia de la posición horizontal al momento del parto reconociéndola como la tecnología más avanzada. Pero la influencia de la ciencia de la cultura occidental y urbana también ignora cuáles son las prioridades y las necesidades de las mujeres en general y en particular de las mujeres rurales al momento del parto, en tanto que ellas lo conciben como un evento natural que no requiere de intervenciones que varíen las formas tradicionales de atención del parto.

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, finalmente comienza a difundirse en países del occidente: EE.UU. (Howard, 1958); así como en la región de América Latina: Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) etc. y más recientemente a partir de la consideración de sus ventajas, por la OMS (WHO, 1996).

En el Perú, la práctica de la atención vertical del parto ha venido siendo implementada por los establecimientos de salud de las regiones que atienden poblaciones rurales como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna.

La DIRESA Ayacucho reporta que los 2,300 partos domiciliarios ocurridos en el año 2004 han tenido esta forma de atención que representa el 28% del total de partos ocurridos en la Región de Ayacucho; teniendo experiencias de trabajo en los Centros de Salud de Vilcashuaman y San José de Secce. En la DIRESA Cajamarca, el registro del año 2003 de partos verticales alcanzó el 9.3% de todos los partos atendidos por personal de salud, tanto en domicilio como en el establecimiento de salud. Para el año 2004 se incrementó a 14.8%.



VII. ASPECTOS FISIOLÓGICOS

FISIOLOGIA COMPARADA

Parto Horizontal

- El útero de la gestante, podría comprimir los grandes vasos, la aorta y la vena cava, originando disminución del gasto cardiaco, hipotensión y bradicardia; asimismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en la cantidad de oxígeno que recibe el feto (Compresión Aorto-Cava). Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales, verificables en el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.¹
- Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como "peso muerto" no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final.
- Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen (maniobra muy utilizada para la atención de la Distocia de Hombros), por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.
- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere de un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de la gravedad.
- La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.
- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.
- La posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné pudiendo favorecer los desgarros.

Parto Vertical

- En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el periodo de dilatación², como en el expulsivo^{3, 4}, facilitando la transición feto-neonatal.⁵
- Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción
- Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 cm. en transversos⁶.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto. Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando

¹ Giraldo, 1992

² Arbues, 1982

³ Gallo, 1992

⁴ García C. 1987

⁵ Sabatino, 1992

⁶ Boreli, 1966



adopta la posición vertical.⁷ Asimismo, la acción contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.

- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.⁸
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.^{9, 10, 11}
- El parto vertical proporciona beneficios psicoafectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto¹².
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

VIII. DEFINICIONES

PARTO VERTICAL

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

INTERCULTURALIDAD

La Organización Panamericana de la Salud señala: "...Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar..."¹³

PLAN DE PARTO

El Plan de Parto es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria. El plan facilita la información para que las gestantes y sus familias sepan a donde llegar, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma.

⁷ Mendez, B., 1976

⁸ Mendez B., 1975

⁹ Sabatino.1992

¹⁰ Paciornik, 1992

¹¹ Dunn,1976

¹² Sabatino. 1992

¹³ Servicios de Salud Araucaria IX Región Ministerio de Salud de Chile *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. OPS-OMS. Saavedra Chile, 1996.



IX. DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

El componente de organización para la atención del parto vertical con adecuación intercultural comprende el conjunto de procesos y acciones que permiten adecuar la oferta de servicios maternos para producir una prestación de salud que cubran las necesidades de atención del parto de las mujeres de las poblaciones andinas y amazónicas.

Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales que son indispensables para brindar una atención de calidad en la atención del parto vertical.

Los establecimientos de salud considerarán los recursos disponibles en el ámbito y de acuerdo a su nivel de complejidad dentro de la red prestadora de servicios de salud a la cual pertenecen.

Recursos Humanos

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio una relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.

La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes. El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General con competencias para la atención obstétrica.
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal.
- Obstetrix.
- Enfermera con competencias para la atención neonatal.
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y Neonatal.

Infraestructura

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grados centígrados), proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.
- Paredes pintadas con colores no claros.

Equipos, medicamentos y materiales

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos, materiales y medicamentos para la atención del parto vertical, el servicio deberá contar con lo siguiente:

- Equipo completo de atención de parto.
- Tensiómetro.
- Estetoscopio.
- Equipo de reanimación neonatal.
- Una balanza pediátrica.
- Una lámpara cuello de ganso.
- Camilla para parto vertical.
- Un asiento de madera circular de 30 x 45 de altura.
- Dos sillas.



