



PERÚ

Ministerio de Salud

NORMA TÉCNICA DE SALUD

ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL



PERÚ

Ministerio de Salud

www.minsa.gob.pe



LIMA - PERÚ
2019



PERÚ

Ministerio de Salud

NORMA TECNICA DE SALUD

**ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL
MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON
PERTINENCIA INTERCULTURAL**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL.RM_518 NTS 121.Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

©MINSA 2019

Versión amigable y adecuación de contenidos del expediente N°115-050911-001,que contiene el Memorándum N° 216-2016-DGIESP/MINSA,de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Revisión de contenidos:
Editorial Imprenta Cadillo S.R.L.

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801 - Jesús María - Lima - Perú
Teléfono: (01) 3156600 Anexo 2683,2695,2344
<http://www.minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe

Primera edición: Abril de 2019 Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú

Se terminó de Imprimir en Abril del 2019 en:
Editorial Imprenta Cadillo S.R.L.
Av. Las Torres No. 397 Urb. Los Sauces Ate-Vitarte, Lima.
Teléfono: 3260070 / www.cadillo.pe

Tiraje: 1 000 unidades



ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES

Ministerio de Salud

NEPTALÍ SANTILLÁN RUIZ

Viceministro de Salud Pública

ÓSCAR ERNESTO COSAVALENTE VIDANTE

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

GUSTAVO MARTÍN ROSELL DE ALMEIDA

Director General de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

Dra. Lucy del Carpio Ancaya

Directora de Salud Sexual y Reproductiva



A. Velásquez



P. Grulli



E. Gozzer



F. Minaya



P. Cavagnaro P.

Resolución Ministerial

Lima, 21 de Julio del 2016

Visto el Expediente N° 15-050911-001, que contiene el Memorándum N° 216-2016-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, contemplan como función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, en ese contexto mediante Resolución Ministerial 598-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación Intercultural, con la finalidad de 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;

Que, el artículo 71 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, señala que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano técnico responsable de dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas; Salud Mental; Prevención y Control de la Discapacidad; Salud de los Pueblos Indígenas; Salud Sexual y Reproductiva; así como las correspondientes por Etapas de Vida;

Que, con el documento del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, ha propuesto la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural; con la finalidad de contribuir a la

J. Zavala S.



reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes en el ámbito urbano, urbano marginal y rural;

Que, la Oficina General de Asesoría Jurídica, emitió opinión legal con el Informe N° 581-2016-OGAJ/MINSA;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública, del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud y del Jefe del Instituto Nacional de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N°121-MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública la difusión y seguimiento de lo establecido en la citada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, que aprobó la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación Intercultural.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Registrese, comuníquese y publique.



P. GRILLO



E. GOZZER



J. VACA



C. NAVAGNANO



N. Zerpa



J. Zavala S.

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



INDICE

I. FINALIDAD	9
II. OBJETIVOS	9
2.1. OBJETIVO GENERAL	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	9
IV. BASE LEGAL	9
V. DISPOSICIONES GENERALES	9
VI.DISPONICIONES ESPECÍFICAS	11
6.1.COMPONENTE DE PRESTACIÓN	16
6.1.1 ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL	16
6.1.2ATENCIÓN POR PERIODOS DEL PARTO	16
a)PRIMER PERIODO: DILATACIÓN	19
b)SEGUNDO PERIODO: EXPULSIVO	19
•POSICIÓN DE CUCLILLAS	21
•POSICIÓN DE RODILLAS	21
•POSICIÓN SENTADA	22
•POSICIÓN PARADA O SOSTENIDA DE UNA SOGA	23
•POSICIÓN EN CUATRO PUNTOS	24
c)TERCER PERIODO: ALUMBRAMIENTO	27
6.1.3 ATENCIÓN DEL PUEPERIO	30
a) PUEPERIO INMEDIATO	30
b) PUEPERIO MEDIATO	32
c) PUEPERIO TARDÍO	33
FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	34
6.1.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PARTO VERTICAL	35
6.1.4.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PARTO VERTICAL	35
6.1.5. POSIBLES COMPLICACIONES	35
6.1.6. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA DESPUÉS DEL PARTO	36
6.1.7. CRITERIOS DE ALTA	36
6.2COMPONENTE DE GESTIÓN	36



6.2.1 PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN MATERNA	36
6.2.2 MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA	37
6.2.3 EVALUACIÓN	38
6.2.4 INDICADORES	38
6.2.5 PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN	39
6.2.6 PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN	40
6.2.7 GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN PARTO VERTICAL	41
6.2.8 INVESTIGACIÓN EN TEMAS DE PARTO VERTICAL	41
6.3 COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN	42
6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO	45
VII. RESPONSABILIDADES	46
7.1. NIVEL NACIONAL	46
7.2. NIVEL REGIONAL	46
7.3. NIVEL LOCAL	46
VIII. DISPOSICIÓN FINAL	46
IX. ANEXOS	46
ANEXO N° 1	47
ANEXO N° 2	50
ANEXO N° 3	56
ANEXO N° 4	61
ANEXO N° 5	63
ANEXO N° 6	67
ANEXO N° 7	70
ANEXO N° 8	72
ANEXO N° 9	73
X. BIBLIOGRAFÍA	74

I.FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).

II.OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural.

2.2 Objetivos específicos

- Establecer los procedimientos técnicos necesarios que permitan la atención de calidad del parto en posición vertical basados en la evidencia científica.
- Determinar los procesos de gestión requeridos para asegurar la disponibilidad e idoneidad de los recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado de la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.
- Establecer los requisitos de organización de los establecimientos de salud para la atención del parto en posición vertical de acuerdo a las costumbres de cada zona, contribuyendo al incremento del parto institucional a nivel nacional.
- Fomentar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de alcance nacional y de aplicación en la Dirección de Salud de Lima Metropolitana, las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, así como en los establecimientos de salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior, y en los establecimientos de salud privados interesados en desarrollar el procedimiento.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos



de Emergencia y Partos.

- Ley N° 27853, Ley de Trabajo de la Obstetriz.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Decreto Legislativo N° 559, Ley de Trabajo del Médico.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008- 2003-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley de Trabajo de la Obstetriz.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 008-2000-SA-DM, que aprobó la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprobó el Documento "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la NT N° 018-MINSA/ DGSP-V.01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, que aprobó la Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva.
- Resolución Ministerial N° 792-2006/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: "Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad - Marco Conceptual".
- Resolución Ministerial N° 1112-2006/MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 102-MINSA/DGPS-V.01 "Directiva Administrativa para la Implementación de la Norma Técnica para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales.
- Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, que aprobó la NTS N° 081-MINSA/ DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.

- Resolución Ministerial N° 361-2011/MINSA, que aprobó la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprobó el Documento Técnico Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna y su modificatoria.
- Resolución Ministerial No. 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 124-2015-MC que aprobó la Guía de Lineamientos denominada "Servicios Públicos con Pertinencia Cultural. Guía para la Aplicación del Enfoque Intercultural en la Gestión de los Servicios Públicos".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

PERTINENCIA INTERCULTURAL

En los servicios de salud, es la construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de la salud con las y los usuarios, quienes plantean como quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno, necesidades y demandas.

ADECUACIÓN CULTURAL EN SALUD

Proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. En este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica.

AGENTE DE MEDICINA TRADICIONAL O ANCESTRAL.

Personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo. Éstos pueden haber sido aprendidos



de sus antepasados o de otras persona integrantes de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. Las personas agentes de medicina tradicional o ancestral tienen diversas denominaciones según las actividades que desempeñan y la cultura a la que pertenecen. Así tenemos: huesero, partera, hierbero, curandero, chaman, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, entre otros.

ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA⁴

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo y brindar la educación para el autocuidado con participación de la familia. Para el manejo adecuado de las complicaciones con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos, debe contar con mínimo de seis atenciones prenatales.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Atender las necesidades de salud sexual y reproductiva del usuario o usuaria de una manera segura y duradera, en todos los aspectos y las veces que sea necesario. La atención debe ser la que necesita y espera el usuario o usuaria. Si una persona es bien atendida y se siente satisfecha, hablará bien del servicio, lo promoverá y lo recomendará.⁵

CAPACIDAD RESOLUTIVA DE UN ESTABLECIMIENTO⁶

Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo a su nivel de suficiencia, para responder y/o solucionar las diversas necesidades de salud de la gestante y del/de la recién nacido/a en forma oportuna e integral (incluye la satisfacción de los usuarios), permitiendo diagnosticar y dar tratamiento efectivo según grado de complejidad de daño.

Se mide en base a tres parámetros:

- * Estructura: Recursos humanos y materiales.
- * Procesos: Procedimientos para cumplir las actividades de las funciones obstétricas y neonatales.
- * Resultados: Indicadores de resultado por cada actividad de las funciones obstétricas y neonatales.

-
1. Atención en Salud con Pertinencia Intercultural, Primera Edición 2011.
 2. Adecuación cultural de la orientación / consejería en salud sexual y reproductiva: documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2008.
 3. Política Nacional de Salud Intercultural MINSA-2015.
 4. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2013.
 5. Ministerio de Salud. Guía de Salud Sexual y Reproductiva, para el Promotor, Lima – Perú 2001, pag.18.

DERECHOS HUMANOS ⁷

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque:

- * Están avalados por normas internacionales.
- * Gozan de protección jurídica.
- * Se centran en la dignidad del ser humano.
- * Son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales.
- * No pueden ignorarse ni abolirse.
- * Son interdependientes y están relacionados entre sí, y son universales.

DERECHOS HUMANOS EN SALUD ⁸

Considera vigilar el cumplimiento de los siguientes criterios:⁹

- * Disponibilidad: referida al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas.
- * Accesibilidad: es decir que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, en la jurisdicción del Estado Parte, considerando las siguientes dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información.
- * Aceptabilidad: referido al respeto a la ética médica, la confidencialidad, culturalmente apropiados y que consideren la perspectiva de género y el ciclo vital.
- * Calidad: significa personal de la salud capacitado, medicamentos y equipamiento científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia y potable, y condiciones sanitarias adecuadas.

ENFOQUE DE GÉNERO ¹⁰

El género es la categoría de análisis socio cultural por la cual se interpreta los roles y características diferenciados por sexo. Los roles pueden ser similares, diferentes, complementarios y conflictivos.

6. Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", Resolución Ministerial Nº 853-2012/MINSA.
7. Sistema de las Naciones Unidas y Derechos Humanos: Directrices e información para el Sistema de Coordinadores Residentes, marzo de 2000.
8. UNICEF. La Política Social con un Enfoque de Derecho, una Reflexión a partir del caso Costarricense, L. Guendel, M. González, F. Carrera, R. Osorio.
9. Las observaciones generales sirven para aclarar la naturaleza y el contenido de los derechos individuales y las obligaciones de los Estados Partes, de aquellos que han ratificado los instrumentos correspondientes. La Observación General 14 adoptada en mayo del 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
10. Módulo de Capacitación para Sectores "Diseño de políticas de igualdad de oportunidades con equidad de género" del Proyecto Impacto en las Políticas Públicas Sectoriales sobre el avance de las mujeres, dentro del marco del Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones, MIMDES- FNUAP, Lima 2004



Enfoque de género significa "analizar los significados, prácticas, símbolos, representaciones, instituciones y normas que las sociedades y grupos humanos elaboran a partir de la diferencia biológica entre varones y mujeres. Tener una mirada crítica de las relaciones entre hombres y mujeres, como se ponen de manifiesto las jerarquías de género expresadas en una desigual valoración de los femenino y lo masculino y en una desigual distribución del poder."

De esta forma debemos favorecer una mayor participación del hombre y la mujer en la responsabilidad del cuidado y promoción de la salud individual, familiar y comunal, así como las relaciones con igualdad de oportunidades en el escenario público y privado, como es el espacio familiar.

PARTO VERTICAL

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada, sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a.¹¹

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA¹²

Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al/la recién nacido/a convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar.

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor.

Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

MASOTERAPIA

- El masaje es la aplicación de una influencia mecánica efectuada con las manos sobre la piel, brindando una experiencia relajante y terapéutica produciendo

11.Norma Técnica para la Atención de! Parto Vertical con Adecuación Intercultural, Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.

12.Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2011.

13.Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, MINSA - Lima – Perú 2011.

14.Definición oficial de la Federación Mundial de Musicoterapeutas reconocido por la OMS.

15.Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA-V.03.

equilibrio emocional, paz, tranquilidad y confianza. Permite tratar y prevenir enfermedades.¹³

MUSICOTERAPIA

- Es el uso de la música o de los elementos musicales, el sonido, el ritmo, la melodía y la armonía para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje y la expresión con el objeto de atender las necesidades físicas, emocionales y sociales y cognitivas. ¹⁴

5.2 El IGSS, DISA LM/DIRESAs/GERESAs o las que hagan sus veces remitirán mensualmente los informes sobre los partos verticales atendidos¹⁵

5.3 La red de salud, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las redes de salud, deben garantizar que todos los establecimientos de su jurisdicción, según nivel de complejidad, brinden atención de parto vertical por profesional de la salud calificado: médico gineco obstetra o médico cirujano u obstetra. Su implementación será progresiva y bajo responsabilidad del IGSS, DISA LM/ DIRESAs/ GERESAs según corresponda.
- Asegurar que los establecimientos de salud usen obligatoriamente el plan de parto, incluyendo la orientación/consejería en las ventajas del parto en posición vertical y brinde la atención a la gestante y refiriendo oportunamente a las gestantes con factores de riesgo o complicada a un establecimiento de mayor complejidad.

5.4 Todo establecimiento de salud debe:

- Contar en cada establecimiento de salud según su nivel de atención con profesional de la salud: médico gineco obstetra, médico cirujano u obstetra, para la atención del parto en posición vertical, garantizando la identificación, diagnóstico, estabilización, manejo y/o referencia oportuna en el caso de presentarse alguna complicación.
- Disponer el cumplimiento del registro de todas las atenciones de parto vertical que se realicen en el establecimiento de salud; con el Código HIS correspondiente 08000 .
- Asegurar la entrega gratuita y oportuna del certificado del/de la recién nacido/a vivo/a, siendo pasible de sanción administrativa quien contravenga lo dispuesto.
- Asegurar la elaboración del plan de parto, que incluya la orientación/consejería en las ventajas del parto vertical, a fin de promover el parto institucional.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del parto vertical y de las complicaciones que se puedan presentar.
- Su implementación será progresiva y bajo responsabilidad del IGSS, DISA LM/ DIRESAs/ GERESAs según corresponda.



VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

La atención del parto en posición vertical, es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal. Comprende las atenciones siguientes: dilatación o primer periodo del trabajo de parto, expulsivo o segundo periodo del trabajo de parto, alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto y el puerperio inmediato. El responsable de la atención del parto en posición vertical es el médico ginecó obstetra o médico cirujano u obstetra, profesionales competentes, para la atención materna durante el embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.

6.1.1 ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL

RECEPCIÓN DE LA GESTANTE²¹ (Servicio de Emergencia Obstétrica)

El primer contacto entre el personal de la salud y la gestante es de suma importancia, que determinará la confianza y colaboración de la gestante y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto y durante su permanencia en el establecimiento de salud. El profesional de la salud que recepciona a la gestante para la atención en emergencia debe realizar los siguientes procedimientos:

1. Brindar a la gestante una cálida bienvenida, identificándose y llamándola por su nombre, el mismo trato se le brindará a los familiares o personas que la acompañan, con empatía y calidez resaltando la participación de la pareja y la familia.
2. Explicar a la gestante y a su acompañante los procedimientos a seguir de forma clara evitando términos técnicos. Considere, respete y concerte las prácticas habituales de su cultura que no sean nocivas para su salud relacionadas a la atención del parto (creencias, idioma y costumbres), escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de entender.
3. Si la gestante no cuenta con atenciones prenatales previas, explicarle el proceso del parto para disminuir el temor a lo descocido, en lo posible, muestre los ambientes físicos del establecimiento donde será atendida, asimismo presentar al equipo que le brindará la atención, todo ello, en dependencia del flujo de las emergencias obstétricas.
4. Revisar su Documento Nacional de Identidad, Ficha del Seguro Integral de Salud, Carné Perinatal, Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), hoja de referencia

-
16. Documento de Trabajo Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos
 17. (PpR), Lima – Perú 2014.
 18. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”, Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA. Aprobar la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02.
 20. Manual de registro de codificación de la atención de consulta externa, Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductivo Ministerio de Salud 2012.
 21. Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69- 2004.
 22. Secretaría de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2007- 2012.

y el Plan de Parto a fin de detectar cualquier exclusión o necesidad no incluida; si la gestante no cuenta con dichos instrumentos, elaborar de manera completa o actualice si lo tuviera, explicándole brevemente las diferentes posiciones para el parto promoviendo la posición vertical.

