EsSalud

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 39 -GCPS-ESSALUD-2020

Lima, 03 NOV. 2020

VISTA:

La Nota N° 220-GPNAIS-GCPS-EsSalud-2020 e Informe N° 34-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2020, mediante el cual la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remite para su aprobación el proyecto de Documento Técnico "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de EsSalud, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que el Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 827-2013 MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N°105-MINSA/DGSP-V01 para la Atención Integral de Salud Materna y la Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA que modifica la NTS N° 105-MINSA-DGSP.V01, para su cumplimiento en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 217-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 245-2020-MINSA se aprueba la Directiva Sanitaria N° 97-MINSA/2020/DGIESP, "Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con Riesgo o infección por COVID-19";

Que el Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, aprueba la Norma Técnica N°121-MINSA/DGIESP-V1 para la atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, para su cumplimiento a nivel nacional;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 632-GG-ESSALUD-2020 se aprueba la Directiva N° 012-GCPS-ESSALUD-2020 "Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud";

EsSalud

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°39-GCPS-ESSALUD-2020

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016 se aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021, que establece como acción estratégica la formulación de la normativa de la Atención del parto vertical con enfoque intercultural en EsSalud;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-EsSalud-2017, se aprueba la Directiva N° 2 GCPS-2017: "Atención Integral de la Salud Materna en las Etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en EsSalud";

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 18-GCPS-ESSALUD-2020, se aprueba el Documento Técnico "Manejo de la gestante y del Recién Nacido COVID-19";

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 19-GCPS-ESSALUD-2020, se aprueba el Documento Técnico "Implementación de Trabajo Remoto para el personal asistencial de EsSalud"; y sus modificatorias;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 29-GCPS-ESSALUD-2020, se aprueba el Documento Técnico " Salud materna en el contexto de la pandemia por COVID-19 en EsSalud";

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 93 -GCPS-ESSALUD-2015, se conformó el Comité Técnico para desarrollar la propuesta de Directiva de la Atención del Parto Vertical bajo el Enfoque de Interculturalidad - periodo 2015-2016;

Que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, con Resolución N° 016-GCPS- EsSalud -2016, aprueba la conformación de un Comité Técnico Consultivo para elaboración de "Directiva del cuidado integral del parto vertical bajo el enfoque intercultural";

Que, con Carta N° 321-GCPS- EsSalud-2017, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, solicita a los Gerentes de las Redes Asistenciales, Directores de Redes Asistenciales y Gerentes de Redes Prestacionales Almenara, Rebagliati y Sabogal, la validación del proyecto de Documento Técnico: "Atención del Parto vertical con el enfoque de interculturalidad en EsSalud", así como correos electrónicos enviados a las Redes Asistenciales y remisión de aportes y sugerencias;

Que, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud presenta a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la propuesta de Documento Técnico: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", con el objetivo de establecer las pautas que guíen la organización de los servicios en las IPRESS para la atención del parto normal;

Que, conforme al Reglamento de Organización y Funciones es competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud formular y aprobar documentos técnicos normativos de prevención, promoción y rehabilitación de la salud;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", que en el anexo adjunto forma parte de la presente Resolución.

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°39-GCPS-ESSALUD-2020

2. **ENCARGAR,** a la Gerencia Central de Operaciones las acciones de supervisión, evaluación y control del cumplimiento de lo dispuesto en la presente Resolución.

3. **DISPONER,** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud-GCPS, se encargue de la difusión y asistencia técnica del presente Documento Técnico.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. CECILIA M. BEDOYA VELASCO
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Nº 39 -GCPS-ESSALUD-2020

DOCUMENTO TÉCNICO
ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN ESSALUD





GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA- PERÚ

2020

ECO. FIORELLA MOLINELLI ARISTONDO

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD

DR. ALFREDO BARREDO MOYANO

GERENTE GENERAL

VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

DRA. CECILIA BEDOYA VELASCO

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente

DRA. TANIA PAREDES QUILICHE

GERENTE DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

a) Equipo Formulador:

Comité Técnico Consultivo para elaboración de "Directiva del cuidado integral del parto vertical bajo el enfoque intercultural" (Resolución de N° 16-GCPS-ESSALUD-2016):

Dr. Jorge Calderón Cornejo	Gineco-Obstetra del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. - Red Prestacional Rebagliati.
Dra. Sonia Salinas Jiménez	Gineco-Obstetra del Policlínico Chincha - Red Prestacional Rebagliati.
Dr. Marco Martina Chávez	Gineco-Obstetra del Hospital Nacional Guillermo Almenara - Red Prestacional Almenara.
Dra. Lilian Arias Melgarejo	Gineco-Obstetra del Hospital I Jorge Voto Bernales - Red Prestacional Almenara.
Dra. Eliana Ojeda Lazo	Gineco-Obstetra del Hospital Nacional Adolfo Guevara - Red Asistencial Cusco.
Dra. Rita Ada Meza Padilla	Gineco-Obstetra, miembro del equipo técnico de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral en Salud-GCPS.
Lic. Paola Paredes Rojas	Profesional de la Gerencia Central de Operaciones

b) Validado por:

Comité Nacional de Prevención y Análisis de la Mortalidad Materna –EsSalud 2019-2020 (Resolución N° 15-GCPS-ESSALUD-2019):

Dr. Hernán Segundo Arévalo Ruiz	Gineco-Obstetra del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – Red Prestacional Sabogal.
Dr. Máximo Vega Alcázar	Gineco-Obstetra del Hospital Nacional Guillermo Almenara - Red Prestacional Almenara.
Dr. Jesús Baquerizo Castro	Gineco-Obstetra del HIII Emergencias Grau - Red Prestacional Almenara.
Dra. Ana María Ricalde Casaverde	Gineco-Obstetra del HI Octavio Mongrut Muñoz - Red Prestacional Sabogal.
Dra. Carla Lozada Lozada	Gineco-Obstetra del HI Uldarico Rocca Fernández - Red Prestacional Rebagliati.
Dr. Marino José Guembes Landaverry	Gineco-Obstetra del HNERM - Red Prestacional Rebagliati

c) Gerencia de Medicina Complementaria. GCPS:

Dra. Yessica Ballinas Sueldo	Miembro del equipo técnico de la Gerencia de Medicina Complementaria-GCPS.
Dr. Oscar Lescano Alva	Miembro del equipo técnico de la Gerencia de Medicina Complementaria-GCPS.

d) Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud:

Dra. Bertha Chávez Peralta	Miembro del equipo Técnico de la Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas- GPNAIS- GCPS.
Obs. Betty Meza Pérez	Profesional de la SGPP y CC-GPNAIS- GCPS.
Lic. Marco Antonio Rivera Félix	Profesional de la Central de Monitoreo de Anemia. SGPPYCC-GPNAIS- GCPS.

e) Redes Asistenciales y Prestacionales

Lic. María Ocampos Prado	Miembro del Equipo Técnico de Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria - Red Asistencial Piura.
Lic. Rabin Jair Paredes Colán	Equipo Técnico de Gerencia de Servicios Prestacionales del Nivel I – II - Red Prestacional Sabogal.
Lic. Flor de Liz Dávila Guerrero	Equipo técnico de la Oficina de Coord. de Prestaciones y Atención Primaria - Red Asistencial Madre de Dios.
Lic. Fanny Ecos Ramos	Jefe de Atención Primaria - Red Asistencial Ayacucho-EsSalud.
Dr. Edwin Vilca Achata	Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria - Red Asistencial Juliaca.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	Objetivo	8
II.	Finalidad	8
III.	Ámbito de aplicación	8
IV.	Marco Normativo	8
V.	Glosario de términos	9
VI.	Responsabilidades	12
VII.	Consideraciones Generales	13
VIII.	Consideraciones Específicas	15
IX.	Anexos	24
X.	Bibliografía	38

GERENCIA DE NORMAS DE ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS - GPMAS - GCPS - SUB GERENCIA - ESSALUD - SCPS
VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente

PRESENTACIÓN

El documento técnico está dirigido a mejorar la atención del parto normal, la gestante, tiene la opción a elegir, la manera de tener su parto en forma fisiológica y natural, rescatando su rol protagónico y demostrando las ventajas del parto vertical frente al horizontal. Con el tiempo y experiencia adecuada, lograría disminuir el número de partos instrumentados y cesáreas, y con ello mejorar la calidad de atención de la madre y su recién nacido.

Es importante considerar que la madre naturaleza se encargó de demostrar que la posición erguida, ancestral, que se inició con la humanidad hace más de 150,000 años es la posición fisiológica e instintiva que fue modificada por el hombre-ciencia al recostarlas en posición horizontal y sobre una cama o camilla para comodidad de él, hace no más de 200 años, posición mal llamada tradicional.

Este aporte beneficiará a las madres gestantes, por su participación activa en el momento de su parto, con las condiciones de bioseguridad, así como tener la posibilidad de ver nacer a su hijo con menores riesgos materno-perinatales y mayor satisfacción, estrechando los lazos afectivos de la unidad madre-niño.

El parto en posición vertical (de pie, sentada, semi sentada, en cuclillas, de rodillas, de pies, manos y la posición de Sims o lateral) es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas. Los aspectos fisiológicos incluyen: La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales. El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, como en la posición horizontal no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto e influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante. Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transverso, mejorando la acomodación fetal. El ángulo de encaje es menos agudo, facilitando el encaje y descenso del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente a la prensa abdominal para la salida del bebé y disminuye la frecuencia de calambres.

El trabajo de parto se acorta ostensiblemente y proporciona beneficios psicoafectivos, con un mayor rol protagónico de la mujer en la decisión de cómo tener su parto (dar a luz) y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.

Con el parto vertical con enfoque de interculturalidad se contribuye a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención del parto normal, optimizando la calidad, seguridad y calidez de la atención de la gestante, dentro del marco normativo sectorial vigente.

El presente Documento Técnico, estandariza la atención del parto vertical, con el enfoque de interculturalidad, en EsSalud y constituye un valioso recurso de apoyo para la capacitación permanente del personal asistencial de las IPRESS que realizan la atención del parto, contribuyendo a incrementar la calidad de los servicios obstétricos, a fin de disminuir la morbimortalidad materno-perinatal en EsSalud.

ACRÓNIMOS

AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
DNI	Documento Nacional de Identidad
COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus (SARS-CoV-2)
ESSI	Servicio de Salud Inteligente
EV	Vía Endovenosa
EPP	Equipo de protección personal
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
GPC	Guía de práctica clínica
GPNAIS	Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud.
HN	Hospital Nacional.
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
OIIS	Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
RA	Red Asistencial.
RN	Recién Nacido
RP	Red Prestacional.
RPBF	Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
SES	Sistema Estadístico de Salud
SFA	Sufrimiento fetal agudo

I. OBJETIVO GENERAL

1.1. Objetivo general

Establecer los criterios institucionales de la atención del parto vertical, con el manejo estandarizado y de calidad con enfoque de interculturalidad y de derechos humanos.

1.2. Objetivos Específicos

a) Estandarizar y establecer procesos para la atención del parto vertical con enfoque interculturalidad y de derechos humanos, basado en las evidencias científicas, adoptando las medidas de bioseguridad para mejorar la calidad de la atención de la población asegurada.
b) Establecer una herramienta técnica para los profesionales de salud, favoreciendo el diálogo intercultural entre el profesional que atiende el parto y la parturienta de acuerdo a la procedencia multiregional (andino, amazónico u otro) y ámbito multicultural.
c) Fomentar en las IPRESS de EsSalud, el protagonismo de la parturienta en todas las etapas de trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, y de ser posible con el acompañamiento de su pareja u otro familiar, con las respectivas medidas de bioseguridad.

II. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, en la población asegurada, a través de la atención del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos y el enfoque de interculturalidad.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento se aplica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que cuenten con Centro Obstétrico; propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP) según los términos y condiciones establecidos en su contrato.

IV. MARCO NORMATIVO

4..1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud – ESSALUD y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus ampliatorios y modificatorias.
4..2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
4..3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.
4..4. Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA.
4..5. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, se dispone dispóngase el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 y sus modificatorias.
4..6. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. y sus modificatorias.

4..7. 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.

4..8. Resolución Ministerial N° 518-2016-MINSA, que aprueba la NTS N° 121-MINSA/DGI ESP-V.01: Norma Técnica de Salud para la atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.

4..9. Resolución Ministerial N° 217-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19.

4..10. Resolución Ministerial N° 245-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 097-MINSA/2020/DGIESP. "Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con Riesgo o infección por COVID-19".

4..11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias.

4..12. Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021.

4..13. Resolución de Gerencia General N° 632-GG-ESSALUD-2020 que aprueba la Directiva N° 012-GCPS-ESSALUD-2020 "Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud".

4..14. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-EsSalud-2017, que aprueba la Directiva N° 002-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en ESSALUD".

4..15. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 18-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Manejo de la gestante y del Recién Nacido COVID-19".

4..16. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 19-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Implementación de Trabajo Remoto para el personal asistencial de EsSalud".

4..17. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 29-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Salud Materna en el contexto de la pandemia por COVID-19 en EsSalud".

4..18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N 30-GCPS-ESSALUD-2020 "Teleorientación a la gestante en el contexto de la Pandemia COVID-19 en EsSalud".

V. GLOSARIO DE TÉRMINOS

5.1 Atención Intercultural en el embarazo, parto y puerperio
Enfoca de manera respetuosa y sinérgica elementos de diversos modelos médicos y culturas, que pretende evitar y/o erradicar las barreras culturales, en un marco de seguridad y eficacia. Todas las mujeres tienen derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto.

5.2 Atención Prenatal Reenfocada: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

5.3 Adecuación Cultural En Salud: El Perú alberga diversas culturas que guardan entre sí relaciones muy diversas, que revelan puntos de divergencia, convergencia

como de aprendizajes recíprocos [1] Comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud.

5.4 **Articulación**: Conjunto de prácticas y procesos continuos de acercamiento, diálogo y respeto de las personas a fin de fortalecer nuestros conocimientos y prácticas.

5.5 **Botiquín de Plantas Medicinales**: Consiste en disponer de plantas medicinales secas, de acuerdo a las necesidades del perfil epidemiológico. De esta manera, se podría disponer de ellas ante cualquier eventualidad, cuando los usuarios lo soliciten. Este espacio debe ser construido con la participación de los agentes comunitarios y de ser necesario se instalará en la IPRESS.

5.6 **Capacidad Resolutiva de una IPRESS**: Es la capacidad que tienen las IPRESS de producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo a su nivel, 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, Se mide considerando:

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

5.7 **COVID-19**: Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus (SARS-CoV-2). Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.

5.8 **Comunicación en Salud**: Es una estrategia que permite informar al público sobre asuntos de salud y promover estilos de vida saludables, las personas y comunidad poseen un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar; este conocimiento tiene su propia racionalidad y estructura de causalidad que conviene comprender.

5.9 **Comunidad**: Es la agrupación de personas que comparten un mismo espacio, las mismas creencias y costumbres. Son poblaciones pequeñas y buscan objetivos comunes; tienen un jefe común, por ejemplo, el APU.

5.10 **Cosmovisión**: Es la manera de cómo las personas comprendemos, interpretamos y vemos el mundo que nos rodea en la relación hombre--naturaleza.

5.11 **Dialogo Intercultural**: Es el proceso comunicacional de intercambio abierto y respetuoso de opiniones entre personas y grupos con diferente tradiciones y orígenes étnicos, culturales, religioso y lingüísticos, en un espíritu de búsqueda de entendimiento y respeto mutuo. La libertad y capacidad para expresar y también la facultad para escuchar las opiniones de los demás, son elementos indispensables.

5.12 **Identidad**: Es la capacidad de sentirse orgulloso de lo que somos, conocer y practicar nuestras costumbres sin avergonzarnos.

[1] Nureña, César. - Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical- Rev. Panamericana de Salud Públca-vol.26-No.04. Octubre del 2009

5.13 **Insumos/Recursos Etnobotánicos**: Elementos culturalmente adecuados que faciliten la alternativa terapéutica, como, por ejemplo: jardines botánicos de plantas medicinales, espacios donde se cultivan las principales plantas medicinales que la población usa y que al mismo tiempo tengan el reconocimiento de los agentes de la medicina tradicional (curanderos, parteras, sobadores y otros). Tales espacios deberían estar cerca del establecimiento de salud.

5.14 **Interculturalidad en Salud:** implica comprender de manera integral el fenómeno de la enfermedad como una experiencia profundamente humana desde la subjetividad de la persona que la sufre, dentro de un contexto social y cultural determinado, aunado a la complejidad de la práctica médica. Se establece a partir de la interacción de dos subjetividades que responden a culturas diferentes (la del médico y la del paciente), indispensable para un adecuado proceso relacional en términos técnicos y éticos que derive en un recíproco entendimiento, para que los resultados de la interacción sean satisfactorios para ambos. La capacidad de entender, respetar y tomar decisiones equilibradas en el marco de un contexto particular, individual o colectivo, de conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional.

5.15 **Interculturalidad**: La interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, es una forma respetuosa horizontal y sinérgica donde se concibe que ningún grupo cultural este por encima del otro favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. Se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo, dialogo, los conflictos, se resuelve mediante el respeto, el dialogo la escucha mucha la concertación y la sinergia adonde ambas partes se escuchan no se trata de imponer de avasallar sino de concertar. Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socio culturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población 2

5.16 **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.

5.17 **Parto vertical**: Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical, (de pie, sentada, semi sentada, en cuclillas, de rodillas, de pies, manos y la posición de Sims o lateral), el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal, mientras el profesional de la salud según competencias que atiende el parto, se coloca delante o detrás de la gestante según el progreso del proceso del parto y de acuerdo con la gestante, adoptando las medidas de bioseguridad y con los equipos de protección personal (EPP) adecuados para atender el parto.

5.18 **Pertinencia Cultural en Salud**: La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura". En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas.

---

[2] En: Servicios de salud Araucaria IX Región Ministerio de Salud de Chile, Primer encuentro nacional Salud y Pueblos Indígenas, OPS-OMS, Chile, 1996.

5.19 **Psicoprofilaxis Obstétrica:** Proceso educativo donde se integran conocimientos teóricos, técnicas físicas, técnicas de respiración, de relajación y otros, dirigidas a la gestante y puérpera, haciendo del embarazo, parto y post-parto una experiencia saludable, para la madre, su bebé y entorno. Comprende la Psicoprofilaxis Prenatal y Psicoprofilaxis Post-Natal.

5.20 **Tecnología de información y comunicación en salud**- TIC: Conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

5.21 **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre el médico y una usuaria sea gestante/puérpera u otra, mediante el uso de TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.

5.22 **Telemonitoreo**: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la gestante /usuaria de forma remota en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio del profesional de salud los parámetros biométricos y/o exámenes auxiliares como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos y exámenes auxiliares de acuerdo con el criterio del profesional de la salud y según sus competencias.

5.23 **Tele orientación**: Es un conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría en fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

5.24 **Transmisión vertical**: La transmisión vertical de la enfermedad COVID-19 no se ha demostrado de manera convincente a partir de datos actuales. Lo más probable es que se propague de persona a persona a través del contacto cercano con la tos o el estornudo de una persona infectada o al tocar objetos o superficies contaminadas y luego tocarse la boca, los ojos o la cara. No se encontró ADN viral detectable en el líquido amniótico, el suero, la placenta, la leche materna o el fluido vaginal (aunque pocas mujeres han sido analizadas). Se ha detectado SARS-CoV-2 en heces.

VI. RESPONSABILIDADES

6.1 El Gerente /Director de Red Prestacional/Asistencial, es responsable de gestionar los recursos para la atención integral de la gestante y su recién nacido, teniendo en cuenta la demanda de atención y oferta disponible.

6.2 El Gerente de Red Asistencial, Gerente de Red Prestacional y el Gerente/Director de IPRESS, realizan alianzas, convenios, mesas de trabajo en forma presencial y/o remota usando las Tecnologías de la Información y la Comunicación(TIC) para fomentar estilos de vida saludables en la mujer, su familia y la comunidad, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, a fin de contribuir a una gestación, parto y puerperio saludable.

6.3 Gerente/Director de IPRESS, es responsable de la gestión de los recursos humanos, logísticos, tecnológicos, organización y programación del personal a su cargo para la atención integral de la madre y el niño en el momento del parto y puerperio.

6.4 El Jefe del Servicio/Departamento de la IPRESS es el responsable de la programación del personal en el Centro Obstétrico y hospitalización.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

7.1 De la Organización de la Red

7.1.1 Las Redes Asistenciales/Prestacionales, disponen la atención de parto vertical en las IPRESS, por profesional de la salud calificado (médico gíneco obstetra/ médico cirujano u obstetriz/obstetra), siendo su implementación progresiva y bajo responsabilidad, considerando las medidas de bioseguridad en el contexto de la pandemia COVID-19

7.1.2 La Red organiza, las IPRESS a su cargo de acuerdo a la demanda, la oferta de servicios, en el contexto epidemiológico, teniendo en cuenta la necesidad de atención de parto con diagnóstico de caso COVID-19 sospechoso y confirmado.

7.1.3 La atención del parto vertical se realiza en el Centro Obstétrico de la IPRESS, donde la gestante opta por la posición vertical (De pie, sentada, cuclillas) asistida por profesionales según sus competencias y capacitados, mediante un dialogo bajo el enfoque de interculturalidad y con los recursos, equipos de protección personal (EPP) y medidas de bioseguridad, ambientes adecuados para la atención de la madre y su recién nacido.

7.1.4 El enfoque de interculturalidad y de derechos humanos se aplica en los tres niveles de atención y la atención del parto vertical en las IPRESS con Centro Obstétrico.

7.2 De La Organización de la IPRESS

7.2.1 Las IPRESS desarrollan procesos de organización y disponen de los recursos necesarios, de acuerdo a su capacidad resolutiva para brindar una atención segura, con las medidas de bioseguridad y de calidad durante el parto en posición vertical con enfoque de interculturalidad y de derechos.

7.2.2 Las IPRESS con Centro Obstétrico aseguran la atención de los partos normales en posición vertical las 24 horas del día, con las medidas preventivas y de bioseguridad para evitar la infección por COVID-19.

7.2.3 Las IPRESS determinan los flujos de atención de la mujer/gestante para la atención del parto y puerperio, gestantes en salas de hospitalización y Centro Obstétrico de pacientes COVID-19 con o sin sintomatología respiratoria, con los protocolos de distanciamiento seguro (de por lo menos 1.5 metros) y medidas de bioseguridad para pacientes y personal asistencial. La atención en sala de partos con áreas diferenciadas para gestantes con diagnóstico de COVID-19 en parto y puerperio).

7.2.4 Los procedimientos de Medicina Complementaria de las IPRESS (Centros o Unidades de Medicina Complementaria) son realizados por profesionales de la salud según competencias, capacitados según la normatividad vigente.

7.2.5 Los profesionales de salud con competencias de la IPRESS, que realizan la atención de parto vertical (médico Gineco-Obstetra/médico general, obstetriz/obstetra), identifican las costumbres locales, así como las propiedades, beneficios y contraindicaciones de las plantas medicinales.