- Vitrina para guardar medicamentos.
- Fuente de calor: estufa o calefacción.
- Dos cojines de 30 cm de diámetro.
- Banquito pequeño o taburete de 50 cm de alto.
- Argolla de metal o madera instalada en el techo.
- Una Soga gruesa de 5 metros.
- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Un balde para la recepción de la sangre.
- Bolsas de agua caliente.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5 de ancho.
- Botas de tela para la parturienta con el propósito de evitar contaminar al RN.
- Campos para recepción del niño.
- Batas amplias para cubrir las adecuadamente.
- Set de medicamentos para el parto.
- Medicinas tradicionales (timolina, agua florida, aceite rosado, agua del Carmen, naranja, agua siete espíritus, mates calientes como muña, cedrón, ruda, mático orégano, apio), todos estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar las complicaciones.

El establecimiento de salud debe organizar la referencia y contrarreferencia para la continuidad y oportunidad de la atención en caso de complicaciones durante la atención del parto vertical, de acuerdo a las normas vigentes y a lo establecido en el nivel local para la red de servicios.

El motivo de la referencia responde a la capacidad resolutive de cada uno de los establecimientos.

COMPONENTE DE PROVISIÓN

El componente de provisión comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el equipo de salud y la propia persona, familia y comunidad, brindarán a la parturienta.

La gestante para la atención del parto vertical debe contar con atención prenatal según las guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. En caso de no contar con atención prenatal se solicitarán los análisis de rutina, según corresponda.

El establecimiento de salud debe propiciar que la mujer andina y amazónica exprese su voluntad respecto de la posición en que desea se le atienda durante el parto, a través del desarrollo de un Plan de Parto (Anexo I A, I B).

El plan de parto debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución a los aspectos críticos que enfrentan en el embarazo y en el parto, a partir de los recursos familiares y comunitarios disponibles.

La información de la ficha de plan de parto debe consignar los siguientes datos:

- Datos de filiación de la gestante.
- Fecha probable de parto.
- Establecimiento en la que realiza su atención prenatal.
- Resultados de los análisis.
- Lugar donde se atenderá el parto.
- Que posición prefiere para dar a luz.
- Medio de transporte disponible en su comunidad.
- Personas que la ayudaran en el traslado.
- En caso de requerir sangre quien hará la donación.
- Si hará uso de la casa de espera.



Los profesionales de la salud deberán observar las indicaciones clínicas y contraindicaciones para proceder a la atención de un parto vertical.

Indicaciones:

- Gestante sin complicación obstétrica
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica

Contraindicaciones:

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

RECEPCIÓN DE LA GESTANTE

El personal de salud debe brindar a la gestante una cálida bienvenida, explicarle los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. A continuación procederá a:

- Verificar la información respecto a su gestación en la historia clínica y tarjeta de Atención Pre Natal (antecedentes de la gestación).
- Identificar signos de alarma.
- Controlar las funciones vitales: presión arterial, pulso, temperatura.
- Realizar la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas) y el examen pélvico.
- Determinar el inicio de trabajo de parto.

Acompañamiento:

- Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar. De no contar con el acompañamiento de un familiar, se podrá involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.



- El personal de salud informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante, en particular durante el momento del parto.

Alimentación:

- El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, mates, gelatinas, etc. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto. (Anexo 2).

Se recomienda¹⁴:

- Té o leche con canela y clavo de olor.
 - Una taza de chocolate caliente.
 - Un mate de albahaca.
 - Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.
 - Una cucharadita de toronjil.
- El personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas.

ATENCIÓN DEL PERIODO DE DILATACIÓN

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

Procedimientos:

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardíaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones (tomar en cuenta que el registro del partograma CLAP-OMS permite monitorizar el parto en posición vertical).

Examen vaginal:

- Sólo debe ser realizado por personal de salud capacitado, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación, una vez cada cuatro horas es suficiente. Salvo los siguientes casos:
 - Cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece.
 - Cuando hay signos de que la mujer quiere pujar.
- Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre el por qué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.

Manejo del dolor:

- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional, con el apoyo del familiar elegido por la parturienta.
- Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.

