



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 042

“Norma de Humanización del Parto Institucional”

Managua, Mayo – 2010

N
WQ
39
0152
2010

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Dirección Superior del Ministerio de
de Salud. “**Norma de Humanización del Parto Institucional**”/
Carolina Dávila Murillo, Melba Barrantes. Managua: MINSA,
Mayo. 2010

43p.;ilus

(Normativa 042, contiene Acuerdo Ministerial No. 250-2010)

1. Organización de la Atención del Parto (Descriptor Local)
2. Parto Humanizado
3. Calidad de Atención de la Salud
4. Modificación de Prácticas Obstétricas Neonatales (Descriptor Local)
5. Atención Afectiva del Recién Nacido (Descriptor Local)
6. Derechos y Deberes de los Acompañantes (Descriptor Local)
7. Derechos del Recién Nacido (Descriptor Local)
8. Derechos y Deberes de las Parteras (Descriptor Local)
9. Derechos y Deberes de las Mujeres Embarazadas (Descriptor Local)
10. Derechos y Deberes de los Acompañantes (Descriptor Local)
11. Relaciones Interpersonales

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA- 2010

CREDITOS

DIRECCIÓN SUPERIOR DEL MINISTERIO DE SALUD

Dra. Sonia Castro González	Ministra de Salud
Dr. Elías Guevara Ordoñez	Vice Ministro de Salud
Dr. Enrique Beteta Acevedo	Secretario de Salud

Documento Elaborador por:

Dra. Carolina Dávila Murillo	Directora Regulación en Salud
Dra. Melba Barrantes	Funcionaria Departamento Información medica

Expertos revisores:

Dirección General de Extensión de la Calidad de la Atención

Dr. Wilmer Beteta	Responsable de Atención a la Mujer
-------------------	------------------------------------

Dirección General de Planificación y Desarrollo

Dra. Karen Herrera	División de Estadística
--------------------	-------------------------

SILAIS Matagalpa

SILAIS Managua

SILAIS Rivas

Municipio Altagracia

Dra. Fátima Ortiz Pedroza	Directora del C/S. Altagracia
---------------------------	-------------------------------

Municipio de Belén

Rosa Urbina T	Embarazada.
José Antonio Molina	Poder Ciudadano
Victoria Suárez	Partera.
Mauricio Quintanilla	Brigadista.
Gerardo Espinosa García.	Brigadista.
Dra. Ángela Rivera	

Municipio de Buenos Aires

Leyla Arana Hurtado	Enfermera Directora Municipal de salud
Jorge Luis Sánchez	Coordinador la Promotoria Social
Edgardo Mora Guzmán	Coordinador de la FES y JS19 de Julio
Yaoska José Bustos	Brigadista de Salud
Yared José Bustos	Brigadista de Salud
Muriel Marina Castellón	Brigadista de Salud
María Elena Silva	Brigadista de salud
Karla Villareal Gutiérrez	Líder comunitario
Gladys Novoa Cerda	GPC Coordinador de Educación

Kareys Dayana García
Freddy Antonio Baltodano
Aurora Estrada
Gilma Mercedes Mora B
María de los Ángeles Quiroz

GPC Coordinador de Educación

Enfermera Municipal

Municipio de Cardenas

Dra. Agnes Latino
Cro. Isidro Dávila

Directora Municipal de Salud
Brigadista de Salud y Colaborador
Voluntario Col. Vol
Embarazada
Cónyuge de la embarazada
Medico en Servicio Social
Enfermera materno – Infantil
Partera Certificada

Karina Arauz
Taykel Ruiz
Doctor Carlos Díaz
Lic. Janine Espinoza
Cra. Andrea Montoya

Municipio de Moyogalpa

Dr. Pedro Bejarano
Bemilda Fuentes
Daysi Mejía
Lic. Sandra Paisano
Lic. Rosa Elvira Barrios
Darling Esquivel
Byron Phillips
Cristian Quiroz
Lic. Lidieth Mena
Lic. Ericka Vado

Medico general
Partera
Enfermera General
GPC Municipal
Enfermera Obstetra
Embarazada
Conyugue
Promotor
Equipo de dirección
Epidemiología

Municipio de Potosí

María Isabel Rivera
Marisol Urtecho
Luis Martínez

Partera
Embarazada
Cónyuge
Equipo de dirección Municipal

Municipio de Rivas

Dra. María Delia Vílchez Briceño

Directora Municipal

Municipio de San Jorge

Dr. Martin Armengol Flores Morales

Director de servicios de salud

Municipio de Tola

Dra. Martha Julia Chamorro
Lic. Socorro Víctor
Lic. Urania Obregón
Dra. Janine Quintana Pineda
Lic. Marileth Cubillo
Enf. Jasmina Quijano
Cra. Ivania Medina Noguera

Directora Municipal de Salud
Enfermera Municipal
Responsable de Epidemiología Municipal
Medico en Servicio Social
Enfermera Obstetra
Enfermera Servicio Social
Embarazada

Sra. Elba Noguera	Madre de la Embarazada
Cra. Ana Felipa Ruiz	Partera
Cra. Leonarda Torres	Partera
Cra. Marchell Yarima Morales	Brigadista de Salud
Cro. Irving Yocnier Morales	Brigadista de Salud
Cra. Kristell Vanesa Ruiz	Brigadista de Salud
Sra. Evelin Marelis Espinoza	Líder Comunitario
Sra. Eunice Adriana Espinoza	Líder Comunitario
Sra. Francisca del Carmen	GPC
Sr. Claudio Mariano Centeno Herrera	Padre de familia

Hospital Gaspar García Laviana

Dr. Wilfredo Aguilar Espinoza	Director General del hospital
Dr. Pedro Pablo Palomino	Sub- Director de Atención Médica
Dr. Ángel López Ortega	Sub- Director Docente
Dra. Kathy Avendaño E	Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia
Dr. Osman Moreno	Jefe del Servicio de Emergencia
Dra. Ana P. Quintanilla	Jefe del servicio de Pediatría

SILAIS Madriz

COORDINADORES REGIONALES

Dra. Wendy Idiáquez
Dra. Arles Estrada
Lic. Ángela Rosa Peña
Dr. Pedro Tijerino
Dr. Zamir Aguilar

EQUIPO NIC 020:

Dr. Leo Reyntjens, CTP NIC-020
Dra. Olga Sánchez, ATL Masaya
Dra. Dominga Canales, ATL Carazo
Msc. Patricia Quintana, ATL, Rivas

Comisión Nacional de Normas, guías y protocolos del sector Salud

Cra. Luz María Torres Sánchez	Directora General de Regulación Sanitaria
Cro. Manuel Córdoba	Comité de Racional de Insumos Médicos del Nivel Nacional
Cro. Carlos Cuadra	Delegado de la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención
Cra. Luisa Amanda Campos	Delegada Dir. Gral. De Vigilancia para la Salud
Cro. Waldo Fonseca Larios	Delegado Dir. General de Docencia
Cra. Karel J. García Meza	Delegada Dir. General de Planificación y Desarrollo
Cro. Carlos Hermógenes Bonilla	Delegado de Asesoría legal
Cra. Rosario Gaitán	Experto Invitado
Cro. Leonardo Contreras	Experto Invitado
Msc. María José Mendoza Galán	Coordinadora T7NIC-020



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:

AÑO DE LA
SOLIDARIDAD

Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 250 -2010

ACUERDO MINISTERIAL

No. 250 - 2010

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta" Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: *"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud"*.

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, **Objeto de la Ley**, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



*Nicaragua
en el Alba*

**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua.

Tel: PBX (505) 22894700.

Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:
AÑO DE LA
SOLIDARIDAD
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 250 -2010

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 2, Órgano Competente**, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su **Artículo 4, Rectoría**, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "**Artículo 19.-** Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en su **Artículo 32**, establece que: "La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud" y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 211 establece: "**Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.-** La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que con fecha 4 de Agosto del 2010, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado "**Norma de Humanización del Parto Institucional**", cuyo objetivo es modificar la práctica obstétrica - neonatal mediante la organización de la atención del parto de bajo riesgo, para que responda a las necesidades, tradiciones, y expectativas culturales de las mujeres y de su familia.

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "**Norma de Humanización del Parto Institucional**", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.


