

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL**



**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN “COMPETENCIAS EN LA ATENCIÓN DE PARTERÍA
PROFESIONAL BAJO EL MODELO HUMANIZADO”**

**“ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO VAGINAL Y PUERPERIO
INMEDIATO Y EL ROL DEL/LA PROFESIONAL EN SALUD MATERNO
INFANTIL, EL SALVADOR 2023.”**

PRESENTADO POR:

BRENDA GABRIELA MARROQUÍN DE CRUZ

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

LICENCIADA EN SALUD MATERNO INFANTIL

DOCENTE ASESORA:

LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, MARZO, 2024.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla.

RECTOR

Dra. Evelyn Beatriz Farfán.

VICERRECTORA ACADÉMICA

M.Sc. Roger Armando Arias.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda.

SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Dr. Saúl Díaz Peña.

DECANO

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

VICEDECANO

M.Sc. Roberto Carlos Hernández

SECRETARIO

M.Sc. Mónica Raquel Ventura de Ramos.

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.Sc. Rocío Elena Linares de Trujillo.

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por brindarme vida y salud, por guiarme e iluminarme a tomar las mejores decisiones en mi vida y en mi carrera; por fortalecerme en todo momento y por permitirme culminar este gran sueño. PADRE GRACIAS POR TU FIDELIDAD.

A MIS PADRES

Por ser el pilar de mi vida, por criarme con valores, agradezco su apoyo, amor y consejos a lo largo de mi vida, gracias por motivarme a salir adelante y superarme en todo aspecto.

A MIS ABUELOS

Por su amor, su dedicación en mi crianza, por su apoyo incondicional en todo momento, por ser mi inspiración, mi motor, por creer en mis sueños, por motivarme cada día a seguir adelante.

A MI HERMANO

Por demostrarme su amor, a quien quiero servir de ejemplo de superación, porque con esfuerzo y tomados de la mano de Dios todo es posible.

A MI ESPOSO

Por el apoyo incondicional desde que llego a mi vida, por motivarme y comprenderme en los momentos difíciles, y por llenar mi vida de alegría.

A MIS FAMILIARES

Personas que de una u otra manera contribuyeron y fueron inspiración para culminar este logro.

CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	ii
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
OBJETIVOS.....	xiv
OBJETIVO GENERAL	xiv
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	xiv
CONCEPTOS BÁSICOS.....	xv
CAPÍTULO I: ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO VAGINAL.....	1
1.1 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO.1	
1.2 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO.	11
1.3 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL TERCER PERIODO.....	23
CAPÍTULO II: ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PUERPERIO INMEDIATO.	30
2.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL PUERPERIO INMEDIATO	30
2.2 ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE CONSEJERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.	34
CAPÍTULO III: ROL DEL PROFESIONAL EN SALUD MATERNO INFANTIL EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO VAGINAL Y PUERPERIO INMEDIATO.....	43
3.1 ROL EN ACTIVIDADES ASISTENCIALES.	43
3.2 ROL EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS	52
3.3 ROL EN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.....	58

3.4 ROL EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	64
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	65
ANEXOS.....	74
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	75
ANEXO 2. PRESUPUESTO.....	76
ANEXO 3. FORMATO DE FICHAS	77

RESUMEN

La atención humanizada del parto y puerperio inmediato en El Salvador marca un antes y un después ya que pretende generar cambios en la atención que brindan los profesionales de la salud a la gestante en un momento único y especial donde pueda tomar protagonismo por medio de la toma de decisiones informadas, disminuyendo el temor y/o inseguridades por medio del acompañamiento de la persona de su elección ya sea su pareja sentimental, familiar y/o amiga/o, del personal de salud entre ellos Licenciadas/os en Salud Materno Infantil como parte del equipo multidisciplinario, se toman en cuenta las necesidades físicas, mentales y emocionales, permite la participación activa e informada desde la preconcepción, embarazo, labor de parto, nacimiento y puerperio.

La presente monografía tiene como objetivo establecer la atención humanizada de parto vaginal y puerperio inmediato con el rol del/la Profesional Materno Infantil en El Salvador. Considerando como metodología un estudio documental y exploratorio, utilizando como técnicas el subrayado, resumen, fichaje y análisis de contenido la obtención de información de fuentes primarias (documentos oficiales, diarios) y secundarias (Libros de historia, artículos académicos, ensayos.).

La atención humanizada del parto vaginal y puerperio inmediato está dentro del área de formación de la partería profesional llámese en El Salvador Licenciada/o en Salud Materno Infantil, por lo que integrar este recurso profesional en las ahora llamadas salas de nacimiento es de vital importancia, ya que su formación le permite responder a los roles asistenciales brindando acompañamiento continuo del personal de salud y educativo en lo que corresponde a labor de parto, durante el nacimiento y puerperio, que según la información recabada en esta monografía están siendo pasados por alto.

Palabras clave: Parto humanizado, parto respetado, parto vaginal, puerperio.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la historia, el trabajo de parto, a pesar de tratarse de un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones (1), es así como se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un arte y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, obstetrix (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra). (2)

En cuanto a la asistencia al parto pocos fueron los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, ya que además de aliviarles el dolor, aconsejaban en su vida sexual, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas y partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería. (2)

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer daba a luz. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta, además de los nuevos conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre. (2)

Durante el siglo XX, se empezaron a emplear técnicas quirúrgicas como la cesárea. A pesar de los avances anteriormente mencionados, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección. Fue en esa época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias. (2)

Es por ello que surge la necesidad de plantear el siguiente problema de investigación que orienta el desarrollo de la monografía: ¿Cómo es la atención humanizada del parto vaginal y puerperio inmediato con el rol del/la Profesional Materno Infantil en El Salvador año 2023?

En la atención del parto vaginal y puerperio inmediato humanizado el Profesional Materno Infantil ejerce roles asistenciales, educativos en salud, entre otros, de los que poco se habla o se da a conocer, ya que por lo general se le atribuyen al personal médico o de enfermería. En El Salvador, a través de la Universidad de El Salvador, desde el año 1973 se forman Profesionales especializados en Salud Materno Infantil, personal sumamente capacitado científicamente y entrenado prácticamente para poder responder de manera eficaz a las necesidades de las mujeres en los periodos preconcepcional, gestacional, parto y puerperio. Por ello, con esta monografía se busca resaltar el importante rol que ejercen dichos Profesionales en la atención relacionado con el auge de la Ley Nacer con Cariño donde se debe garantizar el cumplimiento de los derechos de la mujer desde la gestación, parto y puerperio promoviendo así un parto un parto respetado e informado

Considerando como limitante la poca disponibilidad/accesibilidad a documentos e información relacionados al tema a nivel nacional, y como metodología un estudio documental y exploratorio, utilizando como técnicas el subrayado, resumen, fichaje y análisis de contenido o información para la obtención de información de fuentes primarias (documentos oficiales, diarios, cartas, grabaciones de audio, entrevistas, encuestas, entre otros) y secundarias (Libros de historia, artículos académicos, ensayos, reseñas, etc.). Así mismo, se establece como variable e indicadores los siguientes:

TABLA 1: Variables e Indicadores para el Diseño de la Monografía

VARIABLE
Atención humanizada del parto vaginal y puerperio inmediato.
SIGNIFICADO OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio en las primeras 24 horas.

DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
1. Atención humanizada del parto vaginal	1.1 Atención humanizada del primer periodo del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Atenciones en fase latente del trabajo de parto - Atenciones en fase activa del trabajo de parto 	Fichas textuales
	1.2 Atención humanizada del segundo período del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Atenciones en el periodo expulsivo - Atenciones al nacimiento vivo - Atenciones en caso de óbito fetal 	Fichas textuales
	1.3 Atención humanizada del tercer período del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Atenciones en el alumbramiento - Atenciones post alumbramiento - Atenciones en caso de hemorragia del tercer periodo 	Fichas resumen
2. Atención humanizada del puerperio inmediato	2.1 Actividades asistenciales en el puerperio inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades asistenciales en las primeras 2 horas post parto. - Actividades asistenciales de 2 a 24 horas post parto. 	Fichas resumen
	2.2 Actividades educativas y de consejería en el puerperio inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre lactancia materna precoz y exclusiva, signos y síntomas de alarma. - Consejería sobre el uso de métodos anti fecundativos en el puerperio. - Educación sobre los cuidados post parto. 	Fichas resumen

		<ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre alimentación en el puerperio. 	
<p>3. Rol del profesional en Salud Materno Infantil en la atención humanizada del parto vaginal y puerperio inmediato.</p>	<p>3.1 Rol en actividades asistenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Defender los derechos humanos fundamentales de las personas al momento de proporcionar atención de partería. - Promover el parto fisiológico. - Facilitar procedimientos normales del parto en entornos institucionales y comunitarios, incluidos los hogares de las mujeres. - Dar un manejo seguro a los partos vaginales espontáneos; prevenir, detectar y estabilizar complicaciones. - Proveer cuidado al recién nacido después del parto. - Detectar, tratar y estabilizar complicaciones posnatales en la mujer y remitir según sea necesario. - Proporcionar atención posnatal para la mujer en buena condición de salud. 	<p>Fichas textuales</p>

	<p>3.2 Rol en actividades educativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar orientación anticipada relacionada con el embarazo, ejercicios psicoprofilácticos, técnicas de respiración y relajación durante la labor de parto, parto, la lactancia materna, la paternidad y cambios familiares. - Ayudar a la mujer y a su familia a planificar un lugar de nacimiento apropiado. - Ofertar y proporcionar servicios de planificación familiar en el periodo post parto. - Promover y apoyar la lactancia materna. 	<p>Ficha textual</p>
	<p>3.3 Rol en actividades administrativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adherirse a las leyes jurisdiccionales, los requisitos reglamentarios y los códigos de conducta para la práctica de partería. - Desarrollar un plan de acción, en colaboración con la mujer, comprensivo que respete sus preferencias y decisiones. 	<p>Ficha textual</p>

	3.4 Rol en actividades de investigación	- Apoyarse en la investigación para sustentar la práctica profesional.	Ficha resumen
--	---	--	---------------

Fuente: Elaboración propia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la atención humanizada de parto vaginal y puerperio inmediato con el rol del/la Profesional Materno Infantil en El Salvador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar la atención humanizada de parto vaginal en El Salvador.
- Relatar la atención humanizada del puerperio inmediato en El Salvador.
- Describir el rol del profesional Materno Infantil en la atención de parto vaginal y puerperio inmediato humanizado.

CONCEPTOS BÁSICOS

Atención del parto: Es el conjunto de acciones humanizadas que se realizan con la mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación del embarazo, lo cual se traduce en bienestar tanto para la madre como para el recién nacido. (3)

Atención humanizada del parto (AHP): Comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto. Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad (4)

Atención durante el puerperio: El puerperio hospitalario debe fomentar el vínculo de la madre y el bebé con la participación del padre en el proceso. Debe prestarse especial atención al estado de la madre, y a la aparición de fiebre o cualquier otro signo clínico que pueda indicar alguna complicación. Debería evitarse la realización rutinaria de pruebas o procedimientos en aquellas mujeres en las que no se identifiquen signos de alarma (5)

Atención receptiva: Habilidades que permiten a madres, padres o cuidadores identificar, reconocer y responder con interacciones positivas a las necesidades e intereses de las niñas y los niños. Promoviendo que los adultos se muestren sensibles, receptivos, predecibles y cálidos, facilitando el desarrollo socioemocional temprano, promoviendo una vinculación emocional segura contribuyendo a acrecentar su capacidad cognoscitiva. (6)

Atención respetuosa de la maternidad (ARH): Remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto. (6)

Apego seguro: Es el vínculo que refleja el lazo afectivo duradero que se establece en el espacio y tiempo entre el bebé y el cuidador, este debe ser empático y favoreciendo la experimentación de emociones. (7)

Calidad en la atención en salud: Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención en salud, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y el trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad y acceso a los servicios de salud, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados a través del escrutinio del usuario. (8)

Consentimiento informado: Proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y su usuario/a y que se consolida en un documento escrito asignado por el o la usuaria, su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados. (8)

Contacto piel a piel (CPP): Consiste en colocar a la persona recién nacida desnuda sobre el abdomen y tórax desnudos de la madre, inmediatamente al nacer y durante las primeras 3 horas de vida, o en caso no fuese posible el CPP con la madre, será con el padre o acompañante. (7)

Cuidado cariñoso y sensible: Es el conjunto de condiciones que se proveen a niñas y niños para garantizar su salud, nutrición, seguridad, protección, una atención receptiva y oportunidades para un aprendizaje temprano; tiene como objetivo atender y responder a sus necesidades e intereses, garantizar sus derechos, protegerlos de los peores efectos de la adversidad, reducir sus niveles de estrés y fortalecer los mecanismos emocionales y cognitivos para hacer frente a las situaciones difíciles. (7)

Derecho a la protección de la salud: Derecho humano que incluye acciones a cargo del Estado a efecto de que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. (8)

Derecho a la vida: Derecho inherente al ser humano desde el momento de su concepción, el cual debe ser reconocido, respetado y tutelado en todo momento por los integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), debiendo encaminar sus actuaciones para tal fin. (8)

Experiencia positiva del parto: Se define como un desenlace trascendente para todas las mujeres embarazadas en trabajo de parto, al cumplir o superar creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano, en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo; es decir estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personal mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requirieren o desean intervenciones médicas (6).

Fase latente del período de dilatación: También denominada fase latente del trabajo de parto o inicio de trabajo de parto, se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes, no tiene duración estándar (9).

Ficha de nacimiento: Formato único nacional establecido por el SNIS, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. (8)

Lactancia materna exclusiva: Es la proporcionada a la persona recién nacida con leche humana sin la adición de otros líquidos o alimentos o sucedáneos de la leche durante los primeros 6 meses de vida, a excepción de medicamentos o micronutrientes con indicación médica. (7)

Maternidad: Función reproductiva de la mujer que comprende la gestación, el embarazo, parto y puerperio. (8)

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): Promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia científica. (6)

Nacimiento por vía vaginal: Forma natural o fisiológica en la que el feto sale del útero al exterior a través de la vagina. (8)

Partera profesional: Persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel superior. (8)

Parto: Es la culminación fisiológica de todo el proceso del embarazo, que implica el nacimiento del feto de veintidós semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. (8)

Parto fisiológico: Debe entenderse como un parto natural o fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés, con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas. (6)

Parto respetado / humanizado: Modelo de atención del parto que toma en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer y su bebé se convierten en sujetos y protagonistas de las decisiones y atenciones que reciben. (7)

Período placentario o alumbramiento: Periodo que inicia con la salida del recién nacido, y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas. (9)

Período de dilatación activa: También llamada fase activa del trabajo de parto o trabajo de parto activo, se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm, hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. Tomar en cuenta que la duración de la

fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes. (9)

Período expulsivo: Es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. (6)

Período post alumbramiento: También conocido como cuarto periodo del trabajo de parto, comprende las dos horas siguientes al parto. (6)

Persona recién nacida: Periodo comprendido desde el nacimiento, hasta los veintiocho días de vida extrauterina. (8)

Profesionales de la salud: Médicos, enfermeras, profesionales en Salud Materno Infantil y/o parteras profesionales que atiendan a la mujer y el recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio. (8)

Promoción de la salud: Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que las personas ejerzan sus derechos y responsabilidades y participen en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. (8)

Psicoprofilaxis: Es definido como aquel proceso educativo que se basa en la preparación integral de la mujer gestante que permite desarrollar hábitos y comportamientos positivos en relación a su embarazo. Sirve para ella, el bebé y para su entorno familiar. (10)

Puerperio: Corresponde al período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posparto o cuarenta y dos días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias. (6)

Períodos del puerperio: Se divide en tres períodos:

- Puerperio inmediato: Comprende las primeras veinticuatro horas después del parto.
- Puerperio mediato: Comprende desde el segundo al décimo día posterior al parto.
- Puerperio tardío: Comprende desde el día once hasta los cuarenta y dos días posteriores al parto. (6)

Vínculo afectivo: Es un lazo de amor, empatía y cuidado mutuo entre la madre, padre y su hijo o hija, que proporciona bienestar y seguridad. Es base para el desarrollo en la primera infancia. (8)

CAPÍTULO I: ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO VAGINAL

1.1 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO.