5. Preguntar a la gestante sobre la presencia de signos de alarma, precisar las circunstancias en la que el parto se ha iniciado: si hubo pérdidas de tapón mucoso, características de las contracciones uterinas, ingesta de alguna infusión y prácticas propias de la localidad.
6. Indique y verifique la evacuación de la vejiga con regularidad durante todo el trabajo de parto.
7. Cumplir con los estándares de la seguridad del paciente.
8. Controlar los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial de ingreso.
9. Realizar de forma obligatoria la evaluación del estado clínico general de la gestante, así como la evaluación obstétrica que incluya: Maniobras de Leopold (situación, posición, presentación, altura de presentación), altura uterina, ponderado fetal, edad gestacional, movimiento fetal, frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina.

10) Evaluar el estado del feto: ^{24,25,26,27}

- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto:
- Tome la frecuencia cardiaca fetal por un minuto completo. Una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo período.
- Si hay irregularidades en la frecuencia cardiaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal. Determinar la causa, actuar de inmediato.
- Si hay rotura de membranas, observar las características del líquido amniótico:
- La presencia de meconio indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención por sufrimiento fetal.
- La ausencia de salida de líquido amniótico, después de la rotura de las membranas, es una indicación de la disminución del volumen que podría estar asociada a sufrimiento fetal. Determinar la causa, actuar de inmediato.

11) Realizar el examen pélvico, previo lavado de manos y uso de guantes estériles, mantener la privacidad y explicar el procedimiento respetando los patrones culturales de cada gestante, procedimiento realizado por el responsable de la atención del parto.

21. Documento de Trabajo Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos (PpR). Lima – Perú 2014.

22. Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Dirección General de Calidad de Servicios, Colombia 2008.

23. Ministerio de Salud. Seguridad del Paciente. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud, Lima – Perú

**• Examen externo:**

Inspección de los genitales externos (lesiones, elasticidad del periné, presencia de sangrado, tapón mucoso, leucorrea, condiloma acuminado, varices, tumores, vesículas herpéticas, ladillas, entre otros).

• Examen interno:

- * Características de la vagina. (tabique vaginal, quistes, otros)
- * Consistencia del cuello uterino.
- * Posición del cuello uterino.
- * Dilatación cervical.
- * Incorporación cervical.
- * Estado de membranas.
- * Características del líquido amniótico.
- * Altura de la presentación fetal.
- * Variedad de presentación fetal.
- * Moldeamiento fetal.
- * Características de la pelvis.

12) Determinar el diagnóstico del trabajo de parto incluye:

- El diagnóstico y la confirmación del trabajo de parto.
- El diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto.
- La evaluación del encajamiento y descenso del feto.
- La identificación de la presentación y la posición del feto (ANEXO N° 7).

13) Solicitar exámenes auxiliares si la gestante lo requiere en el momento de la evaluación.

14) Comunicar a la gestante y acompañante los procedimientos que se realizarán para su hospitalización en centro obstétrico o en sala de operaciones, de ser el caso, informarles detalladamente si la gestante tiene que ser referida. Firmar el consentimiento informado según requiera.

15) Anotar en el libro de registro de emergencias obstétricas datos personales de la gestante, el establecimiento de origen y/o establecimiento de referencia, diagnóstico de ingreso (CIE 10), tratamiento, destino inmediato, responsable, hora de ingreso, hora de salida y observaciones.

16) Los establecimientos de salud y hospitales de referencia que no cuentan con CASA MATERNA, acondicionar un ambiente para la estadía de la gestante, hasta que

-
- 24. IMPAC, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra - 2002.
 - 25. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y guías de procedimiento, Departamento de Neonatología INMP, Lima – Perú 2007.
 - 26. Academia Americana de Pediatría- quinta edición – 2011.
 - 27. HELPING Babies Breathe. Guía para la implementación de Ayudando a los Bebes a Respirar, <http://www.helpingbabiesbreathe.org/> 2012.

inicie su fase activa de trabajo de parto, asegurando que un familiar lo acompañe.

6.1.2 ATENCIÓN POR PERIODOS DEL PARTO

La atención del parto vertical debe realizarse teniendo en cuenta lo señalado a continuación, según periodos del parto, y las circunstancias individuales de cada gestante:

a) PRIMER PERIODO: DILATACIÓN Centro Obstétrico (Sala de Dilatación).

PROCEDIMIENTO:

1. Recepción y presentación a la gestante del equipo profesional de la salud encargado de la atención. Explicar a la gestante sobre los profesionales de la salud que atenderán su parto y familiar preparado que la陪伴e según costumbres y cultura de la zona.
2. Elaborar el partograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de los 4 cm de dilatación (ANEXO N° 6).
3. Antes de que el acompañante ingrese a centro obstétrico/sala de parto, deberá lavarse las manos para apoyar en todo el proceso del trabajo de parto, que incluye atenciones a la madre y al/la recién nacido/a de acuerdo a sus respectivas costumbres.
4. Invitar a la gestante a que se realice el aseo perineal con agua tibia o fría; explicándole la importancia de la disminución de infecciones, y que lo puede hacer reiteradamente de acuerdo a la necesidad y costumbres de cada zona durante el proceso del trabajo de parto.²⁸
5. Respetar el uso de ropa según costumbres de la zona u ofrecer a la gestante y al acompañante ropa adaptada para este tipo de atención que dispone el establecimiento de salud.
6. Asegurar el acompañamiento de una persona relacionada afectivamente con la gestante, esto será sumamente importante, ya que establece un vínculo de apoyo tanto físico y psicológico, aumenta la seguridad, confianza de la gestante, disminuye las alteraciones en el trabajo de parto, disminuye el tiempo de duración del trabajo de parto, evita la ansiedad materna en todos los periodos del parto, neutraliza la adrenalina y favorece la producción de la oxitocina incrementando las contracciones uterinas.²⁹
7. Brindar terapias alternativas para el manejo del dolor del trabajo de parto, con apoyo emocional del acompañante elegido por la gestante, respetando el derecho de libertad de expresión y de libre tránsito (de acuerdo a las pautas de la institución), respetando sus costumbres.³⁰

28. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2013



8. Aplicar las técnicas de psicoprofilaxis para el manejo del dolor del parto.³¹
 9. Permitir a la gestante la ingesta de alimentos y líquidos azucarados de alto contenido calórico, preparados o infusiones que favorezcan el trabajo de parto de acuerdo a sus costumbres.^{32,33,34}
 10. Cumplir las normas de asepsia en concordancia con las normas de bioseguridad, lavado de manos antes y después de cada procedimiento.
 11. Solo en caso necesario canalizar vía segura con solución salina:
 - Seleccionar una vena de buen calibre y no zona de flexión.
 - Colocación de un catéter dentro de una vena periférica N°18 corto por 1 ¼ de pulgada.
 - CINA al 9%.
 12. Registrar los hallazgos del progreso de trabajo de parto en la historia clínica y el partograma de acuerdo al horario establecido por la OMS, instrumento manejado por el médico u obstetra, que permitirá tomar las decisiones inmediatas en caso de diagnosticar desviaciones en la evolución del trabajo de parto.
 13. Realizar tacto vaginal, sólo si la gestante tiene deseo de pujar o si apreciamos perdida de líquido amniótico, ello nos permitirá verificar ruptura espontánea de membranas, la OMS recomienda realizar cuatro tactos como máximo durante el periodo de dilatación.
 14. No realizar rotura artificial de membrana cuando la evolución del parto es normal (las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación este completa, lo que ocurre en el 75% de los casos).³⁵
 15. NO REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE RUTINA, las evidencias médicas consideran perjudiciales para la gestante en el trabajo de parto:³⁶ el rasurado público, la posición decúbito dorsal en el periodo expulsivo, episiotomía, el enema en el trabajo de parto, el pujo forzado sin que la gestante este en la fase avanzada expulsiva, la restricción de los alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, entre otras.
-
29. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado Sistema Nacional de Salud/ Ministerio de Salud Pública/ Ecuador – 2008.
 30. Ministerio de Salud. Modelo de Atención con Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal Consorcio Madre Niño, Churcampa - Huancavelica - Perú 2007.
 31. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal/Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de la Personas – Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada con Resolución Ministerial N° 361-2011.
 32. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Sistema Nacional de Salud, Ecuador – 2008.
 33. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.
 34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas con Pertinencia Cultural hacia la Interculturalidad Guatemala - 2011.
 35. Obstetricia/Ricardo Leopoldo Schwartz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges, 6ta. Edición Buenos Aires/junio 2005.

16. Identificar signos de peligro del trabajo de parto y realizar el tratamiento según patología; si no es posible, diagnosticar, estabilizar y referir (DER) a la gestante conforme a las "Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva". En este proceso la parturienta debe estar acompañada del personal médico u obstetra y su acompañante (potencial donante de sangre), llevando consigo la hoja de referencia, carné perinatal, Documento Nacional de Identidad, ficha del Seguro Integral de Salud, partograma (copia) e Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
17. Diagnosticar la dilatación completa y trasladar a la gestante a sala de parto, para su atención con el acompañante elegido.

b) SEGUNDO PERÍODO: EXPULSIVO

Centro Obstétrico (Sala de Parto).

Se debe esperar a que la gestante sienta ganas de pujar, hay casos que estando con dilatación completa no siente la necesidad de pujar (etapa temprana no expulsiva),³⁷ bastará esperar entre 10 a 30 minutos y la sensación de pujo se inicia (etapa avanzada expulsiva).

POSICIONES DE LA GESTANTE EN EL TRABAJO DE PARTO - PERÍODO EXPULSIVO ^{38,39,40}

En las posiciones verticales, la intervención del profesional de la salud debe estar basada en sus competencias durante la fase temprana no expulsiva y avanzada expulsiva del segundo periodo del trabajo de parto, atendiendo cualquier complicación que pudieran surgir en el momento.

• POSICIÓN DE CUCLILLAS:

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

- El profesional de la salud que atiende el parto deberá realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodiado, en cuclillas o sentado en un banco).

-
36. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), de Montevideo – Uruguay.
 37. IMPAC, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto; Guía Para Obstetrices y Médicos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra - 2002.
 38. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.
 39. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus Distintas Posiciones en el Marco Multicultural, Guatemala - 2011.
 40. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1):134-145.



- Se debe verificar que la gestante mantenga las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos y anteroposterior de la pelvis, posteriormente adecuar la posición de la parturienta para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante actúa como el soporte de la parturienta, dicha persona puede estar por detrás o frente a la paciente.

VENTAJAS 41,42

- Diámetros pélvicos aumentados.
- El tronco presiona sobre el fondo uterino y promueve el descenso del bebé.
- Aumento de presión en suelo pélviano.
- Promueve el deseo de pujo.
- Disminuye el dolor de espalda y cadera.
- Se puede dar soporte a los músculos abdominales.
- Se puede atender el parto por delante facilitando el contacto precoz piel a piel.
- Participación más activa del acompañante.
- Menos riesgo de laceraciones perineales.
- Luego del parto la mujer se puede acostar con facilidad.

• POSICIÓN DE RODILLAS

- El profesional de la salud que atiende el parto se ubicará delante o detrás de la gestante para así proteger el periné en todo momento y evitar que se desgarre. Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante puede estar al frente o detrás de la paciente, dicha persona deberá abrazar a la gestante por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

VENTAJAS:

- Al estar de rodillas le facilitará sentarse entre contracciones sobre sus pantorrillas protegiendo su intimidad.
- Puntos de apoyo múltiple y seguro.
- Facilidad para la protección pasiva.
- No existe riesgo de caída brusca del bebé la distancia entre la pelvis y el suelo es menor, además quien atiende el parto está preparado para recibir al/la recién nacido/a.
- Puede pasar rápidamente a la posición de gatas que es una variedad de la posición de rodilla que tiene la ventaja de permitir una mayor oxigenación y mayores diámetros óseos.

41. Secretaría de Salud. La Atención Intercultural de las Mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2008.

42. Módulo para capacitadores en atención del parto en posición vertical con enfoque intercultural. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima - Perú 2010.

• POSICIÓN SENTADA

- El profesional de la salud que atiende el parto se colocará delante de la gestante y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o en la camilla con las piernas separadas abrazando a la gestante 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 de partos al mismo nivel en el que se encuentra el acompañante.
- La gestante en trabajo de parto en posición semisentada se apoyará en el acompañante. Esta posición relaja y permite que aumenten los diámetros de la pelvis.

VENTAJAS:

- Promueve el descanso y la relajación.
- Ventaja de la fuerza de gravedad.
- Permite el monitoreo fetal continuo.
- Se pueden realizar exámenes vaginales.
- Disminuye dolor de espalda y cadera.
- Posición favorable para recibir un masaje (lumbosacro).
- Buena visibilidad y movilización para la madre.
- Cómoda para la recepción del bebé y de la placenta.
- Facilita el contacto precoz.

• POSICIÓN PARADA O SOSTENIDA DE UNA SOGA

- El profesional de la salud se colocará frente a la gestante en trabajo de parto. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante se colocará detrás y tendrá que sostener a la paciente para que no se mueva.
- La gestante en trabajo de parto deberá sujetarse de una soga suspendida de una viga del techo. Al hacer esto el feto es favorecido, ya que la fuerza de gravedad le ayuda a avanzar por el canal del parto de manera suave y calmada.
- Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir en el momento.

VENTAJAS:

- Total libertad de movimiento.

43. Manuel Gallo Vallejo, Médico Gineco Obstetra Ventajas de la Posición Vertical de la Madre en el Parto ante otras Posiciones/Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y la posición materna y el parto, España - 1980.



- Contracciones menos dolorosas y más efectivas.
- Ayuda al encajamiento y acelera el trabajo de parto.
- Aumenta la urgencia del deseo de pujo durante el expulsivo.
- Mejora la oxigenación fetal.

• **POSICIÓN EN CUATRO PUNTOS (pies, rodillas y manos).**

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.
- El profesional de la salud que atiende el parto se colocará detrás de la gestante cuidando el periné para evitar los desgarros, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Algunas gestantes prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyarse hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento del parto adoptará una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto, la recepción del bebé se realiza por detrás de la mujer.
- El profesional de la salud que atiende el parto vertical deberá instruir a la parturienta en trabajo de parto para que realice la respiración jadeante, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza de los músculos del abdomen.

Recuerde pinzar el cordón umbilical luego de esperar 2 a 3 minutos después del nacimiento o cuando deje de latir, esta regla se debe practicar en todas las posiciones de atención del parto vertical u horizontal; siendo el objetivo, lograr un/a recién nacido/a con mayor hemoglobina.

PROCEDIMIENTOS:

1. Una vez identificada la posición elegida por la gestante, verificar la logística a utilizar entre ellos los instrumentos, medicamentos e insumos que se encuentren ubicados adecuadamente para la atención del parto en posición vertical:
 - Mantener las puertas y las ventanas cerradas (que no permitan el ingreso de corrientes de aire).
 - La luz deberá ser tenue, de acuerdo a las costumbres de cada zona.
 - Acondicionar la temperatura ambiental de la sala de partos de acuerdo a cada región entre 24 a 26°C. La temperatura debe mantenerse las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año.
 - Soga, cortina o manta colgada de una viga de acuerdo a las costumbres de la zona.
 - Camilla o banco adecuado para el parto vertical.
 - Colchoneta o tarima cubierta con campos estériles o pellejos limpios de acuerdo a costumbres de cada región.

- Paquete de ropa de parto vertical y equipo de parto, verificar proceso de esterilización (cinta de control externo y tira de control interno).
 - Medicamentos e insumos para este propósito.
2. Acceder a que la gestante cambie de posiciones durante este periodo; por lo que el personal de la salud deberá realizar una asistencia permanente a fin de evitar la salida intempestiva del/de la recién nacido/a lo que podría ocasionar desgarro del canal del parto y daño neonatal.
3. Orientar la participación activa del acompañante.
4. El profesional de la salud que atiende el parto debe estar convenientemente ubicado, en una posición que le permita tener estabilidad, comodidad y celeridad de movimientos.
5. En este periodo se deben controlar los latidos cardiacos fetales cada cinco minutos.
6. El profesional de la salud a cargo de la atención del parto debe realizar técnicas de prevención de infecciones:
- Lavado de mano quirúrgico.
 - Vestirse con mandilón o delantal de plástico, botas, gorro, mascarilla y lentes protectores limpios.
 - Abrir el paquete de ropa de atención de parto vertical, vestirse con el mandilón estéril y calzarse los guantes estériles.
 - Realizar el aseo perineal de la parturienta de acuerdo a las costumbres de la zona.
 - Colocarle la bata, faldón y botas estériles de acuerdo al diseño de cada zona, se debe contar con dos toallas de textura suave y absorbente para la atención inmediata del recién nacido.
7. Para las posiciones sentadas y semisentadas, durante el periodo expulsivo, mientras la cabeza fetal corona, se debe proteger el periné con la mano dominante de manera firme y sostenida (con gasa o apósito estéril); con la otra mano se presiona muy suavemente la cabeza fetal a efectos de controlar la velocidad de salida del feto (maniobra de Ritgen).
8. Esperar una nueva contracción, a fin de que la gestante recupere sus fuerzas y facilite la salida del resto del cuerpo del/de la recién nacido/a. Una técnica que motiva a pujar a la parturienta es facilitando un contacto táctil de la madre a la cabeza del bebé.
9. Evitar maniobras de estimulación en la horquilla vaginal (maniobra de Ferguson), ya que puede desgarrar la mucosa vaginal y el periné ocasionado edema y sangrado durante el parto⁴⁴.
10. En caso de contaminación con heces durante el periodo expulsivo, el proveedor que atiende debe proceder a cambiarse de guantes y el campo contaminado, cuantas veces sea necesario, para mantener la asepsia.