**PODER
CIUDADANO**
*Nicaragua
Gana con Voz!*

*Nicaragua
en el Alba*
**CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!**



MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua.
Tel: PBX (505) 22894700.
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:
AÑO DE LA
SOLIDARIDAD
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 250 -2010

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados donde se presten servicios obstétricos y neonatales.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los nueve días del mes de Agosto del año dos mil diez.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD


PODER
CIUDADANO
*Nicaragua
Gana con Voz!*

*Nicaragua
en el Alba*
CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción
Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de
Mayo. Managua, Nicaragua.

Tel: PBX (505) 22894700. 3
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2010:
AÑO DE LA
SOLIDARIDAD
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 250 -2010

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de SILAIS y a los directores de establecimientos de salud públicos y privados donde se presten servicios obstétricos y neonatales.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los nueve días del mes de Agosto del año dos mil diez.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD


PODER
CIUDADANO
*Nicaragua
Gana con Voz!*

*Nicaragua
en el Alba*
CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción
Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de
Mayo. Managua, Nicaragua.

Tel: PBX (505) 22894700. 3
Apartado Postal 107. www.minsa.gob.ni

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	12
I. SOPORTE JURÍDICO	13
II. JUSTIFICACIÓN	14
III. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	14
IV. OBJETO	18
V. UNIVERSO	18
VI. CAMPO DE APLICACIÓN.	18
VII. DISPOSICIONES	19
VIII. REFERENCIAS	28
IX. ANEXOS	<u>29</u>

PRESENTACIÓN

En diciembre de 1979, la asamblea General de las Naciones Unidas, dicta la resolución 34-180, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer ratificado por Nicaragua 27 de Octubre de 1983 en la cual se condena cualquier forma de discriminación contra la mujer, y recoge el compromiso de incluir el respeto de los derechos reproductivos.

El Ministerio de Salud en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer salud gratuita y atención oportuna a los nicaragüenses, continúa impulsando acciones que contribuyan a mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez, mediante acciones concretas que contribuyan a operativizar los lineamientos orientados en la Política Nacional de Salud, así como, en el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

El Ministerio ha venido trabajando, en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; garantizar una atención prenatal con amplia cobertura y calidad; así como lograr brindar una atención institucional de parto limpio y seguro; logrando además realizar un abordaje oportuno y acertado de complicaciones obstétricas, todo lo cual se vería reflejado en la reducción de la morbi mortalidad materna perinatal. Lo anterior se alcanzará parcialmente si no se brinda un trato humanizado en la atención del parto; esto incluye la atención durante el embarazo, el parto y puerperio.

La presente norma “Humanización del Parto Institucional” está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, de los establecimientos públicos y privados, con el propósito de establecer acciones que permitan mejorar la calidad de atención, participación de la familia y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios. El personal de salud debe brindar atención con calidad y calidez, debe potenciar la autoestima de las pacientes, las relaciones interpersonales y promover el amor, la comprensión y la solidaridad; todo ello se logra con un cambio de actitud y el trabajo en equipo.

Sin duda alguna esto permitirá un compromiso de toda la sociedad en general con la familia, sin aislar los aspectos científicos relacionados con este aspecto.

I. SOPORTE JURÍDICO

Constitución política:

Artículo. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen

Ley No 423 Ley General de Salud:

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

Artículo 32.- La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud.

Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

Reglamento de la Ley General de Salud, Decreto 001-2003

Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias

Ley No 295, Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna y Regulación de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Publicada en la Gaceta No. 122 del 28 de Junio de 1999:

CONSIDERANDO I; Que la Lactancia Materna es un medio inigualable que proporciona el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo del lactante constituyendo la base biológica, psicológica y fisiológica o al desarrollo normal de los niños y niñas.

CONSIDERANDO II; Que el fomento, la protección y mantenimiento de la lactancia materna son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social, que garantizan un desarrollo integral del lactante.

II. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud ha puesto a la disposición de los trabajadores de salud Normas, Protocolos, Guías y Manuales sobre aspectos a la atención de la mujer en estado de embarazo, parto, puerperio y atención al recién nacido con el objetivo de mejorar la atención en salud de este grupo y reducir las muertes maternas. Ningún otro indicador como el de la mortalidad materna muestra tan claramente las grandes inequidades que enfrentan las mujeres.

La mayor parte de las muertes maternas son prevenibles, si las mujeres tienen acceso a cuidados calificados durante su embarazo, parto y puerperio, cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE). Sin embargo, persisten enormes barreras económicas, geográficas y culturales que limitan este acceso, a pesar de los esfuerzos y programas que desarrolla el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, para garantizar una maternidad segura, aún se requiere profundizar el enfoque de género y de derechos humanos que vincule las aspiraciones institucionales y las expectativas de las mujeres.

En este contexto la adecuación cultural para atención del parto, forma parte de un conjunto de estrategias desarrolladas por el MINSA (Plan de Parto, Casas Materna, cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE) y planificación familiar) desarrolladas con participación de la comunidad organizada para mejorar el acceso y la calidad.

Sin embargo esas estrategias solo pueden ser efectivas y eficientes si existe una actitud positiva y pro activa por parte de los trabajadores de la salud que atienden a este grupo vulnerable y si existe una participación activa de la familia en todo el proceso de formación y nacimiento de un nuevo ciudadano nicaragüense.

Es por eso que el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional a través del Ministerio de Salud pone a disposición la presente Norma “**Humanización del Parto Institucional**” con la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posición que la mujer solicita, en especial cuando es vertical. Permitir el acompañamiento, respeto por las costumbres y tradiciones durante el parto.

Sin duda alguna este documento servirá como un instrumento para la lucha por eliminar la ausencia de humanismo y el maltrato que años tras años han venido sufriendo nuestras mujeres nicaragüenses. Este documento debe ser de estricto cumplimiento para los establecimientos públicos y privados del país.

III. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

1. **Alojamiento conjunto:** Estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.
2. **Apego inmediato o precoz:** Vínculo afectivo entre la madre y su hijo que se establece en los primeros momentos después del parto.
3. **Alto riesgo reproductivo:** Situación que se presenta durante el embarazo y que tiene alta probabilidad de causar lesión daño o muerte de la Madre el niño o niña* o dejar secuelas en uno o en ambos posterior a ese embarazo incidiendo negativamente en su salud.
4. **Atención prenatal:** Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido-a.
5. **Calidad de atención:** Es garantizar una atención con calidez que cumpla con los estándares y protocolo establecidos. Secuencia de actividades y comportamientos normados que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.
6. **Cesárea:** Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero.
7. **Comunicación en salud:** Es un proceso interactivo mediante el cual dos personas intercambian aspectos relacionados con su salud en la búsqueda de una mejor alternativa para el cuidado de la Salud de la paciente.
8. **Cosmovisión:** Es el conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o conceptos general del mundo que tiene una persona, época o cultura a partir del cual se interpreta su propia naturaleza y la de todo lo que exista. También es la forma de ver y concebir el mundo (COSMO) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se firma entre cultura, asociadas a su creencias místicas y espirituales, para explicar el mundo y las relaciones que lo sustentan.
9. **Cosmovisión indígena:** Es la forma de valorar la vida y sus orígenes, así como la interrelación con la naturaleza, plantea que este sistema de valores, normas, conocimientos y prácticas está determinada por el medio natural en que habitan sus pobladores.
10. **Cultura:** Usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos, creencias que pueden tener, o a ciertos comportamientos que consideramos socialmente ideales. De igual forma, cuando comparamos a un país con otro, utilizamos el término cultura como sinónimo de civilización, entendiendo ésta como desarrollo científico, tecnológico, e incluso artístico. Sin embargo, la cultura desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto

histórico. Desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”