1.1.1 ATENCIONES EN FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO.

Desde 1985 la OMS no ha dejado de aconsejar que el parto normal es un proceso saludable y que solo hay que intervenir si es necesario.

En 1985 Lancet publicó la tecnología apropiada para el nacimiento de la OMS, y ese mismo año se emitió la Declaración de Fortaleza, Brasil: “El Embarazo y Parto no es una Enfermedad”, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. Este documento recoge el trabajo de 50 personas entre obstetras, pediatras, parteras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, los cuales tras una cuidadosa revisión de los conocimientos adoptaron una serie de recomendaciones sobre “la Tecnología apropiada para el parto”. El texto recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones para su aplicación. La OMS considera que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

El texto señala que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. La Declaración subraya que el nacimiento es un proceso normal y natural, pero que puede sufrir complicaciones. Menciona que es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. (11)

La tecnología apropiada para la atención del parto normal permite vigilar el progreso del mismo sin interferir en su fisiología ni en las relaciones del grupo familiar. Con este fin, se promueve la participación activa de ambos padres, la adopción de posiciones naturales y cómodas para la madre, como también la realización espontánea de los esfuerzos expulsivos. Asimismo, se evitan las maniobras y medicaciones innecesarias, que interfieren tanto en el proceso natural del parto, como en la interacción precoz de la madre con el recién nacido (12).

En 1996 la OMS publicó la Guía práctica en la atención del parto normal, informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, y en 2001 se publicaron las Recomendaciones de la OMS acerca del cuidado perinatal.

Las recomendaciones de la OMS y algunos metaanálisis de estudios controlados, han señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado, continúa siendo practicado en todo el mundo, a pesar de la aceptación de las propuestas de la medicina basada en las evidencias con respecto a este cuidado.

La preocupación de la OMS por este tema, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación, señalando que el cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.

6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres (11).

En las recomendaciones de la OMS se expresa que muchos procedimientos realizados durante el embarazo, parto y puerperio, no cuentan con evidencias de resultados positivos. Las formas de cuidado que sí cuentan con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo o hija durante la atención del parto y que reducen los resultados adversos del nacimiento, son:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- b) El contacto madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.
- c) La posición vertical (sentada, hincada o en cuclillas) durante el trabajo de parto. (11)

El apoyo psicoemocional debe brindarse a la mujer gestante y parturienta por parte de todo el personal que se encuentre en salas de parto ahora llamadas salas de nacimiento, llámese enfermeras, médicos internos, gineco obstetras, Licenciadas en Salud Materno Infantil, etc., haciéndola sentir cálida y escuchada, elogiándola por su labor y avances en el trabajo de parto, dándole ánimo y brindándole la información sobre su trabajo de parto; asimismo el o la acompañante juega un papel fundamental física, mental y emocionalmente ya que proporciona confianza, presencia continua pero a la vez debe proporcionar tranquilidad, elogios y un apoyo continuo en las necesidades de la parturienta.

En El Salvador con la entrada en vigencia de la ley Nacer con Cariño aprobada en agosto de 2021, se emiten los respectivos Protocolos de asistencia para la mujer en el periodo Preconcepcional Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal donde se incluyen

reformas en la atención con el fin de proporcionar una experiencia de parto positiva bajo el modelo de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Dentro de las generalidades en la atención que se contemplan en dicho Protocolo se destacan:

- El respeto hacia la mujer parturienta su familia o acompañante
- Respeto por la cultura, su orientación y/o identidad de género, religión, costumbres o rituales que puedan realizarse en el transcurso del trabajo de parto o nacimiento
- Brindar el apoyo continuo a las necesidades emocionales de la mujer embarazada con empatía y compasión, mediante el estímulo, el elogio, la tranquilidad y la escucha activa.

A la vez se debe brindar información sobre el modelo de atención de parto respetado y sus ventajas, aclarar sus dudas, responder a las necesidades con actitud positiva mantener informada a la mujer y su acompañante, de forma tal que pueda tomar decisiones informadas en caso de existir alternativas y que exprese sus necesidades y preferencias. También se resalta el hecho de evitar realizar procedimientos innecesarios y/o rutinarios que vulneren la integridad física, emocional y psicológica de la usuaria embarazada. Además de comprender que es derecho de la mujer el recibir apoyo continuo durante todo el trabajo de parto y el parto. Por ende, el acompañamiento permanente de una persona de su elección y/o de un personal de enfermería con rol de Doula es fundamental y se debe fomentar aún en caso de cesárea. El acompañante debe mantenerse junto a la mujer embarazada durante todo el proceso de labor de parto y parto, procurando en todo momento apoyo físico, mental y emocional.

Según el Reglamento de la Ley Nacer con Cariño se establece en el Artículo 18 lo siguiente en relación al acompañante:

La mujer desde el inicio de su embarazo contará con la orientación para identificar su red de apoyo, pudiendo designar a la persona de su confianza o elección para su acompañamiento.

La persona acompañante deberá recibir orientación de forma clara, completa y en términos sencillos por parte del personal de salud sobre la importancia de su rol durante todo el proceso, estos conocimientos prácticos le permitirán involucrarse para realizar un acompañamiento que

propicie un buen desarrollo prenatal, y genere buenas condiciones de salud tanto físicas como emocionales para la mujer embarazada y la persona que está por nacer.

La persona acompañante deberá asumir una participación activa y responsable en todo el proceso, principalmente asumiendo su rol en cada seguimiento de control prenatal junto a la mujer embarazada y estableciendo sus responsabilidades dentro del plan de parto, como un recurso de apoyo durante todo el trabajo de parto. (13)

De igual manera se fomenta el trato inclusivo a las personas con discapacidades facilitando el ingreso de dispositivos de ayuda visual, auditiva y para la deambulaci3n, tales como: anteojos, prótesis auditivas, bastones, andaderas, entre otros como así también de su bolso de partos con su teléfono celular, su ropa y las de su bebé. Dichas pertenencias serán ubicadas en la mesa personal situado al lado de su cama o bien en un espacio seguro que disponga el personal de la instituci3n. (14)

El protocolo de asistencia en la fase latente menciona las siguientes acciones:

- Contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, lavado de manos o alcohol en gel antes de cualquier procedimiento y uso de mascarilla para todos los que entren en contacto con la mujer embarazada y la persona recién nacida.
- Saludar a la embarazada, de forma cordial e identificarse como personal de salud que le atenderá.
- Dirigirse a la mujer embarazada y acompañantes de forma respetuosa e identificarla en todo momento por su nombre.
- Indagar motivo de consulta.
- Realizar la evaluaci3n clínica a la mujer embarazada según lineamientos y protocolos establecidos recomendados, que incluye:
 - Completar la Historia clínica.
 - Evaluar signos vitales.
 - Realizar las maniobras de Leopold.

- Evaluar la Frecuencia Cardiaca Fetal.
- Evaluar la altura uterina.
- Evaluar la actividad uterina (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones)
- Realizar un tacto vaginal (previo consentimiento de la mujer) a fin de diagnosticar la evolución. El tacto vaginal debe considerar el siguiente orden de evaluación y descripción:
 - a) Posición del cérvix.
 - b) Reblandecimiento.
 - c) Borramiento (%).
 - d) Dilatación.
 - e) Estado de las membranas ovulares.
 - f) Presentación.
 - g) Variedad de posición.
 - h) Estación de la presentación.
- Verificar y registrar en la historia clínica el resultado de los siguientes estudios realizados durante el embarazo: hematocrito, hemoglobina, tipo sanguíneo, HIV, PRS.
- Tomar exámenes de laboratorio en caso de no presentar los estudios o que los mismos no se encuentren actualizados (previa consejería).
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal con un dispositivo Doppler portátil o con estetoscopio. (14)
- Tomar las siguientes acciones ante el diagnóstico de "latencia":
 - La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. No tiene una duración estandarizada.
 - Informar a la mujer embarazada que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del periodo de dilatación y que puede variar de una mujer a otra. Tomar en cuenta la hora de consulta y el riesgo social. Ofrecer traslado a hogar de espera materna.
 - Ofrecer alojamiento en la Estancia Materna, en la cual se asignará personal de salud para sus evaluaciones.

- Valorar retorno a domicilio si las condiciones de la mujer embarazada lo permiten.
- Proceder al ingreso hospitalario si la dilatación del cuello uterino es de 3 cm o más y el borramiento del cérvix es del 80% o más y la embarazada presenta contracciones regulares y rítmicas. Permitir la evolución espontánea, evitando intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto. (14)

1.1.2 ATENCIONES EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO.

Se define la fase activa como contracciones uterinas dolorosas y regulares con un importante grado de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm, hasta la dilatación total. (14)

Una vez establecido el diagnóstico de fase activa del trabajo de parto se deben de brindar las siguientes atenciones:

1. Ingresar a la Unidad de Parto con Cariño, si la mujer embarazada a la evaluación se encuentra en fase activa.
2. Orientar a la mujer embarazada y su acompañante sobre la disposición para el manejo de sus pertenencias dentro del área de ingreso (ropa de recién nacido, pertenencias de uso personal, teléfono celular, entre otras).
3. Brindar indicaciones precisas al familiar o acompañante sobre las reglas para el uso del celular:
 - Podrá realizar llamadas
 - Podrá realizar fotografías a la madre y persona recién nacida
 - No podrá fotografiar el área de trabajo de parto, ni de personal de salud sin su consentimiento.
4. Garantizar la intimidad durante todo el proceso de trabajo de parto, parto y recuperación.
5. Ofrecer acompañamiento especializado por una/un/a enfermero/a Doula/o (de contar con el recurso) quien brindará apoyo de la siguiente forma:

- Físico, emocional y consejería
- A través de diferentes tipos de ejercicios.
- Manejo no farmacológico del dolor.
- Siendo la voz de la mujer embarazada en caso de ser necesario

Cabe destacar que el Licenciado/a en Salud Materno Infantil puede brindar este acompañamiento y atenciones en el caso de contar con el recurso, pero su formación profesional le permite ir más allá, tal como se detalla en el capítulo 3 de la monografía.

6. Explicar con claridad los procedimientos tanto a la mujer como a su acompañante, solicitar consentimiento informado. Dejar constancia de los tactos vaginales y otros procedimientos en el expediente clínico.
7. Interactuar con el acompañante elegido por la mujer para proporcionarle explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarle apoyo respecto al trabajo de parto y el parto.
8. Favorecer la evolución fisiológica del proceso.
9. Alentar y promover la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto si así lo desea la mujer embarazada (líquidos completos y/o dieta blanda)
10. Completar el partograma estandarizado y único para el SNIS, una herramienta complementaria que se utiliza solamente para para dejar constancia de las evaluaciones fetales y de la madre
11. Realizar la auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal mediante un dispositivo Doppler portátil o estetoscopio para evaluar el bienestar fetal, este control se debe repetir cada treinta minutos durante el trabajo de parto. Esta evaluación debe hacerse antes, durante y posterior a la contracción y dejar constancia en expediente clínico.
12. Evaluar y documentar las contracciones uterinas (duración, frecuencia e intensidad) durante 10 minutos y repetirlo cada hora
13. Realizar los tactos vaginales con guantes limpios a intervalos de 4 horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.
14. Corroborar signos vitales maternos cada 4 horas

15. Evaluar preferencia de la mujer en torno a la administración de opioides de administración parenteral considerando la posibilidad del establecimiento de salud
16. Proporcionar técnicas de relajación y alivio del dolor como: meditación, respiración, relajación muscular progresiva, yoga, vocalizaciones y aromaterapia, masajes corporales relajantes aplicación de compresas tibias, duchas corporales, uso de pelotas de pilates, entre otros según preferencia de la mujer.
17. Generar en la sala un ambiente cálido y agradable, evitando ruidos innecesarios (televisores conversaciones en voz alta), luces intensas que distorsionen la evolución natural del trabajo de parto de la mujer embarazada. Asimismo, procurar un ambiente íntimo con luces tenues, música suave, aromas, facilitadores de parto (por ejemplo: banco de parto vertical, colchoneta, esferas, etc.).
18. Alentar a la movilidad y a adoptar una posición erguida, o la de su preferencia durante el trabajo de parto, la única excepción es cuando las membranas están rotas y la cabeza fetal está móvil. Si las membranas están rotas y la cabeza descendida, también se sugerirá la libre deambulación. El profesional de la salud debe asegurarse de que se supervise el bienestar del bebé adecuadamente en la posición elegida por la mujer. Si es necesario un cambio de postura para garantizar el seguimiento adecuado fetal, debe comunicarse claramente la razón a la mujer.
19. Proveer confort en todo momento a fin de que la mujer se sienta limpia y seca. Utilizar agua limpia y jabón líquido de baño cuando sea necesario para la limpieza del área genital.
20. Brindar la posibilidad de una anestesia peridural de existir la opción en la institución. El personal de anestesia deberá presentarse con la mujer embarazada y su acompañante, deberá tratarlos de forma respetuosa y deberá explicar de forma sencilla y en lenguaje claro las intervenciones a realizar y su justificación
21. Retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar, en mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo.

22. Determinar falla en el descenso la progresión de la dilatación si el período activo se extiende por más de 12 horas en primíparas y 10 horas en multíparas. Evaluar y garantizar en todo momento el bienestar materno y fetal.
23. Considerar los siguientes puntos previo a cualquier intervención médica en quien se sospeche una progresión lenta del trabajo de parto:
- Evaluar cuidadosamente.
 - Descartar complicaciones (desproporción cefalopélvica, entre otras).
 - Determinar si sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas en el trabajo de parto se encuentran satisfechas. (14)

Tomando en cuenta otras recomendaciones para la práctica clínica de asistencia al parto eutócico tenemos:

- Periodo de dilatación:
 1. Uso de la partograma para monitorizar el progreso del trabajo de parto.
 2. Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto.
 3. Abandonar el uso del rasurado y el enema.
 4. Promover la deambulación durante el trabajo de parto.
 5. Uso de la auscultación intermitente para monitorizar la frecuencia cardiaca fetal.
 6. No restringir líquidos durante el trabajo de parto y permitir la ingestión de comidas ligeras.
 7. Apoyo psicosocial.
 8. Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
 9. Estimular la presencia del acompañante que la mujer elija.
 10. Usar sistemas rotativos de personal que atiende para facilitar el trabajo.
 11. Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento.
 12. Ser sensible a las necesidades culturales y expectativas de las mujeres y sus familias.
- Alivio del dolor:
 1. Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor, usar preferiblemente métodos no farmacológicos.

2. Evitar el empleo de la epidural como método habitual para el alivio del dolor en el parto (15). Algunos de los métodos para el alivio del dolor de forma no farmacológica que se pueden emplear son: ejercicios de relajación con la respiración, aromaterapia, masajes, musicoterapia, hidroterapia, esferodinamia. Estos métodos pueden ser utilizados individualmente, pero si bien es cierto en la práctica profesional uno complementa al otro. Y se obtienen mejores resultados, permitiendo el avance espontáneo del trabajo de parto.
3. Usar una de las posiciones levantadas que la mujer elija para el parto, evitando la posición supina y, particularmente, la de litotomía.
4. No realizar episiotomía de forma sistemática.
5. No suturar de forma sistemática los desgarros o cortes menores.
6. No realizar revisiones de cuello de forma habitual, salvo que haya evidencia de hemorragia (15).