11. Evaluar la necesidad de una episiotomía y para el caso de la atención del parto en la posición vertical la evidencia científica demuestra que generalmente no es necesaria.
12. Evitar ordenes innecesarias e irrespetuosas en el periodo expulsivo ("puja de una vez", "tu bebé puede morir", "de una vez saca a tu bebé porque está sufriendo", "no grites, concéntrate", entre otras.), teniendo en cuenta que este es un momento en que la parturienta se encuentra en un estado de trance, y que pueden resultar ofensivas y frustrantes para la parturienta.
13. Verificar la presencia de cordón umbilical al rededor del cuello, de acuerdo a la posición de la parturienta indicar para que se recline al acompañante y lograr mayor visibilidad, en caso de encontrarse flojo el cordón umbilical deslícelo por encima de la cabeza, si se encuentra ajustado pinzar y cortar de inmediato.
14. Dejar que la cabeza fetal gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa, después que haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza a nivel de los parietales, luego ejerza una tracción delicada y descendiente para permitir que el hombro anterior se deslice por debajo de la sínfisis del pubis; luego guíe la cabeza y el tronco hacia una curvatura ascendente para permitir la salida del hombro posterior y salida del resto del cuerpo.
15. En la posición parada, de rodillas o cuclillas, realizar con la mano más diestra una protección sostenida y firme del periné, esperando la salida de la cabeza del feto, con la otra mano debe sostener la salida del resto del cuerpo.
16. Dependiendo en la posición en que se encuentra la parturienta, solicitar que se recline hacia el acompañante y colocar al/la recién nacido/a sobre su vientre. Todos los recién nacidos requieren una evaluación rápida en los primeros treinta (30) segundos de vida, realizar el secado inmediato con suavidad y firmeza utilizando una toalla estéril y tibia, determinar hora del parto y mostrar el sexo a la madre. Si el recién nacido presenta buen tono muscular y buen esfuerzo respiratorio se sigue los procedimientos de rutina (apego precoz y lactancia materna) con la participación de la madre y el acompañante.
17. La atención inmediata del/de la recién nacido/a se debe efectuar de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
18. Estimar el APGAR al minuto y a los cinco minutos de vida, mientras espera que el cordón umbilical deje de latir en coordinación con el equipo de atención neonatal.^{46,47}
19. Prevenir la perdida de calor por contacto y evaporación, coloque al recién nacido sobre el pecho o vientre materno (la piel de la mamá contribuye en mantener la

44. Consejería de Salud y Política Social. Estrategia de Atención al Parto Normal, Servicio Extremeño de Salud, 1era. Edición - España 2013.

45. Carroll G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane plus, 2005 número 4. Oxford: Update Softwar Ltd.

temperatura del/de la recién nacido/a).

20. Realizar el contacto piel a piel, procedimiento que se aplica si la madre y el/la recién nacido/a se encuentran en buen estado y si las condiciones ambientales lo permiten de acuerdo a la norma; el tiempo debe ser no menor de 45 a 60 minutos.
21. Respetar la práctica de costumbres ancestrales en el parto. (uso de pañuelos, fajas, bebidas, y otros) según sus creencias de la zona.^{48,49}
22. Realizar el pinzamiento y corte del cordón umbilical.^{50,51}

- **Pinzamiento tardío** (2 a 3 minutos): indicado para recién nacidos vigorosos, este procedimiento es de vital trascendencia en la salud del/de la recién nacido/a, la transfusión placentaria tiene dos fines: completar el volumen sanguíneo y suministrar las reservas de hierro para los primeros seis (06) meses de vida, lo cual ha demostrado ser muy importante, para prevenir la deficiencia de hierro y la anemia durante la infancia. De esta manera se contribuirá a la reducción de los altos índices de anemia en nuestro país. El corte del cordón umbilical será realizado por el profesional de la salud que atiende el parto, puede también permitirse que el corte del cordón umbilical lo realice el padre o familiar presente.
- **Pinzamiento inmediato:** indicado en recién nacido/a deprimido/a, con líquido amniótico meconial, circular irreductible, sangrado placentario grave, en el recién nacido/a de madre con VIH, se tiene que pinzar y cortar el cordón umbilical (sin ordeñar), inmediatamente producido el parto, entre otras.

22. El profesional de la salud que atiende el parto es el responsable de la identificación de la madre (huella índice derecho) y del/de la recién nacido/a (huella plantar y brazalete), antes de salir de sala de partos.

c) **TERCER PERÍODO: ALUMBRAMIENTO⁵³** Centro Obstétrico (Sala de Parto).

La atención del parto en posición vertical, concluye con el nacimiento del recién nacido; prosigue la atención del alumbramiento (manejo activo del tercer periodo del parto), que debe atenderse en posición horizontal debido al aumento del sangrado vaginal. El manejo activo del tercer periodo del parto incluye:

46. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar La Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.
47. Ministerio de Salud. Documento de Trabajo, Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos (PpR), Lima- Perú 2013.
48. Ministerio de Salud. Marco de Derechos y Deberes del Usuario para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, Lima- Perú 2006.
49. Ministerio de Salud. Un buen nacimiento para una vida mejor. Hospital Nacional Santa Rosa y Caritas del Perú, Lima 2012.
50. Efecto del Momento de Pinzamiento del Cordón Umbilical en Recién Nacidos a Término Sobre los Resultados en la Madre y el Neonato (Revisión Cochrane traducida). Cochrane base de datos Revisiones Sistemáticas 2013 publicado 7. Art. No: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.
51. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y guías de procedimiento, Departamento de Neonatología INMP, Lima- Perú 2007.



- Uso de oxitocina.
- Tracción controlada del cordón umbilical (TCC).
- Compresión bimanual externa - CBE (ANEXO N° 8).

• PROCEDIMIENTOS:

1. Despues de un parto vertical, dependiendo en la posición en que se encuentre la parturienta, solicite que se acueste en la camilla o colchoneta o que se recline sobre el acompañante para realizar el manejo activo del alumbramiento.
2. Asegurar que la vejiga esté vacía.
3. El profesional de la salud que atiende el parto solicita al personal de apoyo. Dentro del primer minuto después del nacimiento, administrar una ampolla de 10 UI de oxitocina Intra Muscular (IM), previamente se debe descartar la presencia de un segundo feto.
4. Permitir que la parturienta reciba algún mate caliente de parte de sus familiares, de acuerdo a sus costumbres o preferencias, previo control del personal de la salud (té de algodón, sharamasho, anís, muña, ajenjo, manzanilla orégano, ruda u otros).
5. La parturienta en este periodo se encuentra recostada con él/la recién nacido/a en el vientre materno sin pinzar el cordón umbilical (momento en que se está produciendo la transfusión placentaria); luego de dos a tres minutos pinzar y cortar el cordón umbilical (recuerde que el corte puede realizarlo el padre)^{55,56}
6. Verificar el eje del útero con el eje de la vagina, estabilizar el útero, colocar firmemente la mano sobre la cara anterior del útero y realizar la contracción para evitar la inversión uterina.
7. Con la otra mano, mantener una tracción firme, controlada y sostenida del cordón umbilical, este procedimiento se ejecuta cuando el útero se encuentra contraído (maniobra de Brandt Andrews).
8. Verificar cuidadosamente si existe signos de desprendimiento de la placenta (signo de Kushner y Ahlfeld).
9. Permitir el uso de técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres y creencias, (soplar una botella, pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se introduzca de nuevo).

-
52. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, **Aprobada por R.M. N°827-2013/MINSA, y precisada por R.M. N° 159-2014/MINSA**, Dirección General de Salud de las Personas,- estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima - Perú. 2013.-2014
 53. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica, para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Dirección General de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima- Perú 2007.
 54. Lavender T y Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- 10.Al ser expulsada la placenta, las membranas pueden desgarrarse sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas se expulsen lentamente (maniobra de Dublín).
- 11.Expulsada la placenta, inmediatamente se debe realizar la compresión bimanual externa (CBE) en forma continua, por un tiempo aproximado de tres a cinco minutos.
- 12.Revisar el canal del parto, de haber algún desgarro de las partes blandas manejar según Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 695-2006/MINSA.
- 13.Examinar la placenta minuciosamente, para comprobar la integridad del cordón y las membranas. De igual manera se deberá verificar que los cotiledones estén completos.
- 14.Reparar si hubo desgarro o episiotomía (excepcional), considerando las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones intrahospitalarias.
- 15.Registre la cuantificación de la pérdida sanguínea en (ml) y los datos del control de signos vitales.
- 16.En caso de una emergencia, canalizar otra vía segura y manejar de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud.
- 17.Instruir a la puérpera para el masaje uterino externo y control de sangrado vaginal.
- 18.El personal de la salud debe preguntar a los familiares si se desean llevar la placenta, respetando el destino final de la misma de acuerdo a sus costumbres; salvo situaciones en que la placenta constituya un factor de riesgo de infección (VIH-Sida, infecciones de transmisión sexual u otras).
- 19.Luego de la atención del parto, antes de quitarse los guantes, eliminar los materiales de desecho o contaminados colocando en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico de color rojo (residuo sólido biocontaminado); asimismo, los materiales quirúrgicos utilizados en la atención del parto, se depositarán en un contenedor de plástico para el proceso de descontaminación con detergente enzimático, luego realizar la limpieza, el enjuague, secado, preparación y empaque de los materiales para su esterilización en el autoclave o calor húmedo; utilizar o almacenar de acuerdo a lo establecido en el Documento Técnico: Manual de Desinfección

55. Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

56. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.



y Esterilización Hospitalaria aprobado por Resolución Ministerial N° 1470-2002-SA/DM.

20. Anotar en el libro de atención de parto los datos de la gestante: diagnóstico de ingreso, antecedentes de la madre, tipo de parto, tipo de alumbramiento, desprendimiento de placenta, cordón umbilical, cantidad de sangrado, datos de la recién nacido/a, APGAR, personal de la salud que atendió y supervisó el parto, diagnóstico de egreso, acompañamiento, certificado de nacido/a vivo/a on line y observaciones.⁵⁸

6.1.3 ATENCIÓN DEL PUERPERIO: Centro Obstétrico (Sala de Puerperio Inmediato).

a) PUERPERIO INMEDIATO

Comprende las primeras 24 horas post parto, lo realiza el equipo de atención del parto. El 50% de muertes maternas se registran en este periodo como consecuencia de las hemorragias post parto siendo las principales causas: atonía uterina, retención de placenta, retención de restos o alumbramiento incompleto, lesión del canal del parto (laceraciones o desgarros y hematomas), inversión uterina y coagulación intravascular diseminada. La conducta del profesional de la salud que atiende el parto en este periodo, debe ser expectante y proceder de inmediato ante cualquier complicación.

PROCEDIMIENTOS:

• DURANTE LAS SEIS PRIMERAS HORAS

1. Asegurar en todo momento el trato con calidad y calidez a la puérpera promoviendo la participación de un familiar.
2. Iniciar el alojamiento conjunto,⁵⁹ y promover la lactancia materna temprana exclusiva con la técnica correcta manteniendo una temperatura adecuada. Asegurarse que la puérpera haya entendido los signos de alarma del puerperio y del/de la recién nacido/a.
3. Realizar el monitoreo del puerperio inmediato, estrictamente de acuerdo a la norma vigente, registrando los hallazgos en la historia clínica, en la hoja de monitoreo materno, en la hoja del partograma.

• PARÁMETROS:

- Verificar que las vías aéreas estén permeables.
- Control de signos vitales (temperatura, pulso, presión arterial, respiración)
- Sangrado genital.
- Consistencia del útero.

57. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.

58. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.

- Verificar sutura de desgarros y la episiotomía con la finalidad de descartar la formación de hematomas y/o edemas.

• FRECUENCIA:

- Las dos primeras horas. : cada 15 minutos
- La tercera hora. : cada 30 minutos
- Desde la cuarta, quinta y sexta hora. : cada hora.
- Desde la séptima hora, hasta el día del alta. : cada 6 horas

4. En caso de haber realizado la sutura o episiorrafía, evaluar a la puérpera con la finalidad de descartar la formación de hematomas y/o edemas.

5. Si se da el caso facilitar la colocación de la faja o del chumpi y el rollete como mecanismo de compresión, prácticas tradicionales no nocivas de acuerdo a sus costumbres de cada zona (el acompañante apoya colocándole la faja a la altura del fondo uterino).

6. Inmediatamente después del parto, indicar una dieta completa hiperprotéica respetando aspectos culturales de alimentación que no impliquen riesgos para la madre y el/la recién nacido/a.

7. rasladar a la puérpera de centro obstétrico al ambiente de hospitalización con su respectiva historia clínica obstétrica, correctamente llenada donde permanecerá hasta el momento del alta.)

• POSTERIOR A LAS SEIS HORAS POST PARTO HASTA EL DIA DEL ALTA (Hospitalización - Sala de Puerperio).

1. Brindar comodidad y confort a la puérpera ubicándola en una habitación acondicionada con temperatura adecuada y luz tenue de acuerdo a su preferencia.

2. Acomodar a la puérpera y al/la recién nacido/a en una cama de 60 cm de altura para su reposo, puede estar acompañada de su acompañante, pareja o familiar en la hora de visita.

3. Registrar los hallazgos de la madre y el/la recién nacido/a en la historia clínica obstétrica en cada turno establecido.

4. Controlar a la puérpera: los signos vitales, las mamas, altura uterina, estado de hidratación, edemas, reflejos osteo-tendinosos, genitales externos, características de los loquios y funciones biológicas (heces y orina); asimismo, indicarle a la puérpera que miccione antes de cada visita médica para su evaluación.

59. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.



c) **PUERPERIO MEDIATO** (comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto).

PROCEDIMIENTOS: (Hospitalización - Sala de Puerperio).

1. Realizar la higiene perineal con agua tibia y/o fría de acuerdo a la zona, la higiene lo realiza la misma puérpera, sólo cuando amerita, lo realiza el personal de la salud.
2. La puérpera y su pareja deben recibir información clara en su idioma respecto a los siguientes temas:
 - Lavado de manos antes y después de cada actividad que realice.
 - Lactancia materna temprana y exclusiva a libre demanda (imprescindible).
 - Técnicas de amamantamiento.
 - Higiene de mamas antes y después de dar de lactar.
 - Cuidado y limpieza del cordón umbilical
 - Higiene diaria del/de la recién nacido/a.
 - Alimentación balanceada y adecuada para la madre.
 - Administración de micronutrientes.
 - Importancia del control del puerperio.
 - Informar las señales de peligro de la madre y el/la recién nacido.
 - Paternidad responsable.
 - Métodos Anticonceptivos (MAC).
 - Importancia del calendario de vacunación del/de la recién nacido/a.
 - Importancia del control de crecimiento y desarrollo.
3. Entregar contenidos educativos necesarios de acuerdo a la zona en forma apropiada y de fácil entendimiento.
4. Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado, como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
5. Solo está prohibida la lactancia materna a todo/a hijo/a nacido/a de madre infectada por el VIH, según norma vigente.
6. Entregar el certificado de nacido/a vivo/a a la madre para su trámite respectivo ante el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC.
7. Al momento del alta, entregar el carné de control materno perinatal a la puérpera con los datos completos de la atención del parto, en casos de referencia, realizar la contrarreferencia oportuna al establecimiento de salud de procedencia.
8. Programar las fechas de control puerperal en consultorio externo a los siete (7) y treinta días (30) después del alta en los cuales simultáneamente se debe evaluar al/la recién nacida.
9. Indicar el alta en caso de evolución satisfactoria de la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 48 horas de observación posparto.