¹⁴ Existe una diversidad de preparaciones e infusiones que indican las parteras a las gestantes, ya que existe la posibilidad de no conocer sus efectos colaterales preferimos solo brindar los más comunes, conocidos e inofensivos.



- Evaluar técnicas de relajación y masajes.
- Ingesta de infusiones de hierbas según las costumbres locales (anexo 2).

Monitoreo del progreso del parto:

- La evaluación del progreso del parto se realiza observando a la mujer: apariencia, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal.
- La medida más exacta es la dilatación del cuello. Una desviación sobre el índice de dilatación normal -1cm por hora- debería ser una indicación para revisar los planes del manejo del parto y referir a la parturienta lo más pronto posible a la instancia hospitalaria de mayor complejidad.

Posiciones durante la fase de dilatación:

- La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:
 - La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.
 - La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de no estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
 - El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
 - El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
- La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino, haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.

Relajación y Masajes:

- Para dar masajes el personal o los familiares deben tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar. Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga.

ATENCIÓN DEL PERÍODO EXPULSIVO

El personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas realizará lo siguiente:

- Verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con:
 - Con calor producido por calefactores.
 - Camilla o silla adecuada para el parto vertical
 - Soga colgada de una viga.



- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito.

Asepsia e higiene:

- Verificar las condiciones de higiene y limpieza del ambiente.
- Verificar que el instrumental para la atención del parto este debidamente descontaminado, lavado y esterilizado.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de colocarse los guantes estériles.
- Poner gran atención en la higiene personal de la parturienta.
- Realizar un lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio y repetirlo si fuera necesario.
- En caso necesario se colocará a la mujer botas de tela para proteger la limpieza de los campos.

Posiciones en el Periodo Expulsivo

En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, a detectar y atender cualquier complicación que pudiera surgir en estos momentos.

Debe permitirse que la posición de la mujer cambie buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

Las posiciones que puede adoptar la parturienta son las siguientes:

- a. Posición de cuclillas: variedad anterior.
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior.
- c. Posición de rodillas.
- d. Posición sentada.
- e. Posición semi sentada.
- f. Posición cogidas de la sogá.
- g. Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).

Posición de cuclillas: variedad anterior

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentada en un banquito bajo) y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Se debe verificar que la parturienta mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- La partera o familiar actúa como el soporte de la parturienta, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la parturienta, la sujeta abrasándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas: variedad posterior

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la parturienta y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.



- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Posición de rodillas

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la tarima, con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
- En esta posición la gestante va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente, con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

Posición sentada y semi sentada

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas o arrodillado sobre la tarima, abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante, en esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicada debajo de la gestante.
- En la posición semi sentada la gestante se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

Posición cogida de la sogá

Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- La gestante se sujeta de una sogá que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

Posición pies y manos

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

El personal de salud que atiende el parto vertical en cualquiera de las posiciones verticales deberá instruir a la parturienta para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.



ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

El personal de salud deberá verificar que el material este preparado con anticipación, así como el lugar de atención del recién nacido que será utilizado de manera exclusiva. La atención del recién nacido se desarrollará aplicando las técnicas y procedimientos establecidos en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

ATENCIÓN DEL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal (horizontal) en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

El personal procederá a:

- Realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intra muscular (10 UI), inmediatamente después de la salida bebé.
- Usar técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural:
 - Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo.
 - Soplar una botella.
 - Pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.
- Evaluar el volumen del sangrado vaginal, el grado de contracción uterina, el estado de conciencia de la madre y las funciones vitales (presión arterial, pulso).
- Realizar una evaluación minuciosa para verificar el desprendimiento de la placenta, asistir su salida y examinarla cuidadosamente, verificando que las membranas estén íntegras.
- Evaluar si se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- Evaluar la cantidad de sangrado vaginal post alumbramiento.
- En caso de presentarse alguna complicación en el período de alumbramiento se debe canalizar inmediatamente una vía con cánula N° 18 administrando cloruro de sodio al 9/00 y referir a un establecimiento de mayor complejidad. (Sólo en caso de no contar con cloruro de sodio, utilizar otra solución).

Disposición final de la placenta:

- El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras).
- El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia.
- Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre - niño y su familia.