11. **Cultura y Maternidad:** En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida emocional, social y reproductiva de las mujeres y de la familia. Por esta razón existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y otras prácticas culturales alrededor del embarazo, el parto, puerperio, y el nacimiento en los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representan el embarazo, parto, puerperio y los primeros días de vida del recién nacido, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento. El sistema biomédico moderno ha impuesto prácticas que no considera los contextos socioculturales de las mujeres, sin embargo el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFIC), facilita la articulación y alianzas solidas con la práctica tradicional.
12. **Embarazo:** Es un estado de la mujer que dura aproximadamente 41 semanas, es un periodo comprendido entre la fecundación y el parto (o el aborto) durante el cual se desarrolla el ser humano en la cavidad uterina.
13. **El Etnocentrismo:** Es la percepción y juicios de cómo las personas tienden a ver las cosas desde el punto de vista de sus propios patrones culturales. Es también la práctica de juzgar a las otras culturas con las normas de la propia, considerando a las gentes de otras culturas como inferiores. En este sentido, el etnocentrismo impide construir relaciones de respeto entre las culturas de los usuarios y prestadores de servicios de salud.
14. **Empático:** Concerniente a Empatía: Capacidad que tiene el ser humano de conectarse con otra persona y responder adecuadamente a sus necesidades, a compartir sus sentimientos e ideas de tal manera que logra que la otra persona se siente bien con él o ella.
15. **Espiritualidad:** Es la manifestación del SER, es el uso que hace el individuo del conjunto de pensamientos conceptos ideas, ritos y actitudes a través de las cuales se materializa una Sociedad. Para los pueblos indígenas, la espiritualidad es energía, esencia y acción; el espíritu está dentro de la materia y es tangible e intangible. El espíritu es la **esencia** que da vida a la materia (los seres humanos, los animales, las plantas y los minerales) y aquí la relación intrínseca con el **cosmos**, donde se conjugan las fuerzas energéticas de los seres que habitamos esta tierra (sentimientos, pensamientos, acciones, etc.).
16. **Humanización del parto:** Atención digna a la embarazada coherente con los valores que la persona siente como peculiar e inalienable. Es la importancia del cuidar frente al curar, la importancia del estar y el ser frente al hacer. Establecer relaciones significativas que ayuden a la persona a recuperar su condición de persona.
17. **Interculturalidad:** Se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de culturas.

En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo a partir de la escucha mutua, de hablar con el otro y no para el otro, es un diálogo solidario.

18. **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido proporciona por la Madre que garantizan los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo y les proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
19. **Multiculturalita:** Es la convivencia en un mismo espacio social de dos personas identificándose con culturas variadas respeto a la identidad cultural de la coexistencia, la convivencia, la calidez cruzada y el mestizaje.
20. **Modelo de Salud Intercultural:** Es el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de los puntos posibles en el punto de política y eje transversal del establecimiento de un modelo de atención que responde adecuadamente a las necesidades reales, de la población indígena y la institucionalización del enfoque interculturalidad de la salud.
21. **Nacimiento humanizado:** Es el derecho que tiene la o el recién nacido de recibir la atención afectiva-emocional, garantizando el inmediato acercamiento al abdomen de su madre, corte del ombligo cuando este deje de pulsar, inicio de la lactancia materna, los cuidados inmediatos según normas y recibir el pronto afecto de sus padres o familiares.
22. **Parto:** El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos. Dentro de la filosofía de humanización el Parto es el atender y cuidar (dentro del contexto intercultural las Comadronas y parteras es aliviarse) a la persona durante el acto de dar a luz a un ser vivo o fallecido, por parte del personal de salud, Comadrón y/o Partera.
23. **Parto humanizado y/o Empático (tratar de actuar en línea con la cultura):** Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas.
24. **Parto Psicoprofiláctico:** Es aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física y emocional, para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas. Es decir, natural pero con una preparación de por medio, la cual es brindada por instructoras, educadoras perinatales y en ocasiones por enfermera, ginecólogos, psicólogos o pediatras.

25. **Riesgo:** Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.
26. **Satisfacción del usuario (a):** Es la percepción de los usuarios (as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.

IV. OBJETO:

Modificar la práctica obstétrica-neonatal mediante la organización de la atención del parto de bajo riesgo, para que responda a las necesidades, tradiciones y expectativas culturales de las mujeres y de su familia. Así como brindar al recién nacido la atención afectivo-emocional de su madre, el apego precoz y los cuidados inmediatos según normas, favoreciendo la armonía entre padres y familias.

V. UNIVERSO:

Esta norma será aplicada a mujeres en estado de embarazo, o durante el parto, o puerperio, así como al recién nacido, que acuden a los establecimientos de salud públicas y privados donde se brinda atención obstétrica.

VI. CAMPO DE APLICACIÓN.

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas los establecimiento de salud públicos y privados donde se oferta servicios obstétricos y neonatales

VII. DISPOSICIONES

A. GENERALES

1. El Ministerio de Salud es el órgano rector del sector salud y tiene competencia para establecer regulaciones para la mejora continua de la atención en salud.
2. Las disposiciones contempladas en esta norma son de carácter obligatorio y estricto cumplimiento por todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.
3. Se entiende por parto humanizado o empático:
 - a. Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
 - b. Reconocer y respetar las necesidades individuales incluida su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia
 - c. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
 - d. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee).
 - e. Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
 - f. Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona.
 - g. Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.
4. Para la implementación y consolidación de la estrategia se deben desarrollar los siguientes acciones:
 - a. Organizar los círculos de embarazadas contando con la participación de las Parteras o Comadronas, con el fin de brindar información sobre el embarazo, parto y postparto así como los cuidados del recién nacido y la realización de ejercicios para prepararlas para un parto psicoprofiláctico así como las consejerías acorde a la cultura ancestral.
 - b. Atender y cuidar a la Familia y mujer embarazada durante el proceso de atención en el embarazo, parto y postparto.
 - c. Incorporar las características culturales y preferencias de las mujeres para la atención de su embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido en los servicios de salud.
 - d. Adecuar las salas de parto y prácticas del personal para la atención del parto vertical.
 - e. Fomentar la lactancia materna exclusiva.

- f. Garantizar que el personal médico realice una adecuada nota de parto en donde especifique el cumplimiento o no de los estándares de la Humanización del parto.
5. La Dirección General de Extensión de la Calidad de Atención, es la encargada de garantizar la implementación y seguimiento a las acciones a desarrollar en los establecimientos de salud para brindar parto humanizado, de acuerdo a lo determinado en la presente normativa.
6. El Director del SILAIS es el responsable de:
 - a. Garantizar la implementación de la estrategia en los establecimientos de salud proveedores de servicios públicos y privados, del territorio bajo su responsabilidad.
 - b. Garantizar el seguimiento y brindar asesoría en el proceso de implementación en los establecimientos de salud de la red territorial bajo su responsabilidad.
 - c. Evaluar y remitir mensualmente a la Dirección General de extensión de la Calidad de la Atención, el cumplimiento de los indicadores de la normativa en las unidades de salud del territorio.
7. El representante del establecimiento de salud es el responsable de:
 - a. Organizar los servicios del establecimiento para la atención humanizada del parto.
 - b. Divulgar la presente normativa a los trabajadores de salud y a las usuarias y la familia, incluyendo un proceso de sensibilización.
 - c. Incluir los temas de educación para la convivencia sobre la base de metodologías ancestrales con Parteras o Comadronas dirigidas al personal de salud.
 - d. Hacer cumplir la presente normativa en el servicio de atención del parto.
 - e. Nombrar un responsable para monitorear el cumplimiento de la presente normativa.
 - f. Incluir en los temas de educación continua la presente normativa dirigida al personal en formación y personal de salud del establecimiento.
 - g. Informar mensualmente el cumplimiento de esta normativa al SILAIS correspondiente.
8. Durante el proceso de atención del parto se debe eliminar la práctica rutinaria de:
 - a. Episiotomía.
 - b. Rasurado del vello púbico.
 - c. Aplicación de enema.
 - d. Aspiración oro faríngea en el niño.
9. Las indicaciones de episiotomía serán las siguientes:
 - a. Parto vaginal complicado.
 - b. Nulíparas con periné resistente.
 - c. Parto de nalgas.

- d. Distocia de hombros.
 - e. Parto con fórceps.
 - f. Extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica.
 - g. Cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
 - h. Sufrimiento fetal.
10. Permitir la permanencia de las parteras en las casas maternas.
11. Las parteras utilizarán el sistema de referencia, se debe contrarreferir a las unidades de salud de primer nivel, estos últimos deben comunicar a la partera tratante.
12. Durante el proceso de atención del parto se debe orientar y permitir a la madre escoger:
- a. La compañía de la pareja o un familiar de su preferencia.
 - b. La posición del parto.
 - c. La participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y postparto.
 - d. Entrada de alimentos y bebidas tradicionales.
13. La paciente tiene el derecho de decidir quién atenderá el parto (médico, partera o familia), siempre y cuando el parto no curse con una complicación obstétrica.
14. Durante el proceso de atención del parto se promueve:
- a. Acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a.
 - b. Lactancia precoz (excepto VIH positivo).
 - c. Facilitar el acceso de refrescos azucarados en el servicio de Labor y Parto.
15. Fomentar la conformación de comités de usuarias/os que apoyen y controlen acciones de mejoramiento de la calidad: parteras, curanderas y promotores de salud, proveedores de los Servicios de Salud y Gobiernos Locales, para la detección de brechas culturales, introducir modificaciones consensuadas y progresivas.
16. En las áreas rurales las salas de parto deberán ser adecuadas para la atención del parto vertical, en dependencia de las costumbres y cultura de la población.
17. No se debe realizar parto vertical en los siguientes casos:
- a. Cesárea anterior de tipo corporal.
 - b. Desproporción céfalo pélvica.
 - c. Sufrimiento fetal agudo.
 - d. Presentación podálica.
 - e. Embarazo gemelar.
 - f. Presentación del niño o niña Distócica.
 - g. Contracciones distócicas.
 - h. Distocia de cordón.