10. Anotar minuciosamente en la historia clínica obstétrica todos los datos de la madre y el/la recién nacido/a de la atención del parto en posición vertical y del alta.
11. Registrar a la puérpera y al/la recién nacido/a en el libro de altas de servicio de hospitalización.
12. Aplicar la encuesta la satisfacción del usuario (equipo responsable- calidad).

c) PUERPERIO TARDÍO: (Consultorio Externo).

Este período comprende después de los 7 días hasta los 42 días posparto, cuya atención se realiza por consulta externa por un profesional de la salud competente quien debe realizar las actividades siguientes:

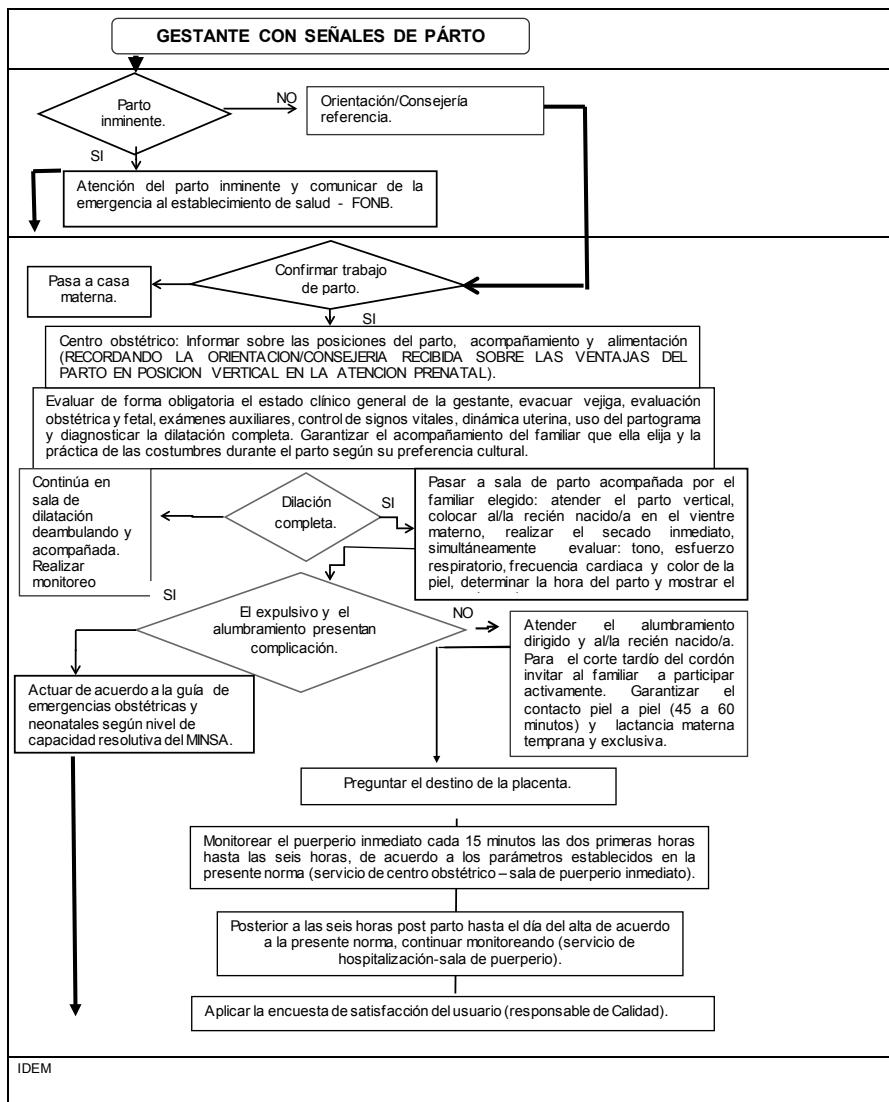
- Resaltar en todo momento la participación de la pareja.
- Evaluación de la puérpera.
- Control de signos vitales.
- Psicoprofilaxis puerperal.
- Informar sobre el reinicio de la actividad sexual.
- Administración de micronutrientes.
- Orientación/consejería sobre signo de alarma del puerperio y RN.
- Importancia de la vacuna.
- Reforzamiento de la importancia de la lactancia materna.
- Orientación/consejería en uso de métodos de Planificación Familiar.
- Inicio o seguimiento del método anticonceptivo elegido.
- Orientación/consejería en la importancia del Papanicolaou.
- Orientación/consejería sobre la nutrición en este periodo.

En el marco de esta norma es de suma importancia la decisión informada desde la primera atención prenatal, sobre la posición en la que desea dar a luz la gestante. Por lo tanto, la presente norma propone con carácter obligatorio la información sobre las ventajas del parto en posición vertical para la madre y el/la recién nacido/a, a partir de las evidencias científicas internacionales y nacionales

60. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2004.



FLUJOGRAMA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL





6.1.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PARTO VERTICAL:

Los profesionales de la salud deberán observar las indicaciones clínicas para proceder a la atención del parto vertical tomando en cuenta lo siguiente:

- Gestantes sin complicación obstétrica, incluye las adolescentes y mujeres jóvenes.
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica.
- Pelvis ginecoide.
- Gestación a término.

6.1.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PARTO VERTICAL:

Las indicaciones que determinan una cesárea también determinan la imposibilidad de un parto vertical u horizontal, entre ellas, las más frecuentes son:

- Cesáreas iterativas (más de dos).
- Cirugía uterina previa (miomectomías).
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Embarazo gemelar.
- Feto en presentación podálica.
- Falta de colaboración de la gestante para el trabajo de parto y la atención del mismo (problemas psiquiátricos).
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción.
- Prematuros.
- Sufrimiento fetal.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura prematura de membranas solo con presentación alta.
- Pre eclampsia severa (dependiendo del periodo y fase que se encuentre).
- Eclampsia.
- Luxación traumática de caderas.
- Macrosomía fetal con diagnóstico clínico y ecográfico previo.
- Madre HIV positiva.

6.1.5. POSIBLES COMPLICACIONES.

En la atención del parto en posición vertical pueden presentarse las siguientes complicaciones:

- Laceraciones a nivel del periné.
- Salida brusca del feto.
- Prolapso de cordón.
- Prolapso de miembros superiores.
- Distocia de hombros.



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

6.1.6. ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA DESPUÉS DEL PARTO

El profesional de la salud debe brindar la información, orientación/consejería a la madre y a la familia sobre temas relacionados a la atención del recién nacido/a y la salud sexual y reproductiva tomando los temas siguientes:

- Lactancia materna exclusiva enfatizando sus beneficios y enseñando la técnica.
- Planificación familiar.
- Higiene de la madre y el niño.
- Vacunación del/de la recién nacido/a.
- Identificación de signos de alarma en el puerperio.
- Identificación de signos de alarma del/de la recién nacido/a.
- Cuidados del/de la recién nacido/a.
- Alimentación de la madre.

6.1.7. CRITERIOS DE ALTA

- Sin complicaciones al segundo día.
- Con complicaciones de acuerdo a evolución e indicación médica.
- Cita a los 7 días.
- Reingreso en caso de complicaciones.

6.2 COMPONENTE DE GESTIÓN:

La redes de salud, micro redes y los establecimientos de salud deben incluir en el Plan Operativo Anual y en la programación del Presupuesto por Resultados del Programa de Salud Materno Neonatal, las actividades correspondientes en la atención de parto en posición vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Gestionando su inclusión en el presupuesto y evaluando a través de indicadores de proceso, resultado e impacto.

6.2.1 PLANIFICACIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN MATERNA

CRITERIOS PARA LA PLANIFICACIÓN

- Evolución histórica de la demanda.
- Recursos disponibles.
- Factores socioeconómicos, geográficos y culturales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la incidencia de cesáreas.
- Incrementar la cobertura de partos en posición vertical institucionales.
- Disminuir los partos domiciliarios.

61. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

- Incrementar el inicio de la lactancia materna temprana y exclusiva en la primera hora del post parto.
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Disminuir los casos de muerte por hipoxia neonatal.
- Disminuir la letalidad materna <1%.
- Disminuir los casos de mortalidad materna (Nº MM).
- Disminuir los casos de mortalidad perinatal (Nº MP).

RECURSOS NECESARIOS.

Sala de partos adecuada para la atención del parto en posición vertical, brindando comodidad a la usuaria y al proveedor.

- Historia Clínica Materno Perinatal.
- Carné Perinatal.
- Partograma OMS.
- Paquete de ropa estéril para la atención del parto.
- Disponibilidad de sangre segura.
- Contar con el paquete completo de insumos de laboratorio.
- Sistema de registro de hechos vitales (certificado de nacimiento).
- Paquete de medicinas e insumos para las principales emergencias obstétricas: clave roja, azul y amarilla según norma vigente.
- Medidas de bioseguridad.

6.2.2 MONITOREO, SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA.^{62,63}

- El monitoreo de la atención de parto vertical, debe ser de manera continua e integral siendo de responsabilidad del Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva del nivel local.
- Las actividades de supervisión a las distintas redes, microrredes y hospitales, son de responsabilidad de los Coordinadores de Salud Sexual y Reproductiva o quien haga sus veces a nivel regional.
- Las actividades de asistencia técnica es de responsabilidad del nivel regional y/o nacional a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- La periodicidad de las actividades de monitoreo, supervisión y asistencia técnica se realizará de la siguiente manera:
 - * Del nivel nacional al nivel regional mínimo una vez al año.
 - * Del nivel regional a los Hospitales y redes cada trimestre.
 - * De Red a micro red y establecimientos del primer nivel en forma mensual o según necesidad y accesibilidad.



6.2.3 EVALUACIÓN^{64,65}

- Cumplir con los criterios establecidos en los estándares e indicadores de calidad de la atención de parto vertical en los establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales.
- Evaluar los indicadores de proceso, resultado e impacto de la estrategia implementada.
- La evaluación se realizará con una periodicidad anual a nivel nacional, semestral a nivel regional y trimestral en el nivel local teniendo en cuenta el corto, mediano y largo plazo para el cumplimiento de metas y aplicar las estrategias de trabajo.

6.2.4 INDICADORES

a) INDICADORES DE ESTRUCTURA

INDICADOR	FÓRMULA
% de Establecimientos de Salud (EESS) con infraestructura adecuada para realizar la atención de parto vertical.	Nº Establecimientos de Salud (EESS) con infraestructura adecuada que atienden parto vertical / Nº total EESS que atienden partos X 100
% de Establecimientos de Salud (EESS) con equipamiento completo para la atención de parto vertical con pertinencia intercultural.	Nº Establecimientos de Salud (EESS) con equipamiento completo para parto vertical con pertinencia intercultural / Nº total de Establecimientos de Salud (EESS) que atienden parto vertical.

b) INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR	FÓRMULA
% de gestantes que fueron atendidas en la posición de parto vertical con registro de partograma según la norma.	Nº de gestantes que fueron atendidas en la posición de parto vertical con registro de partograma según la norma / Nº total de gestantes de parto vertical X 100
% de gestantes de parto vertical con registro de HIS según la norma.	Nº de gestantes de parto vertical con registro de HIS según la norma / Nº total de gestantes de parto vertical X 100

-
64. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.
66. Ministerio de Salud. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección de Calidad en Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2007.
67. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.

% de gestantes de parto vertical con manejo activo del tercer periodo.	Nº de gestantes de partos vertical que reciben (10 UI de oxitocina IM dentro del minuto después del nacimiento del bebé y luego de tener la seguridad que no exista otro feto)/ Nº total de gestantes de partos verticales X 100
% de puérperas de parto vertical y son controladas cada 15 minutos durante las dos primeras horas, según norma.	Nº de puérperas de parto vertical y son controladas cada 15 minutos durante las dos primeras horas, según norma/ Nº total puérperas de partos verticales X 100
% de parturientas con pinzamiento tardío del cordón umbilical de parto vertical.	Nº de parturientas con pinzamiento tardío del cordón umbilical de parto vertical/ Nº total de parturientas de parto vertical X 100
% de Recién Nacidos/as de parto vertical con APGAR mayor de 7 al minuto.	Nº de Recién Nacidos/as de parto vertical con APGAR mayor de 7 al minuto/ Nº total de RN de parto vertical X 100
% de puérperas de parto vertical que egresan habiendo recibido orientación y consejería sobre los métodos de planificación familiar de acuerdo a la norma.	Nº de puérperas de parto vertical que egresan habiendo recibido orientación/consejería sobre los métodos anticonceptivos de planificación familiar / Nº total de puérperas que egresan de parto vertical X 100

c) INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR	FÓRMULA
% de Establecimientos de Salud (EESS) que atienden parto vertical.	Nº de Establecimientos de Salud (EESS) que atienden parto vertical / Nº total de Establecimientos de Salud (EESS) X 100
% de gestantes con plan de parto, quienes recibieron orientación / consejería y culminan su gestación en parto vertical.	Nº de gestantes con plan de parto, quienes recibieron orientación/consejería y culminan su gestación en parto vertical / Nº total de gestantes que culminan su gestación en un parto vertical
% de parto vertical atendido en el mes/año, en el Establecimiento de Salud.	Nº de parto vertical atendido en el mes/año, en el Establecimiento de Salud (EESS) / Nº total de parto vertical atendido en el Establecimientos de Salud (EESS)X 100

6.2.5 INFORMACIÓN.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

- Sistema de información del HIS.
- Egresos.
- Aplicativo Analítico SIP 2000.



- * Historia clínica materna perinatal.
- * Carné de atención materno perinatal.
- * Reportes del sistema del SIP 2000, que será analizado en forma mensual por el servicio de gineco obstetricia y presentar los resultados a la Dirección del establecimiento de salud.
- Informes de Gestión de Servicios Maternos.
 - * Reporte mensual de la producción de servicios de la salud materna perinatal.
 - * Reporte de estándares de calidad en la atención materno y perinatal en establecimientos de salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales (FON).
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
 - * Ficha de referencia.
 - * Ficha de contrarreferencia.
 - * Ficha de monitoreo de paciente durante la referencia.
 - * Formato de Historia Clínica Materno Perinatal.
 - * Documento Nacional de Identidad (DNI) de la paciente.
 - * Ficha del Seguro Integral de Salud (SIS).
- Registros básicos.
 - * Historia clínica perinatal base.
 - * Plan de parto.
 - * Libro de registro de hospitalización de pacientes obstétricas.
 - * Libro de registro de atención de parto.
 - * Libro de registro de emergencias obstétricas.
 - * Historia Clínica Neonatal.
 - * Certificado de nacimiento.
 - * Certificado de defunción.
 - * Libro de registro de egresos.

6.2.6 PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN.

Los jefes/responsables de los departamentos/servicios de atención gineco-obstétrica y los coordinadores Regionales de Salud Sexual y Reproductiva en coordinación con la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud implementarán planes de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre los beneficios del parto en posición vertical, dirigidos a personal de los servicios de salud, centros educativos, redes sociales y a los decisores políticos de los sectores de educación, salud, protección social, entre otros, aprovechando las distintas instancias de participación.

68. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

69. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

Los coordinadores Regionales de Salud Sexual y Reproductiva en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud, promoverán el auto cuidado de la salud fortaleciendo el empoderamiento y la autonomía de la mujer para un ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, maternidad/paternidad responsable, voluntaria y sin riesgos.

6.2.7 GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN PARTO VERTICAL ,

En el marco de los procesos de mejora de la calidad de atención, las regiones deben fortalecer competencias (CDC) y/o sedes de pasantía de parto vertical, que les permita tener personal de la salud actualizado y calificado para la atención del parto en posición vertical y sus posibles complicaciones.

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos, así como el derecho a una maternidad saludable y segura el Ministerio de Salud, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, o quien haga sus veces a nivel regional, deben promover iniciativas ante las universidades del país para que las facultades de formación profesional de medicina y obstetricia incorporen en el plan de estudios la atención de parto vertical.

- * Las sedes de pasantía para la atención de parto vertical deberán ubicarse en establecimientos de salud que cumplen FONB, FONE o FONI.
- * El equipo de gestión, los jefes de los servicios y los trabajadores de las sedes de capacitación son responsables de ofrecer servicios de capacitación y asistencia técnica.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, o las Gerencias Regionales de Salud o quien haga las veces a nivel regional, las Redes y Micro redes, deben contar un Plan de Capacitación Anual aprobado mediante resolución del titular en la cual debe incluirse el tema de atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia interculturalidad, que igualmente debe estar considerado en el programa presupuestal de salud materna neonatal.

- Determinar la modalidad de capacitación:

- * Talleres regionales o locales según nivel de atención.
- * Capacitación en servicio (Educación Permanente en Salud).
- * Capacitación bajo la modalidad de pasantía en establecimientos de salud calificados por el Ministerio de Salud, como sede de pasantías.