Independientemente del lugar donde se aloje la parturienta, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, realizar en forma estricta:



- Control de funciones vitales, tono de la contracción uterina y sangrado vaginal cada media hora; durante las primeras dos horas.
- Antes de dejar descansar a la mujer se evaluará:
 - Tono de contracción uterina.
 - Control de funciones vitales: presión arterial, pulso.Estos controles se deben realizar en forma frecuente cada media hora. Por lo menos durante las primeras cuatro horas.
- Estimular a la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Algunas parturientas se fajan el abdomen con bandas preparadas previamente.
- Brindar comodidad a la púerpera ubicándola en una habitación acondicionada expresamente, donde haya calor y poca luz.
- Se podrá acomodar a la púerpera en una cama tipo tarima de madera, baja de más o menos una altura de 60 cm, para que pueda reposar en compañía de su pareja y/o familiares.
- Se usará de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona rural tiene temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas.
- Permitir que las púerperas usen el chumpi o faja.

Alimentación e hidratación:

- Se permitirá la ingesta de alimentos y líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres de la mujer, promoviendo una alimentación balanceada utilizando los recursos propios de la zona. El primer alimento luego del parto es un caldo de ave.
- Se debe observar que la dieta durante unos días sea hiperproteica, con poco condimento y con abundantes líquidos para favorecer la producción láctea.
- Considerar que algunas comunidades andinas y amazónicas no permiten la ingesta de cerdo, palta, ni pescado durante este período.
- No permitir el uso de bebidas alcohólicas.

COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

En la atención del parto vertical podrían presentarse las siguientes complicaciones:

- Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Procidencia de miembros superiores.
- Distocia de hombros.

En caso de presentarse alguna de estas complicaciones realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad.

ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA DESPUÉS DEL PARTO

El personal de salud debe brindar información, orientación y consejería a la madre y a la familia sobre temas relacionados a la atención del recién nacido y la salud sexual y reproductiva.

- Lactancia materna exclusiva enfatizando sus beneficios y enseñando la técnica.
- Alimentación de la madre.
- Salud reproductiva y planificación familiar.



- Higiene de la madre y el niño.
- Vacunación del recién nacido.
- Identificación de signos de alarma en el puerperio.
- Identificación de signos de alarma del recién nacido.
- Cuidados del recién nacido.

CRITERIOS DE ALTA

Las medidas generales, terapéuticas, efectos adversos secundarios del tratamiento, signos de alarma a ser considerados, así como los criterios de alta y el pronóstico, son los mismos que se toman en cuenta para la atención del parto eutócico horizontal.