- i. Macrosomía fetal.
 - j. Prematurez.
 - k. Hemorragia del tercer trimestre.
 - l. Ruptura prematura de membrana alta.
 - m. Embarazo pos término.
 - n. Preclampsia, eclampsia.
 - o. Antecedente de parto complicado.
 - p. Cirugías de la estática pélvica.
 - q. Producto valioso.
18. Se debe proveer apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el embarazo, parto y puerperio.
19. Cuando el ingreso ocurra de inmediato, facilitar la comunicación ágil con los familiares.
20. Para implementar los siguientes lineamientos se deberá considerar los aspectos relacionados a la interculturalidad de cada zona o área geográfica de Nicaragua, según sea el caso.
21. La normativa debe sujetarse a las leyes y sus reglamentos, así como a las normas, guías y protocolos clínicos establecidos por el Ministerio de Salud, por lo tanto se complementa con ellos.
22. Las instituciones formadoras de recursos en salud deberán conocer la presente normativa e incluirla en la curricula de las carreras formadoras de trabajadores de la salud.
23. Para garantizar la pronta recuperación de la paciente cuando haya riesgo de complicaciones prevalecerá las indicaciones médicas en todos los aspectos, de lo contrario se respetará las creencias y costumbre de cada región.
24. El cumplimiento de la norma debe ser incorporado en los procesos de evaluación del subcomité de la satisfacción del usuario, que forma parte del Comité de evaluación de la Calidad de cada establecimiento proveedor de servicios de salud.
25. Se establecerá sanciones disciplinarias a los directores de SILAIS, directores de establecimientos de salud y a los profesionales y técnicos de la salud, que no cumplan con las disposiciones de la presente normativa.

B. ESPECIFICAS

1. Derechos de la Mujer Embarazada

- a. Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el cónyuge o compañero, siempre que no existan complicaciones ni se altere el normal desarrollo del parto.
- b. Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- c. Confidencialidad respecto de sus datos personales y sanitarios.
- d. Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.
- e. Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.
- f. Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y de su hijo o hija, así como apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del recién nacido, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- g. Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del recién nacido.
- h. Recibir, del personal de salud, trato digno.
- i. Recibir orientación sobre la importancia del registro del niño y la niña posterior al egreso del hospital para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación.

2. Derechos del Recién Nacido:

- a. Hospitalización acorde a su estado de salud.
- b. Promoción y facilidades para recibir lactancia materna.
- c. Los establecimientos dispongan de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia.
- d. Ser inmunizado después del parto contra las enfermedades infectocontagiosas según protocolo de inmunizaciones.
- e. Continuidad asistencial por los Servicios de Atención Primaria de Salud una vez dado de alta en el hospital.
- f. Ser trasladado a recibir estimulación temprana en el sistema de salud, en caso de sufrir alguna alteración que dificulte su adecuado desarrollo.
- g. Permanecer con su madre y no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa médica.
- h. Ser correctamente identificado en el momento de su nacimiento.

3. Derechos y Deberes de los Acompañantes:

A. Son derechos del acompañante:

- a. Estar con su familiar que está internado u hospitalizado para brindarle un apoyo emocional y físico, así también constituya un apoyo en la atención integral de su paciente.
- b. Recibir información y conocer el estado de salud de su familiar inmediatamente después del pase de visita, así como las alternativas de tratamiento, su pronóstico y la evolución.
- c. Recibir un buen trato de parte del personal de salud, los enfermos y otros familiares acompañantes.
- d. Participar en actividades educativas, recreativas y/o culturales dirigidas a los familiares.

B. Son deberes del acompañante:

- a. Cumplir con las normas establecidas en el hospital y sala donde está internada su familiar.
- b. Involucrarse en las actividades de cuidados como proceso de aprendizaje para el manejo de su familiar en el cuidado en su hogar.
- c. Permanecer en la sala al lado de su familiar.
- d. Comunicar a las autoridades correspondientes cualquier queja y/o sugerencia que contribuya a la mejora del funcionamiento de la sala, servicio u establecimiento de salud.
- e. Mantener el respeto y recato correspondiente para el resto de parturientas.
- f. No abandonar la sala sin comunicar al personal de enfermería de turno.
- g. Abandonar la sala al momento del pase de visita médica, procedimientos especiales a otra paciente o cuando lo solicite el personal de salud.
- h. Cuidar las instalaciones y mobiliarios utilizados para la atención de su paciente.
- i. No portar arma de fuego y/o corto punzante.
- j. No ingresar bajo efectos del alcohol, o cualquier otra droga.

- k. No introducir bebidas alcohólicas, cigarrillos u otra droga ilícita.
- l. Evitar ruidos innecesarios producidos por celulares u otros aparatos.
- m. Manejar una comunicación cordial y de respeto con el personal de salud

4. Sobre los derechos y deberes de las Parteras:

A. Son derechos de las parteras:

- a. Aplicar sus prácticas acorde al arte de cuidar, educar y aliviar a las embarazadas y familia desde su cosmovisión y espiritualidad en partos de bajos riesgos y sin riesgo de complicaciones.
- b. Utilizar sus prácticas y creencias alrededor de la atención del parto y el vínculo con la familia y convivencia.
- c. Hacer uso del sistema de referencia.

B. Son deberes de las parteras:

- a. Portar su carnet para facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la atención del parto.
- b. Apoyar al personal de salud en las decisiones y proceso de atención cuando se requiera.
- c. Garantizar la vigilancia de la paciente antes, durante y después del parto.
- d. Alimentar el censo de las embarazadas de los establecimientos de salud con la información que tienen.
- e. Dar seguimiento a las embarazadas registradas en el censo.

5. Organizar los círculos de embarazadas

- a. Los actuales clubes de embarazadas adolescentes, que funcionan en las unidades de salud del primer nivel, constituirán la base para formar círculos de embarazadas, ampliándolas a todo el universo de embarazadas.
- b. El círculo de embarazadas tiene como objeto brindar a las parejas conocimientos que le permitan modificar pensamientos y conceptos erróneos con respecto al embarazo. (p.ej. creer que el embarazo es una enfermedad) y brindar técnicas de respiración y relajación, indispensables para el control Emocional, (disminuir las ansiedades, miedos y temores propios del evento).

- c. A través del círculo de embarazadas se le proporciona a la mujer la preparación física-emocional necesaria para saber qué hacer, cómo relajarse, cómo respirar, cómo adoptar diferentes posturas como cuclillas, en cuatro puntos, cómo manejar el deseo de pujo, dirigir el esfuerzo de pujo, entre otras cosas.
- d. El equipo facilitador del círculo de embarazadas está conformado por: médico, enfermera, partera o comadrona así como nutricionista, psicóloga, y trabajadora social en los establecimientos donde se cuente con estos perfiles.
- e. Para organizar las Sesiones, se conforma un grupo con un máximo de 15 participantes.
- f. El Curso completo dura aproximadamente 3 meses y se llevan a cabo a través de 12 sesiones.
- g. En la primera sesión se les debe dar a conocer a los participantes:
 - i. Información básica sobre el círculo: en qué consiste, qué es, etc.
 - ii. Objetivos.
 - iii. Beneficios.
 - iv. Los requisitos de inclusión y exclusión para realizar el curso psicoprofiláctico.
 - v. Compromisos: puntualidad, asistencia como mínimo a 8 sesiones.
- h. Los temas mínimos que se deben programar en el círculo de embarazadas son los siguientes:
 - i. Cambios anatomo fisiológicos del embarazo.
 - ii. Cambios Psicológicos del embarazo.
 - iii. Atención prenatal.
 - iv. Signos de peligros de la primera mitad del embarazo.
 - v. Signos de peligros de la segunda mitad del embarazo.
 - vi. Utilización de casas maternas.
 - vii. Métodos de Planificación Familiar.
 - viii. Lactancia Materna.
 - ix. Humanización del parto.
 - x. Cuidados del Recién nacido/Estimulación temprana en el Recién nacido.
- i. Puede promoverse la realización de artes manuales, tales como bordado, tejidos, otros.
- j. Debe permitirse el acompañamiento del compañero, familiar o partera/o que la embarazada determine.
- k. La labor del acompañante será muy importante y de gran ayuda para la mujer, ya que la preparación previa le permitirá saber cómo emplear

medidas que no son farmacológicas, como algunos masajes o presión en ciertos puntos para controlar el dolor de su pareja, favoreciendo el confort.