6.2.8 INVESTIGACIÓN EN TEMAS DE PARTO VERTICAL

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces, la Dirección de Salud de Lima Metropolitana, las Redes y Hospitales en coordinación con las Direcciones y/o Unidades de Investigación, y con el apoyo de las universidades, sociedades científicas y/o colegios profesionales deben promover el desarrollo de investigaciones operativas en temas relacionados al parto en posición vertical.



6.3.COMONENTE DE ORGANIZACIÓN ^{72,73}

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Gerencias Regionales de Salud, las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces, debe organizar la red de atención obstétrica, para ofertar prestaciones de calidad y calidez en la atención del parto en posición vertical, respetando las costumbres y creencias de la población.

6.3.1 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La atención del parto en posición vertical, se realiza a partir de los establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB) y en establecimientos de salud estratégicos que atienden las 24 horas del día.

6.3.2 INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO

Los instrumentos y seguimiento de registro de la atención de parto en posición vertical son los siguientes:

- Historia Clínica Materna Perinatal (HCPB).
- Plan de Parto.
- Carné de Atención Materno Perinatal.
- Reportes del SIP 2000.
- Ficha de referencia.
- Ficha de contrarreferencia.
- Historia clínica obstétrica estandarizada que incluye:
 - * Orden de hospitalización.
 - * Hoja de emergencia obstétrica.
 - * Hoja de signos vitales.
 - * Historia clínica materna perinatal básica.
 - * Hoja de evolución médica.
 - * Hoja de terapéutica.
 - * Hoja de evolución Obstétrica.
 - * Partograma de la OMS.
 - * Hoja de pelmatoscopía.
 - * Hoja de monitoreo de puerperio inmediato.
 - * Exámenes complementarios.
 - * Epicrisis.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar.
- Ficha de Plan de Parto.

70. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que brindan funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.

71. Ministerio de Salud. Modulo para Capacitadores en Atención del Parto en Posición Vertical con Enfoque Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual Reproductiva, Lima – Perú 2010.

- Libro de registro de atención de parto .
- Libro de registro de seguimiento / padrón nominado de la gestante y puérpera.
- Libro de registro de hospitalización de pacientes obstétricas.
- Libro de registro de emergencias obstétricas.
- Historia clínica neonatal.
- Libro de registro de egresos.
- Formato de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento.
- Sistema de registro de hechos vitales: certificado de nacimiento.

6.3.3 AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO

- Para realizar la atención de parto en posición en posición vertical, es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionados y equipados con camillas ginecológicos adaptadas para parto vertical, sillas para parto con enfoque intercultural de acuerdo a las costumbres de la zona. Esto es necesario para establecer una convivencia adecuada dentro de una perspectiva de derechos, ya que vivimos en un país pluricultural y multiétnico.

6.3.4 RECURSOS MATERIALES

- Establecidos en la directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud.
- Equipos.
- Instrumental.
- Medicamentos e insumos.
- Ropa en función al número de procedimientos.
- Set para sutura perineal.
- Set para la atención de partos.
- Set para revisión del cuello uterino y canal vaginal.
- Soluciones.

6.3.5 RECURSOS HUMANOS

- Para la atención del parto en posición vertical cada establecimiento de salud debe contar las 24 horas del día con profesionales de la salud como: médicos, gineco obstetras, médicos cirujano u obstetras capacitados en parto vertical y que respeten las costumbres y creencias de la población en los casos que amerite.
- Para la atención del/de la recién nacido/a, médicos pediatras/neonatólogos o

-
72. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA.
 73. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2011.
 74. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.



- médico cirujano y enfermeras con competencias en la atención neonatal.
- Técnico en enfermería capacitado en la atención obstétrica y atención neonatal.

6.3.6 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA^{78,79}

- El sistema de referencia y contra referencia debe estar operativo en todos los niveles de atención según normatividad vigente (N.T N° 018 MINSA/DGSP – V.01-2004, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA).

a) MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Garantizar que en los establecimientos de salud se cuente con los medios de comunicación con los que se cuentan: radio, teléfono fijo, celulares y otros se mantengan operativos las 24 horas del día.

b) TRANSPORTE

- Realizar requerimientos necesarios a los Gobiernos Regionales para el fortalecimiento e implementación del sistema de transporte en los Establecimientos de Salud – EESS.

Promover políticas públicas (Ordenanzas Regionales, Municipales y otras Resoluciones) comprometiendo a los propietarios de vehículos de instituciones públicas, privadas y sociedad civil, para el traslado de las gestantes en trabajo de parto. Dicha acción debe replicarse en el nivel de capitales de provincias, distritos y comunidades, según Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA.

c) CONTRARREFERENCIA

- Entregar a la puérpera en el momento del alta la epicrisis y la ficha de contrarreferencia para su devolución al establecimiento de origen.
- Comunicar al establecimiento de origen el alta de la puérpera a fin de que se haga el seguimiento respectivo.

d) ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD FRENTE A LAS EMERGENCIAS DE ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL.^{80,81}

Implementar acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial de acuerdo al Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad que permita:

-
- 75. Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA.
 - 76. Ministerio de Salud. Documento de Trabajo, Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos (PpR), Lima- Perú 2013.
 - 77. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

- Coordinar con las autoridades regionales y locales para contar con medios de comunicación (celulares y radios), así como el transporte en camilla artesanal.
- Coordinar y promover un plan para la donación de sangre en caso de emergencias obstétricas mayores.
- Operativizar los comités de evacuación de emergencias obstétricas comunales.

e) CASAS DE ESPERA MATERNA PARA GESTANTES CON FECHAS CERCANAS AL PARTO ^{82,83}

- Las Direcciones Regionales de Salud y quien haga sus veces, deberán coordinar con las autoridades regionales, locales y comunales la construcción e instalación de las casas maternas en capitales de regiones, provincias y distritos
- Las atenciones en las casas maternas estarán dirigidas y monitoreadas por el profesional de la salud responsable de salud materna del establecimiento de salud, que cumplirá las funciones siguientes:
 - * Visitar la casa de espera a la entrada y salida de cada turno.
 - * Promover el consumo de multivitamínicos.
 - * Promover una nutrición y alimentación saludable.
 - * Enseñarle manualidades: bordados, tejidos, hilados durante su permanencia.
 - * Garantizar el mantenimiento de limpieza y orden de la casa materna.
 - * Organizar las actividades de la pareja y familia durante la estancia.
 - * Implementar huertos de plantas medicinales principalmente de las que son usadas durante la labor de parto y el puerperio.

6.4 COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.

El financiamiento para el desarrollo de las actividades de atención del parto vertical se programa anualmente a nivel de cada región de acuerdo al Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal.

Las Direcciones de Salud o las que hagan sus veces deben asegurar la planificación presupuestal en cada una de sus unidades ejecutoras.

La prestación que brinda el Seguro Integral de Salud a sus aseguradas gestantes y puérperas incluye el traslado del domicilio a la casa de espera materna, la alimentación diaria a la beneficiaria y a su acompañante en la casa de espera, de acuerdo al tarifario vigente.

78. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

79. Ministerio de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Lima- Perú 2004.

80. Ministerio de Salud. Manual del Agente Comunitario en Salud-Preparando al Agente Comunitario de Salud, para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las Gestantes y de las Niñas/os Menores de 5 Años. Dirección General de Promoción de la Salud, Lima – Perú 2009.

81. Ministerio de Salud. Guía de Salud Sexual y Reproductiva para el Promotor. Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud, Lima – Perú 2001.



VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, es responsable de difundir la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica para su implementación y evaluación de su cumplimiento.

7.2. NIVEL REGIONAL

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces son responsables de difundir y de implementar la presente Norma Técnica de Salud en sus redes, microrredes y establecimientos de salud de su ámbito, brindando asistencia técnica y supervisando su cumplimiento.

7.3. NIVEL LOCAL

Las redes, microrredes y establecimientos de salud son responsables de aplicar la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

VIII. DISPOSICIÓN FINAL.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, elaborarán el plan de implementación de la presente Norma Técnica de Salud para los establecimientos de salud públicos de su jurisdicción, para su incorporación en los correspondientes planes operativos.

IX. ANEXOS

- Anexo Nº 1: Plan de Parto.
- Anexo Nº 2: Fundamentos históricos y científicos de la atención de parto vertical.
- Anexo Nº 3: Ambiente y equipamiento de sala atención de parto vertical.
- Anexo Nº 4: Mitos y verdades de la atención del parto vertical.
- Anexo Nº 5: Historia Clínica Materno Perinatal .
- Anexo Nº 6: Partograma de la OMS.
- Anexo Nº 7: Diagnóstico del trabajo de parto.
- Anexo Nº 8: Comprensión bimanual externa.
- Anexo Nº 9: Hierbas utilizadas en el trabajo de parto y post parto.

82. Ministerio de Salud. Documento Técnico, Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación, Dirección General de Promoción de la Salud, Lima - Perú - 2006.

83. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.

ANEXO N° 1 PLAN DE PARTO.^{84,85}

Es una herramienta efectiva que busca planificar, organizar y movilizar los recursos institucionales, comunitarios y familiares, para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el/la recién nacido/a, para lo cual, se consignan acuerdos previos de alternativas de solución ante eventualidades de momento; garantizando en caso necesario la referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva; en el Plan de Parto se incluye la decisión de la gestante, sobre la posición en la que desea dar a luz, para ello se le entrega a la gestante y acompañante la hoja del Plan de Parto en la primera entrevista, subsecuentemente se prosigue con el procedimiento siguiente:

- La primera entrevista se realiza en el consultorio materno, en la cual se le explica la importancia de los datos a consignar en la hoja del Plan de Parto.
- La segunda entrevista se realiza en el domicilio de la gestante.
- La tercera entrevista se realiza en la comunidad con participación de autoridades locales.

El Plan de Parto debe elaborarse con la participación de la gestante, para lograr que ella y su familia se interesen en dar soluciones a los aspectos críticos que pueden enfrentar durante el embarazo y el parto, contando con los recursos familiares y comunitarios disponibles.

La información de la ficha de Plan de Parto debe contener los siguientes datos:

- ¿Ha decidido dónde atenderá su parto?.
- ¿Quién atenderá su parto?.
- ¿En qué posición preferiría dar a luz?.
- ¿Qué necesito para mi parto?.
- ¿Sabe cuándo ir a la casa de espera?.
- ¿Aceptaría ir a la casa de espera cerca al establecimiento de salud?.
- Acuerde con sus familiares el medio del transporte.
- ¿Qué tiempo tarda en llegar al establecimiento de salud?.
- Datos de filiación de la gestante.
- Fecha probable de parto.
- Establecimiento en la que realiza su atención prenatal.
- Resultados de los análisis.
- Personas que la ayudarán en el traslado.
- En caso de requerir sangre quién hará la donación.

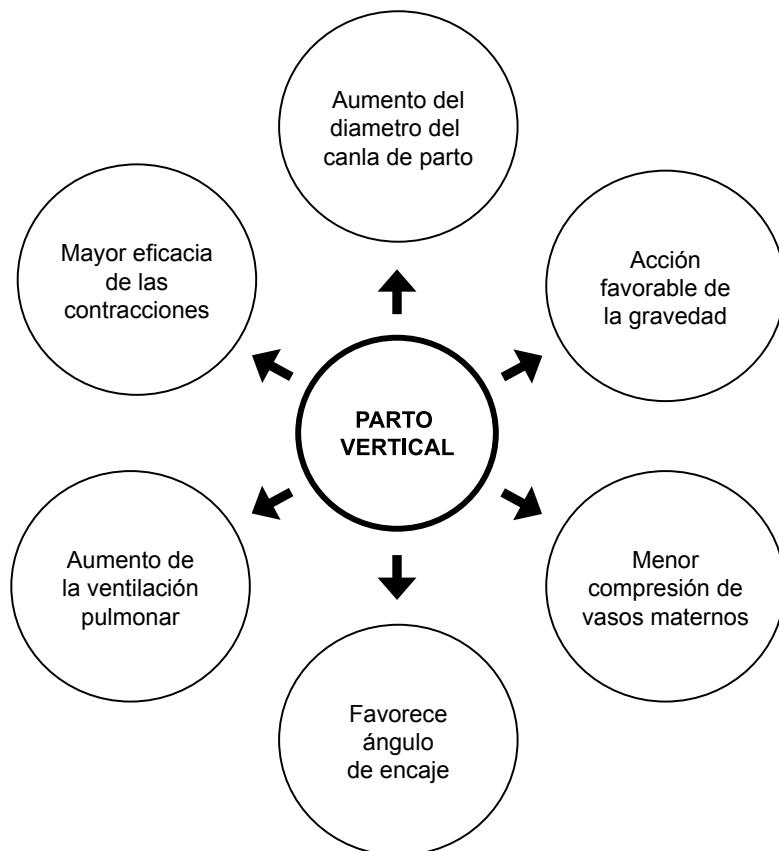
84. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.

85. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.



COMUNICAR EN EL PLAN DE PARTO

Las ventajas del parto en posición vertical, ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud, siendo hoy parte de las recomendaciones de esta organización sobre parto y nacimiento.





Ministerio de Salud

Personal que atenderán personas
REGION CALJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

ESPERANDO MI PARTO



ATENCIÓN INTEGRAL
ADULTO MULHER

NOMBRE DE LA GESTANTE:

EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ Dirección de Referencia: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRO RED: _____

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

	F E C H A	1 ST ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2 ND ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3 RD ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL C.S. P.S. DOMICILIO OTRO		
3	¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO?	ECHADA CUCLILLAS ASHUTURADA OTRO		
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ?	CARRO ACÉMILA CAMILLA OTRO		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?			
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 CUIDARA 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 ACOMPAÑARÍAN O AYUDARIAN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿DONARÍA SANGRE SI FUERA NECESARIO? (Sí) (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 N° 2

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y CIENTÍFICOS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

a) ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL^{86,87,89}

Desde el inicio de la humanidad, el parto se ha realizado en distintas variantes de posición erguida aún antes del advenimiento de la escritura, tal como se muestran en los grabados o esculturas. Existen ilustraciones de mujeres que durante siglos eligieron sentarse o ponerse en cuclillas para pujar, así lo demuestran diferentes diseños de sillas arqueológicas usadas para el parto a lo largo de la edad antigua, media y el renacimiento. Entre de ellas se puede señalar cronológicamente a los siguientes:

- Con seis mil años de antigüedad, muestra a la Gran Diosa de Catal Hüyǘk (Anatolia, hoy Turquía) pariendo desnuda sentada en un trono, flanqueada por dos leopardos sobre los que apoya sus manos mientras su vagina comienza a dilatarse dejando ver la coronación de la cabeza fetal. El trono de gobierno de esta primigenia Diosa de la vida es la silla de parto de la mujer prehistórica del neolítico agrícola.
- En África, la cultura Luba nos muestra una atención de parto vertical muy estilizada, donde el contacto de la partera con la mujer refleja el vínculo extraordinario de esta noble misión.
- Estas prácticas persistieron en las primeras sociedades patriarcales de occidente como eran la griega y la romana. La diosa Iilitia, patrona de las parturientas y las parteras griegas, suele aparecer arrodillada representando tanto a la partera como a la parturienta en una variante de la posición en cuclillas.
- En Mesoamérica, los aztecas esculpieron una escultura de Tlazolteotl (la diosa luna de la fétil tierra, patrona del erotismo, del parto y del destino) pariendo desnuda en cuclillas, las manos sobre sus nalgas y la boca abierta mostrando los dientes y gritando mientras emerge un bebé hacia abajo y mirando hacia adelante de entre sus piernas. Tlazolteotl apoya sus pies sobre unos tacos de pocos centímetros elevando los talones para así estabilizar la postura.
- En las crónicas sobre el Buda, que se remontan al siglo V - A.C, encontramos a la reina Maya (madre de Buda), pariendo parada. Ella viajaba con su cortejo y a medio camino comenzó el trabajo de parto. El cortejo se detuvo y la reina se

86. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1):134-145.

87. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.

86. Secretaría de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México 2007- 2012.

87. Colección Robert Wood Bliss.

adentró en el bosque junto con sus doncellas, que formaron un círculo en torno a ella. Maya tomó con sus dos manos la rama flexible de un árbol y comenzó a parir en forma vertical al pequeño príncipe. Una estatuilla procedente de la India del siglo XVI sigue mostrando esta forma de dar a luz.

- Durante el imperio Romano, se tallaron frisos que muestran la forma en que parían las mujeres, sentadas en un sillón mientras que la partera espera arrodillada y otra mujer sostiene a la parturienta por debajo de los brazos.
- Cuando Cristóbal Colón descubre América, los españoles y portugueses observaron que la atención del parto en las diversas culturas precolombinas, entre ellas la civilización azteca, maya e incaica, la realizaban en posición vertical.
- En el Perú, existen diferentes manifestaciones artísticas y culturales que muestran la manera en que los incas y las culturas preincas daban a luz en posición erguida.
- Vemos una escultura Mochica que representa un parto en el contexto de la época, como sabemos la costumbre persiste en todas las culturas del ámbito peruano.