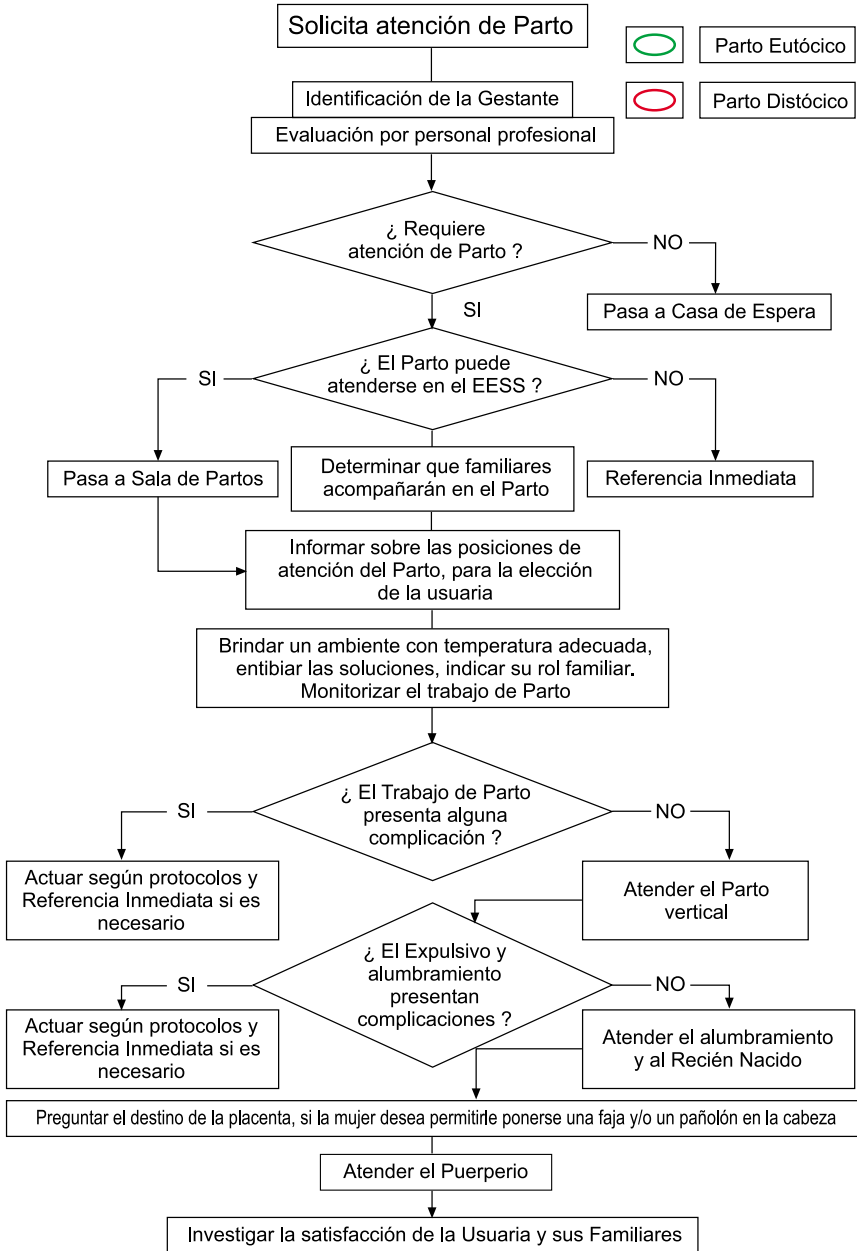
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Si existiera la necesidad de realizar la referencia de la parturienta ó púérpera, por presentar alguna complicación, se tomarán en cuenta los procedimientos y protocolos ya existentes en las normas del Ministerio de Salud, según la capacidad resolutive del nivel del establecimiento.

La Contrarreferencia debe incluir las recomendaciones para el retorno de la madre a su domicilio.



FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN ¹⁵



¹⁵ Adaptación, Documento PSNB 2000.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NACIONALES

- Directiva N° 002-REG-CAJ/DRSC-DESP/AIS-MNA "Normas para la implementación del Proceso de Adecuación Cultural en los Establecimientos de la DISA Cajamarca para la Atención de la Salud Materna", del 19 de Dic. del 2003.
- Resolución Directoral de la Sub Región de Salud Alto Mayo Moyobamba 0100-2004/D-SRS-AM-M-SGMC-UGRDH. Piloto de Adecuación Cultural de Servicios de Salud Materna en el distrito de Jepelaco, del 19 de Julio del 2004
- Martina Chávez, M. Parto en posición sentada. *Mad Medicina al día* Vol.3 N° 3, Mayo 1995.
- Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva - Lima - Perú 2004
- Kruger, H., Arias Stella, J. Separata de la Revista de Ginecología y Obstetricia, Vol. XIII N° 3; Pág. 139. El Recién Nacido y el Cociente Placentario en las Grandes Alturas; Dic. 1967
- Vargas L., Nacarato P. De salvia y toronjil. *CMP. Flora Tristán*; 1995.