1.2 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO.

El Congreso de Colombia decreta en 2022 la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado, donde el objeto de la misma es reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos (16). En ella se ven plasmados diversos artículos donde para fines de esta monografía se retoma el artículo de derechos haciendo énfasis en el parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:

- a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.
- b) Monitoreo fetal intermitente con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.
- c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones, del médico, durante el trabajo de parto y post parto.
- d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.
- e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.
- f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros (16)

1.2.1 ATENCIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO.

Para el periodo expulsivo las mujeres deberían ser libres de adoptar la postura que prefieran e incluso se les debería desalentar/desanimar de utilizar la postura tumbada hacia arriba o semitumbada. Para algunos autores, las mujeres deberían ser animadas a adoptar posturas verticales, especialmente en la fase de expulsivo, pero otros autores sugieren que una gran variedad de posiciones puede ser experimentadas por la madre como de gran ayuda para cooperar con trabajo de parto. Por ello es importante no insistir en una posición concreta como la correcta (17).

Las mujeres de maternidades de todo el mundo a menudo dan a luz acostadas de espaldas. Esta es una posición familiar y conveniente para el que atiende el parto, sin embargo, hay posiciones alternativas que son más eficaces para el parto.

Estas posiciones ayudan al proceso natural normal del nacimiento y refuerzan los esfuerzos de pujo de la mujer. Acostarse en decúbito supino (sobre su espalda) puede dificultar los esfuerzos de pujo de la mujer, reducir el oxígeno al bebé y enlentecer el nacimiento. Debe promoverse las diferentes posiciones para dar a luz, pero si la mujer prefiere acostarse en decúbito supino, sugerir que levante la cabeza para ayudarla en sus esfuerzos de pujo; o, mejor aún, ayudar a elevar la parte superior del cuerpo. Las mujeres que eligen otras posiciones para el parto pueden dar a luz en forma más rápida y sencilla.

A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

- Mujer se encuentra sentada en la cama, sostenida por su pareja detrás de ella. Esta posición es cómoda para muchas mujeres, y resulta fácil ver el progreso del parto. Proteja el periné mientras mantiene la cabeza flexionada, luego guíe la salida lenta de la cabeza del bebé. Una vez que el bebé rota, ayudar al nacimiento de los hombros.
- En el siguiente ejemplo, la mujer está acostada de lado. Aunque esta posición es tranquila, permite que las contracciones se mantengan fuertes y poderosas. Relaja el periné y puede ayudar a prevenir los desgarros. La mujer puede hacer que su compañero la ayude a sostener su pierna o puede sostenerla por sí misma. En una posición de decúbito lateral, como en todas las demás posiciones, se protege el periné mientras se mantiene la cabeza de la o el bebé flexionada; luego se deja que la cabeza nazca con lentitud. A medida que el bebé rota, los hombros se colocan solos en la posición apropiada.
- Las posiciones erguidas, como ponerse en cuclillas, son muy eficaces para el descenso del bebé. El útero a menudo se contrae de manera más eficaz y la gravedad ayuda al bebé a moverse más fácilmente a través de la pelvis. La abertura pélvica también se ensancha en posición vertical. Aquí la partera mantiene su mano sobre la cabeza del bebé para controlar el progreso. Justo cuando llega la cabeza a su posición, la mujer elige recostarse. Las piernas de una mujer pueden cansarse con rapidez si no está acostumbrada a ponerse en cuclillas. Aquí la mujer se sostiene de barras unidas a la cama donde se realiza el parto. La cabeza del bebé sale con lentitud, luego la parte superior del hombro; por último, sale la parte inferior

del hombro. El bebé nace. Esta mujer está en posición de cuclillas apoyada contra el respaldo de la cama. Con unos pocos pujos eficaces, el bebé nace.

- La posición de las manos sobre las rodillas, otra posición erguida, es una postura preferida por muchas mujeres y es útil cuando la mujer siente su trabajo de parto en la espalda. El periné a menudo se estira naturalmente, lo que puede prevenir los desgarros. La mujer no puede ver su cara, así que hable con ella para informarle su progreso. El control de la frecuencia cardíaca del bebé es más fácil con una ecografía Doppler o un estetoscopio. Limpiar el material fecal que pueda aparecer mientras la mujer puja. Proteger el periné y aplicar una ligera presión sobre la parte posterior de la cabeza del bebé para mantenerla en flexión. Recordar, los movimientos del parto serán opuestos a la forma en que aparecen cuando la mujer está de espaldas. La cara del bebé mirará el techo cuando aparezca. La siguiente contracción acerca al bebé. Sostenerla cuando nazca y luego secarla sobre la manta a los pies de la madre. Pasar al bebé a través de las piernas de la madre con su cordón intacto. La madre se da vuelta y descansa con su bebé piel con piel. Tener en cuenta que la posición de las manos sobre las rodillas aumenta el espacio en la pelvis y es una de las maniobras que se pueden intentar si los hombros de un bebé no descienden.
- La siguiente mujer se encuentra pujando muy eficazmente en posición de rodillas. Al igual que con las manos sobre las rodillas, se debe estar detrás de la mujer para atrapar al bebé. Después de que el bebé rota, ayudar con la salida de los hombros, uno y luego el otro. Alentar a las mujeres a probar diferentes posiciones. Obtener confianza en la capacidad para apoyar la elección de una mujer sobre cómo dar a luz. A menudo la mujer encuentra la posición más cómoda para sí misma, que también es la que la ayuda a pujar con mayor eficacia.

Recordar, las posiciones erguidas activas ayudan al proceso natural del parto. Las posiciones erguidas pueden ayudar a que el bebé salga cuando el parto es lento. Se debe demostrar y alentar diferentes posiciones durante el parto. (18)

También es importante considerar las siguientes acciones durante el parto:

1. Informar a las mujeres embarazadas que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra.
2. Alentar a la mujer embarazada a la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive posiciones erguidas, cuclillas, manos y rodillas entre otras, en las mujeres embarazadas de bajo riesgo. La posición semisentada / sentada es recomendada aún en mujeres con analgesia epidural.
3. Determinar Falla de descenso de la presentación si el período expulsivo se extiende por más de 3 horas en primíparas y 2 horas en multíparas. Evaluar la vitalidad fetal en todo momento y evitar realizar intervenciones obstétricas siempre y cuando el bienestar materno y fetal sean evidentes. Realizar acciones oportunas si la madre y/o el feto así lo requieren, explicando en todo momento y justificando dichas intervenciones.
4. Alentar a la mujer embarazada en el periodo expulsivo para que siga su propia necesidad de pujar.
5. En fase de sosiego del período expulsivo (sin deseo espontáneo de pujo), auscultar con Doppler la frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos antes, durante y posterior a la contracción y documentarla. Asimismo, auscultar con Doppler la frecuencia cardíaca fetal cada 5 minutos durante la fase de pujo activo y/o coronación del período expulsivo.
6. Proveer un espacio seguro y limpio en el momento del nacimiento. Por ejemplo: colchoneta de partos desinfectada de al menos 15 cm de espesor. Asimismo, en caso de cesárea, proveer un ambiente cálido y armonioso en quirófano. Recordar que la mujer tiene derecho a ver a su hijo/a nacer.
7. Evaluar criteriosamente la coronación fetal evitando, en lo posible, realizar maniobras de rotación y tracción de la cabeza fetal y/o hombros.
8. Proteger el periné, de ser necesario, con compresas tibias o simplemente posicionando una mano gentilmente sobre la cabeza fetal para evitar una deflexión brusca que pueda provocar heridas en periné.
9. Entregar el o la bebé a la madre (14)

1.2.2 ATENCIONES AL NACIMIENTO VIVO.

El personal de salud responsable de la atención del parto debe cumplir las siguientes acciones:

1. Acompañar a la familia y responder o aclarar las dudas que pudieran surgir en el proceso de nacimiento.
2. Apagar el aire acondicionado o regular la temperatura de la habitación previo al nacimiento.
3. Cumplir todas las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad (lavado de manos, uso de mascarilla, uso de guantes estériles).
4. Mantener al recién nacido sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con su madre durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia, cubrirlo con sábanas o paños precalentados y secos los cuales deben ser reemplazados cada vez que estén húmedos.
5. Promover la lactancia en el periodo de contacto piel a piel, colocando a todos los recién nacidos sobre el pecho, tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
6. En presencia de líquido amniótico claro, con respiración propia al nacer, evitar realizar la aspiración de la boca y la nariz.
7. Secar suavemente la cabeza y el cuerpo con campos tibios (no quitar el vérmix).
8. Retrasar el examen físico completo, pesado, tallado, entre otros, hasta después del período inicial de CPP. (14)

Para permitir una mejor adaptación del bebé a su nuevo entorno es recomendable colocar al recién nacido en el abdomen con el pecho desnudo de su madre, cubriéndolo con un paño calentito para conservar el calor, teniendo cuidado de no secar las manos del bebé, ya que están impregnadas de líquido amniótico que lleva impreso el olor a su vida dentro del útero.

A la vez, el organismo de la madre responde liberando la hormona del amor “oxitocina” que facilita el apego emocional, el enamoramiento y la disminución del dolor. Por otro lado, libera

prolactina para estimular la secreción de la leche materna a través de una acción directa sobre la glándula mamaria.

Estas primeras horas son especiales tanto para la salud de la madre como para el recién nacido. Esta acción tan simple, como es colocar al recién nacido sobre el abdomen desnudo de la madre, es fundamental para iniciar la vida. Este momento de contacto piel a piel ayuda a recuperar la calma y el relax, permite regular el ritmo cardiaco y la respiración, estimula la digestión, despierta el impulso para la lactancia, regula la temperatura, y permite la colonización del bebé con bacterias amigas de la piel de la madre que le protegerán en el nuevo entorno. Además, incrementa la lactancia materna exclusiva exitosa y mejora la autoeficacia materna, reduce las hemorragias luego del parto y la expulsión temprana de la placenta. (19)

El protocolo de asistencia enlista las siguientes atenciones para las personas nacidas vivas durante el periodo de contacto piel a piel:

1. Evaluar con escala de Apgar al minuto uno y cinco, en caso se encuentre un puntaje menor a los siete puntos, continuar manejo médico según lineamientos establecidos.
2. Pinzar y cortar el cordón umbilical y asegurarse de la presencia de dos arterias y una vena, el tiempo de pinzamiento debe ser entre 1 y 3 minutos como mínimo.
3. Realizar ligadura de cordón umbilical con clip umbilical de 1 a 3 cm de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril.
4. Realizar limpieza del cordón umbilical con alcohol 70° mientras se encuentra en contacto piel con piel.
5. Identificar a la persona recién nacida, colocando una pulsera o brazalete y mostrarlos la madre según lineamientos establecidos.
6. Administrará todos los recién nacidos 1 mg (0.1 cc) de vitamina K por vía intramuscular después de la primera hora de vida, deberá estar en CPP. (14)

Acciones a realizar durante el periodo de contacto inicial:

1. Realizar examen físico completo incluyendo las medidas antropométricas, en el mismo lugar que se encuentra la madre y junto a ella, y luego entregarlo a la madre adecuadamente vestida y seguir fomentando la lactancia materna con apoyo del personal de salud que acompaña a la madre, si la condición del bebé es estable. Dicho examen físico completo debe ser realizado con permanente contacto visual entre la madre y su acompañante con el bebé.
2. Realizar profilaxis ocular en ambos ojos, para prevenir oftalmía neonatal.
3. Cumplir dosis de vacuna de BCG y hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.
4. Retrasar el baño hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas.
5. Vestir con prendas adecuadas a la temperatura ambiente.
6. Mantener a la madre y persona recién nacida juntos y en la misma habitación las 24 horas del día si la condición de ambos así lo permite.
7. Permitir el uso del teléfono celular cuando la madre necesite comunicarse con sus familiares y al momento del nacimiento para documentarlo. (14)

1.2.3 ATENCIONES EN CASO DE ÓBITO FETAL.

Tratamiento de la muerte fetal:

- Evacuación uterina, si es necesario
- Atención posparto de rutina
- Apoyo emocional

La evacuación uterina puede haberse producido espontáneamente. Si no, la evacuación debe hacerse por medio de medicamentos (p. ej., la oxitocina) o un procedimiento quirúrgico (p. ej., la dilatación y evacuación).

El manejo posparto es similar al de los nacidos vivos. En general, los padres sienten una gran pena y requieren apoyo emocional y, a veces, se necesita psicoterapia formal. Los riesgos con embarazos futuros, que están relacionados con la presunta causa, se deben discutir con los pacientes (20)

El método y el momento del parto después de una muerte fetal dependen de la edad gestacional en la que ocurrió la muerte, los antecedentes obstétricos maternos y la preferencia materna. Aunque la mayoría de las pacientes desean un parto rápido, el momento del parto no es crítico; Las coagulopatías asociadas con retención fetal prolongada son poco comunes.

La atención en duelo debe individualizarse para reconocer las necesidades personales, culturales o religiosas de los padres en duelo. Otros componentes de la atención del duelo después de una muerte fetal incluyen una buena comunicación; toma de decisiones compartida; reconocimiento de la paternidad; reconocimiento del duelo de la pareja y de la familia; reconocimiento de que el duelo es individual; conciencia sobre entierros, cremaciones y funerales; apoyo emocional y práctico continuo; profesionales de la salud capacitados en la atención del duelo; y profesionales de la salud con acceso al autocuidado. (21)

Comunicar malas noticias no es una tarea fácil, y menos comunicar la muerte de un niño que aún no ha nacido. Según Gómez-Ulla (2021), hay cosas que se deben de tener en cuenta al momento de comunicar ésta noticia: i) que la madre esté acompañada por su pareja o de otra persona, ii) hablar de muerte y no utilizar frases como “no hay latidos” ya que lo mismo puede confundir a los padres, iii) no debemos dar nunca la noticia de manera brusca, sino debemos comenzar diciendo “Lo siento”, iv) estar atentos a nuestro lenguaje corporal siendo éste de gran importancia, por ejemplo podemos acariciar el brazo de la madre, mostrar preocupación y de esa manera mostrar también empatía ante los sentimientos que tienen los padres. Por otra parte, es imprescindible que cuando demos la noticia esto ocurra en un lugar apartado y tranquilo, darle tiempo y espacio a esos padres para llorar, expresar sus sentimientos y poder evacuar preocupaciones.

La comunicación, es crucial en lo que es la relación médico-paciente. Mencionar que pueden ir a casa, explicar las opciones que tienen en caso de que la mamá no se encuentre en trabajo de parto. También se debe tener en cuenta que, si la madre decide ingresar en ese momento, es adecuado que ella no esté en una sala donde se encuentren otras embarazadas.

El lenguaje al hablar de lo sucedido debe ser comprensible, podemos también ofrecer esta información de forma escrita y en la misma incluir las posibles causas de la muerte y las opciones que tienen para la finalización de la gestación. Siempre debemos hacernos presentes, mostrar disposición y preguntar si tienen dudas o si necesitan algo.

Una vez que él bebé nació por la vía que la familia eligió junto con el personal de salud, está la gran cuestión de que es si desean ver a su bebé o no.

La familia debe de saber que tienen derecho en ver, tocar, fotografiar a su bebé y que es de gran importancia que así lo hagan ya que les va a favorecer en este proceso de duelo, pero se respeta fielmente la decisión que consideren. En caso de que la familia decida verlo es importante en este momento anticipar que el bebé que van a ver a continuación seguro no sea aquel que se imaginaron, que su aspecto no va a ser igual al de un bebé que nace vivo, que no va a tener la coloración de un bebé sano.