- l. En los círculos de embarazadas se promoverá el parto psicoprofiláctico. Anexo.
- m. Las técnicas de relajación tienen el propósito de reducir el dolor no evitarlo, mediante la aplicación de ejercicios que contribuyen a disminuir o eliminar el estrés y/o el temor que algunas mujeres sienten ante el parto, especialmente al ser primigesta.

6. Facilitar el acompañamiento durante el proceso de atención en el embarazo, parto y postparto.

- a. Se permitirá a toda paciente contar con un acompañante al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otros servicios de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétrico (ARO). Se excluyen de éstas aquellas salas cerradas tal como: unidad de cuidados Intensivo, y/o unidad de cuidados neonatales, unidades de cuidados coronarios, entre otros; debido a que en estas áreas se internan pacientes graves.
- b. En relación al numeral anterior la paciente decidirá quién de su familia la acompañará al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otro servicio de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétricos (ARO), lo que debe quedar documentado en el expediente. Este aspecto se pueden iniciar a negociar desde las APN con el Plan de Parto.
- c. Se permitirá acompañante del sexo masculino (aún en la sala de labor y parto, y expulsivo) siempre y cuando las condiciones permitan y garanticen la privacidad de las otras pacientes.
- d. Al momento del ingreso o internamiento para la atención obstétrica toda paciente podrá recibir tres tarjetas:
 - i. Una de color verde de permanencia de un acompañante.
 - ii. Una de color blanco para visitas.
 - iii. Una azul para las parteras.
- e. El acompañante deberá ser mayor a los diez y seis años, salvo aquellos casos especiales donde exista previa evaluación por trabajo social y aprobación de la supervisora de sala.
- f. El acompañante debe estar libre de enfermedades infecto contagiosas (por ejemplo: catarro, rubéola, etc.) con el único objetivo de proteger a su familiar y resto de personas.

- g. Durante el pase de visita se le solicitará a los acompañantes salir de la sala, exceptuando los casos de adolescente que deben estar acompañadas (durante la evaluación) por familiar.
- h. Se permitirá realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en presencia de un familiar que la paciente decida, pero deberán salir de la sala los acompañantes de las otras pacientes.
- i. Se prefiere que el acompañante de las pacientes menores de edad sea una persona adulta con capacidad legal para tomar decisiones y firmar el consentimiento informado, en relación a la atención en salud de su familiar (principalmente si se trata de autorización de procedimientos médicos o quirúrgicos).
- j. Todo familiar o acompañante debe conocer los derechos de su paciente, principalmente lo relacionado a la humanización o empático de la atención obstétrica; y así mismo deberán conocer sus deberes como acompañante o familiar, principalmente los aspectos relacionados al comportamiento y buena conducta en las salas o área de atención para preservar el bienestar de todas las pacientes.
- k. En caso que una embarazada o puérpera se encuentre internada en área críticas restringidas tales como: unidad de cuidados Intensivos, unidad de cuidados coronarios, sala de operación o en otras áreas consideradas críticas; el acompañante puede permanecer cerca de dichas salas o en la sala de espera (según sea el caso) para que pueda ser localizado de forma oportuna y rápida.

7. La incorporación de características culturales y preferencias de las mujeres para la atención de su embarazo y parto y cuidados del recién nacido en los servicios de salud.

- a. Toda paciente tiene derecho a seleccionar la alimentación que va a ingerir, esto incluye aquellos que por tradición (familiar o área geográfica, etc.) consumen durante el embarazo y después del parto. (Por ejemplo: cuajada seca con tortilla, tibio, manzanilla, entre otros). Se excluyen aquellas pacientes que por sus condiciones de salud tenga contraindicado a este tipo de alimentación.
- b. El ingreso de alimentos se debe permitir las 24 horas.
- c. El personal debe permitir que la mujer puede tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, tibio, u otros. Se recomienda: Té o leche con canela.

- d. Se debe permitir el uso de bebidas para los entuertos tales como: eneldo, cilantro, aluzama, pimienta de castilla, romero y miel de jicote.
- e. El personal de salud debe conocer la acción de algunas hierbas comunes del territorio y permitir que la parturienta ingiera bebidas medicinales según la costumbre en su comunidad, siempre y cuando no sean perjudiciales para ella o para su bebé y en caso que se desconozca su efecto, buscar alternativas en conjunto con la parturienta y la partera si es esta quien la está acompañando.
- f. El personal de salud involucrado en la atención de una paciente debe garantizar su privacidad, principalmente al momento de realizar examen físico.
- g. La partera puede participar antes, durante y posterior al parto, cuando la paciente así lo desee; de preferencia acompañado por el personal de salud.
- h. Debe ofrecerse y permitirse la atención del parto vertical.
- i. Realizar lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio del trabajo de parto y repetirlo si fuera necesario. Para ello durante la atención prenatal se conversará con la embarazada y con los familiares a fin de obtener las hierbas al momento del parto.
- j. Debe permitirse a la mujer cambiar de posición cuando ella lo demande, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto.
- k. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.
- l. El personal de salud que atienden el parto vertical en cualquiera de las posiciones deberá instruir a la embarazada para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.
- m. Todo personal de salud involucrado en la atención de la paciente debe establecer comunicación continua con la paciente y su familiar, siempre se le debe informar sobre:
 - i. Condición clínica de la paciente, resultados de estudios complementarios y procedimientos médicos que se requieran.

- ii. Razones de la presencia de personal médico y paramédico en formación.
- n. Una vez que el bebé nace se ubicará junto a su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.
- o. Para incorporar las adecuaciones culturales acordes al territorio se realizaran ciclos rápidos de mejoría continua de la calidad para la adecuación cultural.
- p. Para la realización de un ciclo rápido, el subcomité de satisfacción de usuarias revisará de forma minuciosa el proceso de atención del parto y al detectar brechas en el mismo indagará sobre las posibles causas.
- q. Luego deberán pensar en propuestas concretas de cambios en base a la experiencia y conocimientos de cada uno de los miembros del subcomité. Es importante además que reflexionen qué pasaría al introducir el cambio en el sistema de atención actual, lo que llevaría a determinar si el cambio es o no factible.
- r. Las deficiencias en el proceso de atención que inciden sobre la brecha cultural escogida, es decir: acciones que no se realizan adecuadamente, elementos que son innecesarios o redundantes, y elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están; deben ser identificados de forma precisa y planteados de manera adecuada. Una vez que se han identificado las deficiencias, lo siguiente es elaborar propuestas concretas de cambios en la organización del proceso, lo que llamaremos “ideas de cambio”, Ejemplo:

Deficiencias encontradas en la atención		Ideas de Cambio	
Mal identificada	Bien identificada	Mal elaborada	Bien elaborada
No hay dónde atender el parto vertical	La sala de partos no está adecuada para atender el parto vertical	Construir una sala de partos adecuada para atender el parto vertical (está mal elaborada porque no es factible)	Adecuar la sala de partos con insumos físicos adecuados para atender el parto vertical
No existe personal capacitado	El personal no está capacitado para atender el parto vertical	Capacitar al personal (está mal elaborada porque es la deficiencia redactada en positivo y no propone ningún cambio concreto)	Invitar a parteras comunitarias para que compartan sus conocimientos con el personal de la Unidad de Salud sobre los procedimientos para atender el parto vertical

- s. Una vez respondidas las preguntas fundamentales, el ciclo rápido de la mejora continua de la calidad, (Programar, Ejecutar, Examinar, Actuar) permite poner en práctica las ideas de cambio planteadas.
- t. Se pueden realizar los siguientes ciclos:
 - i. El primer ciclo es el de prueba, a pequeña escala, por tanto con un grupo reducido.
 - ii. El segundo ciclo será de ajustes de los cambios, de acuerdo a las experiencias obtenidas en la realización del primero, o el regreso al primer ciclo de prueba con una nueva idea de cambio en caso de que el cambio propuesto no funcione.
 - iii. El tercer ciclo rápido constituye la aplicación del cambio a mayor escala, para ajustar los detalles necesarios antes de implementar el cambio en toda la Unidad de Salud.
 - iv. Puede existir o darse un mayor número de ciclos rápidos, lo que el Equipo requiera hasta que perciba que el nuevo proceso puede aplicarse a gran escala en la Unidad o Sistema de Salud.
 - v. Finalmente una vez probado el nuevo proceso, se realizará todos los trámites administrativos necesarios para mantener el proceso en forma definitiva.