INTERNACIONALES

- Allister, H. Was man more aquatic in the past? *The New Scientist*, pag. 642-645; March 1960.
- Andrews CM. Changing Fetal position through maternal posturing in Raff BS ed Perinatal parental behavior: nursing research and implications for newborn health. White Plains. NY: March of dimes Foundations, 1981.
- Atwood, R. Parturition as posture and related birth behavior *Acta Obstet Gynecol Scand* (supl 57): 5; 1975
- Barroso Nino, M.; Ruiz Clavijo, I. La posición adoptada para la primípara durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido. Bogotá Colombia, Universidad Nacional, Facultad de enfermería, 144p; Jun. 1986.
- Borell, V. Fernstrom, L. The mechanism of labor, *Radiol Clin north am*; 5:73; 1966
- Bouchtara, K., Taleb et al. Position and delivery. *Rev.Fr-Gynecol-Obstet*; 82 (3); p. 205-7; Mar. 1987.
- Buchmann, E., Kritzinger, M; Tembe, R; Berry, D. Home births in the Mosvold health ward of Kwazulu. *S.Afr-Med-J* ;1.76(1) p 29-31; Jul. 1989.
- Dunn PM. Obstetric Delivery today. For better or worse 7. *Lancet*; 2: 790; 1976.
- Caldeyro-Barcia, R. The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of the membranes, progress of labor and fetahead compression *Birth Fam J* . , 6:7; 1979
- Carlson, J., Diehl, J., Sachtelben-Murray, M., McRae, M., Fenwick, L., Friedman, E. Maternal positioning during parturition in normal labor, *Obstet, Gynecol*; 68:443; 1986.
- Chen, S.; Aisaka, K; Mori, H; Higawa, T. Edeffects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstet-Gynecol*; 69(1) p. 67-73; Jan. 1987.
- Engelmann, G. Labor among primitive peoples. Reprint of 1882, edition New York: AMS Pres 1977.
- Gardosi, J., Sylvester, S., Lyncch, C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br-J-Obstet-Gynecol*; 96(11): 1290 – 6; nov. 1989.
- Gardosi, J. Hutson, N., Lynch, C. Randomised controlled trial of squatting in the second stage of labour see comments. *Lancet*. 8. 2 (8654) p. 74-7; July 1989.
- Gold, E. Pelvic drive in Obstetrics: an x-ray study of 100 cases. *Am J. Obstet Gynecol*; 59:890; 1950.
- Gowri, M. How to prepare for a safe and easy waterbirth; video Napierala, S., *Water Birth*; 1994.
- International Medical New Service. Standing, sitting, during delivery nor dangerous. Report of a presentation by H. Nagai at the 11 Th world congress of Ginecology and Obstetrics in Berlin. *Obstet. Gynecol New*; 20:10; 1985
- Johnson, J. y Odent, M., We are all water babies, 1995.



- Kirchoff, H. La posición de la mujer durante el parto "De la prehistoria hasta la fecha". Gottingen, AI. occidental. Organorama; Mayo 1976.
- Koga, S. Effects of delivery positions on the onset of first cry and umbilical blood gas parameters. Nippon-Sanka-Fujinka-Gakkaizasshi.; 37 (1); 107-14; Jan 1985
- Lakshmi, B. y Odent, M. Choosing Waterbirth Global Maternal/Child Health Assoc. Inc, 2001.
- Lupe, P.J. Gross, T.L. Maternal upright posture and mobility in labor a review. Obstet. Gynecol : 67:727; 1986.
- Mehl, L. Home delivery researches today a review, Women Health. El parto en casa o en el hospital, 1976.
- Mitzuta, M. Studies on the influence of maternal delivery position on fetal status. Nippon-sanka-Fujinka-Gakkai-Zasshi.. 39 (6) p 965-71; Jun 1987.
- Morgan, E. The Aquatic Ape Hypothesis; Souvenir Press 1997.
- Morgan, E. The Descent of the Child; Penguin Books 1994.
- Morgan, E. Scars of Evolution; Oxford University Press, 1990.
- Morgan, E. The Aquatic Ape, 1982.
- Morgan, E. The Descent of Woman; Souvenir Press, 1972.
- Obstetrical and Gynecological Survey. Vol 46, N° 9, Oximetría de pulso y monitorización fetal; 1991.
- Olson, R; Olson, C; Cox, NS. Maternal birthing positions and perineal injury J-Fam –Pract; 30 (5): 553-7; May 1990.
- Paciornik, M. et. al. Calidad de atención en los servicios de embarazo, parto y nacimiento en un marco de derechos. Montevideo Uruguay; 2003
- Read, JA, Miller, FC, Paul, RH. Randomized trial of ambulation, versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report. Am J. Obstet Gynecol; 139:669; 1981
- Sabatini, H. Parto fisiológico: la posición vertical es la fisiológica para el parto. Universidad de Campina Sao Pablo Brasil; 1992.
- Servicios de salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile , 1996
- Stewart, P. Spiby, H. Randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric Chair. Br-J-Obstet-Gynecol; 96(3): 327-33; Mar. 1989.
- Simkin P., Stress, pain and catecholamines in labor: Part 1: a review. Birth; 13: 8; 1986.
- Westenhofer, M. On the preservation of ancestor's characteristics in human beings, 1927.