¿POR QUÉ SE POSTERGÓ EL PARTO VERTICAL?

- Fue en el siglo XVII (1673), cuando el famoso obstetra François Mauriceau de la Corte Francesa, cambió la posición del parto acostando a las mujeres para poder aplicar el instrumento de moda en esa época: el fórceps. De ello se colige que a forma de moda se implantó el parto horizontal, para facilitar la exploración y la atención de la embarazada y no porque esta posición signifique un beneficio para la madre y el/la recién nacido/a, desestimando importantes aspectos fisiológicos, sociales, culturales y tradicionales. Por lo tanto el parto vertical fue reemplazado por el parto horizontal (posición ginecológica), por priorizar la comodidad del que atiende el parto.
- 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 anestésicos. Desde entonces esta postura empezó a ser común en el mundo moderno, institucionalizándose el parto en posición horizontal y abandonando la asistencia tradicional de la ventajosa atención del parto en posición vertical.
- La posición vertical es 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 (Caldeiro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) etc. y más

00. François Mauriceau, incluyó en su libro el dibujo de un hombre sometido a una litotripsia. (posición de litotomía).



recientemente a partir de la consideración de sus ventajas. Por la OMS (WHO, 1996).

- Desde el enfoque biomédico de la atención de la salud, la formación académica en las universidades, así como la influencia de la cultura occidental y urbana, consolidan la convicción de las mujeres en cuanto a la conveniencia de la atención de parto en posición horizontal, reconociéndola como una tecnología más avanzada. Sin embargo, dicha práctica ocasiona un "desencuentro cultural" entre el profesional de la salud que atiende el parto con el protocolo biomédico y las gestantes principalmente residentes del ámbito rural, que prefieren la atención del parto tradicional (intimo, acompañada, posición vertical, alimentación, uso de hierbas medicinales, apego, disposición de la placenta)
- La mayoría de las gestantes peruanas son atendidas en posición horizontal (echada en posición ginecológica), porque no conocen otra forma de atención de parto. Modificar esta situación no sólo corresponde al Ministerio de Salud, a las universidades del país, y a los demás actores involucrados, sino también a todas las mujeres en edad reproductiva, así como a su entorno familiar a nivel nacional (urbano, urbano marginal, rural), quienes tienen que empezar a valorar el saber tradicional para la atención del parto en posición vertical, que además a la fecha, cuenta con probada evidencia científica nacional.
- En el Perú, la práctica de la atención de parto vertical ha sido normada oficialmente en el año 2005, a través de la R.M. 598-2005/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural", con alcance a todos los establecimientos de salud como una estrategia para facilitar el acceso a los servicios de atención materna.

b) EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

- La inclinación hacia delante de la parturienta permite que el útero se aleje de la columna vertebral y de los grandes vasos pélvicos liberando el nervio pre sacro lo que disminuye la sensación de dolor. Presenta además mayor apertura en la articulación de la cadera, la cual facilita los movimientos de rotación fetal .
- La liberación de la vena cava en la fase de dilatación favorece la oxigenación fetal; asimismo, al descomprimir la aorta, se mejora la irrigación de la placenta contribuyendo al bienestar fetal con una mejor oxigenación.
- Permite mejor equilibrio del ácido base en los recién nacidos.

91. Méndez Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamaniego J: Efectos de la Posición de Pie Sobre la Contractibilidad Uterina Espontánea y otros Aspectos de Trabajo del Parto 1976.

92. Arbues,1982/Gallo, 1992/Caldeiro Barcia, 1987/ Sabatino, 1992

- Efectos respiratorios: El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200grs), útero (1,100grs), placenta (600grs), líquido amniótico (900grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650grs) favorecen a que el útero descienda sin ejercer presión sobre los pulmones de la gestante. Este proceso aumenta la capacidad respiratoria en la gestante y así mejora la oxigenación para el feto.⁹³.
- La inspiración profunda que realiza la parturienta provoca el descenso del diafragma, que sumado a la prensa abdominal, impulsan al feto hacia la abertura vulvar como única salida.
- La curva en forma de S de la columna vertebral, en posición horizontal, se simplifica a la forma de C en la posición vertical, permitiendo que la parte superior del tronco materno ejerza presión sobre el fondo uterino.
- Favorece a un mejor acomodo del feto para su paso a través del eje pélvico o la curva de carus.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje aumente desde 90 a 180° y determina que éste ángulo sea menos agudo (más abierto), lo que favorece al encaje y la progresión del feto, los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.
- Al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas, hay un aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en el transverso.
- El polo fetal presiona al cuello uterino y favorece el incremento de la producción de oxitocina, lo que ayuda a la dilatación.
- Efectos mecánicos y de la gravedad. , La acción positiva de la fuerza de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la gestante gana entre 30 a 40 mmHg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- El feto, una vez iniciado su descenso estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna vertebral forman parte de éste mecanismo.
- En la posición vertical la presión se reparte en todo el periné, lo cual disminuye el riesgo de desgarros durante el parto, reduciendo también el número de episiotomías.

-
93. Secretaría de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2007- 2012.
95. Caldeyro Barcia R. Bases fisiológicas y Psicológicas para el Manejo Humanizado del Parto Normal. Simposio sobre recientes adelantos en Medicina Perinatal. Tokio Japón, oct 21 y 22, 1979. Publicación científica No 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
96. Borrel, 1957; Russell, 1969
97. Méndez Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamarriego J: Efectos de la Posición de Pie Sobre la Contractibilidad Uterina Espontánea y otros Aspectos de Trabajo del Parto 1976..



- El tener los talones sobre un punto de apoyo permite el trabajo de los músculos abductores que van desde el pubis hasta la cara interna de la rodilla para abrir el canal del parto (apertura de la sínfisis pubiana, ampliando el canal vaginal y la vulva); cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de estos músculos al tener las piernas colgando sobre los estribos.
- Menor duración del periodo de dilatación y el expulsivo durante el trabajo de parto.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el periodo de dilatación y el período expulsivo, estas contracciones suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones en los latidos cardíacos fetales.^{100,101}
- La amniorresis espontánea se produce más tarde, la integralidad de la bolsa del líquido amniótico disminuye las posibilidades de riesgo para el feto, además le permite adaptarse mejor al canal del parto.

EVIDENCIAS NACIONALES

- M. Martina (1993, Hospital la Oroya), demostró en una muestra de 35 gestantes que dieron a luz en posición vertical versus 35 en posición ginecológica, que la duración del expulsivo y la incidencia de desgarros perineales fue significativamente menor en el grupo de parto vertical. Asimismo, esta posición estuvo asociada a contracciones uterinas más intensas, eficaces y menos dolorosa. No se encuentra ninguna alteración en los recién nacidos de madres cuyo parto fue en posición sentada.¹⁰²
- E. Ojeda (2006, Hospital ESSALUD Cusco), en una muestra de 65 partos en cada modalidad demuestra un mayor tiempo de expulsivo y del alumbramiento para el parto horizontal. Asimismo mayor riesgo de sangrado (>200 cc) y de cesárea (el doble para las que dieron a luz en parto horizontal), comparada con el parto vertical.¹⁰³
- J. Calderón (2008, HERM-ESSALUD- Lima), en una muestra de 80 partos en posición vertical versus 80 partos horizontal corrobora que el tiempo de

99. Díaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Posición vertical durante la primera etapa del curso del trabajo, y el resultado neonatal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005.

100. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistémáticas 2013, cuestión 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934

101. Méndez Bauer, 1975.

102. M. Martina (La Oroya), Julio-Agosto de 1993.

103. E. Ojeda (Hospital Nacional Essalud (Cusco) 2006.

104. Jorge Calderón, José Bravo, Roberto Albinégra, Patricia Rafael, Antonio Laura, Carlos Flores. Parto vertical, Retornando a una Costumbre Ancestral, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Edgardo Regalito Martins / EsSalud Perú 2008.

105. Vilma Zorrilla Delgado sobre ventajas del parto vertical en parturientas y sus recién nacidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses de enero a diciembre del 2013.

expulsivo fue menor para el parto vertical. Asimismo, demostró ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más cómodo, menos doloroso y más satisfactorio.¹⁰⁴

- V. Zorrilla (2013, Hospital Regional de Ayacucho), en una muestra de 20 parturientas demuestra que la posición vertical es más cómoda, fácil y rápida para el periodo expulsivo. Además la gestante refiere mayor libertad de movimiento que le permite una participación activa durante el parto y disfrutar del nacimiento de su niño. ¹⁰⁵
- R. Hurtado (2014, HERM-ESSALUD Lima), a través de una evaluación económica demuestra el costo efectividad del parto vertical en la muestra del estudio clínico del Dr. J. Calderón (2008).

c) ASPECTOS PSICOAFECTIVOS

- El parto vertical proporciona beneficios psico-afectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor o ausencia del mismo, sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- El parto vertical permite a la mujer, la pareja y su familia una mayor participación en el nacimiento del nuevo ser motivando a la mujer a pujar en forma más efectiva.
- "Parto institucional, implica, no solo la vigilancia estrictamente de la parturienta, sino que también considera a igual nivel los aspectos psico-afectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, teniendo en cuenta que es un proceso natural y lleno de amor y de vida. (Ricardo Schwarcz).
- Se considera muy importante el impacto psicoemocional logrado con el acompañamiento durante todo el trabajo de parto de su familiar y el que se haya facilitado el apego y lactancia inmediata con el/la recién nacido/a, todo lo cual trascendió en una satisfacción emocional muy claro de parte de la madre. Es muy probable que esto influya en evitar la depresión postparto y el rechazo madre hijo, lo cual requiere mayor investigación.

d) FUNDAMENTOS CULTURALES¹⁰⁷

La competencia cultural en las instituciones de salud pretende desarrollar las habilidades institucionales y personales para establecer relaciones respetuosas, horizontales y empáticas con todos los usuarios que acuden a los servicios de salud promoviendo lo siguiente:

- La escucha de las gestantes desde su manera de percibir el mundo.
- La indagación de sus expectativas.
- La comprensión de sus códigos culturales.

106. Sabatino José Hugo. Salinas M. e col. (BRASIL-1992).

107. Secretaría de Salud. Proyecciones de indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000 – 2010. Colección Prospectiva. CONAPO, México - 2005.



- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de las gestantes desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural promoviendo el trato digno con todas las gestantes culturalmente diferentes.
- • La detección y eliminación de las barreras culturales existentes.
-
- La atención del parto en posición vertical, además de poseer ventajas fisiológicas, actualmente es un elemento de competencia cultural que puede disminuir barreras culturales y favorecer el acercamiento de la población, de todo el territorio peruano, a los servicios de salud cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar riesgos y complicaciones con subsecuente morbilidad y muerte materna y perinatal.

ANEXO N° 3

AMBIENTE Y EQUIPAMIENTO DE SALA ATENCIÓN DE PARTO EN EL MARCO DE LOS DERECHOS, CON PERTINENCIA INTERCULTURAL ^{108,109 110,111,}

Todos los establecimientos de salud a nivel nacional, con funciones obstétricas y neonatales, incluido los establecimientos estratégicos, deben acondicionar los servicios de emergencia obstétrica, centro obstétrico y hospitalización, de acuerdo a la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01 tomando en cuenta la opinión de las gestantes y su entorno social. La ambientación de este lugar debe presentar características propias de la zona.

La sala de partos debe ser implementada y ambientada para ambas modalidades del parto: vertical y horizontal. Los equipos e instrumentos que implica el parto vertical deben compartirse adecuadamente mostrando un aspecto natural de la zona y de no discriminación ya que vivimos en un país pluricultural y multiétnico.



108. Ministerio de Salud. Documento de Trabajo, Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos (PpR), Lima - Perú 2013.

109. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2011.

110. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2006.

112. Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.

DESCRIPCION DE LA IMPLEMENTACION DE SALAS DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO Y EL CENTRO DE SALUD CHURCAMPA – HUANCAVELICA

- Una base de cemento o madera de 20 cm. de altura cubierta con colchoneta sintética en cuya parte superior se aprecia las sillas para el parto y del acompañante.
- Silla de parto de 40cm. de altura, cuyo asiento tiene la forma de media luna tapizada con marroquín.
- Silla de 30cm de altura rodante para el proveedor.
- Silla de 37cm de altura y 33cm de respaldar para el acompañante.
- Soga gruesa de 5 metros empotrada al techo del ambiente.
- Pellejos de carnero.
- Mesa pequeña de 40cm de altura donde se coloca el instrumental y materiales necesarios para la atención del parto.
- Batas y botas de tela para gestante y acompañante.
- Bolsas de agua caliente.
- Reloj de pared.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5cm de ancho.
- Faja (chumpi), cojines de 40 x 50 cm de diámetro.
- Pañoleta para amarrar la cabeza.
- Paquete de ropa de parto vertical.
- Horno microondas.
- Termos.
- Jarras.
- Estufa de calefacción.
- Termómetro ambiental.
- Medicamentos.
- Hierbas caseras.
- Maletines que contienen las claves (roja, azul y amarilla), para la atención de las emergencias obstétricas.





DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SALAS DE PARTO EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA – UCAYALI Y EL CENTRO DE SALUD BELEMPAMPA - CUSCO.

- Camilla de madera o metal, con una colchoneta impermeable o acolchada y tapizada al metal, de 42cm de altura; 56cm de ancho y 155cm de largo, con respaldo de 50cm de altura.
- Silla de partos de 40cm de altura; 56cm de ancho y 50cm de largo, cuyo asiento tiene la forma de "U", tapizado con marroquín, para mejor comodidad de la parturienta.
- Una mesa pequeña de 40 cm. de altura donde se coloca el instrumental y materiales necesarios para la atención del parto.
- Una silla de 30 cm de altura rodante, para el proveedor.
- Se requiere construir una base fija de cemento o madera de 20 cm. de altura cubierta con material impermeable en cuya parte superior debe descansar la camilla y la silla de partos.
- Una soga empotrada al techo del ambiente, en caso necesario de acuerdo a las costumbres de la zona.
- Bolsas de agua caliente.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5cm de ancho y estufas de acuerdo a la zona.
- Faja (chumpi).
- Cojines de 40 x 50 cm de diámetro.
- Punta para amarrar la cabeza.
- Paquete de ropa de parto vertical.
- Maletines que contienen las claves (roja, azul y amarilla), para la atención de las emergencias obstétricas.
- Medicamentos y hierbas caseras.
- Horno microondas.
- Termos, Jarra.
- Reloj de pared.
- Termómetro ambiental.



EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL

Desde el año 2009, el Servicio de Ginecología Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, incorporó la modalidad de atención del parto en posición vertical, además del parto con acompañante con el fin de responder a la demanda potencial de las mujeres que conocen esta opción y las ventajas de dar a luz bajo esta modalidad que le devuelve el protagonismo a la mujer en un proceso histórica y tradicionalmente natural, íntimo, familiar y no necesariamente medicalizado. Esta experiencia ha significado la adquisición de 10 camillas ginecológicas especiales, según modelo mostrado.

La implementación para la atención del parto en la posición de libre elección de la gestante, ya tenía a favor los ambientes adecuados para un parto donde se asegure privacidad y reducción de estrés. Asimismo, cada sala de labor de parto individual mantiene temperaturas adecuadas temperatura de 24°C a 26°C, iluminación graduable, un ambiente agradable similar a su habitación y libre de grandes ruidos.

Dar paso a la atención del parto en posición vertical ha ido más allá de las pertinencias culturales, pues aborda el tema de derecho, el enfoque de género y ha tenido que contemplar las necesidades culturales del prestador del servicio de salud.



112. Revista Actualidad Materna Perinatal N° 11
http://issuu.com/inmp/docs/revista_actualidad_2013_ok/23?e=1653193/3783147
<http://inmp.gob.pe/noticiasDetalle.php?idPagina=111>



DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SALA DE PARTO EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE – LIMA.