8. Adecuar las salas de parto y prácticas del personal para la atención del parto vertical

- a. Para la atención del parto vertical la Infraestructura de los expulsivos debe adecuarse a las siguientes condiciones:
 - i. Luz tenue.
 - ii. Temperatura agradable, ambiente a 24 grados centígrados aproximadamente.
 - iii. Ventanas con cortinas de colores.
 - iv. Paredes pintadas con colores no claros.
- b. En el equipamiento se deberá agregar además de lo descrito en el manual de habilitación vigente:
 - i. Silla o camilla vertical.
 - ii. Argolla de metal o madera instalada en el techo.
 - iii. Mecate grueso de 5 metros.
 - iv. Una colchoneta para el piso.
 - v. Campos para el nacimiento del bebé.
 - vi. Dos cojines de 30 cm de diámetro.
 - vii. Bolsas de agua caliente.
 - viii. Botas de tela para la embarazada, para evitar contaminar al niño.
 - ix. Batas amplias para cubrirla adecuadamente.

9. Atención del parto vertical

- A. Ingreso de la paciente.
 - a. Recibir a la parturienta y a su acompañante de forma amable, respetuosa y cordial.
 - b. Explicar de forma clara y amable los procedimientos que le realizará, durante la atención.

- B. Periodo de dilatación.
 - a. Vigile el trabajo de parto utilizando el partograma, el que le dará las pautas para la realización de los tactos subsecuentes.
 - b. Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre porque de los mismos y ganarse la confianza de la embarazada y acompañante, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.
 - c. El personal de salud debe proporcionar soporte emocional con el apoyo del familiar elegido por la embarazada.
 - d. Facilite un ambiente de confianza para que la parturienta se sienta en la libertad de expresar sus inquietudes y/o temores.
 - e. El personal de salud debe conocer la acción de algunas hierbas comunes del territorio y no permitir el uso de aquellas que puedan provocar daño a la madre o feto.
 - f. El personal de salud será respetuoso de las costumbres acerca de los alimentos a los que está acostumbrada la parturienta, en el caso que la institución no pueda proporcionarlos se les deberá permitir el ingreso de estos alimentos. Sin embargo debe brindársele consejería sobre la alimentación después del parto.
 - g. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

- C. **Posiciones durante la fase de dilatación:**
 - a. La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:
 - i. La comprensión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.
 - ii. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
 - iii. El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
 - iv. El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
 - b. La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25 %. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y

- la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- c. La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.
 - d. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

D. Relajación y masajes:

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

E. Posiciones en el periodo expulsivo

- a. Las posiciones que pueden adoptar la embarazada son las siguientes:
 - i. Posición de cuclillas: Variedad anterior.
 - ii. Posición de cuclillas: Variedad posterior.
 - iii. Posición de rodillas.
 - iv. Posición sentada.
 - v. Posición semisentada.
 - vi. Posición cogida de la sogá.
 - vii. Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).
- b. Posición de cuclillas: Variedad anterior: es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.
 - i. El personal de salud se ubica arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquillo bajo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
 - ii. La embarazada debe mantener las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
 - iii. El acompañante actúa como soporte de la embarazada, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la embarazada, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.
- c. Posición de cuclillas: variedad posterior:
 - i. El personal de salud protege el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la embarazada y posteriormente se adecuará para hacer el alumbramiento dirigido.

- ii. El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.
- d. Posición de rodillas:
- i. El personal de salud se ubica cara a cara con la gestante y posteriormente se adecua para realizar el alumbramiento dirigido.
 - ii. El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.
 - iii. En esta posición la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.
- e. Posición sentada y semisentada
- i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
 - ii. El acompañante debe estar sentado con las piernas separadas o arrodillada sobre la tarima, abrazará a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante.
 - iii. En esta posición la embarazada se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicado debajo de la gestante.
 - iv. En la posición semisentada la gestante se apoyará sobre almohada o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.
- f. Posición agarrada de la soga: Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.
- i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecua para realizar el alumbramiento dirigido.
 - ii. La embarazada se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.
- g. Posición pies y manos: Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.
- i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
 - ii. Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el

- momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición mas reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- iii. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

F. Atención del Periodo del Alumbramiento

- a. El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición horizontal en razón que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.
- b. Se pueden utilizar costumbres de la zona rural:
 - i. Provocarse nauseas estimulando la úvula con el objeto de provocar esfuerzo.
 - ii. Soplar una botella.
 - iii. Pinzar el cordón amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.
- c. Es importante evaluar si no se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.
- d. Se debe mantener las normas del proceso de alumbramiento.

G. Disposición final de la placenta

- a. Debe permitirse que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en aquellas situaciones que se identifique la placenta como un factor de riesgo de contaminación tales como VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otras, las cuales deberá explicársele a la familia.
- b. Se debe proceder a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo normas de bioseguridad.

H. Atención del Puerperio Inmediato

- a. Las habitaciones deben tener calor y poca luz.
- b. Estimular la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Permitir que las mujeres se fajen el abdomen.
- c. Permitir que el acompañante repose junto a ella, Excepto aquellos casos en que la condición de la paciente no lo permita.
- d. Preferiblemente habilitar con sabanas de colores vistosos y oscuros, ya que las mujeres temen manchar las sabanas blancas.
- e. Cumplir con las normas de atención al puerperio inmediato.
- f. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

10. Fomentar la lactancia materna exclusiva

- a. Los directores de los hospitales debe asegurar que todo recién nacido se le brinde apego precoz o inmediato después del parto.
- b. Todo establecimiento de salud con internamiento deberá brindar alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su internamiento.
- c. La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.
- d. Los establecimientos de salud deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados.
- e. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.
- f. En los establecimientos de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- g. En los establecimientos de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.
- h. Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.
- i. Debe darse estricto cumplimiento de todos los pasos de la Lactancia Materna.
- j. Antes de dar el alta brinde consejería en PF a la puérpera y a su acompañante, que le permita escoger el método que más le convenga de acuerdo a los criterios clínicos de elegibilidad. Si decide llevar un método natural acuerde con la partera y/o el personal de salud de donde proviene el seguimiento de la puérpera para garantizar la continuidad en el uso del método.

11. Aspectos Relacionados a la Divulgación :

- a. La estrategia de humanización de la atención obstétrica, especialmente la atención del parto debe darse a conocer a la población mediante los medios de comunicación existente, tal como mural, perifoneo, visitas a medios de comunicación, entre otros.
- b. Toda embarazada desde que acude a la primera atención prenatal debe conocer que en la unidad de salud existe la estrategia de atención humanizada del parto.

- c. La estrategia de Humanización de la atención del parto deberá divulgarse a través de:
- i. Encuentros con líderes comunitarios, parteras, comadronas.
 - ii. Ferias de salud, Consejería a la comunidad, embarazadas y familiares.
 - iii. Foros, reuniones técnicas y otras instancias locales.
 - iv. Murales alusivos en las unidades de salud.
 - v. Aprovechamiento de espacios de radio para abordar el tema.
 - vi. Medios locales de comunicación.
 - vii. Volantes.
 - viii. Educación Continua con personal de salud.

Indicadores de la Norma:

Componente	Indicador opcional, Descripción
Denominación	Porcentaje de cumplimiento de los estándares básicos de la atención humanizada del parto.
Objetivo	Asegurar mayores niveles de calidad de la atención y de la satisfacción de las mujeres que acuden a las unidades de salud para la atención de su parto.
Numerador	Número de mujeres atendidas por parto a las que se les cumplen los estándares básicos de humanización del parto.
Fuente del numerador	Expedientes clínicos seleccionados.
Denominador	Número total de expedientes clínicos revisados en la muestra.
Fuente del denominador	Expedientes clínicos.
Constante utilizada	100
Fórmula de cálculo	Número de mujeres atendidas por parto a las que se les cumplen los estándares básicos de humanización del parto multiplicado por 100 dividido por el total de expedientes examinados.
Valoración	El valor debe ser cien por ciento.
Medios de verificación	Acta de revisión de expedientes para valorar atención humanizada del parto. Se muestrean 20 expedientes por mes.
Observaciones	Los estándares básicos en la atención humanizada del parto son: (i) Respeto a la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento; (ii) Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, semi-sentada, o como desee); (iii) Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (cónyuge, familiar); (iv) Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra o exámenes innecesarios.