En esta etapa llamar al bebé por su nombre, sin embargo, en aquellos casos donde aún no se le adjudicó uno se lo deberá mencionar como hijo/a. Esto a los padres les brinda confianza, los hace sentir que su hijo o hija está, existe, que es reconocido y tomado en cuenta por el personal de salud. El personal de salud cumple un rol fundamental en estos momentos, debiendo hablar con franqueza y empatía, debe proporcionar el apoyo y comprensión que la situación requiere, lo que contribuye a una mejor evolución del duelo.

Son pocos los papás que se llevan recuerdos, quizás por la inexperiencia del personal de salud o quizás por decisión de la madre, padre y/o familia.

Lo que sí es cierto es que irse del Hospital con muy pocos recuerdos físicos es muy doloroso y sumado a que la madre vuelve a casa sin su bebé, por eso vamos a ver el tipo de recuerdo que una familia puede llevarse del mismo. Según la organización Umamanita y la Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal (Ayul. N, et, al, 2021) uno de los tipos de recuerdos es hacer fotografías.

Puede pasar que a la primera impresión a uno le pueda resultar algo morboso la idea de sacarle fotos a un bebé sin vida y es normal que se piense eso, pero la experiencia de aquellas familias que sí lo hicieron resultó de una manera muy positiva y uno de los recuerdos más preciados. Las fotografías sirven para darle y mostrarle un rostro al resto de los familiares, para poder presentarlo a otros hijos, amigos y otros miembros de la familia. Algo que siempre se debe tener en cuenta es que con el tiempo los recuerdos se borran de la memoria y con una fotografía se puede asegurar de que ese recuerdo no se va a borrar de la mente.

Otro de los tipos de recuerdos que se pueden realizar es la caja de recuerdos, en ella tenemos la posibilidad de guardar todos aquellos objetos que nos recuerden al bebé en el trayecto de su vida como parte de esa familia (aunque sea solo dentro del útero). Por ejemplo, se puede crear una huella de la mano o pie del bebé, ésta se puede realizar con tinta y papel. También se puede recoger un mechón de pelo del bebé, guardar la pulsera de identificación del hospital (en caso de haber nacido con vida ya que si al nacimiento ya había obitado no se le coloca). También se puede guardar la ropa o mantita en la que estuvo envuelto y por supuesto todas las ecografías que se realizan en el correr del embarazo.

También debemos de tener presente y basándonos en recomendaciones internacionales como por ejemplo Umamanita, las cuales nos hacen mención sobre la identificación de la habitación implementando una pegatina de “mariposa azul” tanto en la puerta donde se encuentra la mamá ingresada como en los materiales en los que se trasladan al bebe. El objetivo de esta imagen es informar que allí se encuentra una familia que está atravesando un duelo y por lo tanto merece privacidad y respeto, de tal manera se espera que por medio de la identificación se evite irrupciones innecesarias como por ejemplo lo es el control de signos vitales constantes o la entrada y salida del personal de limpieza. (22)

En Ecuador El Hospital San Francisco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, inauguró un área especial para el acompañamiento a madres que atraviesan un duelo peri o neonatal.

Esta acción se denominó Código Mariposa y consiste en identificar a las madres que fueron atendidas en esa casa de salud y que, por diversos motivos, atraviesan un duelo.

Donde se adecuó un espacio dentro del servicio de Gineco-Obstetricia para que las pacientes reciban un trato humanizado con el apoyo permanente de Psicología, Trabajo Social y otras especialidades que se requiera de acuerdo a la situación de cada paciente.

¿Por qué Código Mariposa?

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social informó que se adoptó ese nombre porque para la Tanatología (disciplina científica que se encarga de encontrar un sentido a la muerte) la mariposa es un símbolo que ayuda a ver a la muerte como un proceso natural, de transformación y esperanza. (23)

En El Salvador el protocolo de asistencia de la Ley Nacer con Cariño hace mención a casos especiales entre ellos muerte neonatal o intrauterina, para los cuales se detallan las siguientes atenciones:

1. En caso de confirmarse la muerte perinatal ocurrida antes o durante su hospitalización la mujer embarazada será ingresada en un área adjunta pero distinta a donde están las otras mujeres embarazadas, dentro de la Unidad Parto con Cariño, para recibir el apoyo médico y emocional relacionado con su condición específica; dicho enfoque continuara durante toda su hospitalización, el alta y seguimiento pertinente.
2. Se debe ofrecer a los padres un espacio designado por el centro asistencial y tiempo con el bebé en privado, en un entorno cómodo, hasta que estén listos para trasladarlo a la morgue.
3. Hay que reducir al mínimo los ruidos.
4. Al informar a los padres, sobre el fallecimiento, use lenguaje adecuado para el traslado de malas noticias y terminología que comprendan. Los materiales visuales y escritos pueden ser útiles. El establecimiento de salud debe garantizar la comunicación accesible para

personas que hablen otro idioma, o tengan una discapacidad visual o auditiva, pudiendo hacerse a través de teléfonos celulares, impresiones, intérpretes entre otros.

5. Es muy útil entender las expectativas culturales y religiosas en torno a la muerte en la comunidad donde reside.
 6. Notifique a la unidad de cuidados paliativos correspondiente y consultar cómo pueden brindar apoyo los otros miembros del equipo.
 7. Apoyo emocional que inicia desde:
 - a) El momento en que se anticipa la posibilidad de una pérdida a la madre o la familia.
 - b) Todos los miembros del equipo de salud deberán atender de forma cariñosa y sensible a todas las mujeres, pero en el caso de la sola sospecha de pérdida, la sensibilidad emocional, calidez y humanismo con que deberá atenderse a la madre y familia deberá mostrar especial empeño en la atención empática y sensible.
 - c) El seguimiento en el área de salud mental deberá ser iniciado por parte del personal de psicología a la brevedad posible.
 - d) El objetivo fundamental será detectar los signos de disfuncionalidad prolongada o complicación del duelo, para gestionar la referencia oportuna con el área de psicología.
- (14)

Según la evidencia retomada en esta investigación se evidencia que el protocolo de la Ley Nacer con Cariño cuenta con la asignación de un área específica para las mujeres que están atravesando un duelo perinatal.

1.3 ATENCIÓN HUMANIZADA DEL TERCER PERIODO.

1.3.1 ATENCIONES EN EL ALUMBRAMIENTO.

Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre

contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina, carbetocina y/o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario (24).

Acciones a realizar:

1. Proceder al alumbramiento activo excepto que no exista ningún factor de riesgo que justifique Su realización. Aplicar oxitocina (10 UI IM) para prevenir la hemorragia posparto (HPP), después de cortar el cordón y de verificar que no haya otro bebé en la cavidad uterina.
2. Realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos después del nacimiento como mínimo, iniciando de forma simultánea la atención esencial a la persona recién nacida. Las excepciones a esta indicación son las siguientes:
 - Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.
 - Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizar.
 - Gemelos con placenta monocorial.
3. Utilizar misoprostol por vía oral (600 ug), en los entornos en los que la oxitocina no está disponible.
4. Considerar que, de ser necesaria, la tracción controlada de control debe ser realizada por especialistas o personal capacitado en habilidades obstétricas. Esperar los signos de desprendimiento de placenta antes de realizar tracción controlada del cordón umbilical.
5. Colocar a la persona recién nacida en contacto piel a piel con la madre por un periodo mínimo de una hora, para favorecer el apego temprano. Esta acción deberá realizarse en presencia del padre o de otro acompañante en la Sala de Nacimiento.
6. Animar y facilitar que la madre y padre toquen de manera suave y sensible a su hija/o, le hablen y la/lo besen, utilizando lenguaje asertivo.
7. Facilitar el arrastre al pecho del recién nacido.
8. Colocar a la persona recién nacida en el pecho materno por un periodo mínimo de una hora, para favorecer el apego temprano piel a piel entre la madre y su bebé en caso de nacimiento

por cesárea, si las condiciones de la madre y persona recién nacida así lo permiten. De no ser posible, realizar el contacto piel a piel con el familiar o acompañante.

9. Examinar el cordón, las membranas y la placenta minuciosamente colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad, observar primero la cara fetal y luego invertirla para evaluar la cara materna. Enseñarla a la madre y/o su acompañante y brindar información sobre la misma.
10. Revisar el área vulvo-vagino-perineal en forma visual, cuidadosa y gentilmente, previa autorización de la madre. La misma se realiza entreabriendo ligeramente los labios vaginales con los dedos a fin de descartar la presencia de posibles lesiones.
11. Suturar todo desgarró que presente sangrado activo según técnica y previa infiltración con lidocaína. Esta intervención debe ser realizada por personal con capacidades técnicas adecuadas, previa antisepsia y con guantes estériles.
12. Emplear técnica de sutura subcuticular continua, ininterrumpida en piel.
13. Corroborar la correcta hemostasia en caso necesario, las pérdidas fisiológicas, la retracción uterina adecuada mediante la observación y la palpación abdominal. Solo de considerarse estrictamente necesario, y ante la presencia de y signos y síntomas claros, proceder a la revisión del canal cérvico-vaginal de manera gentil y amable, explicando claramente a la mujer y su acompañante la justificación para realizarlo.
14. Controlar signos vitales en una oportunidad luego del alumbramiento.
15. Activar oportunamente el código rojo, si se presenta sangrado transvaginal moderado, severo, o signos y síntomas de shock hipovolémico. (14)

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

- De forma expectante:

En este caso no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.

- Alumbramiento dirigido:

El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.

Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina. Aunque las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de las hemorragias posparto, actualmente no tienen un papel en la prevención de las mismas (ni por vía oral, ni por vía rectal, han demostrado ser tan eficaces como los uterotónicos inyectables).

Tras el alumbramiento es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos. Luego de revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico. Después del parto se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria, empleando si fuera preciso, anestesia local. Finalizar con el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama.

Después del parto, la madre permanecerá en el área durante las dos primeras horas del posparto inmediato. Durante este periodo se controlará el estado general, las constantes, la contracción uterina, las pérdidas hemáticas y en caso de epidural, se valorará la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.

En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre de su hijo. (25)

1.3.2 ATENCIONES POST ALUMBRAMIENTO.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;

- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido (24)

1.3.3 ATENCIONES EN CASO DE HEMORRAGIA DEL TERCER PERIODO.

Ante una hemorragia post parto es crucial una actuación inmediata y secuencial. Se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad. El obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinar (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales. (26)

El diagnóstico de la hemorragia posparto es clínico (p. ej., determinación de la magnitud de la pérdida de sangre, monitorización de los signos vitales). (27)

Tratamiento:

- Reposición de líquidos y a veces transfusión.
- Masaje uterino.
- Extracción de los restos placentarios y reparación de las laceraciones genitales.
- Uterotónicos (p. ej., oxitocina, prostaglandinas, metilergonovina).
- A veces, procedimientos quirúrgicos. (27)

El manejo y control de la hemorragia estaba basado en dos pilares importantes: estabilización de la hemodinámica alterada (reanimación/ resucitación) y tratamiento definitivo de la hemorragia (tratamiento médico o quirúrgico).

Los objetivos del tratamiento:

1. Restaurar o mantener un volumen circulatorio adecuado para prevenir la hipoperfusión de órganos vitales.
2. Restaurar o mantener una oxigenación adecuada de los tejidos.
3. Revertir o prevenir la coagulopatía.
4. Eliminar la causa obstétrica de HPP (28)

La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. Durante este tiempo, las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O₂) han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos. Consideraremos detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina >8 gr/dl (hematocrito >21%), recuento plaquetario >50.000, o tiempos de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control. En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla.

A la misma vez ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis. Se considera adecuado un volumen diurético >30 ml/hora. Simultáneamente a la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo.

Las hemorragias postparto de la tercera fase (previas al alumbramiento de la placenta) son poco frecuentes. En este caso, debe procederse a su extracción con una tracción suave y mantenida del cordón.

Si la placenta no emerge en los 30 minutos después del parto, debe sospecharse una placenta retenida o una inserción anormal de la misma. En el primer caso se procede a una exploración manual del útero. La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue el cordón

umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta para proceder a su separación mediante un movimiento de sierra. Cuando se ha desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se realiza un masaje con un movimiento rotacional. Si esto no fuese suficiente y aún existan restos intracavitarios, debería realizarse un legrado. Debido al alto riesgo de perforación del útero puerperal grande y blando, deben usarse legras de gran tamaño (legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico.

Después del alumbramiento de la placenta, ésta debe inspeccionarse cuidadosamente para comprobar su integridad. (26)

CAPÍTULO II: ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PUERPERIO INMEDIATO

2.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

2.1.1 ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LAS PRIMERAS 2 HORAS POST PARTO.

Luego del parto comienza un tiempo de observación por parte del personal de salud de la madre y el recién nacido. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a este nuevo estado. La permanencia continua del recién nacido con su madre en internación conjunta favorece el vínculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna. Se deben realizar los controles de rutina ya que durante las primeras dos horas se producen la mayoría de las hemorragias post parto, causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales. (14) (29)

Se producen los entuertos o contracciones uterinas intermitentes. Si la madre no está en una sala caliente o se mantiene abrigada con mantas, son típicos los escalofríos secundarios a la pérdida brusca de sangre. En este tiempo los profesionales permanecen vigilantes, sobre todo para calcular la pérdida sanguínea de las dos primeras horas y la formación del globo de seguridad de Pinard (se produce la hemostasia uterina por retractilidad y contractilidad), que se aprecia por la palpación abdominal. Según dicha palpación, se recomienda la perfusión de oxitocina o no. Actualmente en muchos hospitales dicha perfusión está dentro del protocolo de atención al parto normal, aunque no ha demostrado su utilidad cuando se ha respetado la fisiología del parto y el bebé está piel con piel y mamando (y, por tanto, produciendo oxitocina de manera natural). También se vigilará el pulso, la temperatura y la tensión arterial de la madre. (30)

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

En la sala de parto durante las primeras dos horas se llevará un control regular de las constantes vitales como son la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Una vez que ha transcurrido el tiempo recomendado y la evolución ha sido favorable, se procede al traslado de la madre y recién nacido a la planta. Posteriormente cada 8 horas se valorará el sangrado vaginal y el tamaño del útero, que después del parto debe ir recuperando su tamaño de antes del embarazo de manera progresiva. (24) (29) (31)

Hay que verificar que no haya ninguna herida o laceración en la vagina que sangre activamente y, en el caso de que la mujer haya solicitado anestesia, comprobar la recuperación de la movilidad de las piernas.

Se dará inicio precoz de la lactancia materna si la madre así lo desea. También se realizarán los cuidados pertinentes al recién nacido sin alterar el binomio madre-hijo, siempre que las circunstancias lo permitan.

Durante la estancia hospitalaria, los controles y cuidados deben ir encaminados a fomentar el vínculo entre la madre y el bebé, junto al establecimiento de la lactancia materna. Durante este proceso, es importante instruir a la madre y a su familia en la identificación de los signos de alarma para detectar las posibles complicaciones de forma precoz.

Hay que ofrecerle a la madre información veraz y sencilla para que en el momento del alta disponga de la máxima autonomía en el cuidado de su bebé. Durante la estancia hospitalaria, también se fomentará la participación activa de la pareja en la crianza (29)

2.1.2 ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE 2 A 24 HORAS POST PARTO.