- Silla de partos BIRTHÉZ o BIRTHING CHAIR (Silla de Partos) de origen canadiense, mide 160 cm. de alto, 160 cm de largo, 95.25 cm de ancho, soporta un peso de 206 kg, cuyo material es un sintético duro, cómodo para el cuerpo, tiene dos controles, uno para elevar y otro para reclinarla.
- Una mesa pequeña de 50 cm. de altura donde se coloca el instrumental y materiales necesarios para la atención del parto.
- Una silla de 45 cm de altura giratoria para comodidad del proveedor.
- Bolsas de agua caliente.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5cm de ancho, utilizar de acuerdo a costumbres.
- Faja (chumpi), cojines de 40 x 50 cm de diámetro.
- Punta para amarrar la cabeza, utilizar de acuerdo a costumbres.
- Paquete de ropa de parto vertical.
- Maletines que contienen las claves (roja, azul y amarilla), para la atención de las emergencias obstétricas.
- Medicamentos.
- Hierbas caseras.
- Reloj de pared.
- Jarra de plástico para agua tibia.
- Termos ambientales.
- Horno microondas.
- Ventiladores de acuerdo a la zona.
- Cojines de 40 x 50 cm de diámetro.



ANEXO N° 4

MITOS Y VERDADES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL^{113,114}

En el Perú, algunas mujeres de zonas alto andinas y amazónicas aún mantienen ideas y leyendas ancestrales respecto al tratamiento de las enfermedades, situación que las obliga a tratarse primero en el hogar con medicamentos caseros entre ellos las hierbas, animales y otros, recurriendo a curanderos de la comunidad, en caso de agravarse, recién acuden a los establecimientos de salud.

La misma idea aún permanece para el proceso del parto, muchas mujeres creen que en los establecimientos de salud, las gestantes terminan agravándose, atribuyendo al hecho de administrarle sueros e inyectables, un riesgo latente para sus vidas, por considerar elementos sumamente fríos que significan la descompensación y la subsecuente muerte.

El proceso del parto en este sector de la población aún mantiene características y costumbres innatas, entre ellos se puede señalar los siguientes:

- Uso de pañoletas, en la creencia que disminuye el dolor de cabeza generada por las contracciones uterinas.
- Algunas gestantes acuden a los establecimientos de salud acompañadas de una partera de la comunidad a quien le tienen confianza sobre el avance de la dilatación mediante el pulso y presagiando un buen parto con las hojas de coca.
- Persiste la idea en ellas de que la sala de partos es muy fría y puede producir hipotermia a la madre e inhibir con ello las contracciones uterinas que para ellas son calientes.
- Consumir productos viscosos como el olluco para facilitar el descenso del feto.
- Mantienen la idea que la sangre producida por el parto no debe llegar al suelo

¹¹³Secretaría de Salud. La atención intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México 2007- 2012.

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ventajas del Parto Vertical en Parturientas y sus Recién Nacidos,

¹¹⁴114. Servicio de Gineco Obstetricia. Hospital Regional de Ayacucho – 2013.



porque les puede dar pacha (enfermedad de la tierra), para ello utilizan pellejos de carnero que absorbe la sangre.

- Utilizan tapones de hierbas o algodón en el oído en la idea que los protege de los malos vientos.
- Soplar botella vacía en la idea que apura la salida de la placenta.
- Los familiares entierran la placenta, en la creencia que tuvo vida en similitud al/ la recién nacido/a, de no hacerlo puede provocar un sobre parto (recaída).
- Se alimentan con caldos de tres tipos de animales con la idea de que les repone las fuerzas.
- La utilización del cuero negro (zonas alto andinas): para evitar el paso del frío del suelo cuando la mujer se encuentra de cuclillas o de rodillas. Esta superficie como otras, deberá ser cubierta por campos estériles si es utilizada en el momento del parto. Luego de cada parto deberá ser lavada antes de volverse a usar.
- La utilización de frotaciones o masajes en el cuerpo: para soltar el miedo o la mulla (termino quechua) es muy útil para relajar a la gestante en trance de parto, sobre todo a aquella que se siente insegura o desconfiada. Los masajes provocan relajamiento muscular y mejoran la producción de endorfinas naturales. Se puede utilizar algún tipo de crema o aceite para la frotación.¹¹⁵



115. ODENT. M. Birth reborn. Londres. Souvenir Press. (1984)

ANEXO N° 5

HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL



No. HC

= significa ALERTA

= requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres:	Establecimiento:
Estab. Origen:	<input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Referencia
DNI (LE) Nº	
Dirección:	
Localidad:	Cod. Sector :
Departamento:	Provincia:
Distrito:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Código Afiliación SIS:	
Ocupación:	
Edad:	
Estudios:	
Estado Civil:	
Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN:	
Analfabeto Primaria Secundaria Superior Superior Non Univ. aprobados Años	

FILLACION Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos



RN de mayor peso: g

Gestación Anterior

Fecha:	Si	No	Lactancia Materna
Terminación:			Per. Intermitente
Parto Vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adolescente
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 15
Aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
Ectópico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aborto molar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No Aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frustra/Retenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Séptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EESS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lugar del parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No Aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Captada: Si No

Referida x Ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno
Alergias
Enf. Hipertens. Emb.
Epilepsia
Diabetes
Enferm. Congénitas
Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Malaria
Hipertensión Arterial
Hipotiroísmo
Neoplasia
TBC Pulmonar
Otros

Ninguno <input type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Otras Drogas <input type="checkbox"/>
Aborto habitual/recurrente <input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Parto prolong. <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/>	Preeclampsia <input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/>	Violencia <input type="checkbox"/>	Prematuridad <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial <input type="checkbox"/>	Reten. placentaria <input type="checkbox"/>
Cardiopatía <input type="checkbox"/>	Cirugía Pélv.-uterina <input type="checkbox"/>	Hemorragia Postparto <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Infertilidad <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>
Neoplasias <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>	Coca <input type="checkbox"/>
		TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
		Trastorn. mentales <input type="checkbox"/>
		VIH/SIDA <input type="checkbox"/>
		Otros <input type="checkbox"/>

Peso y Talla

Peso Habitual : kg
Talla : cm

Antitetánica

Nº Dosis	Dosis	Sin dosis	No Aplica
Previa	1ra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		mes de gestación	

Tipo de Sangre

Grupo : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Rh: Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/> Sen <input type="checkbox"/> Desc <input type="checkbox"/> Rh(-) No <input type="checkbox"/> Sen <input type="checkbox"/> Rh(-) Sen <input type="checkbox"/>
--	--

Vac. Previas

Rubeola Si No

Hepatitis B Si No

Papiloma Virus Si No

VIH/SIDA Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: / Duda: Si No
EG.(Ecografía) Sem. Fecha: /
No Aplica

Fecha Probable de Parto: / /

Hospitalización

Hospitalización :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diagnóstico:	<input type="text"/>
CIE10:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Emergencia

Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Diagnóstico:	<input type="text"/>
CIE10:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Violencia / género

Ficha Tamizaje Si No
Violencia Si No
Fecha: / /

Exámenes de Laboratorio

		Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="text"/> .	<input type="checkbox"/>					
Hemoglobina 2:	<input type="text"/> .	<input type="checkbox"/>					
Hemogl.al Alta:	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se Hizo <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>			
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tolerancia Glucosa:	No reactiva <input type="checkbox"/> Reactiva <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se Hizo <input type="checkbox"/>				
VDRL/RPR 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
VDRL/RPR 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
FTA Abs.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
TPHA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Prueba Ráv Sifilis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
VIH Prueba Ráp. 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Prueba Ráp. 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ELISA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Malaria Prueba Ráp:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ex.Comp.Orina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Leucocituria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nitritos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Urocultivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
BK en Esputto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Listeria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tamizaje Hepatitis B:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
PAP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
IVAA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Colposcopía:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

DATOS BÁSALES DEL EMBARAZO ACTUAL

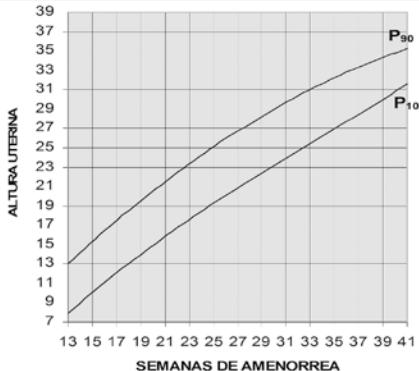
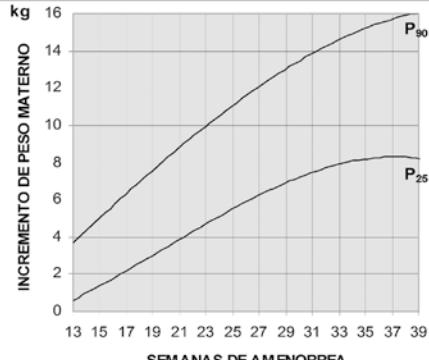
Examen Físico

Clínico: Sin Examen Normal Patológico
Mamas: Sin Examen Normal Patológico
Cuello: Sin Examen Normal Patológico
Uterino: Sin Examen Normal Anormal
Pelvis: Sin Examen Normal Anormal
Odont.: Sin Examen Normal Patológico



ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hr:mm)	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :	/ / : / / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (° C)									
Presión arter.(mm. Hg)									
Pulso materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/I/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/I/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal (+/-/++/+SM/NA)									
Proteíneria Cuálitativa (+/-/++/+/NSH)									
Edema (+/-/+/-/+SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0, + / ++ / +++)									
Examen de Pézón (Formado/ No Form /Sin Exam)									
Indic.Fierro /Ac Fólico (menor o igual a 16 sem)									
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)									
Indic. Ac. Fólico									
Orient.Consej.(PF/ITS/Nut/ Indi.VIT/Calc/No se hizo/NA)									
SG de Em. Control (Semana se hizo/NA)									
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 19 /NSH /NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicili. (Si/No/NA)									
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se Hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha:

1. _____ / / /
2. _____ / / /
3. _____ / / /

Otras patologías (CIE 10):

1: _____

2: _____

- Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: / / / Establ.Trasl. :
- Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: / / / Establ.Trasl. :
- Referencia - Apoyo al Diagnóst. Si No No Aplica Fecha: / / / Establ.Trasl. :

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

HCMP :		Atención	<input type="checkbox"/>	Aborto	<input type="checkbox"/>	Parto	<input type="checkbox"/>	Producto de la concepción	Hijo Unico	<input type="checkbox"/>	Embarazo Múltiple	<input type="checkbox"/>	Aborto	<input type="checkbox"/>	Orden		
Ingreso al establecimiento por parto		REFERENCIA AL INGRESO	<input type="checkbox"/> Si	FREC. RESP.	<input type="checkbox"/>	SITUACIÓN	Longitudinal	POSICIÓN	Derecha	FECHA Y HORA:	/ /	: : :	INICIO	Espontáneo	DILATACIÓN	<input type="checkbox"/>	LÍQUIDO AMNÍOTICO
		No	<input type="checkbox"/>	TEMP.	<input type="checkbox"/>	Transversa			IZQUIERDA				No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claro	
		No aplica	<input type="checkbox"/>	PESO	<input type="checkbox"/>	PRESENTACIÓN	Cefálica	TAMAÑO FETAL ACRÓDE	No				Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verde claro	
PULSO MATERNO			<input type="checkbox"/>	E.G.	<input type="checkbox"/>	kg	Pelvica		Si					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verde oscuro	
PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica)						ALTURA ÚTERINA	cm	F.C.F.		FECHA RUPTURA	/ /						
Signos y Síntomas de Alerta																	
Anasarca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cianosis <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Epigastralgia <input type="checkbox"/> Dolor hipocondr.der. <input type="checkbox"/>								Hematuria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hipot.ortostática <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>									
Terminación		Fecha :															
TERMINACIÓN P. Espontánea		POSIC. GESTANTE		PARTO GRAMA		PARTO CON ACOMPAÑANTE											
Forceps		Horizontal <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>											
Vacuum		Vertical <input type="checkbox"/>															
Cesárea electiva		No Aplica <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>													
Cesárea emerg.																	
DESgarros																	
No hubo <input type="checkbox"/>																	
I <input type="checkbox"/>		ALUMBRAMIENTO		PLACENTA		LIGADURA CÓRDÓN											
II <input type="checkbox"/>		Activo <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/>		Precoz <input type="checkbox"/>											
III/IV <input type="checkbox"/>		Expontáneo <input type="checkbox"/>		Incomplete <input type="checkbox"/>		Temprana <input type="checkbox"/>											
No aplica <input type="checkbox"/>				Manual <input type="checkbox"/>		Retenida <input type="checkbox"/>											
Recién Nacido																	
Sexo		Femenino <input type="checkbox"/>		Peso <input type="checkbox"/> g		< 2500 g <input type="checkbox"/>											
		Masculino <input type="checkbox"/>				> 1500 g <input type="checkbox"/>											
		Indeterminado <input type="checkbox"/>		P.Cef. <input type="checkbox"/> mm		> 4000 g <input type="checkbox"/>											
Talla																	
Edad por : <input type="checkbox"/> sem		< 37		APGAR: <input type="checkbox"/> 4-6		0-3											
Ex. Físico		> 42		1' <input type="checkbox"/>													
Peso x Edad Gestacional:				5' <input type="checkbox"/>													
Adecuado <input type="checkbox"/>		Pequeño <input type="checkbox"/>		Grande <input type="checkbox"/>													
Exam. Físico																	
Hospitaliz.		S.Lúticu		RN		Reanimación Respiratoria		Medicación En reanim.RN									
Normal <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>		VDRL/RPR		Deposiciones		No <input type="checkbox"/>		Bolsa y Máscara <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Vitamina K Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Anormal <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>				Meconial								Profilaxis Ocular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Necropsia		Si <input type="checkbox"/>		+ <input type="checkbox"/>		Transicional								Ctrl.Puerperio Inmediato Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		se hizo <input type="checkbox"/>		Amarillo <input type="checkbox"/>											
No Aplica <input type="checkbox"/>						Ictericia Precoz <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>									
Alojamiento Conjunto		Contacto Piel a Piel <input type="checkbox"/>		LME <input type="checkbox"/>		Evolución RN											
Si <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>		Deposiciones											
No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		Meconial											
No Aplica <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>		Transicional											
Vacunas RN						Transicional											
BCG Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						Amarillo <input type="checkbox"/>											
Hepatitis B Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						Ictericia Precoz <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>									
Tipo de Sangre						Ictericia Precoz <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>									
Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>						Estabil.Trasl.											
Rh Rh + <input type="checkbox"/>		Rh - <input type="checkbox"/>				Alimento Al Alta		TSH									
						Pecho Solo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>									
						Pecho y Artificial <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>									
						Artificial Solo <input type="checkbox"/>											
						Artificial Control <input type="checkbox"/>											
						No Aplica <input type="checkbox"/>		Peso <input type="checkbox"/> kg									
Horas/días postparto o aborto																	
Temperatura																	
Pulso (latidos/minuto)																	
Pres. Arterial max/min.(mm.Hg)																	
Invulsión uterina																	
Caract. Lechos (Sangrado:Leve, Moderado, Severo)																	
Herida oper. (abdominal/peritoneal)																	
Observaciones																	
PARTO																	
Corticoides antenatales (28-34sem)																	
Medicación en Parto (Ver anexo)																	
Indicación Principal Parto Operatorio																	
Atención																	
NIVEL :																	
FON:		Residente Médico <input type="checkbox"/>		Obstetra <input type="checkbox"/>		Interno <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>		Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Empresaria o partera <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>	
FONB:																	
FONE:																	
FONI:																	
Domiciliario																	
Otro																	
Responsable de la atención del Parto :																	
(firma y sello)																	
Responsable de la atención del Neonato:																	
(firma y sello)																	
HC RN: NOMBRE RN :																	
Patología Recién Nacido																	
Sin patologías <input type="checkbox"/>																	
1. <input type="checkbox"/>																	
2. <input type="checkbox"/>																	
3. <input type="checkbox"/>																	
RECIÉN NACIDO																	
Reanimación Respiratoria		Medicación En reanim.RN															
No <input type="checkbox"/>		Bolsa y Máscara <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>													
Oxígeno <input type="checkbox"/>		Reanim.Avnz. <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>													
Egreso RN																	
Fecha: / /																	
Egreso: Sano <input type="checkbox"/>		Con Patología <input type="checkbox"/>		Fallece <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>											
Diagnóst.: <input type="checkbox"/>																	
Dx.Fallecim.: <input type="checkbox"/>																	
Dx.Traslado: <input type="checkbox"/>																	
Estabil.Trasl.: <input type="checkbox"/>																	
Alimento Al Alta		TSH															
Pecho Solo <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/>															
Pecho y Artificial <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>															
Artificial Solo <input type="checkbox"/>																	
No Aplica <input type="checkbox"/>		Peso <input type="checkbox"/> kg															
Egreso Materno																	
Fecha: / /																	
Egreso: Sano <input type="checkbox"/>		Con Patología <input type="checkbox"/>		Fallece <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>											
Diagnóst.: <input type="checkbox"/>																	
Dx.Fallecim.: <input type="checkbox"/>																	
Dx.Traslado: <input type="checkbox"/>																	
Estabil.Trasl.: <input type="checkbox"/>																	
Anticonceptivos		Ligadura Tubaria <input type="checkbox"/>		Anticonc. combinada <input type="checkbox"/>													
Abstinencia <input type="checkbox"/>		MELA <input type="checkbox"/>		Sólo <input type="checkbox"/>													
Periodicos <input type="checkbox"/>		Progestag. liposolubles <input type="checkbox"/>		Ort/Consej. <input type="checkbox"/>													
Condom <input type="checkbox"/>		Progestag. liposolubles <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>													
DB <input type="checkbox"/>		Progestag. Orales <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>													
Observaciones																	
PUERPERIO INMEDIATO																	

INDICACIONES AL ALTA:

FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 10 (ICIE 10).