Componente	Indicador opcional, Descripción	
Denominación del Indicador	Porcentaje de Insumos Médicos básicos disponibles para la atención inmediata de embarazadas y del RN obteniendo insumos necesarios para garantizar un parto de calidad. (Abastecimiento de Medicamentos, MRP, Reactivos de Laboratorio por Unidades de Salud).	
Objetivo	Asegurar la disposición de Insumos Médicos Básicos para la atención inmediata de la embarazada y del RN.	
Numerador	Número de IM básicos disponibles	
Fuente del numerador	Lista de Registro	
Denominador	Total de IM básicos evaluados	
Fuente del denominador	Lista de Registro	
Constante utilizada	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador X 100	
Valoración	100%	
Medios de verificación	Lista de Chequeo de monitoreo diario a la sala de emergencia.	
Observaciones		

Componente	Indicador opcional, Descripción	
Denominación del Indicador	Porcentaje de mujeres que expresan satisfacción de la atención recibida en el momento del parto	
Objetivo	Evaluar la percepción de la Calidad de atención desde la perspectiva de las Usuarias.	
Numerador	Número de mujeres que expresan estar satisfechas con la atención recibida en el parto.	
Fuente del numerador	Encuesta	
Denominador	Total de Mujeres encuestadas	
Fuente del denominador	Encuesta	
Constante utilizada	100	
Fórmula de cálculo	Número de mujeres que expresan haber recibido buen trato multiplicado x 100 y dividido entre el Total de mujeres encuestadas.	
Valoración	100%	
Medios de verificación	Lista de Chequeo de monitoreo diario a la sala de emergencia.	
Observaciones	La encuesta puede ser aplicada trimestralmente, realizando una muestra de un 10% de pacientes atendidas. Otra manera puede ser una encuesta aplicada y llenada al egreso de la paciente depositarla en un buzón y de manera anónima para garantizar la honestidad y confidencialidad.	

VIII. REFERENCIAS

1. Acuerdo Ministerial 109-2010, Estrategia “Humanización para la Atención Institucional del parto” y “ Familiar Acompañante en las Unidades Hospitalarias”.
2. Decreto 23/2007, de 1 de marzo, sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario. Canturía, España.
3. Norma técnica para la adecuación del parto vertical con adecuación intercultural, Ministerio de Salud Lima, 2005.
4. Ministerio de Salud. Ley 423 “Ley General de Salud y Su Reglamento”. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, Ministerio de Salud, 2003.
5. Ministerio de Salud. Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo. Agosto 2008.
6. Ministerio de Salud. Norma y Protocolos para la Atención de la Complicaciones Obstétricas / MINSAL; 2ed – Managua: Mayo 2007.
7. Manual de procedimientos, curso parto Psicoprofilactico. Centro de Salud sexual Reproductiva para Adolescentes. Hospital Berta Calderón Roque, Managua Nicaragua, Julio, 2009.

.-

ANEXOS

Anexo 1: Metodología del curso del Parto Psicoprofiláctico

- a. Para participar en el curso del parto psico-profiláctico se tienen los siguientes criterios de inclusión.
 - i. Estar embarazadas.
 - ii. Llevar el Control Prenatal con los médicos del establecimiento de Salud.
 - iii. Tener más de 28 semanas y hasta 36 semanas de embarazo.
 - iv. Asistir al Curso con ropa adecuada y cómoda, como zapatos bajos, pantalones de algodón y camisetas para facilitar los movimientos.
 - v. Venir desayunadas, en la medida de sus posibilidades.
- b. Para participar en el curso del parto psico-profiláctico se tienen los siguientes criterios de exclusión.
 - i. Presentar problemas de salud o complicaciones tales como:
 - ii. Dolores abdominales.
 - iii. Enfermedades crónicas o que hayan presentado problemas en el embarazo (Diabetes, hipertensión, embarazo gemelar, amenaza de parto pre término).
 - iv. Hospitalización dos semanas previas a la fecha de inicio del curso.
 - v. Sangrados.
 - vi. Por indicación médica.
- c. Para la realización del curso psico-profiláctico, se requieren los siguientes materiales.
 - i. Una colchoneta por persona.
 - ii. Dos almohadas por persona.
 - iii. Radio grabadora.
 - iv. Disco compacto de Relajación Dirigida de Santiago Pacieri - Respiración Consciente”.
- d. La ropa apropiada para realizar los ejercicios es Buzo, camisetas, calcetines y zapatos bajos.
- e. El Curso que se imparte consiste en la práctica de Ejercicios Preparatorios para el Parto: Ejercicios de Calentamiento y Estiramiento, Ejercicios de Flexibilización de los músculos pélvicos y los Ejercicios de Respiración, que incluyen técnicas terapéuticas para el control emocional.
 - a. Estos ejercicios pretenden cubrir los siguientes objetivos:
 - i. Conocer los diferentes tipos de respiración que serán útiles durante el Parto.

- ii. Adiestrar a los músculos que tendrán que efectuar un esfuerzo particular.
- iii. Entrenar a la embarazada en técnicas de control emocional.

Ejercicios de Respiración: A través de estos ejercicios se les enseña a la embarazada los diferentes tipos de respiración indispensables para el Parto y se les insta a practicarlos de manera constante, ya que harán que las Etapas de Dilatación y Expulsión sean más llevaderas. Estos ejercicios se practican a lo largo de toda la sesión del Curso de Parto Psicoprofiláctico.

Entre sus beneficios podemos mencionar:

- a. Ayudan a una correcta oxigenación del bebé en las contracciones durante el Parto.
- b. Contribuyen al control emocional y relajación tanto en el momento del Parto como durante todo el embarazo. Desarrollan la capacidad de enfocar la atención en la respiración, exhalando e inhalando tranquila y profundamente a lo largo de cada contracción, pudiendo revertir el proceso y disminuir el dolor y el estrés. Las técnicas de Respiración impartidas en el curso son de Respiración Consiente y Controlada, dada su importancia al momento de las contracciones y el Parto mismo. Las técnicas son:

Respiración Abdominal: Consiste en tomar aire por la nariz y ver cómo se llenan los pulmones, al tiempo que se hincha poco a poco el abdomen. A continuación, se suelta progresivamente el aire por la boca mientras se contraen los músculos del diafragma. Este tipo de respiración se debe realizar cuando comienzan las contracciones más fuertes.

Respiración Jadeante: Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil durante la dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto; también sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento.

Respiración Torácica: Consiste en realizar dos o tres respiraciones profundas y cortas desde el tórax. Antes de expulsar el aire, se contraen los músculos abdominales y relaja la parte baja de la pelvis. Cuando ya no se pueda mantener por más tiempo la respiración, soltar el aire relajando el abdomen. Este ejercicio se puede realizar sentada o acostada y se utiliza durante el periodo de expulsión del feto. Es lo que se conoce como pujos, ya que la madre siente una gran necesidad de empujar, entre contracción y contracción. Durante el último mes de embarazo, es mejor realizar este ejercicio de respiración con precaución para evitar que se adelante el parto.

Ejercicios de Calentamiento y Estiramiento

Estos son ejercicios aeróbicos de bajo impacto realizados al principio de cada sesión del Curso, con una duración de quince minutos. Es indispensable su realización debido a que:

- a. Aceleran los impulsos nerviosos, mejorando los reflejos y envían sangre oxigenada a los músculos.
- b. Al aumentar la flexibilidad y la movilidad de las articulaciones, el calentamiento reduce el riesgo de sufrir lesiones, especialmente en los tejidos conectivos, como los tendones.
- c. Aumentan el ritmo cardíaco, preparando al cuerpo para el ejercicio físico.
- d. Sueltan los músculos para que la embarazada no se sienta rígida y/o tensa.

Antes de iniciar estos ejercicios es necesario enseñarles a las embarazadas cómo realizar la respiración profunda (consiste en inspirar el aire por la nariz, al mismo tiempo que el abdomen se eleva y posteriormente se exhala por la boca), necesaria para la relajación tanto de la mente como del cuerpo, el estado ideal para prepararse al inicio de los ejercicios. Esta respiración deberán utilizarla tanto en la sesión de Ejercicios de Calentamiento y Estiramiento, como en la realización de los Ejercicios de Flexibilización. (Después de cada secuencia de ejercicios)

Movimiento de Cabeza

- a. Girar la cabeza hacia la izquierda lo más que se pueda, estirando el cuello. Luego hacer el mismo movimiento hacia la derecha. Se realizan 10 sesiones a cada lado.