En las primeras 6 horas se debe favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación. (24)

Durante los días que dure el ingreso, Vigilar el estado clínico cada 6-8 Hs de una serie de parámetros:

- Estado general (tanto físico como psíquico), Evaluación del sensorio, mucosas y conjuntivas.
- Constantes vitales (al menos cada 12 horas): temperatura oscila entre $> 36^{\circ}\text{C}$ a $<37^{\circ}\text{C}$, pulso y FR: es lleno, regular y amplio; la frecuencia habitual del pulso de la puerpera normal oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. Tener en cuenta que registros cercanos a 100 latidos por minuto obligan a descartar cuadro infeccioso, anemia u otras patologías subyacentes. Tensión arterial: Es también un parámetro clínico de importancia en el control puerperal. En mujeres saludables la misma no supera 140/90 mmHg.
- Mamas: Evaluar el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro/leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta la mujer y la succión del bebé, también se informará sobre la importancia del amamantamiento a libre demanda.
- Útero: Evaluar, con gentileza, el tono muscular del útero, para identificar de forma temprana la atonía uterina. Mediante la palpación abdominal se debe constatar la correcta retracción uterina. Corroborar su correcta involución posterior.
- Pérdidas hemáticas: evaluar loquios normales en cantidad, color y olor. Descartar pérdida hemática activa. Considerar que durante las primeras 48 horas los loquios suelen ser abundantes tanto post parto como post cesárea y de color sanguinolento.
- Periné: Evaluar presencia de edema y ofrecer hielo, de ser posible, para ayudar a la involución del proceso edematoso.
- Miembros inferiores: Evaluar presencia y grado de edema, várices y otros procesos inflamatorios. Reportar el caso de ser necesario.
- Diuresis y evacuación de heces: Evaluar desde un comienzo la diuresis espontánea (documentar micción activa en el período no mayor a 4 Hs post parto) y las deposiciones. Informar que éstas últimas ocurren habitualmente entre el 2do y el 4to día de puerperio y se

ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación. Asimismo, se debe corroborar la eliminación de gases.

- Episiotomía: presencia de hematomas, dehiscencias y signos de infección.
- Dolor. Se consideran normales los propios de los entuertos y molestias de la episiotomía
- Involución uterina.
- Inmunoprofilaxis anti-D (si precisa) (31) (14).

Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados cariñosos del recién nacido, la técnica de lactancia materna exclusiva y los signos y síntomas de alarma que ameritan atención médica, hacer énfasis en la muerte súbita del recién nacido.

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles. (24)

Protocolo de atención puerperal de la Ley Nacer con Cariño:

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este período sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento. Considerando:

1. En estado de salud, preservar el vínculo de la madre y persona recién nacida en todo momento.
2. Brindar apoyo continuo.
3. Promover a la mujer el uso de sus propias prendas de vestir durante la estancia hospitalaria (pijama o camisón) y de su teléfono celular.
4. Brindar un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico y, una vigilancia rutinaria cada 6 horas por parte del personal de enfermería.
5. Promover la lactancia materna precoz y exclusiva.
6. Prevenir la hemorragia materna postparto.

7. Facilitar el alojamiento conjunto.
8. Realizar detección precoz de condiciones patológicas que afecten la salud mental de las usuarias en el período puerperal tales como la psicosis post parto, depresión post parto, entre otros.
9. Solicitar el apoyo necesario en los casos que se detecte inestabilidad emocional.
10. Promover la visita de los familiares con horario extendido facilitando el ingreso a la habitación de la mujer de a una persona por vez. Se sugiere promover visitas de 10am a 7pm. (14)

2.2 ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE CONSEJERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

2.2.1 EDUCACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA PRECOZ Y EXCLUSIVA.

El protocolo de la Ley Nacer con Cariño hace referencia a que se debe brindar orientación constante para conseguir una técnica de succión adecuada y antes de dar el alta se debe dar consejería de lactancia materna exclusiva. (14)

Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres. (24)

Se realiza la Promoción de la salud materno-infantil brindando:

- Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

- Explicando las ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes
- Orientar a la madre durante el internamiento y antes del alta, sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos. (24)

Según UNICEF, el momento del nacimiento parece ser el indicado para un inicio exitoso de la lactancia materna, con menos probabilidades de dificultades posteriores, debiendo asegurar:

1. Garantizar un ambiente armonioso que favorezca el vínculo madre-hijo desde el momento del nacimiento.
2. Facilitar el CPP (aún en caso de nacimiento por cesárea). Colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. En la primera hora después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo. En caso de que las condiciones maternas no lo permitan, el CPP puede ser realizado con el padre.
3. Considerar que el bebé requiere entre 50 y 75 minutos aproximadamente para lograr por sí mismo la succión al pecho. Esto se corresponde con los nueve pasos del arrastre los cuales deben evidenciarse a lo largo del período de observación del binomio:
 - Llanto al nacer
 - Relajación.
 - Despertar.
 - Actividad.
 - Descanso.
 - Arrastre (movimientos reptilianos).
 - Familiarización.
 - Succión.
 - Sueño.

4. Respetar el alojamiento conjunto.
5. Respetar los momentos de amamantamiento. Diferir los controles maternos o neonatales para el momento en que el binomio esté disponible.
6. Empoderar a la madre sobre el cuidado de su hijo/hija.
7. Promover los beneficios del calostro.
8. aconsejar sobre cuidados básicos de las mamas e higiene. (ALAS: aire, lubricación con una gota de la propia leche, agua para higiene y sol en tomas de pocos minutos).
9. Detectar tempranamente grietas, fisuras y pezones dolorosos u otra condición que pueda dificultar la lactancia (pezón invertido, prótesis mamarias, antecedente de reducción mamaria, etc.).
10. Vigilar que la prendida sea correcta a fin de evitar grietas y corregirla de detectarse alguna falla.
11. Detectar precozmente a las mujeres con antecedentes o factores desfavorables para la lactancia materna a fin de realizar oportunamente la consejería individualizada.
12. Asesorar a las madres acerca de las técnicas, posiciones y cuidados generales en torno al proceso.
13. Brindar información acerca de la "bajada de la leche" y la importancia de la lactancia a libre demanda.
14. Asesorar acerca de signos y síntomas de ingurgitación mamaria, mastitis, taponamiento de Conductos, etc.
15. Previo al alta, informar acerca de las redes de apoyo disponibles en el sistema de salud para una lactancia feliz. (14)

La Ley Amor Convertido en Alimento hace hincapié en brindar educación, orientación, asesoría, asistencia y seguimiento que faciliten oportunamente la continuidad de la lactancia materna. Asimismo, en menciona que todas las personas tienen derecho a recibir información, educación y asesoría oportuna, veraz, comprensible sobre los beneficios de la lactancia materna, la

importancia de su priorización, las técnicas adecuadas para el amamantamiento, posibles dificultades y soluciones en su implementación y mantenimiento. Se debe proveer material claro, conciso y en formato accesible a todas aquellas personas que presenten algún tipo de discapacidad. El Estado garantizará de manera prioritaria los derechos relacionados en el inciso anterior a la madre, padre o acompañante que la mujer designe y la familia para asegurar el apoyo a la lactancia materna (32)

La educación sobre la lactancia durante el período prenatal que brindan los trabajadores de la salud, puede ser de ayuda fundamental para el inicio temprano de la lactancia. Es probable que ciertas intervenciones sencillas inmediatas y posteriores al parto, como el alojamiento conjunto temprano, el contacto piel a piel y el apoyo a la madre, tengan el mayor impacto. (11)

La educación y la orientación sobre la lactancia materna, junto con información fiable sobre el inicio dentro de la primera hora de vida, el establecimiento de la lactancia, el mantenimiento de la producción de leche y la superación de problemas comunes, ayudan a lograr resultados óptimos en materia de lactancia materna. Todos los hospitales deben estar preparados para brindar consejería en lactancia materna por parte de personal capacitado. (33)

2.2.2 CONSEJERÍA SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTI FECUNDATIVOS EN EL PUERPERIO.

Antes de dar el alta se debe brindar consejería en anticoncepción y proporcionar el método elegido (14)

El asesoramiento sobre planificación familiar es estándar para la mayoría de las mujeres que acaban de dar a luz. No se conoce si las mujeres en el posparto desean utilizar la planificación familiar o si volverán a un proveedor de servicios de salud para recibir asesoramiento sobre la anticoncepción. Es posible que las mujeres también prefieran hablar sobre la anticoncepción junto con otros temas de salud. (34)

El personal de los servicios de salud deberá entregar educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el posparto temprano para que las mujeres y parejas puedan tomar una decisión informada (consejería en regulación de fertilidad).

En los servicios ofrecidos a las mujeres durante el embarazo y el posparto, debe considerarse la orientación integral, que incluya la lactancia, la infertilidad asociada a la amenorrea posparto, los anticonceptivos disponibles y sus efectos sobre la lactancia. Cuando la duración de la amenorrea de lactancia es breve, el personal de los servicios de salud se debe esforzar por hacer educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el posparto temprano, para que las mujeres puedan tomar una decisión en los primeros meses posparto.

La orientación durante el embarazo es particularmente importante, cuando se considera la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina o la inserción de un DIU en el posparto temprano.

Se debe considerar cual es el momento más adecuado para iniciar el método según los Criterios Médicos de la OMS y la posibilidad de la mujer de volver al servicio de salud. La anticoncepción no se debe postergar más allá de la aparición del primer sangrado posparto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes posparto.

En el caso de población vulnerable, como: adolescentes, riesgo psicosocial (consumo problemático de sustancias - adicción), dificultad de acceso, post aborto, mujeres con VIH, se recomienda priorizar el uso de anticoncepción previa al alta hospitalaria. Los anticonceptivos indicados según categoría OMS son: T de Cobre, implantes y píldora de progestina pura. (35)

2.2.3 EDUCACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS POST PARTO.

Cuidados del periné: Para cuidar el periné realizar lavados con agua y jabón secando muy bien la zona. Es importante el cambio frecuente de la compresa para mantener la zona lo más seca posible. Se puede aplicar hielo de manera intermitente para sentir más confortable. Los puntos se caen solos. En el caso de las cesáreas, se debe lavar la herida quirúrgica diariamente en la

ducha (con agua y jabón neutro). Mantener los puntos de aproximación hasta que se caigan espontáneamente. Secar muy bien la herida dando pequeños toques con una gasa.

Procurar mantener una vida activa, saliendo a pasear y realizando ejercicio moderado. Si tiene incontinencia de orina, gases o heces tras las 2 primeras semanas postparto, se debe solicitar consulta en Rehabilitación de Suelo Pélvico (consultas de Ginecología).

El sangrado postparto/postcesárea suele mantenerse como una ligera regla durante 4- 6 semanas. Debe consultarse ante la aparición de:

- Fiebre mayor de 38°C.
- Flujo maloliente.
- Herida roja, caliente o con secreción purulenta.
- Hemorragia activa. (36)
- Si presenta compromiso del estado general, fiebre, taquicardia, cefalea, tinnitus, fotopsia, loquios de mal olor, dolor de reciente aparición, problemas con la episiorrafia y otros (35)

Higiene personal: El organismo intenta eliminar el exceso de agua acumulado durante el embarazo aumentando la sudoración. Tan pronto como la mujer pueda levantarse de la cama es aconsejable la ducha diaria con jabones suaves, neutros e hipoalergénicos. También hay que cuidar muy bien los dientes y las encías, cepillando después de cada comida.

Descanso: En este periodo la mujer se encuentra más cansada, estresada y angustiada ante la nueva situación, ya que muchas veces no todo es como lo que se había planeado. Hay que intentar descansar todo lo que se pueda, adaptándose al ritmo del bebé y pidiendo ayuda a familiares o amigos cuando se necesite.

Emociones de la madre y “depresión postparto”: En los primeros días tras el parto la mujer puede tener emociones y sentimientos contradictorios como falta de concentración, ansiedad, llanto, tristeza, dificultad para desenvolverse con el recién nacido, etc. Este malestar es consecuencia de la tensión y cansancio acumulados durante el parto y de los cambios hormonales, dura unos días. Si la situación se prolonga durante más de dos semanas hay que

consultar con el médico porque puede aparecer la llamada “depresión postparto”; para prevenirla es fundamental el apoyo afectivo de la pareja y de la familia, compartiendo con ellos las preocupaciones y el cuidado del bebé, descansar siempre que se pueda, evitar situaciones agobiantes, seguir una alimentación equilibrada, hacer ejercicio físico, etc.

Recuperación de la zona genital: Mantener los hábitos de higiene habituales (ducha diaria). Lavar los genitales con el chorro de agua en dirección de la vagina al ano, secando con toques suaves y cambiar la compresa (a ser posible de algodón) con frecuencia. Si aparece enrojecimiento de la zona de los puntos, inflamación, mal olor, etc. hay que consultar con el médico. No se debe estar mucho tiempo de pie.

Cuidado de las mamas: Debe usarse un sujetador de lactancia de talla adecuada, que sea cómodo (no oprima) y cambiar regularmente los protectores del pezón para evitar maceraciones. Mantener los pezones secos (dejarlos al aire durante unos minutos después de las tomas). Para mantener los pezones hidratados es suficiente aplicar un poco de la propia leche siempre que la piel esté íntegra. No usar pomadas ni cremas si no existe indicación. Para la higiene de las mamas es suficiente la ducha diaria, usando jabón neutro y sin olor.

Sexualidad: Tras el parto, las relaciones de pareja pueden verse alteradas por la llegada del bebé al que hay que dedicar tiempo en sus cuidados. Hay que buscar (por parte de los dos miembros de la pareja) un tiempo, aunque sea mínimo, para seguir manteniendo una buena comunicación y demostración de afecto, así como para hablar acerca de los miedos, temores, alegrías, sentimientos y emociones producidos ante la nueva situación.

La sexualidad no sólo se centra en la cópula (penetración del pene en la vagina), también en la afectividad y en la comunicación. Las relaciones con coito surgirán cuando ambos estén preparados y la mujer se haya liberado del cansancio y de los posibles temores a las molestias. Se aconseja no tener relaciones con penetración hasta 4-6 semanas después del parto y usar preservativo para evitar infecciones de la herida placentaria que aún está curando.

En la mujer que amamanta, la menstruación puede no aparecer durante todo el tiempo que dure la lactancia o, por el contrario, presentarse antes. (37)

2.2.4 EDUCACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN EL PUERPERIO.

Es importante mantener una buena alimentación, aumentando la ingesta de: líquidos, fibra, alimentos nutritivos y ricos en hierro, calcio y vitamina C. (36)

La dieta ha de ser variada y equilibrada, rica en fibra (pan integral, fruta, verduras) y líquidos; con ello se evitará el estreñimiento. También es aconsejable beber abundantes líquidos (agua, leche, zumos naturales), estando prohibidos el alcohol y las bebidas excitantes (café, té, refrescos de cola). Durante la lactancia es aconsejable aumentar el consumo de leche y derivados (yogur, queso) que aportarán el calcio y las proteínas necesarios para reponer las pérdidas de la lactancia (37)

En la recuperación física de la madre hay que tener en cuenta la pérdida de sangre del parto y la necesaria reparación de tejidos. También, los nutrientes necesarios para la leche materna, que, aunque su composición no varía, sí pueden agotar las reservas de la madre.

Hierro: Sobre todo si ha habido anemia en el embarazo o hemorragias importantes durante el parto. Poner atención en legumbres, hortalizas de hoja verde, además de carnes y pescados, todo ello acompañado de fruta fresca de postre.

Proteína: (animal o vegetal). No aumentan los requerimientos, pero muchas mujeres, en un afán de reducir su peso lo antes posible, reducen la cantidad de segundos platos en favor de ensaladas o frutas.

Calcio: Si la dieta no lo aporta, saldrá de los huesos de la madre, así que poner atención en los lácteos, mejor enriquecido con calcio y D, almendras, legumbres y hortalizas como los repollos, coles o brócoli.

Ácidos grasos omega 3: Se ha estudiado la relación entre baja ingesta y depresión postparto. En caso de los omnívoros no dejar de lado el pescado, y en los vegetarianos, tomar más cantidad de nueces, lino y sus aceites.

Yodo: Imprescindible para el funcionamiento de la glándula tiroides materna y del bebé. Algunas mujeres están suplementadas con yodo en la lactancia, en caso contrario, no olvidar la sal yodada.