ANEXOS

ANEXO 1A



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PREVENIAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ASISTENCIA INTEGRAL EN SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD URBANA, RÚRIS Y ADECUACIÓN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

FICHA DE PLAN DE PARTO

Nombre de la gestante : Nombre del responsable de CPN/ visita domiciliaria :

Dirección o Referencia : Establecimiento de salud :

Nombre de pareja/acompañante : Red / microneo :

Mes de embarazo : Fecha de llenado de Plan de Parto :

Tipo de sangre : Fecha de actualización de Plan de Parto :

Fecha probable de parto :

1 ¿ Ha decidido dónde atenderá su parto ?

Hospital Centro de salud Puesto de salud Domicilio otro especificar

2 ¿ En que posición preferiría dar a luz ?

Echada cucilla otros especificar

3 Acuerde con la familia : medio de transporte, lugar de ubicación, el tiempo y el costo que significaría utilizar este transporte desde la vivienda hasta el establecimiento de salud.

Transporte	¿ A quiénes pertenece ?	¿ Dónde se encuentra ?	Horas en llegar a casa	Horas en llegar al establecimiento	Costo	Información adicional (*)
Carro						
Acémila						
Camilla						
Carroa						
Mototaxi						
Otros (Especificar)						

(*) Disponibilidad, características particulares, otros.

4 Registre el nombre de las personas que ayudarían en el traslado de la gestante/puérpera/recién nacido hacia el establecimiento de salud. Debe comprometerlas, registrando su dirección y el establecimiento de salud al cual acudirán.

Nombre completo del colaborador(a)	Domicilio o referencia	Tipo de ayuda
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		



ANEXO 1B



ESPERANDO MI PARTO



NOMBRE DE LA GESTANTE: _____
 EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ Dirección de Referencia: _____
 GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____
 ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRO RED: _____
 TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

F E C H A		1ª ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2ª ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3ª ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL		
		C.S.		
		P.R.		
		DOMICILIO		
		OTRO		
3	¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO?			
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?	ECHADA		
		DE CUCLILLAS		
		ASHTURADA		
		OTRO		
		CARRO		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	ACÉMILA		
		CAMILLA		
		OTRO		
6	¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA?			
8	¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
9	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
10	¿SABE CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?	SI (FECHA)		
		NO		
11	FIRMA DE LA GESTANTE			
12	FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
13	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			



¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿DOMINIA (SABE) O PUEDE RECONOCER SI / NO?	DNI	FIRMA

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre.



ANEXO 2
RELACION DE HIERBAS Y OTROS PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y POST PARTO

Nombre común	Nombre científico	Propiedades	Modo de preparación	Momento de uso
Albahaca	Ocinum basilicum	Para apurar el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Ajenjo (Ajenojo)	Artemisia absinthium	Para apurar el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Cola de Caballo (Yerba platero pingo pingo Rabo de mula)	Equisetum telmateia	Sirve para amacizar los huesos	Infusión y tomar caliente	Dilatación y parto
Canchalagua (Cintaura)		Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto	Infusión	Dilatación
Chancuas (Chancuas)	Mimhostachys- satureja	Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto	Hervir una ramita de todas las hierbas y la ralladura de los frutos, se debe tomar bien caliente	Dilatación y parto
Culantrillo de poso (Capiaria)	Adiantum capillus- veneris	Para limpiar y purificar la sangre y ayuda a eliminar los loquios		Dilatación y puerperio
Chiche (Huacatay)	Tagetes minuta	Para apurar el parto	Infusión caliente	Dilatación
Capuli (Guinda)	Prunus	Para apurar el parto		Dilatación, parto puerperio
Matico (Palo soldao)	Taunefortia polystachys	Antiséptico, cicatrizante	Limpieza de genitales. Hervido y usar tibio	Dilatación y puerperio
Manzanilla	Matricaria chamonilla	Antiséptico, cicatrizante	Limpieza de genitales, se usa hervido y usar tibio	Puerperio
Malva (Malva suave)	Malvas silvestres	Antiséptico, cicatrizante	Limpieza de genitales, se usa hervido y usar tibio	Puerperio
Orégano		Para apurar el parto	Infusión y caliente	Dilatación
Perejil	Petrocilinum	Para aumentar la temperatura corporal de la parturienta	Hervido y combinado con algarrobina	Dilatación
Pie de perro (Manuy tus, pata de perro)		Sirve para amacizar los huesos	Hervir y tomar como agua de tiempo	Puerperio
Pusgay (Pigay grande, mullaca, coce coce)		Sirve para amacizar los huesos	Hervir y tomar como agua de tiempo	Puerperio