7.2.6 **Nivel I de atención**. -

a. Realiza la primera atención prenatal reenfocada, antes de las catorce semanas de gestación hasta las 32 semanas, detectando los factores de riesgo obstétrico y/o comorbilidades, considerando las medidas de bioseguridad.
b. Realiza acciones de educación e información sanitaria en el control prenatal reenfocado sobre las ventajas del parto normal, principalmente en posición vertical.
c. Informa a la gestante sobre signos y síntomas respiratorios de alarma para favorecer la búsqueda de atención médica oportuna, al tener dos o más de los siguientes datos: fiebre mayor a 38°C, cefalea, tos, disnea.
d. Atiende a las gestantes de bajo riesgo usando el instrumento Plan de Parto, e informan sobre las posiciones para dar a luz, indumentaria que usará en el parto, la presencia del personal que atiende el parto en especial sobre las ventajas del parto vertical, mediante el diálogo intercultural.
e. Refiere a las gestantes oportunamente al segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo al diagnóstico del riesgo o comorbilidad y la capacidad resolutiva de la IPRESS.
f. Realiza atención del parto inminente y atención básica del recién nacido vigoroso, con clampaje tardío del cordón umbilical y contacto de piel a piel inmediato, e inicio de lactancia materna.
g. Realiza la atención de puérperas contra referidas después de ocurrida la primera atención puerperal y atención del recién nacido en la IPRESS donde se atendió el parto.
h. Brinda anticoncepción post parto, previa orientación/consejería. Realiza la provisión de métodos anticonceptivos de planificación familiar en mujeres en edad fértil.
i. Coordina y gestiona alianzas estratégicas con entidades empleadoras públicas y privadas a nivel local para el desarrollo de acciones conjuntas que fomenten estilos de vida saludables en la mujer, su familia y la comunidad, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, a fin de contribuir a un embarazo y parto saludables.
j. Coordina actividades educativas sobre las ventajas de la atención del parto vertical bajo el enfoque intercultural y derechos humanos en los servicios de salud, tomando en cuenta las medidas de bioseguridad y distancia social
k. Realiza atenciones presenciales y remotas de la gestante y puérpera mediante la telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y tele orientación).
l. Realiza la atención del parto normal en posición vertical, con el enfoque intercultural, y de derechos humanos (I-4).

7.2.7 **Nivel II de atención**. –

a. Realiza la atención prenatal reenfocada desde el primer trimestre, si la IPRESS cuenta con población adscrita.
b. Realiza el diagnóstico y manejo de gestantes de bajo riesgo en el tercer trimestre si no cuenta con población adscrita y las gestantes de alto riesgo desde su detección, de acuerdo a su capacidad resolutiva.
c. Realiza atenciones presenciales y remotas de la gestante y puérpera mediante la telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y tele orientación)

d. Desarrolla procesos de organización para brindar una atención segura y de calidad durante el parto en posición vertical con enfoque de interculturalidad y derechos humanos.
m. Fomenta la atención del parto con el acompañante designado por la gestante, considerando las medidas de bioseguridad.
e. Monitorea y supervisa que se realice el clampaje tardío de cordón umbilical en recién nacidos vigorosos, contacto de piel a piel y lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora del nacimiento
f. Realiza la atención del parto normal, en posición vertical y manteniendo el dialogo intercultural entre personal de salud y la gestante.
g. Atiende el parto distócico de acuerdo a la capacidad resolutiva con las medidas de bioseguridad apropiadas.
h. Realiza la atención del puerperio inmediato, realiza el primer control del puerperio (07 días).
i. Realiza atenciones presenciales y remotas de la gestante y puérpera mediante la telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y tele orientación)
j. Realiza la anticoncepción post-parto (orientación/consejería y provisión de todos los métodos, incluida la anticoncepción quirúrgica voluntaria).
k. Coordinan actividades educativas dirigidas a la mujer, pareja y familias, en la atención presencial y/o remota usando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), mediante la telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y tele orientación)

7.2.8 **Nivel III de atención.**

a. Realiza la atención prenatal reenfocada de las gestantes con alto riesgo o comorbilidades: diagnóstico y manejo.
b. Realiza la atención del parto normal en posición vertical, con clampaje tardío del cordón umbilical y contacto de piel a piel inmediato, e inicio de lactancia materna, con enfoque intercultural, y de derechos humanos.
c. Realiza la atención del parto distócico.
d. Realiza la atención de la puérpera inmediata y primer control puerperio (07 días) presencial y/o remota, considerando la presencia o ausencia de signos de alarma.
e. Realiza la anticoncepción post-parto (orientación/consejería y provisión de todos los métodos, incluida la anticoncepción quirúrgica voluntaria).
f. Realiza atenciones presenciales y remotas de la gestante y puérpera mediante la telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y tele orientación).

VIII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

8.1 DE LOS RECURSOS, INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS, MEDICAMENTOS

8.1.1 Recursos Humanos

a. Los profesionales de salud con competencias que atiende el parto vertical, reúne un conjunto de habilidades que les permite establecer la relación empática con la parturienta y acompañante, propiciando un clima de confianza y seguridad.

b. El profesional de salud tiene derecho al equipo de protección personal de acuerdo al nivel de riesgo que enfrenta, así como a un ambiente de trabajo seguro. La disponibilidad de recursos para la atención responderá al nivel de

complejidad de la IPRESS, capacidad resolutiva y número de atención de partos.

c. El Centro Obstétrico cuenta con el personal de salud de acuerdo al nivel de complejidad:

1. Médico gineco-obstetra con competencias para la atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad y derechos humanos.
2. Médico pediatra/neonatología con competencias para la atención del recién nacido.
3. Obstetriz/obstetra con competencias en la atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad y derechos humanos.
4. Enfermera con competencias para la atención neonatal.
5. Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal con seguridad y oportunidad.

8.1.2 Infraestructura

a. El ambiente donde se atiende el parto debe contar con luz y temperatura agradables.

b. Mantener temperatura de 24 grados centígrados, proporcionando calor con estufas u otro sistema de calefacción en caso necesario en épocas o regiones de frío.

c. En las salas de dilatación con más de una cama, deben colocarse cortinas/biombos con la finalidad de mantener la privacidad.

d. Uso de material educativo y mobiliario adecuado a la realidad y cultura local (anexo 1)

e. Disponer de espacios, con paredes de colores agradables y relajantes.

8.1.3 Equipos, medicamentos y materiales

a. Ambientes del Centro Obstétrico: sala de dilatación, sala de parto y sala de puerperio inmediato, deben contar con los equipos, medicamentos y materiales de acuerdo a las normas institucionales de atención de parto, Kits clave roja y clave azul, clave amarilla, GPC Atención del parto y GPC Atención del recién nacido.

b. Equipos de protección personal (EPP) para el personal de salud y evitar aerosoles.

c. Disponer de equipos para la atención de parto en posición vertical y /o adaptar el equipo/material local existente, de acuerdo a la realidad local.

d. Contar con equipos audiovisuales para brindar relajación.

e. Gestionar la provisión de un botiquín de plantas medicinales de uso común y tradicional en el área de la comunidad (de las mismas se realizará la revisión sobre el uso, indicaciones y sus efectos colaterales).

f. La provisión de recursos etnobotánicas (uso de plantas medicinales) deben ser seguras para la salud y que no tengan efectos secundarios durante el embarazo, parto y puerperio.

8.2 CRITERIOS PARA LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL

8.2.1 PLAN DE PARTO

a. Las IPRESS de las Redes Asistenciales/Prestacionales implementan el Plan de Parto, incluyendo la orientación/consejería sobre las ventajas del parto en posición vertical y refiriendo oportunamente a las gestantes para la atención del parto a la IPRESS con capacidad resolutiva.
b. La IPRESS debe propiciar que toda gestante en familia exprese su voluntad respecto de la posición en que desea que se le atienda durante el parto, esto se verá reflejado en el desarrollo del "Plan de Parto" (anexo 3).
c. El Plan de Parto es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido y su referencia de ser necesaria.
d. Organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y facilitando la información para que las gestantes en familia puedan asistir, ante la presencia de señales de parto o de algún signo de alarma.
e. El Plan de Parto debe elaborarse con la participación de la gestante para lograr que ella y su familia se interesen en dar solución conjunta a las situaciones que se presenten incluyendo situaciones de emergencia a partir de los recursos familiares disponibles.
f. Información que debe estar en el Plan de Parto:

    1. Datos de filiación de la gestante.
    2. Fecha probable de parto.
    3. Control prenatal.
    4. Resultados de los análisis de laboratorio y ecografías.
    5. Lugar donde se atenderá el parto.
    6. En qué posición prefiere ser atendida en el parto.
    7. Medio de transporte disponible.
    8. Personas que le apoyarán y acompañarán en el traslado.
    9. En caso de requerir sangre, quién hará la donación.

8.2.2 PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO:

a. Permitir el acompañamiento del parto respetando la privacidad de la gestante y de otras usuarias que se encuentren en el Centro Obstétrico. El acompañante que elija la gestante (pareja u otro familiar) puede estar presente en el parto para dar apoyo físico y emocional, mientras no interfiera con la labor asistencial. (Anexo N°2)
b. Permitir el ingreso de la partera como observadora y para brindar apoyo emocional según sea el caso y las costumbres de la zona.
c. Procurar la flexibilidad en los horarios de visitas, las mismas que deben ser supervisadas por el profesional responsable de su atención.
d. Cumplir las medidas de bioseguridad de la persona acompañante.

8.2.3 DEL INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:

a. El personal de salud de la IPRESS atiende a la gestante y familiar/acompañante con calidez, cuidando la distancia social, las medidas de bioseguridad, y uso adecuado de EPP. Se identifica y llama por su nombre a la paciente; luego

explica a ella y su familiar/acompañante el procedimiento a seguir en su atención en forma clara y lenguaje sencillo. En caso que la gestante y/o familiar sean de procedencia étnica diversa que no utilizan y/o comprenden la lengua española(castellano), facilitar la traducción con algún personal de salud que pueda actuar de interprete.

b. El ingreso de las gestantes de bajo riesgo, en trabajo de parto al centro obstétrico es por servicio de emergencia y por indicación médica (Anexo 6).
c. La gestante ingresa con las medidas de bioseguridad de acuerdo al triaje con mascarilla, y previo lavado de manos, manteniendo la distancia social no menos de un metro y medio.
d. Es necesario Identificar a el/la acompañante que ella elija con el documento nacional de identidad (DNI)/Carnet de extranjería/pasaporte y solicitar el carnet perinatal, plan de parto, hoja de referencia, consentimiento informado para AQV, siempre que se disponga del ambiente físico adecuado si fuera el caso.
e. El profesional de salud debe respetar y concertar las prácticas habituales de su cultura que no sean nocivas para su salud (creencias, idioma y costumbres). Evita usar lenguaje técnico mientras explica, procura adecuarse al contexto sociocultural de la paciente.
f. Las gestantes a término que acuden al servicio de emergencia con contracciones uterinas, permanecen en observación al menos dos horas, cumpliendo todas las medidas de bioseguridad y se realiza un nuevo examen médico antes de dejar la IPRESS hospitalaria de ser el caso.
g. Si la gestante de bajo riesgo está en fase latente del trabajo de parto, no está en fase activa del trabajo de parto (dilatación igual o mayor de 5 cm) recibe información sobre signos y síntomas de alarma, e indicaciones precisas de cuando regresar para evolución tales como: incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, pérdida de líquido, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fotopsia, tinnitus, cefalea intensa entre otros.
h. En gestantes con sospecha de SARS-CoV-2 o confirmadas asintomáticas, el ingreso a los servicios de salud para la atención del parto se lleve a cabo a partir de la fase activa, considerada como tal a partir de los 5 a 6 centímetros de dilatación.
i. La historia clínica de emergencia, debe consignar todos los datos solicitados. evitando abreviaturas considerando, edad gestacional, datos de embarazos previos y complicaciones entre otros.
j. La gestante que eligió la posición vertical para el parto, debe recibir la orientación y recomendaciones correspondientes del proceso de trabajo de parto, considerando el **uso de la mascarilla, y las medidas de bioseguridad** para el uso adecuado del ambiente del centro obstétrico evitando el riesgo de contagio COVID-19.
k. Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del centro obstétrico. Es necesario contar con un ambiente de aislamiento para gestantes que acuden con sospecha o confirmación de infección por COVID–19 que requieran hospitalización, la cual debe adecuarse para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio.
l. Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no restringir líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto, conservando en todo momento las medidas de bioseguridad.
m. Las condiciones de la gestante en trabajo de parto o puerperio en relación a condiciones de transporte, socioeconómicas, culturales cognitivas y de

aseguramiento, estados de emergencia local o nacional se deben considerar para la toma de decisiones sobre la observación u hospitalización.

8.2.4 EVALUACIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO EN EMERGENCIA:

a. Preguntar y evaluar la presencia de signos de alarma, inicio de contracciones, si presentó pérdida de tapón mucoso, características de las contracciones uterinas, antecedentes de importancia que pueden afectar la atención del parto, antecedentes obstétricos de tenerlos, alergia medicamentosa, cirugías previas y enfermedades concomitantes. Además, preguntar sobre ingesta de alimentos e infusiones, así como prácticas propias de la comunidad.
b. Controlar los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno en el ingreso a emergencia y sala de partos.
c. En gestante clínicamente sospechosa o confirmada de infección por COVID–19 que acude con síntomas de inicio de trabajo de parto (contracciones uterinas frecuentes, pérdida de tapón mucoso, pérdida de líquido amniótico) u otra emergencia obstétrica, se adopta medidas de bioseguridad, como el uso de mascarilla quirúrgica, lavado de manos, distanciamiento social y es referida o trasladada a un ambiente aislado y adecuado para su atención durante su hospitalización.
d. El personal de salud que atiende a la gestante con sospecha o confirmación de infección por COVID–19, dispone del equipo de protección personal (EPP) y debe ser el mínimo indispensable.
e. Toda gestante con sospecha o confirmación de infección por COVID–19 que requiera ser hospitalizada pasa al área COVID-19.
f. Realizar la evaluación de la gestante: anamnesis, examen físico que incluya dentro de la evaluación obstétrica, Maniobras de Leopold (situación, posición, presentación, altura de presentación), altura uterina, ponderado fetal, edad gestacional, movimiento fetal, frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina, previa evacuación de la vejiga, se realiza el examen ginecológico para evaluar el periodo del trabajo del parto, diferenciar en el periodo de dilatación, la fase latente y la fase activa), compatibilidad céfalo pélvica, así como infecciones de transmisión sexual.
g. Aplicar los indicadores de calidad a través de las practicas seguras: identificación correcta de paciente, administración correcta de la medicación, cirugía segura, prevención de riesgo de caídas, higiene de manos.
h. Vigilar las condiciones de bioseguridad en el tópico de emergencia, centro obstétrico/sala de parto, evitar tactos vaginales innecesarios.
i. El acompañante debe adoptar todas las medidas de prevención y bioseguridad, lavarse las manos antes de ingresar al centro obstétrico/sala de parto para apoyar en el proceso del trabajo de parto, para las atenciones a la madre y al recién nacido de acuerdo a sus respectivas costumbres (De acuerdo a la disponibilidad de ambiente físico y recursos).

8.2.5 ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL CENTRO OBSTETRICO

La atención del parto vertical comprende:

1. Dilatación o primer periodo del trabajo de parto.
2. Expulsivo o segundo periodo del trabajo de parto.
3. Alumbramiento o tercer periodo del parto.

4. Puerperio inmediato.

1. Primer periodo: Dilatación

a. La atención del parto normal se realiza de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Parto Normal que permite tener un parto seguro para la madre y el recién nacido (RN), la gestante usa la mascarilla y realiza lavado de manos, conserva el distanciamiento no menos de un metro y medio, reduciendo los riesgos de la dispersión de aerosoles.
b. Durante la fase activa de dilatación, promover la posición erguida o vertical de la gestante, garantizando la de ambulación, salvo contraindicaciones obstétricas.
c. La gestante puede adoptar la posición decúbito lateral izquierda y semifowler de acuerdo a la preferencia de la paciente, si las contracciones son intensas.
d. El derecho de la gestante a elegir la posición durante el trabajo de parto se debe respetar, evitar mantenerla en decúbito dorsal.
e. La gestante durante su trabajo de parto puede cambiar de posición, caminar las veces que lo necesite y desee, con el control del profesional de salud.
f. El monitoreo clínico materno fetal, se realiza usando el partograma. Debe efectuarse permanentemente, con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal mediante un dispositivo Doppler (Anexo 7).
g. El monitoreo electrónico fetal, debe indicarse dependiendo solamente del riesgo materno-fetal, evitando el uso permanente e innecesario. El monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal no es necesario en embarazos de bajo riesgo, ya que incrementa la indicación de cesáreas y partos instrumentados.
h. La ingesta de infusiones o mates tibios se permite de acuerdo a sus usos y costumbres locales sin que ello genere perjuicio de su salud.
i. La vía endovenosa, se coloca de acuerdo a la indicación y evaluación médica. No de rutina.
j. El médico y obstetriz/obstetra que atienden el trabajo de parto y parto, de acuerdo al requerimiento de la gestante, experticia y recursos, aplican la medicina complementaria tales como: técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, visualización, masajes, digito presión, musicoterapia, aromaterapia y acupuntura, con las medidas de bioseguridad y recursos disponibles.
k. Informar a la gestante y acompañante sobre las diferentes variantes de la atención del parto así mismo ratificar en la hoja del plan de parto la posición elegida por ella. (Anexo-plan de parto- consentimiento informado).

2. Segundo Periodo o Expulsivo

A. Atención del periodo expulsivo del parto en gestantes sin COVID-19

a. La atención del periodo expulsivo del parto debe ser de acuerdo a la evaluación, criterio médico y deseo de la gestante ratificado en la hoja del plan de parto.
b. Permitir durante el expulsivo la posición que elija la gestante, salvo contraindicación. (Ver anexo 4)
c. Informar a la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen. La episiotomía es un procedimiento que no debe efectuarse en forma rutinaria.
d. No realizar la compresión del fondo uterino (maniobra de Kristeller "maniobra fantasma")
e. El médico/obstetriz/obstetra, responsables de la atención, atienden el parto vertical de acuerdo a las indicaciones clínicas y contraindicaciones, así como

permite el acompañamiento (De acuerdo a las condiciones de infraestructura y recursos de IPRESS).

f. En el contexto de la pandemia por COVID-19, para reducir el riesgo de exposición a aerosoles la posición vertical a adoptar podría ser la de pies y manos con el médico/obstetriz detrás de la parturienta o en su defecto la posición de Sims modificada

g. Indicaciones:
   i. Gestante sin complicación obstétrica que impida el parto vertical.
   ii. Presentación cefálica del feto.
   iii. Compatibilidad feto-pélvica.
   iv. En la práctica las mismas indicaciones para el parto en posición horizontal

h. Contraindicaciones:
   i. Cuando las membranas se han roto estando la presentación alta.
   ii. Indicación de cesárea (cesárea iterativa, sufrimiento fetal, hemorragia por placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas con cabeza alta, pre eclampsia severa, eclampsia. incompatibilidad feto pélvica, feto en podálico, embarazo gemelar, distocia de presentación, distocia de cordón, distocia de contracción, macrosomía fetal, prematuridad, antecedente de parto complicado).
   iii. Realizar el clampaje tardío de cordón umbilical, hasta 03 minutos, o hasta que deje de latir, permitiendo el corte del cordón por el padre o familiar a su solicitud en caso de reunir condiciones del lugar donde se brinda la atención. Recordar que "La sangre del cordón pertenece al bebé".
   iv. Realizar el contacto precoz piel a piel entre la madre y el recién nacido durante la atención inmediata fomentando la lactancia materna exclusiva de forma inmediata salvo contraindicación médica.
   v. Evitar cualquier interferencia mientras el recién nacido se encuentre sobre la madre en el apego precoz (talla, peso, perímetros etc.), manteniendo las medidas de bioseguridad entre la madre y el recién nacido.
   vi. Cubrir al recién nacido inmediatamente conservando el calor, evitando el baño innecesario conservando el vérnix caseoso, material grasoso que reviste la piel del recién nacido.
   vii. Realizar los procedimientos de acuerdo a normatividad sectorial vigente, en el contexto de la pandemia COVID-19.

B. Atención del periodo expulsivo del parto en gestantes con COVID-19

a. Si inicia el periodo expulsivo, este debe ser idealmente atendido en la misma habitación aislada.

b. El equipo multidisciplinario que atenderá a la paciente debe estar preparado con el EPP establecido para la atención del parto, y la gestante está informada de los planes de modificación de la vía de parto cuando sea necesario.

c. Durante la atención del parto vaginal, se permitirá la presencia de un único acompañante asintomático y sin factores de riesgo para COVID-19 que usará las medidas de protección (guantes, mascarilla quirúrgica, entre otros) y el lavado de manos en todo momento que sea necesario.

d. De ser posible, el acompañante portará una pulsera de identificación exclusiva que será utilizada hasta el momento del alta de la paciente.

e. Es necesario el monitoreo continuo de las funciones vitales maternas incluyendo la saturación de oxígeno (Sat O2 > 95%) en caso necesario, se debe mantener el monitoreo fetal continuo y el clampaje tardío del cordón umbilical de acuerdo a la evaluación individualizada de la condición clínica de la paciente y el recién nacido.

f. Se realizará contacto de piel a piel si las condiciones lo permiten, usando la madre en forma permanente la máscara quirúrgica.

C. Tercer Periodo - Alumbramiento

a. Realizar el alumbramiento dirigido facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución del sangrado (aplicando una ampolla de oxitocina intramuscular 10 UI, inmediatamente después de la salida del hombro anterior o el feto y previa revisión de la cavidad uterina descartando a la presencia de otro feto. El alumbramiento activo deberá realizarse en posición horizontal una vez que el recién nacido haya salido al primer minuto del nacimiento.
b. Permitir a la usuaria la opción del uso de técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según sus costumbres (procedimientos exentos de riesgos).
c. Realizar la revisión del canal del parto luego del alumbramiento de la placenta, identificando sangrado excesivo (tener en cuenta las 4T: tono, trauma, tejido, trombina).
d. De ser necesario realizar una sutura, esperar un tiempo prudencial para la impregnación del anestésico local y evitar dolor durante la sutura.
e. Vigilar las funciones vitales, el volumen del sangrado, la intensidad de la contracción uterina y examen del canal del parto.
f. A solicitud de la paciente y/o familiar, se entregará la placenta, en bolsa sellada cuidando las medidas de bioseguridad, excepto cuando exista situaciones de riesgo de infección, (COVID-19, VIH-Sida, Infecciones de transmisión sexual u otras).

D. Puerperio Inmediato

a. Realizar el monitoreo del puerperio inmediato, durante las primeras dos horas, registrando los hallazgos en la historia clínica, hoja de monitoreo materno.
b. Permitir la ingesta de líquidos e infusiones de plantas medicinales de uso local o en la región que sean inocuas durante la lactancia.
c. Coordinar la entrega de la ración de alimentos y líquidos saludables con el profesional de nutrición para evitar ayunos prolongados.
d. Informar a los familiares sobre la condición de la mujer y del recién nacido mediante un número telefónico o contacto que permitan conservar las medidas de sana distancia con el equipo de salud.
e. Realizar las técnicas que favorezcan la lactancia materna: masajes, digito presión, técnicas de relajación, manteniendo las medidas de bioseguridad.
f. Control puerperal: Al egreso de la IPRESS la puérpera debe salir con cita presencial o remota e indicaciones claras: signos de alarma de la evolución puerperal, de posibles infecciones concomitantes, incluyendo COVID-19. Información/Consejería incluyendo anticoncepción inmediata post evento obstétrico)
g. En la puérpera por parto vertical, se indica telemonitoreo/teleorientación, dentro de la primera semana, evitando la atención presencial. Es importante informar sobre los signos de alarma (dolor pélvico, fiebre > a 38°C y/o

hemorragia puerperal) por lo que debe acudir al servicio de emergencia de la IPRESS.

h. Mantener la lactancia materna desde el nacimiento, de acuerdo con las condiciones clínicas del recién nacido y la madre.
i. Educar a la paciente en los beneficios de la lactancia materna, que otorga como el paso de anticuerpos madre-hijo frente al COVID-19, el lavado de manos, uso de mascarilla e higiene antes de cada lactancia
j. Los recién nacidos de madres con COVID-19 positivo, deben estar en alojamiento conjunto, salvo que exista una razón médica no COVID-19 que lo impida.

8.2.6 IMPORTANCIA Y VENTAJAS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL[3 4 5]

1. Ventajas de la atención del parto vertical

a. La posición vertical es más fisiológica y ofrece las siguientes ventajas.
b. Acorta el tiempo del trabajo de parto y periodo expulsivo, disminuyendo el riesgo de exposición parturienta/personal de salud.
c. Estimula las contracciones.
d. Favorece el descenso del feto, y la dilatación del cuello uterino.
e. Contracciones más fuertes, eficientes y menos dolorosas.
f. Los efectos de la gravedad: menos presión sobre la aorta y vena cava (Efecto Poseiro) que permite mejor oxigenación de la madre y feto.
g. Contracciones uterinas más fuertes y eficaces.
h. Mejor ubicación del feto para descender en la pelvis.
i. Mayor área de la salida pélvica en las posiciones de cuclillas y rodillas.
j. Disminución la tasa de nacimientos asistidos.
k. Disminución de la cantidad de episiotomías realizadas.
l. Menor número de desgarros de III y IV grado, y menor edema vulvar.
m. Diminución de alteraciones de la frecuencia cardiaca.
n. **Otras ventajas:** Disminuir barreras culturales, favorecer el acercamiento de la población indígena a los servicios de salud, que pueden presentar riesgos y complicaciones, cuyo rechazo o alejamiento de los servicios puede significar su muerte.

2. Desventajas de la atención del parto vertical

Dificultad para mantener la posición y pérdidas de sangre mayores a 500 ml. Sin embargo, la calidad de los estudios varió bastante, por lo tanto, hay necesidad de diseñar protocolos de investigación de este tema.

---

[3] Borell U, Fernström I. The movements at the sacro-iliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1957; 36: 42-57

[4] Scott DB, Kerr MG. Inferior vena caval compression in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1963: 70: 1044.

[5] Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1969; 76: 817-20

Hay más desventajas de la posición decúbito dorsal (supino) durante la fase de dilatación, tales como:

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 torna más dificultosa debido al mayor esfuerzo al no 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.

8.2.7 DEL REGISTRO E INFORMACIÓN

Las actividades de la atención del parto en posición vertical se registran en la historia clínica, carnet de control perinatal, registro de partos, registro diario de actividades y seguimiento establecidos por la institución.

Las atenciones de parto vertical se informan mensualmente.

8.2.8 INDICADORES (Ver anexo N° 5)

1. Porcentaje de mujeres atendidas con parto en posición vertical.
2. Porcentaje de complicaciones presentadas en gestantes atendidas parto en posición vertical.
3. Porcentaje de mujeres con acompañamiento durante el parto.

8.2.9 DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La referencia de la gestante a un nivel de mayor complejidad debe ser prioritaria y oportuna (anexo N° 8) y la contrarreferencia de la puérpera normal debe ser realizada a la IPRESS de origen después del primer control puerperal (7 días postparto).

IX. ANEXOS

ANEXO N° 1

LISTADO DE EQUIPAMIENTO MÍNIMO E INSUMOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÒN DE PARTO VERTICAL

Equipos e insumos necesarios:

1. Camilla de 03 cuerpos, acolchada de uso múltiple para parto horizontal y parto vertical, con pierneras y zapateras, con semiluna en el cuerpo central, al cual se le adaptara arco de metal y agarraderas laterales.
2. 01 Silla de parto en forma de U para la gestante en labor de parto vertical, tapizada de 40 cms de altura por 56 cms de ancho y 50 cms de largo aprox.
3. Mesa de mayo o mesa pequeña de 40 cms aproximadamente .de altura para colocar el instrumental para la atención de parto.
4. 01 silla de 30 cms de altura, rodante para el personal que atiende el parto.
5. 01 soga gruesa de 05 a 06 metros empotrada al techo. (Según requerimiento)
6. 01 Estufa y Bolsa de agua caliente (según la temperatura de la zona)
7. 02 Cojines de 40 x 50 cms.
8. Rodete de Tela u ovillo de lana de 10 cms x 5 cms de ancho.
9. Paquete de ropa de parto.
10. Kits de clave roja, azul y amarilla.
11. Coche de paro.
12. Estetoscopio.
13. Tensiómetro.
14. Oxímetro de pulso o pulsioxímetro.
15. Termómetro clínico.
16. Termómetro ambiental.
17. Equipo de revisión de cuello uterino.
18. Set para sutura perineal.
19. Lámpara de cuello de ganso.
20. Medicamentos: Oxitocina 10 U, Cloruro de Na al 9 /00, Ergotamina -Ergotrate v.o.
21. Guantes estériles.
22. Linterna operativa con pilas.
23. Termos jarras
24. Horno Microondas o hervidor para calentar infusiones.
25. Hoja de registro de actividades, Libro de nacimiento.
26. Formato de referencia y Contrarreferencia.
27. Reloj de pared.
28. Recipiente para material no contaminado.
29. Recipiente para material contaminado con solución desinfectante.
30. Recipientes para soluciones.
31. Sábanas para la camilla y para cubrir a la usuaria.
32. Campos estériles.
33. Para el acompañante: Gorro, batas y botas.
34. Doppler fetal.

ANEXO N° 2

CARTILLA PARA EL ACOMPAÑANTE

Ser acompañante puede ser de mucha ayuda para la mujer durante la dilatación y en el momento del parto, sobre todo, si te has informado y acudido a las clases de preparación para el parto. Aquí las reglas y lo que puedes hacer (las condiciones) que como acompañante tendrás que aplicar. Recuerda que eres el único responsable de tu comportamiento.

Antes de ingresar:

a. Solicita información y prepárate para esperar.
b. Podrás entrar para acompañar a tu pareja/esposa únicamente si te comprometes a participar activamente en la atención a tu pareja/esposa y cuidando las medidas de bioseguridad.
c. Lleva algunas cosas, por ejemplo: ropa y zapatos limpios y cómodos.
d. Ingerir alimentos, podrían pasar más de 10 horas sin que puedas recibir algún alimento.
e. Realizar higiene corporal y lavado de manos
f. Se le proveerá ropa quirúrgica (guantes, botas mandilón, mascarilla, gorro) al ingreso de sala de partos, úsalo y vístete
g. Coloca tu celular en vibrador, recuerda que no se podrán realizar tomas de imágenes a menos que te lo autoricen

En Sala de Partos (en el proceso del parto)

a. Antes de entrar a sala de partos lávate las manos con agua y jabón. Debe usar mascarilla y protector facial.
b. Durante la fase de dilatación ayúdala controlando el intervalo de sus contracciones y a sentirse relajada; apóyala en sus técnicas de relajación y respiración; a cambiar de posición si lo requiriera transmitiéndole calma y seguridad, ayúdala a distraerse hablándole y animándola, podrás realizar masajes utilizando aceites para cuerpo.
c. Puedes hacer preguntas el médico o la obstetriz, ellos te guiarán/ explicaran los procedimientos médicos y si es o no obligatorio, así como las opciones para ayudar a tu pareja a estar más cómoda.
d. Sé flexible, recuerda que en sala de partos pueden pasar muchas cosas, por lo que debes ser consciente que los profesionales de salud se encargarán y te indicarán lo que tienes que hacer durante este proceso. Por ejemplo si deseas cortar el cordón umbilical, debes expresar con claridad si estás de acuerdo y si te sientes mal, preferible es que te retires de la sala hasta que te sientas mejor.
e. Ten presente que el solo hecho de estar allí cambiara la actitud de tu pareja; por lo que tu presencia es lo que es más importante.

Después del Parto

Asegúrate de que le entreguen el bebé y ella lo amamante; apóyala y anímala para que pueda hacerlo.

Suscribo, y comprendo el contenido del presente documento, y manifiesto conformidad con el mismo

Nombre:.....Parentesco.....

_____

Firma del Acompañante

DNI N°: ..... Teléfono:

ANEXO 3: Hoja Del Plan Del Parto

Esperando mí Parto

Nombre.....
Edad.....DNI.....Teléfono.....

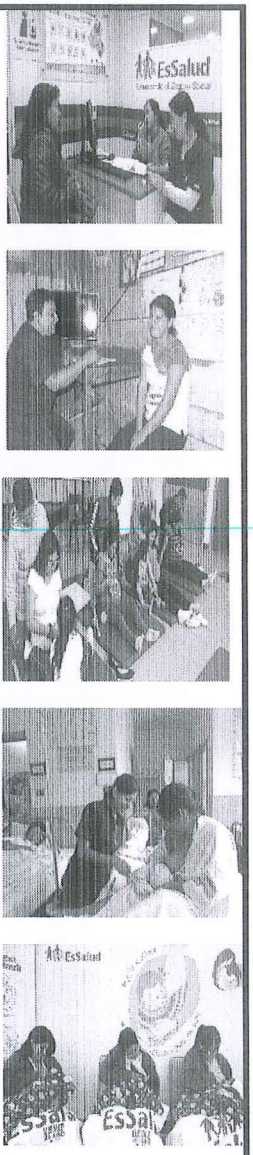
Dirección - Referencia.....

IPRESS.....Red.....

Hb : ..... Grupo sanguíneo :..... G P ..... Fecha Ultima Regla:.....

Fecha probable del parto. Día.....Mes.....Año.....Teléfono
IPRESS.....

			1ª Entrevista I Trimestre	2ª Entrevista II Trimestre	3ª Entrevista III Trimestre
			En la consulta de captación	En visita al hogar/consulta	En visita al hogar/consulta
1	Fecha de la atención.				
2	Edad gestacional.				
3	Donde se atenderá el parto?	EsSalud			
		MINSA			
		Clínica			
		Domicilio			
4	Desearía estar acompañada por un familiar en su parto?.	NO			
		SI			
	Qué familiar quiere que la acompañe.				
5	En qué posición prefiere dar a luz?	Echada			
		Sentada Vertical			
		Otra			
6	Como se va a transportar en el momento del parto o en caso de emergencia?.	Transporte propio			
		Taxi			



		Otro				
7	Qué tiempo tarda en llegar a la IPRESS.					
8	Quién cuidará sus hijos, su casa en su ausencia?.					
9	Firma de la gestante.					
10	Firma de la pareja/acompañante.					
11	Firma del profesional que realiza la atención.					

Personas que la acompañaran o ayudarían en su traslado a IPRESS en caso de parto o emergencia	Nombre y Apellidos	Parentesco

Guía de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GPNAS - GCPS - ESSALUD - SGPS
VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAS - GCPS - ESSALUD - SGPS
VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente

ANEXO Nº 4 POSICIONES DE ATENCION DE PARTO

POSICIÓN DE CUCLILLAS:

Es la posición de mayor preferencia por las mujeres, esta posición facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, aumentando los diámetros pélvicos, que favorecen el descenso del feto por el canal del parto.

- El médico/obstetriz que atiende el parto deberá realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banco).
- 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.



Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias
VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente
GPAS - SGPS - GDS - ESSALUD

POSICIÓN DE RODILLAS

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud
VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente
ESSALUD - SGPS

El médico/obstetriz 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/la acompañante puede estar al frente o detrás de la paciente, y debe abrazar a la gestante por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.



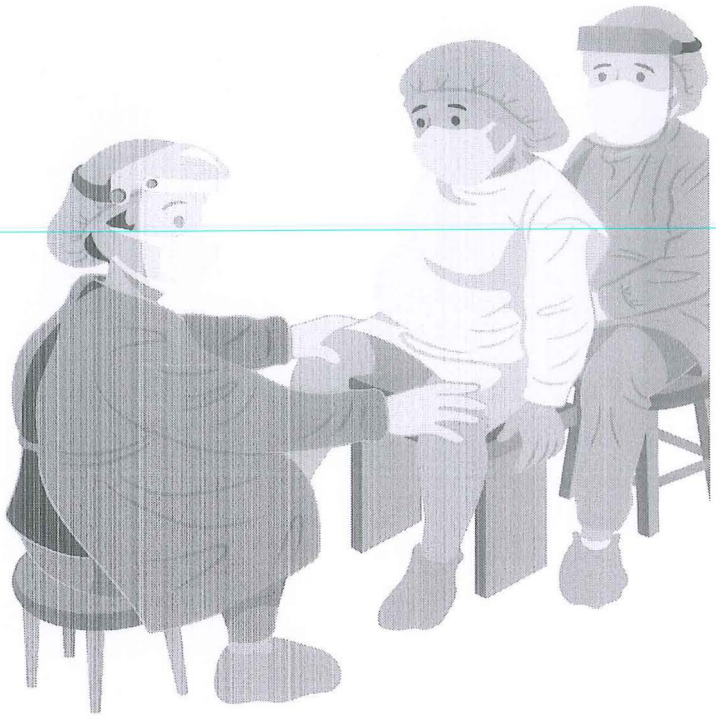
POSICIÓN SENTADA

El médico/obstetriz 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/la 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 de/la 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.



V°B°
M. MASCARO C.
Sub-Gerente
Sub-Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GCPS - ESSALUD

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.



V°B°
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD



POSICIÓN DECUBITO LATERAL O DE SIMS

La posición de decúbito lateral(DL), también denominada posición de Sims, se adopta colocando a la madre sobre un lado, de manera que solo contacte con la camilla o la cama, un solo hemicuerpo.
Por tanto, en el decúbito lateral izquierdo (DLI).la parturienta se colocará apoyando su lado izquierdo, y la pierna que queda superior (pierna derecha) reposará, en posición de abducción, sobre una pernera.



POSICIÓN DE PIE O SOSTENIDA DE UNA SOGA

- El médico/obstetriz 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.

ANEXO N° 5
DESCRIPTOR DE LOS INDICADORES

INDICADOR N° 1: Porcentaje de gestantes atendidas por parto en posición vertical

Numerador: Número de las gestantes atendidas por parto en posición vertical x100

Denominador: Total de gestantes atendidas por partos vaginales en la IPRESS.

Ficha Técnica del indicador Porcentaje de gestantes atendidas por parto en posición vertical	
Objetivo Estratégico Institucional	**OE1: "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados"**
Objetivo del indicador	Identificar el número de partos normales en posición vertical para mejorar la atención de los partos normales con el enfoque de interculturalidad y lograr mejorar la calidad de la atención.
Tipo de Indicador	Proceso
Fundamento	El parto vertical, es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical, (de pie, sentada, de rodillas o de cuclillas), el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal, mientras que el profesional de la salud según competencias que atiende el parto, se coloca delante o detrás de la gestante según el progreso del proceso del parto y acuerdos con la gestante para atender el parto.
Definición operacional	Mide el porcentaje de las gestantes aseguradas que son atendidas por parto vaginal en posición vertical en los últimos 12 meses, sobre el total de gestantes atendidas por partos vaginales (normales) en un periodo.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de las gestantes atendidas por parto en posición vertical x100}}{\text{Total, de gestantes atendidas por partos vaginales en la IPRESS}}$
Unidad de Medida	Porcentaje
Estándar de aplicación	>30%
Frecuencia de Medición	Trimestral, semestral y anual.
Fuente auditable	Servicio de Salud inteligente (ESSI)
Responsable de la Medición	Gerentes/Directores de Red Asistencial/ IPRESS hospitalarias con centro obstétrico.
Responsable de la Evaluación en Sede Central	Gerencia Central de Prestaciones de Salud – Gerencia Central de Operaciones.

INDICADOR N° 2: Porcentaje de gestantes atendidas con complicaciones en la atención de parto en posición vertical.

Numerador: Número de gestantes atendidas por parto en posición vertical que presentan complicaciones durante el parto x100

Denominador: Total de gestantes atendidas por parto normal en posición vertical

Ficha Técnica del indicador Porcentaje de gestantes con complicaciones en la atención de parto en posición vertical	
Objetivo Estratégico Institucional	**OE1: "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados"**
Objetivo del indicador	Identificar el número de gestantes con partos verticales con complicaciones la atención del parto. Evaluar la atención de las gestantes con parto vertical.
Tipo de Indicador	Proceso
Fundamento	El parto vertical tiene ventajas: disminución en el tiempo del trabajo de parto, menos desgarros de III y IV grado, menor edema vulvar, menor necesidad de instrumentación, menor necesidad de episiotomía, menos casos de presión del fondo uterino, menos casos de placenta retenida, menor dolor, mejor percepción de la madre y mejores resultados neonatales.
Definición operacional	Mide el número de gestantes atendidas por partos verticales con complicaciones: sangrado vaginal mayor (>500cc) y/o dificultad de mantener la posición en la atención de parto en un periodo de tiempo.
Fórmula de cálculo	Número de las gestantes atendidas por parto en posición vertical que presentan complicaciones durante el parto x100 Total de gestantes atendidas por parto normal en posición vertical
Unidad de Medida	Porcentaje
Estándar de aplicación	<5%
Basal	<5%
Frecuencia de Medición	Trimestral, semestral y anual.
Fuente auditable	Servicio de Salud inteligente (ESSI)
Responsable de la Medición	Gerente/Director de Redes Asistenciales y Prestacionales. Director de la IPRESS hospitalarias con centro obstétrico.
Responsable de la Evaluación en Sede Central	Gerencia Central de Prestaciones de Salud – Gerencia Central de Operaciones.

VºBº M. MASCARO C. Sub-Gerente - ESSALUD

VºBº Dra. T. PAREDES O. Gerente - ESSALUD

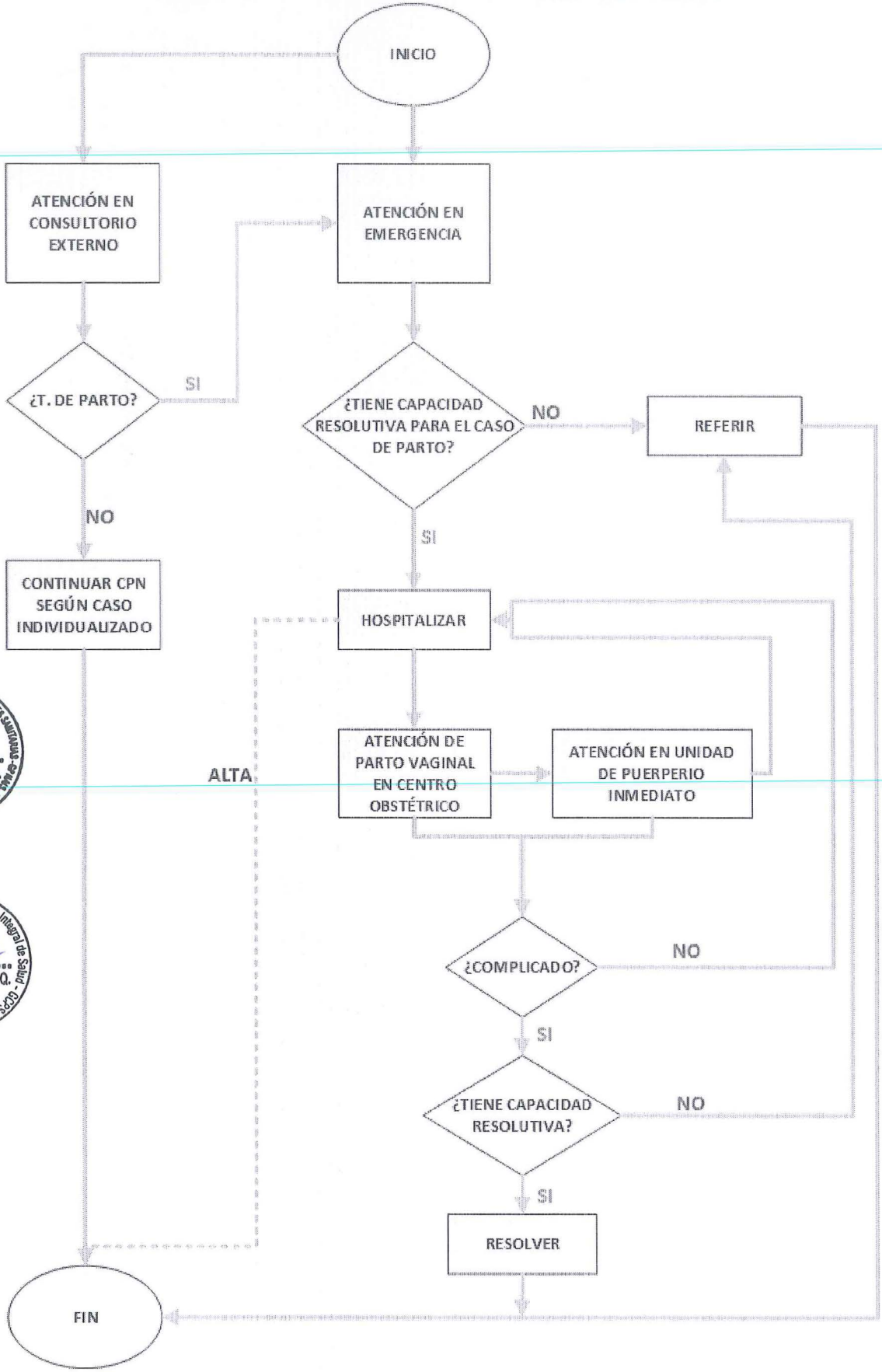
INDICADOR N° 3: Porcentaje de gestantes con acompañamiento durante el parto y puerperio

Numerador: Número de las gestantes atendidas con acompañamiento durante el parto y puerperio x100

Denominador: Total de gestantes atendidas con partos normales atendidos en IPRESS

Ficha Técnica del indicador **Porcentaje de gestantes atendidas con parto** con acompañamiento durante el parto y el puerperio.	
Objetivo Estratégico Institucional	**OE1: "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados"**
Objetivo del indicador	Identificar el número de gestantes aseguradas atendidas con acompañamiento durante el parto y puerperio.
Tipo de Indicador	Proceso
Fundamento	El Asegurar el acompañamiento de una persona relacionada afectivamente con la gestante, 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, favorece el incremento de las contracciones uterinas.
Definición operacional	Mide el número de las gestantes atendidas con acompañamiento durante el parto y el puerperio.
Fórmula de cálculo	Número de las gestantes atendidas con acompañamiento durante el parto y puerperio x100 Total, de gestantes atendidas con partos normales atendidos en IPRESS
Unidad de Medida	Porcentaje
Estándar de aplicación	>50%
Frecuencia de Medición	Trimestral, semestral y anual.
Fuente auditable	Servicio de Salud inteligente (ESSI).
Responsable de la Medición	Gerente de Red / Director de la IPRESS hospitalarias con centro obstétrico.
Responsable de la Evaluación en Sede Central	Gerencia Central de prestaciones de Salud – Gerencia Central de Operaciones Territoriales

ANEXO Nº 6 FLUJOGRAMA ATENCION DEL PARTO

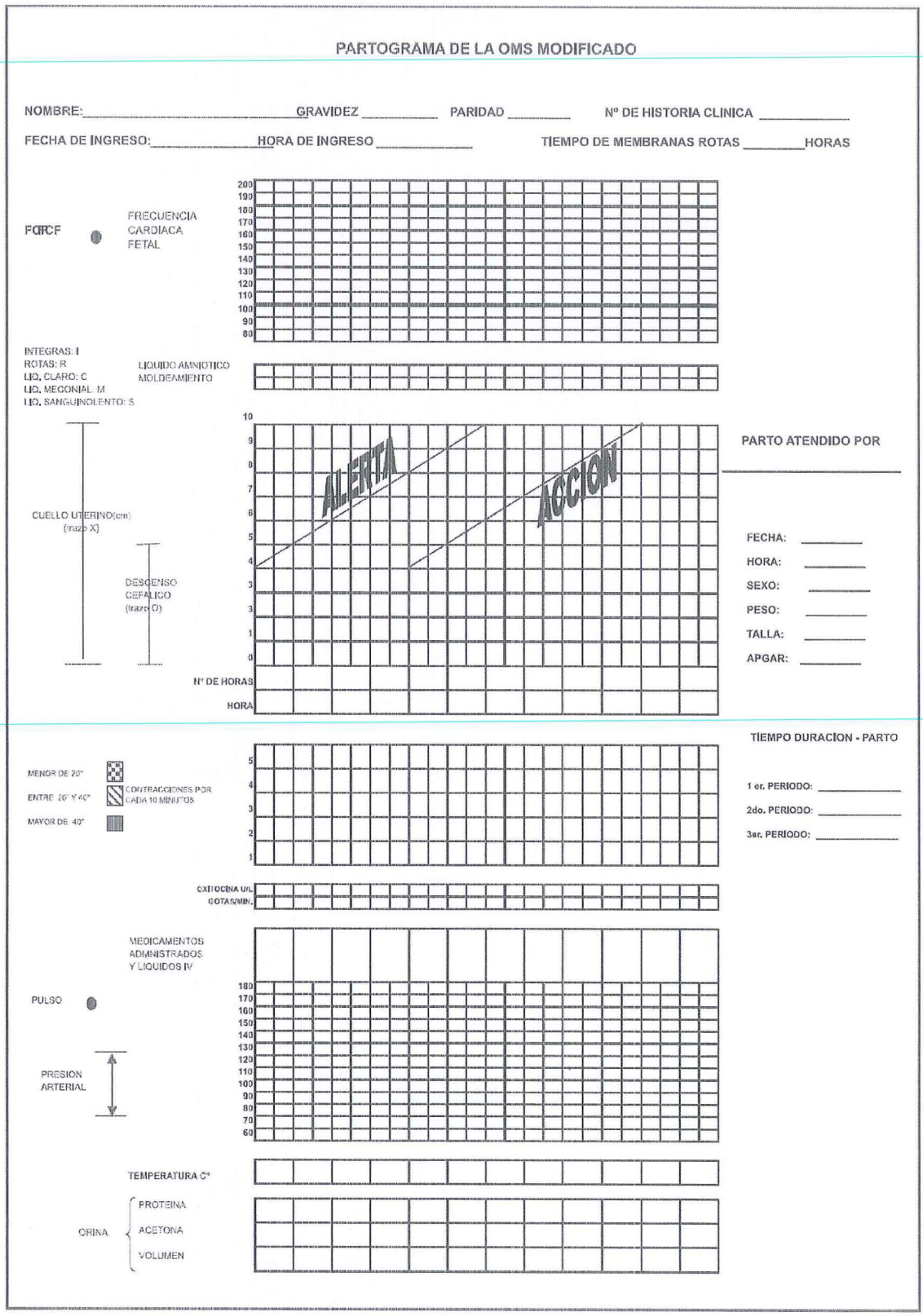


VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente
ESSALUD

VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente
ESSALUD

ANEXO N° 7

PARTOGRAMA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MODIFICADO.



Fuente: Guía de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. 2004.

ANEXO N°8

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LA REFERENCIA SEGURA DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

1. Colocar una vía segura con catéter endovenosa N° 16 -18.
2. Vía área libre, si requiere oxigenación administrar a razón de 3-5 litros por minuto según necesidades de la paciente utilizando cánula nasal o máscara de Venturi.
3. Posición en decúbito dorsal con elevación de miembros inferiores en caso de sangrado y/o signos de shock hipovolémico, en gestaciones de 22 semanas o más, colocar en decúbito lateral izquierdo.
4. Evitar la hipotermia mediante el uso de mantas.
5. Monitoreo y registro de funciones vitales, diuresis, latido fetal si procede, características y magnitud del sangrado, de ser el caso.
6. Durante el traslado debe acompañarse de un profesional de la salud con competencias en el manejo de las emergencias de causa obstétrica.
7. Brindar Orientación / Consejería al familiar acompañante, sobre todo si es un potencial donante de sangre.
8. En caso de hemorragia post parto realizar las maniobras que reducen la perdida de volumen sanguíneo, aplicar clave roja.
9. Si ha presentado convulsiones garantizar las vías aéreas permeables evitando la mordedura de la lengua, aplicar clave azul.
10. Coordinar con la IPRESS receptora de la referencia.
11. Tener el consentimiento informado de la paciente o de sus familiares para proceder al traslado.
12. En caso de que la paciente o sus familiares no acepten el traslado, y este en peligro su vida o la del feto/recién nacido, poner en conocimiento y solicitar la presencia de un representante del Ministerio Público.

X. BIBLIOGRAFIA

A. PARTO EN POSICION VERTICAL

1. Borell U, Fernström I. The movements at the sacro-iliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1957; 36: 42-57.
2. Calderón J.; Bravo J.; Albinagorta R.; Rafael P.; Laura, A.; Flores, C. Parto Vertical. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia, enero-marzo, 2008; vol. 54, núm. 1, pp. 49-57.
3. Franco N. Ayllón S. Vallejo M. Hansen-Day K Beneficios de la posición vertical para la atención de Parto Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata Cochabamba, Bolivia Revista médica (Cochabamba) versão impressa ISSN 2074-4609 Rev. méd. Cochabamba v.21 n.1 2010
4. Gayeski M., Brüggemann, O. Percepciones de las puérperas sobre la atención del parto en posición vertical y horizontal, Rev Latino-am Enfermagem, 2009; março-abril; 17(2) 39-50
5. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1. Art. No.:CD002000
6. Martina M, Fernandez V., Escate L., Sanchez A. Villa H. Parto en posición sentada en la Oroya (3780m), Acta Andina, 1994; 3 (2): 151-154.
7. Méndez-Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. Journal of Perinatal Medicine 1975;3:89-100
8. Miquelutti, M., Cecatti J. Morais,S., Makuch M. The vertical position during labor: pain and Satisfaction, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife 2009; 9 (4): 393-398 out./dez.
9. Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1969; 76: 817-20.
10. Scott DB, Kerr MG. Inferior vena caval compression in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1963: 70: 1044.
11. Tracy S K, Tracy M B. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. BJOG 2003;110 (8):717-24.

B. INTERCULTURALIDAD EN SALUD:

1. Knipper M. Antropología y crisis de la medicina: el patólogo M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativas de Asia Central y Perú. Dynamis. 2009; 29:97-121
2. Murillo, J. Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. An. Fac. med. Lima. 2015; 76, nspe.
3. Campos N. Experiencia sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández J. (Coordinador). Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2004:129.

C. INTERCULTURALIDAD EN LA ATENCION DEL PARTO:

1. Alarcón Ana, Vidal Aldo, Neira Jaime Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales Rev. Méd Chile 2003; 131: 1061-1065
2. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev. Panam Salud Publica. 2009; 26(4):368–76.
3. Romero Cevallos Raúl R ¿Cultura y Desarrollo? ¿Desarrollo y Cultura? Propuestas para un debate abierto Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Cuadernos PENUD Serie de desarrollo Humano N° 9

4. Fernández G. Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: BOLHISPANIA- Abya Yala-Universidad de Castilla La Mancha, 1ra Edición. 2004:53-64
5. Fernández Juárez Gerardo. Salud E Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y Crítica Intercultural 1ª Edición Ed Abya-Yala Quito-Ecuador
6. World Health Organization Appropriate Technology for Birth. Lancet, 1985;2:436-437 Ortiz Hernández Eloy. Complejidad, nuevo paradigma en la salud
7. Artículo publicado en el sitio web: http:// www.fac.org.ar/fec/ foros/cardtran/colab/ Denise2.htm
8. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, Ecuador, 2008

D. CALIDAD DE ATENCION EN OBSTETRICIA:

1. Paciornik M, et al. calidad de atención en los servicios de embarazo, parto y nacimiento, en un marco de derechos, Montevideo, 2013.
2. Calidad de atención en el parto Vaginal en gestantes del distrito Gregorio Alvarracín de Tacna-2006, Miranda E, INS-MINSA: Informe Técnico No72.

E. MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN OBSTETRICIA:

1. Gregson S, Tiran D, Absalom J, Older L, Acupressure for inducing labour for nulliparous women with Post-dates pregnancy, Complementary Therapies in Clinical Practice (2015), doi: 10.1016/j.ctcp.2015.07.003.
2. Soliday E., & Hapke, P. Patient-reported benefits of acupuncture in pregnancy. Complementary therapies in clinical practice, 2013 (19):109-113.
3. Ee C., et al. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. American journal of obstetrics and gynecology 198.3. 2008: 254-259.
4. Park J. et al. "The Safety of Acupuncture during Pregnancy: A Systematic Review." Acupuncture in Medicine. 2014; 32(3):257-266.
5. Soo-Hyeong Ryu. A Review Study of Researches on Acupuncture Therapy to Pregnant Women. The Journal Korean Obstet. Gynecol. 2013(26) 4:107-122
6. Dehcheshmeh, F. et al. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice Massage. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2015, Volume 21, 229 – 232
7. Li-Lan Chuang, Li-Chan Lin, Po-Jen Cheng, Chung-Hey Chen, Shiao-Chi Wue, Chuan-Lin Chang. The effectiveness of a relaxation training program for women with preterm labour on pregnancy outcomes: A controlled clinical trial. International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 257–264
8. Calderón J.; Bravo J.; Albinagorta R.; Rafael P.; Laura, A.; Flores, C. Parto Vertical. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia, enero-marzo, 2008; vol. 54, núm. 1, pp. 49-57.
9. Franco N. Ayllón S. Vallejo M.Hansen-Day K Beneficios de la posición vertical para la atención de Parto Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villarroel" de Punata Cochabamba, Bolivia Revista médica (Cochabamba) versão impressa ISSN 2074-4609 Rev. méd. Cochabamba v.21 n.1 2010
10. Gayeski M., Brüggemann, O. Percepciones de las puérperas sobre la atención del parto en posición vertical y horizontal, Rev Latino-am Enfermagem, 2009; março-abril; 17(2) 39-50
11. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 1. Art. No.:CD002000
12. Martina M, Fernandez V., Escate L., Sanchez A. Villa H. Parto en posición sentada en la Oroya (3780m), Acta Andina, 1994; 3 (2): 151-154.
13. Méndez-Bauer C, Arroyo J, García Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. Journal of Perinatal Medicine 1975;3:89-100

14. Miquelutti, M., Cecatti J. Morais,S., Makuch M. The vertical position during labor: pain and Satisfaction, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife 2009; 9 (4): 393-398 out./dez.
15. Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1969; 76: 817-20.
16. Scott DB, Kerr MG. Inferior vena caval compression in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 1963: 70: 1044.
17. Tracy S K, Tracy M B. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. BJOG 2003;110 (8):717-24.
18. GINECO FLASOG revista N° 2 mayo 2018." Cambiando la curva de Friedman).) . (Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.2018

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
VºBº
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente

EsSalud

nº120.
nº07.