Fotos

- b. Mover la cabeza hacia arriba y hacia abajo, estirando el cuello lentamente.

fotos

- c. Rotar la cabeza en sentido de las manecillas del reloj y luego en sentido contrario. Se realizan diez sesiones a cada lado.

fotos

Movimiento de Hombros

Se levantan y se bajan los hombros con un movimiento circular. Se rotan los hombros hacia delante y luego hacia atrás con un ritmo lento.

fotos

Movimiento de Cintura

Se rota la cintura hacia la derecha y luego hacia la izquierda, con las manos colocadas en las caderas.

fotos

Movimiento de Brazos

De pie, se coloca una mano en la cintura y la otra se estira en sentido contrario lo más que se pueda girando levemente el torso. En este ejercicio se intercala un estiramiento a la derecha y otro a la izquierda. Se realizan tres sesiones de diez con intervalos de descanso de 10 segundos en donde se practica la respiración profunda.

fotos

Movimiento de Piernas

- a. De pie, la paciente flexiona su rodilla de tal forma que haga contacto con sus glúteos. Al mismo tiempo flexiona los brazos hacia atrás, con el codo flexionado también.

- b. De pie, la paciente da un paso hacia atrás y luego avanza un paso hacia delante flexionando su rodilla como si la elevara hacia su pecho. Se realizan 3 sesiones de 10 flexiones cada una.

Fotos

Ejercicios de Flexibilización

Una vez realizados los Ejercicios de Calentamiento y Estiramiento, y que el cuerpo ya se encuentra lo suficientemente preparado para trabajar, se procede a realizar los Ejercicios Musculares durante veinte minutos, los cuales incluyen movimientos expresivos que invitan a la expansión y diversión.

Los acompañantes de las embarazadas deben estar muy atentos y/o ser partícipes en la realización de algunos de estos ejercicios, ya que se pretende que éstos sean replicados en la casa diariamente. Su práctica constante permite conseguir:

- a. Alivio del dolor de espalda.
- b. Aumento en el nivel de energía.
- c. Aumento en la flexibilidad.
- d. Aumento/mantenimiento de la condición aeróbica.
- e. Mejoría en la circulación.
- f. Mejoría en la postura y apariencia.
- g. Músculos más fortalecidos para preparación para el trabajo de Parto y soporte para las articulaciones flácidas.
- h. Promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva
- i. Reducción en la tensión de los músculos.

Posición Inicial

La posición inicial que deben adoptar las pacientes es acostada boca arriba con las piernas estiradas sobre la colchoneta con una almohada en la cabeza y otra sosteniendo los pies. Es importante mencionar que las pacientes deben esperar las indicaciones de las facilitadoras para realizar cada movimiento. Esta postura se realiza al final de todos los ejercicios.

fotos

Pierna Suspendida

Finalidad: Activar los músculos de los costados del vientre, hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.

- a. Acostada de perfil, se coloca una almohada bajo la cabeza y la otra se coloca entre las piernas.

foto

- b. Se eleva la pierna lo más alto que se pueda y se mantiene en esa posición durante cinco segundos. Luego, la pierna vuelve a la posición de inicio lentamente. Se realizan dos sesiones de 5 repeticiones cada una por cada pierna.

foto

Flexión de Pierna

Finalidad: Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

- a. Tendida boca arriba, se eleva la pierna lo más alto que se pueda.

foto

- b. Se dirige la rodilla hacia el pecho formando un ángulo de 45 grados. Luego, la pierna vuelve a la posición de inicio lentamente. Se realizan dos sesiones de 5 repeticiones cada una por cada pierna.

Foto

Cruce de Pierna

Finalidad: Fortalecer eficazmente la pared muscular del vientre. Se desarrolla para constituir una faja protectora y evitar desgarros. Se ejercitan los músculos y las articulaciones de la pelvis.

- a. Tendida boca arriba, elevar la pierna derecha lo más alto que se pueda.

foto

- b. Girar la pierna hacia la izquierda (dentro) hasta donde sea posible, luego girar la pierna hacia la derecha (fuera). Luego, la pierna vuelve a la posición de inicio lentamente. Se realizan dos sesiones de 5 repeticiones cada una por cada pierna.

foto

Circunferencia

Finalidad: fortalecer la musculatura del vientre. Evitar la caída del vientre y las hernias de los partos difíciles.

- a. Tendida boca arriba, con las piernas estiradas, elevar una pierna y describir con ella una circunferencia en el aire primero hacia la izquierda, luego hacia la derecha.

foto

- b. Al terminar, bajar la pierna y hacer lo mismo con la pierna contraria. Se realizan dos sesiones de 5 repeticiones cada una por cada pierna.

Foto

Mariposa

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones que intervienen en el parto. Dilatar el fondo del vientre. Favorece el relajamiento.

- a. Sentada en el suelo, piernas abiertas y pies unidos por las plantas. En esta posición, se pide al acompañante apoyar las manos sobre las rodillas y con ellas, llevarlas poco a poco hacia abajo, hasta tocar el suelo.

foto

- b. Al mismo tiempo, con las manos puestas hacia atrás, la adolescente hace fuerza contraria y lleva las rodillas hacia arriba. Se realizan tres sesiones de quince repeticiones cada una.

foto

En caso de no contar con un acompañante o cuando ya se tiene práctica en este ejercicio, se puede realizar de manera individual. Se realiza en la posición antes descrita, se coloca las manos sobre la rodilla y ejerce presión hacia abajo.

A gatas

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis. Disminuye el dolor de espalda por el exceso de peso del bebé.

- a. A gatas en el suelo, o sea apoyada en cuatro puntos (rodillas y manos) arquear la espalda cuanto se pueda, estirando lo más que se pueda los músculos ésta. (la pelvis sube por delante).

foto

- b. Posteriormente descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que se inspira profundamente. Se realizan dos sesiones de cinco repeticiones cada una.

Foto

Estiramiento

Finalidad: Aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.

- a. A gatas en el suelo, o sea apoyada en cuatro puntos (rodillas y manos).

foto

- b. A partir de la posición inicial, tomar una inspiración profunda. Doblar el tronco hacia delante, inclinando la cabeza, aflojando todo el cuerpo y sacando el aire al mismo tiempo. Descansar un momento durante la posición y luego enderezar el tronco a la vez que se inspira profundamente. Recordar mantener la pelvis apoyada de los talones en todo momento del ejercicio. Se realiza una sesión de cinco repeticiones.

Foto

Ejercicios de Relajación

Este es el último grupo de ejercicios que se realiza en la sesión del Curso y tiene una duración de 20 minutos. Su práctica permite que las embarazadas desarrollen un adecuado manejo de las emociones, elimina la tensión y el estrés, indispensables al momento del parto. Éstos se deben realizar con calma y tranquilidad.

Una vez las embarazadas están dispuestas sobre sus colchonetas y la luz está apagada, la facilitadora da las siguientes orientaciones:

- a. Adoptar una posición cómoda, sin cruzar brazos y piernas.
- b. Cerrar sus ojos y escuchar atentamente la voz del instructor en el Cd de Respiración Consiente y Relajación Dirigida que se ha puesto.

- c. Una vez transcurridos los 20 minutos, se les orienta a las embarazadas que poco a poco salgan del estado de relajación y abran los ojos, muevan las manos y piernas y logren estirarse.

Con esto se da por finalizada la sesión del Curso de Parto Psicoprofiláctico. La o las facilitadoras dan algunas últimas orientaciones y se les recuerda su asistencia a la próxima sesión

Foto

Tabla de Disociación

El propósito de esta tabla es tener una aproximación de las contracciones uterinas durante la primera etapa del parto. La embarazada debe mantener todos los músculos en estado de descontracción mientras que otro grupo específico está contraído

. Contraer el brazo izquierdo	Mantener así durante medio minuto, mientras respira a Nivel A manteniendo la descontracción de todos los demás músculos.
Contraer el brazo y la pierna derecha.	Repetir lo mismo de arriba.
Contraer el brazo izquierdo y la pierna derecha.	Repetir lo mismo de arriba.
Contraer el brazo derecho y la pierna izquierda.	Repetir lo mismo de arriba.