Vitamina A: Aumenta mucho su requerimiento para la leche materna. Incluir a menudo boniatos, zanahoria frutas y hortalizas de colores, además de los lácteos, carnes y huevos si es omnívoro.

Energía: La obsesión por la pérdida de peso postparto puede llevar dietas milagro hipocalóricas y muy restrictivas, lo cual no ayuda con el agotamiento físico y mental del posparto.

El resto de frutas y hortalizas: Aportan vitaminas, minerales, antioxidantes y agua, el cóctel perfecto para la salud materna y la recuperación. También ayudan a prevenir el estreñimiento postparto. (38)

CAPÍTULO III: ROL DEL PROFESIONAL EN SALUD MATERNO INFANTIL EN LA ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO VAGINAL Y PUERPERIO INMEDIATO

3.1 ROL EN ACTIVIDADES ASISTENCIALES

3.1.1 DEFENDER LOS DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS AL MOMENTO DE PROPORCIONAR ATENCIÓN DE PARTERÍA

Hace referencia a garantizar y promover los Derechos Humanos de las personas que reciben una atención de partería, considerando la autonomía y las responsabilidades en salud, las relaciones con las/os usuarias/os y otros/as proveedores de la salud, así como las actividades de atención que se apliquen a todos los aspectos de la práctica de la partería. Teniendo en cuenta:

Conocimientos sobre:

- Leyes y códigos que protegen los derechos humanos.
- Derechos concernientes a la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas.
- Desarrollo de identidad de género e identidad sexual.
- Principios de ética y derechos humanos relacionados con la práctica de la partería. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Brindar información a mujeres sobre sus derechos sobre salud sexual y reproductiva.
- Informar a las mujeres sobre el ámbito de la partería y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Proporcionar información y apoyo a personas en situaciones complejas en las que haya principios y derechos éticos contrapuestos.
- Realizar prácticas de acuerdo con la filosofía, código de ética y los estándares nacionales e internacionales para profesionales de la salud.
- Proporcionar un cuidado sensible y respetuoso al género. (39)

- Defender el derecho de las mujeres y familias a participar activamente en las decisiones relativas a su cuidado, a través de diversas acciones tales como:
 - Capacitar a las mujeres y familias a defender su posición en lo relativo a la salud materna e infantil de las familias dentro de su cultura o sociedad.
 - Respetar la información confidencial de sus pacientes para proteger su derecho a la intimidad y usan su buen juicio cuando deben compartir esa información, salvo en los casos que contempla la ley.
 - Garantizar el fomento de los conocimientos de partería, lo cual se basa en actividades que protegen los derechos de la mujer como ser humano. (40)

3.1.2 PROMOVER EL PARTO FISIOLÓGICO.

Comprende acciones de impulsar y fomentar el parto fisiológico, considerando sus factores facilitadores y de riesgo, que requiere lo siguiente:

Conocimientos sobre:

- Cuidados durante la labor de parto, parto y el nacimiento: Se refiere a la evaluación y cuidado de las mujeres durante el trabajo de parto para facilitar los procesos fisiológicos de la madre, el nacimiento seguro, la atención inmediata del recién nacido y la detección de complicaciones en la madre o el bebé; así como de la detección temprana de complicaciones.
- Ejercicios psicoprofilácticos y técnicas de relajación, anatomía de la pelvis y persona por nacer; mecanismos de trabajo de parto para diferentes posturas intrauterinas del niño o niña.
- Inicio fisiológico y progresión del trabajo de parto.
- Políticas y guías de atención intraparto fundamentadas en evidencias, incluida la prevención de las intervenciones de rutina en el trabajo de parto normal y el alumbramiento.
- Creencias, tradiciones culturales y sociales sobre el nacimiento.
- Señales y comportamientos que indican labor de parto y factores que pueden impedir su desarrollo normal.
- Métodos de evaluación del feto durante el parto. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Proveer cuidados a la mujer en el lugar que eligió para dar a luz siguiendo las políticas y los protocolos adecuados.
- Obtener historial obstétrico y médico relevante.
- Realizar e interpretar el examen físico detallado a la mujer y el feto.
- Ordenar e interpretar exámenes de laboratorio si es necesario.
- Evaluar el comportamiento de la mujer y sus respuestas físicas a la hora de dar a luz.
- Proporcionar información, apoyo y aliento a la mujer y apoyarlas durante la labor de parto y nacimiento.
- Brindar atención individual respetuosa.
- Fomentar la libertad de movimiento y las posiciones erguidas durante el parto.
- Proveer alimentos y fluidos.
- Motivar y apoyar a la mujer para que use estrategias para combatir el dolor del parto, por ejemplo: Respiración controlada, inmersión en agua, relajación, masajes, modalidades farmacológicas cuando sea necesario.
- Monitorear regularmente las funciones materno-fetales, por ejemplo: Signos vitales, contracciones, cambios cervicales, descenso fetal, etc.
- Utilizar instrumentos o gráficas de progreso de la labor de parto para registrar los progresos y ayudar a detectar retrasos en el nacimiento u otras complicaciones.
- Incrementar las contracciones uterinas cuidadosamente utilizando agentes no farmacológicos o farmacológicos para prevenir que el trabajo de parto no progrese inadecuadamente.
- Prevenir intervenciones rutinarias innecesarias, Ejemplo: Amniotomía, control fetal electrónico, empuje de glotis cerrada dirigida. (39)
- Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
- Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados. (41)
- Proporcionar un trato de calidad y calidez a la persona que acompañe a la madre.

3.1.3 FACILITAR PROCEDIMIENTOS NORMALES DEL PARTO EN ENTORNOS INSTITUCIONALES.

Considera la contribución a favorecer los procesos y procedimientos de la atención del parto en servicios de atención primaria de salud dentro de los hospitales, según esté organizada la atención materna. (42) Debiendo contemplar:

Conocimientos sobre:

- Aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales de la reproducción y los primeros años de vida.
- Prácticas que facilitan y aquellas que interfieren en los procesos normales del desarrollo y el parto.
- Políticas y protocolos sobre el cuidado de las mujeres en entornos institucionales y comunitarios.
- Enfoque de parto respetado y humanizado, diferenciando la atención a adolescentes. (43)
- Disponibilidad de los recursos en diversos entornos.
- Opiniones de la comunidad sobre la utilización de las instalaciones de atención médica y lugar(es) de nacimiento y su uso adecuado. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Promover políticas y una cultura de trabajo que valoren los procesos normales de nacimiento.
- Utilizar recursos de atención humana y clínica para brindar una atención personalizada a las mujeres y sus bebés.
- Proporcionar la continuidad de la atención de la partera conocida por la mujer. (39)

3.1.4 DAR UN MANEJO SEGURO A LOS PARTOS VAGINALES ESPONTÁNEOS; PREVENIR, DETECTAR Y ESTABILIZAR COMPLICACIONES.

Considera la atención del parto en condiciones que garanticen una maternidad segura, para lo cual se requiere:

Conocimientos sobre:

- Manejo técnico y seguro de los partos vaginales espontáneos.
- Manejo de la tercera etapa del parto, incluyendo el uso de uterotónicos.
- Referir complicaciones y su tratamiento inmediato, ejemplo: Distocia de hombro, sangrado excesivo, compromiso fetal, eclampsia, placenta retenida.
- Gestión de emergencias obstétricas.
- Signos de separación de placenta: Apariencia de placenta normal, membranas y cordón umbilical.
- Tipos de trauma perineal y vaginal que requieran técnicas de reparación y sutura. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Apoyar a la mujer para que dé a luz en la posición que prefiera.
- Asegurar un ambiente limpio, la presencia de suministros necesarios esterilizados y una fuente de calor.
- Prevenir las infecciones al adoptar estándares rigurosos de higiene, poner en práctica las precauciones universales y usar la técnica aséptica correcta para los exámenes y procedimientos, incluidas las aptitudes para facilitar el parto, así como la higiene y descontaminación seguras del equipo.
- Orientar a la mujer sobre el pujo en el periodo expulsivo, evitar rutina de episiotomía.
- Reconocer el inicio del parto y distinguir entre el verdadero trabajo de parto y el falso.
- Vigilar y registrar con exactitud el estado de la madre y el feto así, como el progreso del trabajo de parto usando un partograma y otros registros pertinentes, y también reconocer las desviaciones de lo normal y tomar medidas oportunas y apropiadas

- Realizar las maniobras apropiadas y usar la posición materna para facilitar el nacimiento en posición de vértice o cara. Remitiendo urgentemente otras presentaciones defectuosas, debido al riesgo de parto obstruido.
- Proporcionar atención general a la mujer en el trabajo de parto para que se sienta mejor y ayudará a aliviar el dolor.
- Aplicar una técnica de asistencia del parto higiénica y segura y solo intervenir cuando sea necesario para seguridad o beneficio de la madre o su hijo.
- Acelerar el parto en presencia de sufrimiento fetal.
- Efectuar correctamente el manejo activo del tercer estadio para reducir al mínimo las complicaciones, especialmente la hemorragia.
- Retraso en el pinzamiento del cordón umbilical.
- Manejo del cordón nual.
- Evaluar el estado inmediato del recién nacido.
- Prestar atención inmediata al niño al nacer y, de ese modo, evitará el inicio de complicaciones prevenibles y reconocerá con prontitud cualquier desviación de lo normal, tomando medidas oportunas y apropiadas.
- Promover contacto piel con piel y ambiente cálido adecuado.
- Examinar la placenta y membranas para determinar que están completas y son normales, y las eliminará siguiendo un procedimiento seguro.
- Evaluar el tono uterino, mantener la contracción firme, estimar y registrar la pérdida de sangre materna; manejo de excesiva pérdida de sangre incluyendo administración de uterotónicos.
- Identificar los casos en que están indicadas la extracción manual de la placenta o la exploración del útero para determinar si existen productos retenidos y podrá llevar a cabo los procedimientos con cuidado y habilidad, según normativas y protocolos.
- Inspeccionar las áreas vaginales y perineales en busca de trauma, reparándoles según sea necesario siguiendo las políticas y protocolos.
- Vigilar estrechamente el estado de la madre y el recién nacido durante las primeras dos horas posteriores al parto y proporcionará cuidados para promover su comodidad y seguridad.
- Brindar medidas de primera línea para tratar o estabilizar condiciones identificadas. (39)

- Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero. (41)
- Referir para continuar el tratamiento de cualquier complicación según sea necesario.

3.1.5 PROVEER CUIDADO AL RECIÉN NACIDO DESPUÉS DEL PARTO.

Conocimientos sobre:

- Transición normal al entorno extrauterino.
- Sistemas de puntuación para evaluar el estado del recién nacido.
- Señales que indiquen la necesidad inmediata de traslado.
- Apariencia y comportamiento del recién nacido sano, y los cambios cardio-respiratorios relacionados con la adaptación a la vida extrauterina.
- Método de evaluación de la edad gestacional del recién nacido.
- Necesidades de pequeños para la edad gestacional y para los infantes que nacen bajo de peso. (39)
- Crecimiento y desarrollo neonatal.
- Protocolos para la revisión de afecciones metabólicas, afecciones infecciosas y anomalías congénitas.
- Protocolos / directrices para las inmunizaciones en la infancia.
- Información basada en evidencia sobre valores familiares, creencias y normas culturales relacionadas al recién nacido/a. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Usar un método estandarizado para evaluar la condición del recién nacido en los primeros minutos de vida (Test de Apgar u otro); referir si es necesario.
- Instaurar acciones para apoyar la respiración y la oxigenación.
- Proporcionar un ambiente cálido y seguro para iniciar la lactancia materna y el apego (vínculo) en la primera hora de vida.

- Realizar un examen físico completo del recién nacido en presencia de la madre / familia; explicar hallazgos y cambios esperados, ejemplo, color de extremidades, moldeado de cabeza. Remitir si se encuentran hallazgos anormales.
- Implementar la profilaxis neonatal, ejemplo, infección oftálmica, enfermedad hemorrágica, según normativas y protocolos.
- Promover el cuidado de la madre, el amamantamiento frecuente y la observación atenta.
- Involucrar al compañero/a las personas de apoyo en proveer cuidado del recién nacido. (39)
- Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata. (41)
- Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo. (44)
- Examinar al bebé en intervalos frecuentes para controlar el crecimiento y el comportamiento del desarrollo.
- Distinguir entre las variaciones normales del comportamiento y apariencia del recién nacido y aquellas que indican condiciones patológicas.
- Administrar vacunas de acuerdo a esquema. (39)

3.1.6 PROPORCIONAR ATENCIÓN POSNATAL PARA LA MUJER EN BUENA CONDICIÓN DE SALUD.

Conocimientos sobre:

- Detección temprana de patologías graves y referir al especialista.
- Molestias comunes del período postnatal y medidas que proporcionen comodidad.
- Necesidad de descanso, nutrición para apoyar la lactancia.
- Respuestas psicológicas al rol de la madre, incorporación del niño a la familia. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Revisar la historia del embarazo, la labor de parto y nacimiento, identificando factores de riesgo que deben ser abordados.

- Realizar un examen físico detallado para evaluar cambios en los senos, involución uterina, monitorear la pérdida de sangre y otras funciones corporales.
- Evaluar el estado de ánimo de la madre, sus sentimientos sobre la maternidad y las demandas que requiere el cuidado infantil.
- Proporcionar estrategias de control del dolor si es necesario para las contracciones uterinas y el trauma perineal.
- Proporcionar información sobre el cuidado personal que permita a la madre satisfacer las necesidades del recién nacido, ejemplo, alimentación adecuada, suplementos nutricionales, actividades diarias, períodos de descanso y ayuda doméstica.
- Proporcionar información sobre sexo seguro, métodos de planificación familiar apropiados para el período postnatal inmediato y espaciamiento entre embarazos. (39)

3.1.7 DETECTAR, TRATAR Y ESTABILIZAR COMPLICACIONES POSNATALES EN LA MUJER Y REMITIR SEGÚN NORMATIVAS Y PROTOCOLOS.

Conocimientos sobre:

- Señales y síntomas de: Condiciones en el período postnatal que puedan responder efectivamente a una intervención temprana (p. ej., sub involución uterina, anemia, retención urinaria, infección localizada).
- Complicaciones que necesiten derivación a un proveedor o centro más especializado (por ejemplo, hematoma, tromboflebitis, sepsis, fístula obstétrica, incontinencia).
- Complicaciones potencialmente mortales que requieran una respuesta inmediata y atención especializada (hemorragia, embolia de líquido amniótico, convulsiones, accidente cerebrovascular).
- Signos y síntomas de depresión post-parto, ansiedad y psicosis.
- Proceso de duelo después de la muerte perinatal. (39)

Habilidades y comportamientos.

- Diagnosticar y manejar patologías ginecológicas de bajo riesgo y referir el alto riesgo. (43)

- Proporcionar información a la mujer y a su familia sobre posibles complicaciones y cuándo buscar ayuda.
- Evaluar a la mujer durante el período posnatal para detectar signos y síntomas de posibles complicaciones.
- Distinguir entre la depresión posnatal y la ansiedad transitoria generada por el cuidado del bebé. Evaluar la disponibilidad de ayuda y apoyo en el hogar, brindar apoyo emocional.
- Proporcionar asesoramiento, apoyo y seguimiento a las mujeres y los familiares que experimentan muerte fetal intrauterina, muerte neonatal, enfermedad grave del lactante y afecciones congénitas.
- Organizar la remisión y / o transferencia según normativas y protocolos. (39)
- Participar y colaborar con el equipo asistencial en las diferentes situaciones de urgencia.
- Apoyar a la madre/padre/familia en el proceso de duelo perinatal. (44)

3.2 ROL EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

3.2.1 PROPORCIONAR ORIENTACIÓN ANTICIPADA RELACIONADA CON EL PARTO, LA LACTANCIA MATERNA, LA PATERNIDAD Y CAMBIOS FAMILIARES.