ANEXO N° 10

HOJA DE RUTA

EXPEDIENTE N° 167-2019-60

Importante:
Mantener esta Hoja como caratula del expediente.
No sellar como cargo de recepción

NORMAL ☐ URGENTE ☐

DÍA	MES	AÑO

N°	REMITENTE	FECHA	ACCIONES	DESTINATARIO
1	V°B° K. MONTAÑO P. SUBGERENTE		Proy 274 SGNAPS	GPNAIS
2				
3	V°B° Dr. M. MASCARO C. Gerente - ESSALUD -	07 OCT 2020	Nota 220-GPNAIS	GCPS
4	V°B° Dr. M. MASCARO C. Gerente - ESSALUD -	16 OCT. 2020	Nota 220-GPNAIS	GPNAIS
5		19 OCT. 2020	Proy 3448-GCPS	GPNAIS
6	V°B° Dra. T. PAREDES Q. Gerente	27/10/2020	Adjuntar completa Enviar por correo Abrir el archivo!	No-39-SGNAPS.
7	V°B° M. MASCARO C. Sub-Gerente			
8	V°B° Dra. T. PAREDES Q. Gerente - ESSALUD -	03 OCT 2020	Nota. 220-GPNAIS	GCPS
9	V°B° C. BEDOYA V. Gerente Central - ESSALUD -	03 NOV 2020	Resv. 39-GPNAPS	GPNAPS Se envió x correo

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA DE POLÍTICAS
Y NORMAS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
19 OCT 2020
RECIBIDO
Hora.....Firma.....

ACCIONES:

1	TRAMITAR	7	ARCHIVAR	13	ACCIÓN INMEDIATA	19	POR CORRESPONDERLE	25	REPRESENTAR
2	OPINIÓN	8	SOLUCIÓN DANDO CTA POR ESCRITO	14	AGREGAR ANTECEDENTES	20	AUTORIZADO	26	CONSOLIDAR
3	INFORME	9	HABLAR CONMIGO	15	REVISAR OBSERVACIONES	21	REVISAR Y VISAR	27	NOTIFICAR
4	CONOCIMIENTO Y ACCIONES	10	SOLICITAR ANTECEDENTES	16	VERIFICAR STOCK Y ATENDER	22	REVISAR		
5	SEGÚN LO COORDINADO	11	PREPARAR RESPUESTA	17	VER OBSERVACIONES	23	DIFUNDIR		
6	COORDINAR	12	PROYECTAR DOCUMENTO	18	SUPERVISAR	24	HACER SEGUIMIENTO		

EsSalud

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

NOTA N° 220-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2020

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
02 NOV 2020
RECIBIDO
Firma..... Hora...11:00

Lima, 30 de octubre del 2020

Doctora
CÉCILIA BEDOYA VELASCO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente. -

Asunto : Proyecto de Resolución de Documento Técnico (DT): "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud".

Referencia : Informe N° 34-SGNAPS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2020

VºBº
M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en relación al asunto de la referencia enviar el Informe y Proyecto de Resolución que aprueba el Documento Técnico (DT): "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", para el proceso de aprobación de encontrarlo conforme.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dra. TANIA PAREDES QUILICHE
Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

TPQ/mmc/rmp
NIT: 167-2019-60
PROY 274-SGNAPS

EsSalud

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA DE POLÍTICAS
Y NORMAS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
30 OCT 2019
RECIBIDO
Hora.....Firma .....

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la universalización de la salud"

INFORME N° 34-SGNAPS-GPNAIS-ESSALUD-2020

PARA: **DRA. TANIA PAREDES QUILICHE**
Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud

DE: **DR. MARCO MASCARÓ COLLANTES**
Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias

ASUNTO: Proyecto de Documento Técnico (DT): "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud"

FECHA: Lima, 30 de octubre del 2020.

Tengo a bien dirigirme a usted, en atención al documento de la referencia, con la finalidad de informarle lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

1.1. Resolución Ministerial N° 518-2016-MINSA, que aprueba 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.

1.2. Resolución Ministerial N° 217-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19.

1.3. Resolución Ministerial N° 245-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 97-MINSA/2020/DGIESP. "Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con riesgo o infección por COVID-19.

1.4. Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021.

1.5. Resolución de Gerencia General N°1147–GG-EsSalud-2016, que aprueba la Cartera de Servicios de los Centros y Unidades de Medicina Complementaria.

1.6. Resolución de Gerencia General N° 632-GG-ESSALUD-2020 que aprueba la Directiva N°012-GCPS-ESSALUD-2020 "Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud".

1.7. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-EsSalud-2017, Directiva N° 002-GCPS-ESSALUD-2017, Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en ESSALUD.

1.8. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 35 -GCPS- EsSalud-2018, que aprueba el Documento Técnico "Indicación de cesárea en el Seguro Social de Salud – EsSalud".

1.9. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 18-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Manejo de la gestante y del Recién Nacido COVID-19".

1.10. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 19-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Implementación de Trabajo Remoto para el personal asistencial de EsSalud".

1.11. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 29-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Salud Materna en el contexto de la pandemia por COVID-19 en EsSalud".

1.12. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 016-GCPS- EsSalud - 2016, que aprueba Comité Técnico Consultivo para la elaboración de "Directiva del cuidado integral del parto vertical bajo el enfoque intercultural".

1.13. Con Carta N° 321-GCPS-EsSalud-2017, en agosto de 2017, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, solicita a los Gerentes de las Redes Asistenciales, Directores de Redes Asistenciales y a los Gerentes de Redes Desconcentradas Almenara, Rebagliati y Sabogal, la validación del Proyecto de Documento Técnico: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad".

1.14. Correos electrónicos enviados a las Redes Asistenciales y remisión de aportes y sugerencias.

II. ANÁLISIS:

2.1. El proyecto de Documento Técnico (DT): "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", ha sido elaborada en atención a la normatividad siguiente:

a. En el artículo 11° del Capítulo 3 de la Ley N°26790, Ley de Modernización de las Seguridad Social de Salud y modificatorias; señala que las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro.
b. Mediante la Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°121-MINSA/DGIESP-V1 para la atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, que es el marco normativo para la elaboración del DT: "Atención del Parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud".
c. Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social- ESSALUD, en cuyo literal a) del artículo 158° establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.
d. Mediante Resolución de Gerencia General N°900-GG-ESSALUD-2016, se aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021, cuyo objetivo general es: "Establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a realizar para mejorar la oportunidad y calidad de la atención de la salud materna y perinatal, dirigida a la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal" y en el objetivo específico (OE) 2 menciona: Mejorar la calidad del cuidado de la mujer durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, siendo una de sus acciones formular e implantar la normativa de la atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad que propone ser una herramienta para estandarizar y mejorar la atención del parto y el puerperio normal en las IPRESS de EsSalud.

2.2. Debido a la alta morbimortalidad materna y perinatal se propone el DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud". En el año 2019 ocurrieron 29 casos de muertes maternas, así como el incremento del número de cesáreas (Promedio 46%); alto con respecto al estándar internacional. Por este motivo es necesario mejorar e incrementar la atención vertical o fisiológica del parto normal, con el enfoque de interculturalidad y de derechos humanos, mejorando la calidad de la atención en el momento del parto, reduciendo indirectamente las cesáreas no pertinentes.

2.3. Se realiza la propuesta del DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", para el cumplimiento de los órganos centrales, desconcentrados, prestadores nacionales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias de EsSalud, de terceros o bajo modalidad de Asociación Publico Privada (APP) de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el Convenio suscrito con los respectivos operadores.

2.4. Respecto al impacto que tendrá la propuesta remitida, deberá señalarse lo siguiente:

a. En cuanto al aspecto económico: EsSalud disminuye su riesgo económico asegurador al contar con un DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", que estandariza sus procesos de atención del parto normal en posición vertical, enfoca el trabajo de sus profesionales de salud, alinea las acciones y actividades costo efectivas, el impacto económico se expresa en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, en la productividad laboral, en la contribución de la economía del país, así como en la disminución de la utilización de los servicios de atención.
b. A la necesidad de recursos humanos: El presente DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", permitirá mejorar los procesos de atención de la gestante en el parto y puerperio inmediato en las IPRESS hospitalarias que atienden partos, para el cumplimiento del documento técnico, intervenciones costo efectivas, mejoramiento de las competencias y aptitudes para la atención del parto normal en posición fisiológica o vertical, con las condiciones de bioseguridad.
c. A los aspectos organizativos: El presente DT no contempla la creación de cargos orgánicos para su implementación.
d. Al requerimiento de infraestructura: El presente proyecto de DT no contempla la construcción de nueva infraestructura a corto plazo, porque lo que busca es organizar y optimizar los procesos de atención en el trabajo de parto y puerperio normal.
e. Respecto a conflictos con DT normativos, o dispositivos legales vigentes: La propuesta de DT remitida no se contrapone o se encuentren en conflicto con otros documentos técnicos vigentes institucionales y sectoriales.

VºBº M. MASCARO C. Sub-Gerente

2.5. Se revisa la propuesta y la participación en el proceso de validación: para disponer de un DT para la atención integral, con enfoque de interculturalidad y el respeto de los derechos humanos, garantizando la calidad de atención del trabajo de parto, parto y el puerperio normal.

2.6. El Proyecto de DT "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", fue elaborado por un comité técnico profesional y sometido al proceso de validación operativa contando con la participación de las Redes Asistenciales/Prestacionales de EsSalud.

III. CONCLUSIONES:

3.1. Conforme a nuestras competencias, se elabora el proyecto de DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", guarda concordancia con el Plan Estratégico y el Plan: Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en EsSalud 2016-2021, OE-2 que regulan la gestión institucional de EsSalud; por lo que su formulación se encuentra conforme a la normativa vigente.
3.2. El proyecto de DT fue validado por las Redes Prestacionales/Asistenciales, órgano central y las unidades orgánicas, según lo descrito.
3.3. La aplicación del DT propuesto se implementará con los recursos (recursos humanos, infraestructura, equipamiento, tecnológicos y otros) que actualmente cuentan las IPRESS. No obstante, de considerarse la necesidad de mayores recursos para su implementación, se efectuará de manera progresiva y sujeto a la disponibilidad presupuestal, previa comunicación de las instancias correspondientes.
3.4. El proyecto de DT: "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en EsSalud", atendiendo a su ámbito de aplicación y ejecución, corresponde que el proyecto alcanzado sea aprobado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de encontrarlo conforme, se adjunta la propuesta de DT en mención, debidamente visada, en señal de conformidad, así como el proyecto de Resolución de Gerencia Central de Prestaciones.

IV. RECOMENDACION:

Se recomienda formalizar la propuesta del Documento Técnico en mención, de acuerdo al proyecto de Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud adjunta, de encontrarlo conforme.

Es todo cuanto informo para los fines que estime pertinente.

Atentamente,

Dr. MARCO MASCARO COLLANTES
Sub- Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

MMC/rmp
NIT: 167-2019-60