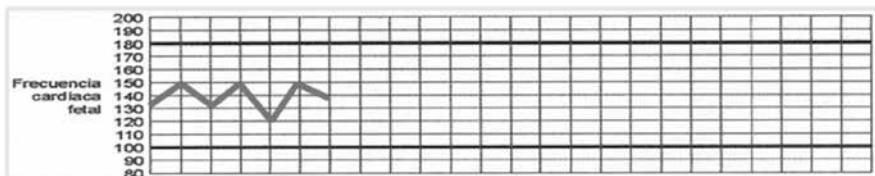
INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

ANEXO N° 6 PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO ^{116,117}

El uso del partograma es OBLIGATORIO para el profesional de la salud en todo trabajo de parto independientemente de la posición que la usuaria elija. El registro gráfico en el partograma empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.

Registre lo siguiente en el partograma:

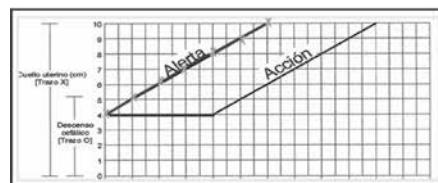
- a) Información sobre la paciente: nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, tiempo transcurrido desde la rotura de membranas, fecha y hora de ingreso.
- b) Frecuencia cardiaca fetal (FCF): registre cada 30 minutos con un punto, que luego serán unidos para evaluar evolución teniendo en cuenta que el rango varía entre 120 a 160 latidos por minuto.



c) Líquido amniótico: Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:

- I: membranas intactas.
- C: membranas rotas, líquido claro.
- M: líquido con manchas de meconio.
- S: líquido con manchas de sangre.

- d) Moldeamiento:
1: suturas lado a lado.
2: suturas superpuestas, pero reducibles.
3: suturas superpuestas y no reducibles.



e) Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal y marque con una equis cruz (X). Sobre la línea de alerta a partir de los 4 cm de dilatación comience el registro en el partograma.

f) Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperado, a razón de 1 cm por hora.

116. Lavender T, Hart A, Smyth R. Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art.

117. MPAC, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto; Guía para Obstetras Y Médicos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra - 2002.



g) Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

h) Evaluación del descenso fetal mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (0) en cada examen vaginal. De acuerdo al descenso de la cabeza empezarán a disminuir las partes sobre el pubis.

i) Horas: Tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

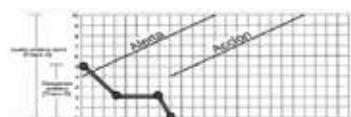
j) Tiempo: Registre el tiempo real.

k) Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones a los 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

Menos de 20 segundos

Entre 20 y 40 segundos

Más de 40 segundos



l) Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto cada 30 minutos.

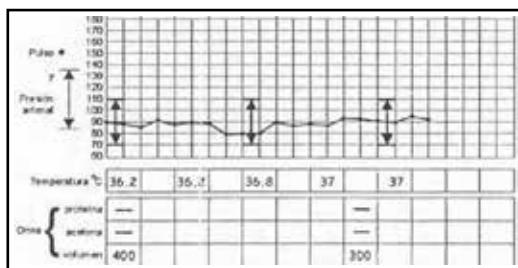
m) Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

n) Pulso: Registre cada 30 minutos y marque con un punto.

o) Presión arterial: Registre cada 4 horas y marque con flechas.

p) Temperatura: Registre cada 2 horas.

q) Proteína, acetona y volumen: Registre cada vez que se produce orina para así determinar volumen de orina y obtener una muestra al ingreso para detectar proteinuria y cetonuria.^{118,119}



118. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2004.

119. Ministerio de Salud. Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2007.



Partograma de la OMS modificado

Nombre: _____ G: _____ P: _____ N° H. C.: _____

Fecha de ingreso: _____ Hora de ingreso: _____ Membranas rotas: _____ horas

Frecuencia cardíaca fetal (●)	120	130	140	150	160	170	180	190	200				
	95	100	105	110	115	120	125	135	145				
Vaginas	I												
Ritmo	R												
Liq. Amniótico	C												
Liq. Maternal	M												
Liq. Seroquística	S												
Líquido amniótico Moldeamiento													
Duración uterina (cm) (Trazo X)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Desbordamiento reñístico (Trazo O)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nº de horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Hora													
PARTO ATENDIDO POR													
FECHE: _____ / _____ / _____													
HORA: _____													
SEXO: _____													
PESO: _____													
TALLA: _____													
APGAR: _____													
Menor de 20°	<input type="checkbox"/>												
Entre 20° y 40°	<input checked="" type="checkbox"/>												
Mayo 40°	<input type="checkbox"/>												
Contracciones por 10 minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
oxítoxina U/H, pitocina/min													
Medicamentos administrados y líquidos IV													
Pulso ●	140	150	160	170	180	190	195	200					
Y	130	120	110	100	90	80	70	60					
Presión arterial	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	195	200
Temperatura °C													
Orina	proteína	escamas	volumen										



ANEXO N° 7

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE PARTO.

EL DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE PARTO INCLUYE ,

- a) El diagnóstico y la confirmación del trabajo de parto.
 - b) El diagnóstico del período y la fase del trabajo de parto.
 - c) La evaluación del encajamiento y descenso del feto.
 - d) La identificación de la presentación y la posición del feto.
- a) EL DIAGNÓSTICO Y LA CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

SOSPECHE TRABAJO DE PARTO SI LA GESTANTE PRESENTA:

- Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación.
- Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (eliminación de tapón mucoso).
- Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.

CONFIRME EL INICIO DE TRABAJO DE PARTO SI HAY:

- Borramiento del cuello uterino.
- Dilatación del cuello uterino.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PERÍODO	FASE
• Cuello uterino no dilatado.	Trabajo de parto falso/ No hay trabajo de parto.	
• Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer	Latente
• Cuello uterino dilatado de 4–10 cm. • Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más. • Comienza el descenso fetal.	Primer	Activa
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm). • Continúa el descenso fetal. • No hay deseos de pujar.	Segundo	Temprana (no expulsiva)
• Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm). • La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis. • La mujer tiene deseos de pujar.	Segundo	Avanzada (expulsiva)
• El tercer período del trabajo de parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión completa de la placenta.		

b)EL DIAGNÓSTICO DEL PERÍODO Y LA FASE DEL TRABAJO DE PARTO.

c) LA EVALUACIÓN DEL ENCAJAMIENTO Y DESCENSO DEL FETO

Mediante palpación abdominal, evalúe el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis:

- Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable.
- Una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero



quintos (0/5) palpable.

d) LA IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENTACIÓN Y LA POSICIÓN DEL FETO.

DETERMINE LA PARTE QUE SE PRESENTA.

- El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Si el vértice no es la parte que se presenta, maneje como si se tratara de una anomalía de presentación.
- Si el vértice es la parte que se presenta, use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la gestante.

DETERMINE LA POSICIÓN DE LA CABEZA FETAL.

- La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición occípito-transverso; es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna.

UN DIAGNÓSTICO INCORRECTO DEL TRABAJO DE PARTO PUEDE CONDUCIR A ESTADOS DE ANSIEDAD E INTERVENCIONES INNECESARIAS

120.IMPAC, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto; Guía para Obstetricas y Médicos, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra - 2002.

121. Ministerio de Salud. Conceptos actuales en la atención del embarazo – parto y puerperio, Hospital Santa Rosa, Lima-Perú 2005.



ANEXO N° 8

COMPRESIÓN BIMANUAL EXTERNA.^{122,123}

Esta técnica consiste en colocar una mano en la cara anterior del útero a nivel supra púbico y la otra mano en el fondo uterino a cara posterior y entre las dos manos tomar el cuerpo uterino y realizar la compresión en forma continua, (maniobra que permite la expulsión de coágulos o sangrado retenido, permite una mejor contracción y hemostasia del cuerpo uterino).



122. Ministerio de Salud. Guía de Atención de Emergencias Obstétricas, tercera edición, Ayacucho – Perú 2004.

123. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en EPS, CLAP/SMR Publicación Científica N° 1573-2010.



ANEXO N° 9

HIERBAS UTILIZADAS EN EL PARTO Y POST PARTO

NOMBRE COMÚN	NOMBRE CIENTÍFICO	PROPIEDADES	MODO DE PREPARACIÓN	MOMENTO DE USO
Albahaca	Ocimum basilicum	Apura el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Ajenjo	Artemisia absinthium	Apurar el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Cola de caballo	Equisetum telmateia	Amaciza los huesos	Infusión y tomarla caliente	Dilatación y parto
Chiche (huacatay)	Lageter minuta	Apurar el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Capulí (guinda)	Prunus	Apurar el parto	Comerlo como uva	Dilatación parto y puerperio
Matico	Launetoria polystachys	Antiséptico, cicatrizante	Higiene genital	Dilatación parto y puerperio
Manzanilla	Matricaria chamomilla	Antiséptico, cicatrizante	Higiene de genitales	Puerperio
Malva	Malvas silvestres	Antiséptico, cicatrizante	Higiene de genital	Puerperio
Orégano		Apurar el parto	Infusión y tomarla caliente	Dilatación
Perejil	Petroselinum	Aumentar la temperatura corporal	Hervido y combinado con algarroba	Dilatación
Quinua del monte		Sirve para amacizar los huesos	Hervir y tomar como agua de tiempo	Puerperio
Ruda	Ruta graveolens	Apurar el parto		Dilatación
Tuna		Aumenta la temperatura (apresura el parto)	Hervir una ramita y tomar bien caliente	Dilatación y parto
Toronjil y colcas, melis	Melissa officinalis	Aumenta la temperatura (apresura el parto, abre los huesos)	Poner la ramita de toronjil en Infusión.	Dilatación y parto
Congona	Rosa verde	Antiinflamatorio, analgésico	Calentar las hojas	Calma el dolor de oído ocasionado por el parto



X. BIBLIOGRAFÍA

- a) Hurtado La Rosa, R. Con los Pies en la Tierra, un estudio sobre las ventajas del parto en posición vertical, primera edición Lima – Perú 2014.
- b) Lavender T, Hart A, Smyth R. Efecto del Uso del Partograma en los Resultados para Pacientes con Trabajo de Parto Espontáneo a Término. Cochrane of Systematic Reviews 2013.
- c) Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2013 cuestión 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.
- d) Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2013.
- e) Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2013.
- f) Ministerio de Salud. Documento de Trabajo, Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Estratégicos (PpR), Lima- Perú 2013.
- g) Efecto del Momento de Pinzamiento del Cordón Umbilical en Recién Nacidos a Término Sobre los Resultados en la Madre y el Neonato (Revisión Cochrane traducida). Cochrane base de datos Revisiones Sistemáticas 2013 publicado 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.
- h) Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ventajas del Parto Vertical en Parturientas y sus Recién Nacidos, Servicio de Gineco Obstetricia. Hospital Regional de Ayacucho – 2013.
- i) Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02 "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA
- j) HELPING Babies Breathe. Guía para la implementación de Ayudando a los Bebes a Respirar, <http://www.helpingbabiesbreathe.org/> 2012.
- k) Secretaría de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo

Intercultural, México 2007- 2012.

l)Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2012; 38 (1):134-145.

m)Academia Americana de Pediatría- Quinta Edición – 2011.

n)Centro Latinoamericana de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud: Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS. Publicación Científica N° 1577, Montevideo-Uruguay - 2011

o)Hurtado La Rosa, Raquel Elizabeth: Evaluación Económica de la Posición en la Atención del Parto, en el Hospital de EsSalud Edgardo Rebagliati Martins Perú/2007-2011.

p)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus Distintas Posiciones en el Marco Multicultural, Guatemala - 2011.

q)Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas con Pertinencia Cultural hacia la Interculturalidad Guatemala - 2011.

r)Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Lima – Perú 2011.

s)Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2011.

t)Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad, Lima – Perú 2011.

u)Salud Sin Límites. Atención en Salud con Pertinencia Intercultural/Primera Edición: hecho el depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011.

v)Ministerio de Salud. Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que Brindan Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.

w)Ministerio de Salud. Modulo para Capacitadores en Atención del Parto en Posición Vertical con Enfoque Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual Reproductiva, Lima – Perú 2010.



x) Ministerio de Salud. Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú 2010.

y)Ministerio de Salud. Atención Materna y Neonatal con Equidad de Género e Interculturalidad en el Marco de los Derechos Humanos en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2010.

z)Fondo de Población de las Naciones Unidas. Atención en Salud con Pertinencia Intercultural, Lima – Perú 2010.

aa)Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado Sistema Nacional de Salud, Ecuador – 2008.

bb)Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Dirección General de Calidad de Servicios, Colombia 2008.

cc)Ministerio de Salud. Documento Técnico Adecuación Cultural de la Orientación/consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2008.

dd)Ministerio de Salud. Norma técnica de transporte asistido de pacientes por vía aérea – Ambulancia Aéreas, aprobada con RM Nº 336-2008 /MINSA.

ee)Ministerio de Salud. Norma técnica de transporte asistido de pacientes por la vía acuática, aprobada con RM Nº 337-2008 /MINSA.

ff)Jorge Calderón, José Bravo, Roberto Albinagorta, Patricia Rafael, Antonio Laura, Carlos Flores. Parto vertical, retornando a una costumbre ancestral, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins /EsSalud Perú 2008.

gg)Secretaría de Salud. La Atención Intercultural de las Mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, México 2008.

hh)Una Visión de Salud Intercultural para los Pueblos Indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.

- ii)Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento, Departamento de Neonatología INMP, Lima- Perú 2007.
- jj)Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica, para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Dirección General de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de la Salud Sexual y Reproductiva, Lima- Perú 2007.
- kk)Ministerio de Salud. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, Dirección de Calidad en Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2007.
- ll)Ministerio de Salud. Modelo de Atención con Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal Consorcio Madre Niño, Churcampa - Huancavelica - Perú 2007
- mm)Ministerio de Salud. Marco de Derechos y Deberes del Usuario para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, Lima- Perú 2006.
- nn)Ministerio de Salud. Documento Técnico, Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación, Dirección General de Promoción de la Salud, Lima - Perú – 2006.
- oo)Ministerio de Salud. Norma técnica de transporte asistido de pacientes por vía terrestre, aprobado con RM Nº 953-2006 /MINSA
- pp)Lavender T y Mlay R. Posición en el Período Expulsivo del Trabajo de Parto de las Mujeres sin Anestesia Peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- qq)Ministerio de Salud. Norma Técnica para Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2005.
- rr)Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane plus, 2005 número 4. Oxford: Update Softwar Ltd.
- ss)Díaz Ag, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Posición vertical durante la primera etapa del curso del trabajo, y el resultado neonatal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005.
- tt)Secretaría de Salud. Proyecciones de Indígenas de México y de las Entidades Federativas 2000 – 2010. Colección Prospectiva. CONAPO, México - 2005.



- uu)Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud **Sexual** y Reproductiva, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2004.
- vv)Ministerio de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Lima- Perú 2004.
- ww)Ministerio de Salud. Guía de Atención de Emergencias Obstétricas, tercera edición, Ayacucho – Perú 2004.
- xx)MIMDES- FNUAP, Módulo de Capacitación para Sectores "Diseño de políticas de igualdad de oportunidades con equidad de género" del Proyecto Impacto en las Políticas Públicas Sectoriales sobre el avance de las mujeres, dentro del marco del Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones, Lima 2004.
- yy)Naciones Unidas. Los Derechos Humanos y la Reducción de la Pobreza: Un Marco Conceptual. Ginebra - 2004.
- zz)Secretaría de Salud. El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural México - 2003.
- aaa)Ministerio de Salud. Guía de Salud Sexual y Reproductiva para el Promotor. Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud, Lima – Perú 2001.
- bbb)SABATINO José Hugo. SALINAS M. e col. Parto fisiológico: La posición vertical es la fisiológica para el parto. Universidad de Campiña Sao Pablo Brasil; 1992.
- ccc)Caldeyro Barcia R. Bases fisiológicas y Psicológicas para el Manejo Humanizado del Parto Normal. Simposio sobre Recientes Adelantos en Medicina Perinatal. Tokio Japón, oct 21 y 22, 1979. Publicación científica No 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.