Conocimientos sobre:

- Necesidades en individuos y familias de diferentes tipos de información de acuerdo con sus respectivos ciclos de vida.
- Métodos y mecanismos para proporcionar información a individuos y grupos.
- Métodos para generar sentimientos y expectativas maternas en sí mismos, los infantes y familias. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Participar en programas/cursos de preparación para el parto, motivar y apoyar a las mujeres para que asistan a ellos.
- Transmitir una información precisa y clara que responda a las necesidades de los individuos.

- Preparar a la mujer, su compañero y familia para reconocer el inicio del parto, qué sucede durante el y en qué casos se debe buscar atención.
- Proporcionar información sobre los cuidados y necesidades posparto, incluyendo información sobre la anticoncepción, la atención de los recién nacidos y la importancia de la lactancia materna exclusiva para la salud infantil.
- Identificar las necesidades o problemas que requieran mayor experticia o remisión para su tratamiento tales como el miedo excesivo o las relaciones disfuncionales. (39)
- Informar sobre la importancia del ácido fólico y otros suplementos prenatales para evitar posibles complicaciones
- Escuchar, brindar apoyo e informar a la mujer, pareja y familia sobre las diferentes opciones de parto, técnicas de respiración y relajación, y cómo reconocer las señales de inicio del parto.

3.2.2 AYUDAR A LA MUJER Y A SU FAMILIA A PLANIFICAR UN LUGAR DE NACIMIENTO APROPIADO.

Conocimientos sobre:

- Resultados de los partos en los diferentes lugares para dar a luz.
- Diversidad de opciones basadas en la ubicación.
- Limitaciones debido al clima, geografía, medios de transporte.
- Casa de espera materna: Atenciones y recursos disponibles en las instalaciones.
- Políticas y lineamientos de atención del parto y puerperio. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Discutir las opciones, las preferencias y los planes de contingencia con las mujeres, apoyarlas y respetar sus decisiones.
- Proporcionar información y preparar con anticipación el lugar de nacimiento, tener claros los viajes y la información requerida para la admisión a las instalaciones.
- Dar a conocer la disponibilidad y variedad de lugares posibles para realizar el parto. (39)
- Orientar para la elaboración del plan de parto.

- Visita a la maternidad de referencia

3.2.3 INFORMAR Y ORIENTAR A LA MUJER Y A SU FAMILIA DURANTE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL PARTO Y PUERPERIO.

Conocimientos sobre:

- Fomentando el autocuidado en salud
- Cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos en la mujer parturienta y puerpera.
- Normas y protocolos de atención del parto y puerperio.
- La respiración, su mecanismo y función durante el trabajo de parto y parto.
- Fisiología del parto y puerperio.
- Distocias del parto y alteraciones en el puerperio.
- Cambios y cuidados durante el postparto.

Habilidades y comportamientos:

- Orientar sobre hábitos y costumbres sanas durante el parto y puerperio.
- Desmitificar ideas referentes al trabajo de parto y puerperio.
- Fomentar relaciones y actividades positivas y satisfactorias en la pareja durante el parto y puerperio.
- Orientar sobre la identificación de signos de alarma en el parto y puerperio.
- Iniciación a la relajación y respiración.
- Reducir el estado de ansiedad y temor mediante una exacta y adecuada información y formación.
- Orientar sobre como colaborar y participar activamente en las etapas del parto, ambos miembros de la pareja.
- Facilitar la información necesaria para aumentar el bienestar durante el trabajo de parto, los ejercicios de respiración, relajación y entrenamiento físico.
- Lograr que las usuarias adquieran las habilidades necesarias para poder cuidar de ellas mismas durante el postparto, así como aumentar los conocimientos de la pareja y/o de la familia al respecto.

- Orientar sobre la forma de prevenir la depresión postparto.
- Orientar sobre la forma de recuperar el tono muscular de la zona perineal y abdominal.

3.2.4 OFERTAR Y PROPORCIONAR SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL PERIODO POST PARTO.

Conocimientos sobre:

- Anatomía y fisiología de la mujer y el hombre relacionados con la reproducción y el desarrollo sexual.
- Aspectos socioculturales de la sexualidad humana.
- Métodos de planificación familiar, incluidos los naturales, de barrera, hormonales, implantables; anticoncepción de emergencia, esterilización y sus posibles efectos secundarios, riesgo de embarazo. Criterios de elegibilidad, contraindicaciones y consecuencias de sus usos.
- Recursos escritos y gráficos disponibles para enseñar sobre métodos de planificación familiar.
- Opciones de embarazo para mujeres o parejas que son VIH positivos. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Proporcionar y proteger la privacidad y confidencialidad sobre las discusiones concernientes a la planificación familiar, las metas límites y/o espacios entre niños.
- Abordar preocupaciones y mitos alrededor de la planificación familiar.
- Obtener antecedentes relevantes sobre el uso de los métodos anticonceptivos, condiciones médicas, valores socioculturales y preferencias que influyen en la elección del método.
- Proporcionar información sobre cómo usar, la efectividad y el costo de varios métodos anticonceptivos para apoyar a la mujer/pareja en la toma de decisiones.
- Proveer métodos de acuerdo con el alcance de la práctica y protocolos o remitir a otro proveedor cuando sea necesario.
- Proporcionar una evaluación de seguimiento del uso, satisfacción y efectos secundarios.

- Remitir a la mujer o al compañero para realizar el proceso de esterilización si es solicitado. (39)
- Indicación, manejo y seguimiento de métodos temporales de planificación familiar (43).

3.2.5 PROMOVER Y APOYAR LA LACTANCIA MATERNA.

Conocimientos sobre:

- Fisiología de la lactancia.
- Necesidades nutricionales de los recién nacidos, incluyendo los que nacen con bajo peso.
- Aspectos sociales, psicológicos y culturales de la lactancia materna.
- Pruebas de los beneficios de la lactancia materna.
- Indicaciones y contraindicaciones sobre el uso de drogas y otras sustancias durante la lactancia.
- Conocimiento sobre los métodos de ayuda a la lactancia. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Ofrecer asesoramiento y apoyo para establecer una lactancia exitosa desde los primeros días (46).
- Promover la lactancia materna temprana y exclusiva respetando la decisión de la mujer con respecto a la alimentación del recién nacido.
- Proporcionar información sobre las necesidades del bebé, frecuencia y duración del amamantamiento y aumento de peso.
- Proporcionar apoyo e información sobre la lactancia materna durante un mínimo de seis meses, incluyendo la combinación la lactancia con el trabajo, el mantenimiento de la producción de leche y el almacenamiento de la leche materna.
- Identificar y manejar complicaciones de lactancia materna (por ejemplo, mastitis, bajo suministro de leche, ingurgitación, bloqueo incorrecto).
- Proporcionar información a las mujeres que amamantan a recién nacidos múltiples.
- Derivar a la mujer al profesional indicado para que reciba el apoyo correcto para tener una lactancia optima.

- Abogar por la lactancia materna en la familia y la comunidad. (39)
- Realizar actividades de promoción de la lactancia materna y donación de leche humana a nivel intra y extrahospitalario.
- Brindar información sobre los servicios que se brindan en el banco de leche humana.
- Brindar apoyo y consejería en lactancia materna a las madres usuarias de los diferentes servicios hospitalarios que lo requieran.
- Participar en actividades de promoción del día mundial de donación de leche humana, semana mundial de lactancia materna y día mundial de la prematurez. (43)

3.2.6 INFORMAR Y ORIENTAR A LA MUJER Y A SU FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO/A.

Conocimientos sobre:

- Anatomía y fisiología del recién nacido/a.
- Normas y protocolos de atención neonatal.
- Cuidados del recién nacido.
- Maternidad y paternidad responsable.

Habilidades y comportamientos:

- Orientar sobre crecimiento y desarrollo del neonato/a.
- Orientar sobre el reconocer al bebé como ser humano activo y sensible.
- Realizar actividades de estimulación de las áreas del desarrollo.
- Orientar sobre los cuidados e higiene del recién nacido en el hogar.
- Lograr que las usuarias adquieran las habilidades necesarias para poder cuidar del recién nacido durante el postparto.
- Orientar sobre la forma de aumentar la participación del padre en la crianza de los hijos e hijas.
- Proporcionar información a las madres y padres sobre los ambientes seguros para el bebé, alimentación frecuente, cuidado del cordón umbilical, evacuación y defecación e importancia del contacto físico.

- Orientar para la identificación de factores de riesgo y sintomatología relacionada a las patologías más frecuentes en los primeros meses de vida.
- Orientar sobre la vacunación: Enfermedades que previene, esquema, etc.
- Orientar sobre la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo.

3.3 ROL EN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

3.3.1 ADHERIRSE A LAS LEYES JURISDICCIONALES, LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS Y LOS CÓDIGOS DE CONDUCTA PARA LA PRÁCTICA DE PARTERÍA.

Conocimientos sobre:

- Leyes y regulaciones de la jurisdicción con respecto a la partería.
- Estándares nacionales, normas estatales y locales de la práctica de la partería.
- Principios éticos.
- Filosofía, valores y códigos éticos. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Realizar prácticas de acuerdo con los requisitos legales y principios éticos.
- Cumplir los requisitos de registro y actualización de información para poder realizar la práctica partera.
- Proteger la confidencialidad de la información oral y los registros escritos sobre el cuidado de mujeres y bebés.
- Llevar los registros de asistencia según los requerimientos por parte de las autoridades de la salud.
- Cumplir las normas locales de regulación de informes para el registro de nacimientos y partidas de defunción.
- Reconocer las violaciones de las leyes, reglamentos y códigos éticos y tomar las medidas adecuadas frente a ello.

- Reportar y documentar incidentes y resultados adversos según se requiera durante los servicios de partería. (39)

3.3.2 DESARROLLAR UN PLAN DE ACCIÓN, EN COLABORACIÓN CON LA MUJER, COMPRENSIVO QUE RESPETE SUS PREFERENCIAS Y DECISIONES.

Conocimientos sobre:

- Normas y prácticas culturales en torno a la sexualidad, las prácticas sexuales, el matrimonio, la continuidad de la maternidad y la crianza de los hijos.
- Principios de empoderamiento.
- Métodos de transmisión de información sobre salud a individuos, grupos y comunidades. (39)

Habilidades y comportamientos:

- Abogar y apoyar a las mujeres para que sean ellas las que tomen las principales decisiones sobre su cuidado.
- Asistir a las mujeres para que logren identificar sus necesidades, conocimientos, habilidades, sentimientos y preferencias a lo largo del curso de la atención.
- Proporcionar información y orientación anticipada sobre la salud sexual y reproductiva para ayudar a las mujeres frente a la toma de decisiones.
- En colaboración con la mujer, desarrollar un plan de atención comprensivo que respete sus preferencias y decisiones. (39)

3.4 ROL EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.4.1 APOYARSE EN LA INVESTIGACIÓN PARA SUSTENTAR LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

Conocimientos sobre:

- Principios de investigación y práctica basados en evidencia científica.

- Conceptos epidemiológicos relevantes relacionados a la salud materno/infantil.
- Recomendaciones globales para la práctica y su base de empírica (por ejemplo, las directrices de la Organización Mundial de la Salud). (39)

Habilidades y comportamientos:

- Diseñar y desarrollar estudios investigativos de la propia práctica profesional.
- Discutir los resultados de las investigaciones con mujeres y colegas.
- Apoyar la investigación en partería participado e indagando en torno al tema. (39)

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación se concluye lo siguiente:

- La atención del parto en el país fue por años medicalizado donde se empleaban técnicas y procedimientos que sometían a la mujer parturienta a maltratos y a denigrantes atenciones, sin embargo, la atención humanizada del parto vaginal cobra vida a partir de la entrada en vigencia de la Ley Nacer Con Cariño y los respectivos protocolos de asistencia, donde se pretende retomar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una experiencia positiva del parto.

Hoy en día se busca humanizar el trabajo de parto y parto desde que la mujer embarazada y su acompañante llegan al hospital, respetando su cultura sus creencias, religión y brindando una participación activa del proceso, respetando la fisiología del parto e interviniendo solo si es necesario, reduciendo así el número de tactos vaginales e intervenciones o procedimientos para acelerar el trabajo de parto, brindando a la mujer la oportunidad de deambular, sin restricciones de comida o bebidas, y a la vez la opción de elegir en que posición de sea dar a luz.

Es importante mencionar que no se está brindando a la mujer un acompañamiento continuo por parte del personal de salud, los médicos o enfermeras solo realizan sus anotaciones en el expediente, pero no acompañan, en los hospitales del Ministerio de Salud aún se cuenta con un déficit al ofertar la gama de profilaxis llámese aromaterapia, masoterapia, hidroterapia, musicoterapia, y esferodinamia del parto en donde dependiendo del personal de salud que se encuentre de turno no se realiza, en esta última se cuenta con el recurso, pero las enfermeras o personal de salud no se toman el tiempo de explicar cuáles son los movimientos y en que ayudan esos ejercicios. Para el caso de los Hospitales del Seguro Social ISSS son las Licenciadas en salud materno infantil quienes llevan a cabo esta importante labor. También dependiendo del médico no se ofertan las posturas y posiciones para dar a luz ya que prefieren que la mujer dé a luz en posición horizontal, además en muchas ocasiones no se brinda la oportunidad de que el acompañante corte el cordón umbilical, algunos médicos no realizan

el corte tardío del cordón umbilical, aunque la mujer o el niño o niña posea buenas condiciones de salud.

- Según lo antes expuesto se considera que se está brindando una atención humanizada del puerperio inmediato ya que durante las primeras dos horas la puérpera y su recién nacido/a deben permanecer en contacto piel a piel si las condiciones de ambos lo permiten, si la madre no se encuentra en condiciones, el contacto piel a piel se debe establecer con la persona que la mujer decidió que la acompañara en el momento del parto, a la vez se monitorean sus constantes vitales y se fomenta y corrobora el establecimiento de la lactancia materna en las primeras horas de vida.

También en el puerperio intrahospitalario se mantiene informada a la mujer sobre su condición de salud y la de su recién nacido/a, respetando su cultura, religión y preferencias. Se limitan las intervenciones o procedimientos en puérperas en las que no se tenga algún factor de riesgo, a la vez se ha extendido el horario de visitas.

Sin embargo aún existen vacíos ya que el personal de enfermería y médicos se enfocan en cumplir su rol asistencial pero omiten el rol educativo que también es de suma importancia el brindarles información clara, con técnicas y materiales educativos para su mayor comprensión en temas como: lactancia materna exclusiva, técnica de amamantamiento correcta, cuidados del recién nacido en casa, cuidados post parto, importancia del control post parto, métodos antifecondativos, alimentación post parto entre otros más.

- El Profesional en Salud Materno Infantil ha sido por años invisibilizado dentro del Sistema de salud, sin embargo, cuenta con un perfil especializado en la atención de la mujer y niñez en sus diversas etapas. Es por ello que instituciones autónomas y clínicas privadas tales como ADS/Profamilia, FOSALUD, ISSS entre otros cuentan con el recurso dentro del equipo multidisciplinario. En lo referente a la atención de la labor de parto, parto y puerperio humanizado el profesional homólogo en países de Latinoamérica como Chile y Argentina es la matrona o partera profesional, que cuentan con un mayor reconocimiento.

El Profesional en Salud Materno Infantil es ideal para trabajar con mujeres en labor de parto pues brinda sus atenciones con calidad y calidez algo que lo hace diferenciarse del resto del personal de salud, conoce la fisiología del parto y la da a conocer de manera clara y sencilla, a la vez cumple su rol educativo explicando y realizando psicoprofilaxis obstétrica con la cual se consiguen beneficios como canalizar el dolor, acorta el periodo expulsivo, informa sobre las posiciones y posturas del parto, educa sobre la lactancia materna exclusiva.