Nombre común	Nombre científico	Propiedades	Modo de preparación	Momento de uso
Quinua del monte (Imai-quinua, Quinua de campo)		Sirve para amacizar los huesos	Hervir y tomar como agua de tiempo	Puerperio
Ruda	Ruta graveuremens	Para apurar el parto		Dilatación
Romero (Romeromacha callaauquero)	Rosmarinus officinaris	Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto		
Supiqueua (Albahaca de chakra, quehaua, quhua, rosario quehua cordón de muerto)		Para apurar el parto	Infusión	Dilatación
Tuna		Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto	Hervir una ramita y tomar bien caliente	Dilatación y parto
Toronjil, melissa	Melissa officinalis	Aumenta la temperatura de la parturienta y apresura el parto (sirve para abrir los huesos)	Hervir una ramita y tomar bien caliente	Dilatación y parto
Trinidad (tres hojas, quiso, tritaria nichillo)		Sirve para amacizar los huesos	Hervir una pequeña cantidad de cada una de las hierbas mencionadas y tomar como agua de tiempo	Puerperio
Valeriana	Valeriana officinales	Para apurar el parto	Infusión caliente	Dilatación
COMBINADOS				
Raspadura de Cacho, romero chancua, jorajora, flor del durazno, flor de la tuna, flor del poroporo, flor del capuli, flores de la parturienta, fruto del ulluco molido		Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto	Hervir una ramita de todas las hierbas y la ralladura de los frutos, se debe tomar bien caliente	Dilatación y parto
Toronjil y colcas, meliss	Melissa officinalis	Aumenta la temperatura corporal de la parturienta y apresura el parto (sirve para abrir los huesos)	Poner la ramita de toronjil en infusión	Dilatación y parto



Nombre común	Nombre científico	Propiedades	Modo de preparación	Momento de uso
Cortezas del lanche, cortezas de rumilanche, cortezas de canchaquero, cortezas del tres hojas Trinidad, guiso, corteza de la quinua de monte, corteza del muñuño, corteza del taranco, corteza de la huanga, corteza del matico, corteza de la lucma, corteza de la guayaba, corteza del capulí, corteza del puscay, canchalagua, lengua del siervo, cola de caballo, pie de perro	Tritaria	Sirve para amacizar los huesos	Hervir una pequeña cantidad de cada una de las hierbas mencionadas y tomar como agua de tiempo	Puerperio
Canchalagua, hierba de vibora, culantrillo de pozo, coca albahaca		Para limpiar y purificar la sangre y ayuda a eliminar los loquios	Hervir todos los productos y tomar con miel de abeja durante 8 días	Puerperio
Canchaquero, humbero, rumilanche, quinua de monte, huanga, tres hojas, las tres carga rosas, romero, pie de perro, cola de caballo		Limpieza de genitales	Hacer hervir bien todos los productos y utilizarlos en lavados vaginales tibios	Puerperio
Hojas de nogal, coca, chilca blanca (tres cogollos)		Limpieza de genitales	Hacer hervir bien todos los productos y utilizarlos en lavados vaginales tibios	Puerperio
Arracacha de zorro, albahaca, panisara, toronjil, yerba buena negra		Ayudan al alumbramiento y «abrigan el estómago»	Se toman hervidas y endulzadas con miel de abeja	Puerperio



**HUACO CULTURA MOCHE
POSICIÓN PARA EL PARTO VERTICAL
VARIEDAD SENTADA**



**CERAMICA DE CHULUCANAS
POSICIÓN PARA EL PARTO VERTICAL**





RETABLO AYACUCHANO PARTO VERTICAL





POSICIÓN ARRODILLADA



POSICIÓN DE CUCLILLAS



POSICIÓN PARTO VERTICAL



POSICIÓN COGIDA DE LA SOGA





POSICIÓN PARTO VERTICAL



POSICION ARRODILLADA



ENTIERRO DE LA PLACENTA



Una forma de promover el parto humanizado y garantizar una experiencia enriquecedora es exigiendo que se respete la libertad de movimiento y la posición de las mujeres a la hora del parto... Cambiar la forma de nacer, cambiará la forma de vivir...