Al hablar del rol educativo en el puerperio inmediato es el encargado de brindar consejería y entregas educativas sobre temas de importancia como: Lactancia materna exclusiva, importancia de los controles puerperales e infantiles, Métodos antifecondativos en el puerperio entre otros.

En el área asistencial del trabajo de parto y parto, sus conocimientos y aptitudes le permiten colaborar al personal médico y de enfermería a la toma de signos vitales y de frecuencia cardíaca fetal, maniobras de Leopold y toma de altura uterina, toma de monitoreos fetales, a llevar el trabajo de parto y a reconocer factores de riesgo, incluso a toma de tactos vaginales pero la restricción de ellos en la Ley Nacer con Cariño le imposibilita realizarlo, también sus conocimientos teóricos y prácticos le permiten atender partos vaginales sin factores de riesgo, el corte tardío del cordón umbilical y el fomento del apego precoz y contacto piel a piel durante las primeras dos horas de vida.

En el puerperio inmediato el profesional en salud materno infantil es el encargado de la observación y toma de constantes vitales, realizar examen físico, y detectar factores de riesgo.

En el área administrativa le permite generar propuestas de mejora en la atención, participar en la elaboración de planes, programas y proyectos, y en el área de investigación sus conocimientos científicos le permiten investigar temas de relevancia para la población materna e infantil y discutirlos o socializarlos.

RECOMENDACIONES

- Que los y las Profesionales en Salud Materno Infantil en formación o en servicio social realicen investigaciones en los tres niveles de atención, con enfoque de derechos en temas contribuyentes al Rol del/la Profesional en Salud Materno Infantil como:
 - Atención del parto vaginal y cesárea humanizada.
 - Conocimientos y percepciones de la atención humanizada del parto vaginal en las salas de nacimiento del país.
 - Expectativas y percepciones de la atención humanizada del puerperio inmediato.
 - Beneficios de las atenciones humanizadas en el trabajo de parto y nacimiento.
 - Involucramiento de la Atención inmediata humanizada de la persona recién nacida en todos los hospitales del país.

- Divulgar en los tres niveles de atención el Rol del/la Profesional en Salud Materno Infantil a través del contacto directo por medio del rol asistencial y educativo.

- Difundir masivamente a través de la Asociación de Profesionales en Salud Materno Infantil de El Salvador (APSMIES), de la Dirección de la Carrera en Salud Materno Infantil y de sus redes sociales, el Rol del/la Profesional en Salud Materno Infantil en los tres niveles de atención en la actualidad generando Foros, Conferencias, Congresos o Campañas virtuales o presenciales donde el objetivo sea dar a conocer la calidad del recurso profesional y se cobre mayor renombre a nivel nacional.

- Integrar al Profesional en Salud Materno Infantil en el área asistencial del trabajo de parto, parto y puerperio es de vital importancia, se menciona el protocolo asistencial de la ley nacer con cariño al enfermero/a con rol de Doula que en teoría cumple la función de acompañar, educar y guiar a la parturienta en el proceso fisiológico, sin embargo no cumplen ese rol porque son enfermeros/as que tienen otras prioridades dentro de su labor, es por ello que existe la necesidad del Profesional en Salud materno infantil en las salas de nacimiento ya que su formación le permite brindar ese conjunto de atenciones con calidad y calidez y de forma integral.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Garrido AB. tesisenred.net. [Online].; 2017 [cited 2023 4 19. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence.
2. Natalben.com. [Online]. [cited 2023 4 19. Available from: <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>.
3. Ministerio de Salud. asp.salud.gob.sv Lineamiento técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. [Online].; 2021 [cited 2023 07 21. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcion_al_v2.pdf.
4. Flor de María Cáceres-Manrique P, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 (128-134) Abril-junio; 68(2).
5. <https://portal.guiasalud.es/>. Atención durante el puerperio hospitalario. [Online]. [cited 2023 07 21. Available from: [https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/#:~:text=Debe%20prestarse%20especial%20atenci%C3%B3n%20al,alarma%20\(Berens%2C%202011\)](https://portal.guiasalud.es/egpc/embarazo-atencion-puerperio/#:~:text=Debe%20prestarse%20especial%20atenci%C3%B3n%20al,alarma%20(Berens%2C%202011).).
6. Ministerio de Salud. Protocolos de asistencia para los periodos. crecerjuntos.gob.sv. [Online].; 2022 [cited 2023 5 1. Available from: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/protocolos_asistencia.pdf.

7. Ministerio de salud. crecerjuntos.gob.sv Ley Nacer con cariño. [Online].; 2021 [cited 2023 5 1. Available from: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley_nacer_con_carino.pdf.
8. Asamblea.gob.sv. [Online].; 2021 [cited 23 07 21. Available from: <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/dictamenes/89AE758D-B086-4764-B1E1-C9D0B24E0D74.pdf>.
9. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience © World Health Organization 2018 ISBN:978-92-4-155021-5. [Online]. [cited 2023 5 1. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
10. Importancia de la Psicoprofilaxis para el parto <https://www.hndac.gob.pe/>. [Online].; 2022 [cited 24 4 1. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/importancia-de-la-psicoprofilaxis-para-el-parto/>.
11. Bol Of Sanit Panam. Tecnología apropiada para la atención del parto Iris.paho.org. [Online].; 1981 [cited 23 11 29. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17207>.
12. Ministerio de Salud. Protocolos de asistencia para los periodos. crecerjuntos.gob.sv. [Online].; 2022 [cited 23 10 11. Available from: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/protocolos_asistencia.pdf.
13. Reglamento de la Ley Nacer con Cariño <https://www.crecerjuntos.gob.sv> [Online].; [cited 24 3 24. Available from: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/REGLAMENTO_DE_LA_LEY_NACER_CON_CARINO.pdf

14. Congreso de Colombia. Función Pública www.funcionpublica.gov.co. [Online].; 2022 [cited 23 10 19. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347>].
15. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno A, Jimeno JF. Las posturas de la mujer en el parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*. 2014; 8(1): p. 8.
16. Global Health Media Project. <https://www.msdmanuals.com/> [Internet]. [Video], Posiciones para dar a luz. [Online]. [cited 23 12 7. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/multimedia/video/posiciones-para-el-nacimiento>].
17. Galarza M. La hora sensible: Contacto piel a piel, el mejor inicio. <https://blogs.iadb.org/>. [Online].; 2023 [cited 23 12 11. Available from: <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/la-hora-sensible-contacto-piel-a-piel-como-el-mejor-inicio-de-la-vida/>].
18. T. Dulay A. Manual SMD Muerte Fetal. [Online].; 2022 [cited 2023 10 22. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/muerte-fetal>].
19. D. Metz T, Snipe Berry , C Fretts R, M Reddy U, A Turrentine M. www.ACOG.org Manejo de la muerte fetal. [Online].; 2021 [cited 23 10 22. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>].
20. Luzardo Medina MG, Pieruccioni Pons MJ, Arrospide Olaza RB. www.colibri.udelar.edu.uy Rol de la Obstetra Partera ante el Diagnostico de Óbito fetal, Comunicación y duelo. [Online].; 2022 [cited 23 10 23. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/35494>].

21. Web R. Código Mariposa: El protocolo para atender en el IESS www.eltelegrafo.com.ec. [Online].; 23 [cited 23 12 11. Available from: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/actualidad/44/codigo-mariposa-el-protocolo-para-atender-en-el-iess-a-madres-en-duelo>.
22. Secretaria de salud, Ministerio de salud. siteal.iiepunesco.org Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2/1993 "Atención a." [Online]. [cited 23 11 1. Available from: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf.
23. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. www.elpartoesnuestro.es DOCUMENTO DE CONSENSO SEGO ASISTENCIA AL PARTO. [Online]. [cited 23 10 30. Available from: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_doc_consens_o_asistencia_parto_normal.pdf.
24. Karlsoon H, Pérez, Sanz C. Hemorragia Postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009; 32.
25. Moldenhauer JS. MSD Manuals Hemorragia postparto - Ginecología y Obstetricia. [Online].; revisado julio 2021 [cited 23 10 27. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/hemorragia-posparto>.
26. Cruz Córdova C, Flores Nolasco MA. GUIA DE ATENCION DE HEMORRAGIA POST PARTO. Informe Final Tesis. Universidad de El Salvador; 2020.

27. d'Hebron V. <https://hospital.vallhebron.com/> Posparto. [Online].; 2022 [cited 23 10 30. Available from: <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/salud-y-bienestar/posparto#2>.
28. www.elpartoesnuestro.es El posparto inmediato. [Online]. [cited 23 10 30. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/el-posparto-inmediato>.
29. Benítez GA. www.chospab.es MANUAL DE ASISTENCIA AL PARTO Y PUERPERIO NORMAL.CAMBIOS EN LA MADRE DURANTE EL PUERPERIO.LACTANCIA MATERNA. [Online].; 2010 [cited 23 10 30. Available from: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf.
30. crecerjuntos.gob.sv Ley Amor convertido en Alimento. [Online].; 2022 [cited 23 11 1. Available from: <https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/Ley-Amor-convertido-en-Alimento.pdf>.
31. Global Breast Feeding Collective, UNICEF, Organización Mundial de la Salud. www.globalbreastfeedingcollective.org CONSEJERIA ESPECIALIZADA EN LACTANCIA MATERNA. [Online].; 2020 [cited 23 11 1. Available from: <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/596/file/Advocacy%20brief%20on%20skilled%20breastfeeding%20counselling%20-%20Spanish.pdf>.
32. Lopez , Grey WT, Hiller JE, Chen M. www.cochrane.org Educación acerca de la planificación familiar para las. [Online].; 2015 [cited 23 11 2. Available from: https://www.cochrane.org/es/CD001863/FERTILREG_educacion-acerca-de-la-planificacion-familiar-para-las-mujeres-con-un-parto-reciente.
33. Ministerio de Salud. www.minsal.cl - Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio. [Online].; 2015 [cited 23 11 1. Available from: <https://www.minsal.cl/wp->

- content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf.
34. www.quironsalud.com Educación a la puérpera y al recién nacido. [Online]. [cited 23 11 2. Available from: <https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/educacion-puerpera-recien-nacido>.
35. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. www.saludcastillayleon.es La Salud desde el Principio. Guía de Salud Materno - Infantil. [Online].; Septiembre 2022 (revisada en octubre de 2023) [cited 23 11 2. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil/salud-principio-guia-salud-materno-infantil.ficheros/2587587-La%20salud%20desde%20el%20principio%20_Noviembre%202023.pdf.
36. Oliver D, Herrero. academianutricionydietetica.org Academia Española de Nutrición y Dietética Guía tras el nacimiento de tu bebe, dieta post parto y hábitos saludables. [Online].; 23 [cited 23 11 9. Available from: <https://www.academianutricionydietetica.org/alimentacion-mujer/dieta-postparto/>.
37. International Confederation of Midwives Competencias Escenciales. [Online].; 2019 [cited 23 11 15. Available from: <https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencias-es-screens---28-oct-2019.pdf>.
38. Monteagudo Vázquez L. Deontología de las matronas: consideraciones bioéticas de la asistencia en la gestación. Ética de los Cuidados. 2015 jul-dic; 8(16). [Online]. [cited 23 12 27. Available from: <https://www.index-f.com/eticuidado/n16/et10613.php>.
39. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. [Online].; 2010 [cited 23 11 15. Available from:

- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49344/CLAP1578-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
40. Carrera Salud Materno Infantil. Perfil Académico Plan Modular 1997
41. Matute Albo DI. Asociación Española de Matronas -Modelo asistencial de la matrona. [Online].; 2017 [cited 23 11 20. Available from: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/18_MODELO_ASISTENCIAL.pdf.
42. Ministerio de Sanidad y Política Social. Boletín Oficial del Estado Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). N°29 Sección III. [Online].; 2009 [cited 23 11 20. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>.
43. dana-app.com La importancia de tener una matrona en la maternidad. [Online].; 2023 [cited 23 11 22. Available from: <https://dana-app.com/post/la-importancia-de-tener-matrona-durante-la-maternidad/>.
44. parenthelp1213.org La alimentación y el ejercicio después del embarazo. [Online]. [cited 23 11 9. Available from: <https://parenthelp123.org/es/pregnancy/after-pregnancy/postpartum-nutrition/#:~:text=Beba%20una%20abundancia%20de%20agua,el%20cuerpo%20se%20mantenga%20fuerte>.
45. Organización Mundial de la Salud www.ascalema.es. [Online]. [cited 2023 10 17. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>.

46. www.ascalema.es ¿Dónde dar a luz? [Online].; 2014 [cited 23 11 22. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2017/12/Donde-dar-a-Luz.pdf>.
47. Moldenhauer JS. www.msmanuals.com MSD Manuals Atención Posparto. [Online].; Revisado/Modificado 2022 [cited 23 10 30. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/atenci%C3%B3n-posparto>.
48. Lavanderos S, Carol Díaz-Castillo. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. 2021 diciembre; 86(6).
49. Hernández Gallego MR, Barata Gómez, Tadeo López M. Preparación a la maternidad y paternidad (P.A.S.A.R.) Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Gobierno de Canarias; Consejería de Sanidad; Servicio Canario de la Salud; Dirección General de Programas Asistenciales ed. Las Palmas de Gran Canaria: Daute Diseño, S.L; 2009.
50. Cano Asuar M, Valiente García, Reina Caro A. Importancia de la asistencia de la matrona durante el puerperio para mejorar la adaptación a la maternidad. Biblioteca Las casas, 2015; 11(3). [Online]. [cited 2023 11 21. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0841.php>.
51. Arrones S. Reproducción Asistida ORG Papel de la matrona en el embarazo, parto y postparto. [Online].; actualizado 2014 [cited 2023 11 22. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/papel-de-la-matrona-en-el-embarazo-parto-y-posparto/#competencias-de-las-matronas>.
52. Aguilar Esenarro LA. alimentacionsaludable.ins.gob.pe Gestante y Puérpera - Alimentación saludable. [Online].; 2016 [cited 23 11 10. Available from:

<https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaGestanteyPuerpera.pdf>.

53. Asociación Española de Matronas. www.losconsejosdetumatrona.com Los consejos de tu matrona. [Online].; 1995 - 2022 [cited 23 11 22. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.losconsejosdetumatrona.com/wp-content/uploads/2022/03/GuiaMatronas_22.pdf.

ANEXOS

ANEXO 2. PRESUPUESTO

Recursos	Cantidad	Valor unitario	Valor total requerido
Rubro A: Recursos técnicos			
Asesoría	5 asesorías virtuales	\$25.00	\$125.00
Computadora		\$35.00	\$35.00
Conexión a internet	13 meses de conexión inalámbrica	\$25.00	\$325.00
Sub total rubro A: Recursos técnicos			\$485.00
Rubro B Recursos materiales			
Cuaderno universitario	1	\$1.00	\$1.00
Bolígrafos	5	\$0.20	\$1.00
Sub total rubro B: Recursos materiales			\$2.00
Rubro C: Imprevistos.			
Gastos imprevistos		10%	\$48.70
Sub total rubro C: Imprevistos			\$48.70
Monto total			\$535.70

ANEXO 3. FORMATO DE FICHAS

FORMATO DE FICHA RESUMEN

Fecha de consulta: _____ Hora: _____

Número de ficha _____

Encabezado:		
Tema.	Subtema.	Sub-subtema.
Contenido:		
<ul style="list-style-type: none"> • • 		
Referencia.		

FORMATO DE FICHA TEXTUAL

Fecha de consulta: _____ Hora: _____

Numero de ficha _____

Tema:
Sub-subtema:
Autor y año:
Título del libro:
Cap. pág.
Cita:
Fecha de elaboración: