

República de Panamá

Ministerio de Salud  
Dirección General de Salud

Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

**PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION  
CULTURALMENTE ADECUADO**

PANAMÁ  
2017

**PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO**

Autoridades del Ministerio de Salud

S.E. Dr. Miguel Mayo Di Bello  
Ministro de Salud

S.E. Dr. Eric Ulloa  
Viceministro de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca  
Directora General de Salud

Dra. Felicia Tulloch  
Subdirectora General de Salud de la Población

Dr. Raúl E. Bravo Vásquez  
Coordinador Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Lcda. Maritza Nieto de De Gracia  
Enfermera Coordinadora Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

## PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO

### INTRODUCCIÓN

Entre los objetivos del Plan Estratégico de Gobierno 2015 – 2019, “Un solo País, se plantea garantizar a todos los panameños una cobertura universal de salud, la reducción de la mortalidad materna e infantil, fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS), la atención integral a las adolescentes embarazadas y garantizar los derechos de las mujeres, así como mejorar la calidad de vida de su población, en especial de aquellos que residen en las comarcas indígenas.

La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025, del Ministerio de Salud, desarrolla sinergias tanto con el Plan de Gobierno 2014 – 2019 “Alianza El Pueblo Primero” como con el Plan Estratégico de Gobierno 2015 – 2019, “Un Solo País”, considerando los mandatos en materia de salud, como las contribuciones que desde este sector se realizan, para que el conjunto del Estado panameño los alcance.

En este sentido es importante destacar que la política de salud señala la aplicación de los valores del derecho a la salud, la equidad y la universalidad en el acceso y la cobertura, la solidaridad y la justicia social. Su orientación está centrada en la persona, la familia, la comunidad, el ambiente y en el abordaje de los determinantes de la salud.

Panamá ha asumido una variedad de compromisos con la salud de la mujer,

especialmente con la maternidad y los derechos reproductivos. Estos compromisos se reflejan en su participación en diversas Conferencias Internacionales vinculadas a la salud materna y la salud sexual y reproductiva, como la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (Nairobi, 1987); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); y la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000), la revisión del documento Cairo+5, entre otras.

El país ha aprobado todas las resoluciones de la OPS/OMS, desde el año 1990, con relación a las políticas regionales para la Reducción de la Mortalidad Materna en la región. Se adoptó la Declaración de Ministros/as de Salud de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas (Lima, 2011), los lineamientos de la iniciativa de la Promesa Renovada en las Américas (2013), para reducir las desigualdades en materia de salud materno-infantil, el Consenso de Montevideo (2013); la Cumbre de Ministros de Salud del SICA y la Declaración de la XIV Cumbre de Ministros/as de Salud (2014).

También se ha desarrollado una amplia normativa legal, de la cual se destaca “La gratuidad de la atención de salud de los niños menores de cinco años” (Decreto Ejecutivo No. 546 de 2005); y de la “prestación de servicio y asistencia de la maternidad” (Decreto No. 5 de 2006) en todos los establecimientos del Ministerio de Salud.

A pesar de todos los avances realizados, el gobierno de Panamá, no alcanzó la meta fijada en relación al Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5, “Mejorar la salud materna” en el año 2015. En ese año se priorizó diseñar e implementar acciones que permitieran acelerar el impacto de las políticas públicas para mejorar la salud materna con especial énfasis en las zonas más vulnerables del país.

En el Marco de Aceleración de los ODMs, se formuló el Plan de Acción para reducir las muertes maternas y perinatales con énfasis en las comarcas indígenas, (2014-2015) cuya meta es la reducción de la Mortalidad Materna en la Comarca Ngäbe Buglé, que presentaba las tasas de mortalidad materna más altas.

En el año 2015, el Ministerio de Salud conjuntamente con la Caja de Seguro Social, la Organización Panamericana de la Salud, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, formulan el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, 2015-2020.

Estas acciones, entre otras, fueron acompañadas y fundamentadas con la revisión y actualización de las Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer y Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo, 2015.

Este Protocolo de Atención del Parto en Libre Posición Culturalmente Adecuado, se fundamenta en los resultados de los diálogos realizados con mujeres embarazadas ngäbe-buglé, parteras tradicionales y miembros del equipo de salud, el que se suma a los Protocolos existentes del Programa de Salud Integral de la Mujer.

Estas iniciativas contribuirán con las nuevas metas para la Agenda de Desarrollo

Sostenible, a cumplirse en el año 2030, en especial con el Objetivo 3, Salud y Bienestar.

### **ALGUNAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS SOBRE EL PARTO EN LIBRE POSICIÓN/VERTICAL**

**Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical y sus distintas posiciones, en el Marco Multicultural de Guatemala, año 2011, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**

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

Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia son los elaborados por la organización internacional —Colaboración Cochrane que se dedica a evaluar las intervenciones médicas para valorar si poseen evidencia científica. En el 2003 elaboró un análisis sobre los efectos de las diferentes posiciones de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto que incluyó 19 estudios con 5,764 participantes, el estudio refiere que en las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como: arrodilladas, paradas.

La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto acostadas de espaldas, este fue más doloroso para la madre y causó más problemas en la frecuencia cardiaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de fórceps y hubo más mujeres con incisiones en el canal del parto.

El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical, con la posibilidad de que aumente el riesgo de pérdida sanguínea mayor a 500 ml. No se ha demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la madre o para el feto,

por lo que concluye en que se debe estimular a las mujeres que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.

POSICIÓN MATERNA Y PARTO. RESULTADOS PERINATALES CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP).

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2  
 NOTA: Conchrane es un organismo sin ánimo de lucro y su fin es realizar revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados y revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Utilizan el Metaanálisis. Revisan las investigaciones existentes sobre un tema en los compendios que abordan el tema, analizan la metodología y los resultados, emiten recomendaciones.  
 Grupta JK Hofmery GJ Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto revisión Cochrane traducida\* 15  
 Posición Materna y Parto. Resultados Perinatales, El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y la posición materna y el parto. OPS-OMS. 1980. (CLAP) [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)

El documento del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Posición Materna y Parto. Resultados Perinatales, es una recopilación bibliográfica del Médico gineco-obstetra español Manuel Gallo Vallejo. En él se explican las ventajas de la posición vertical de la madre en el parto ante otras posiciones.

**Dimensiones de la Pelvis:** durante el embarazo se produce una relajación fisiológica de las articulaciones pélvicas. Las dimensiones de los diámetros anteroposteriores de los estrechos superior e inferior, están influidos por el descenso de la cabeza fetal y los cambios de la posición materna. En la posición de Walcher, y algo menos en la de pie, el diámetro

promontopubiano mínimo aumenta 1cm, y en la posición de cuclillas el diámetro anteroposterior del estrecho inferior aumenta 2 cm. Cuando la embarazada pasa de la posición supina a la sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7.6mm de promedio.

**Mecanismo de Parto Fisiológico:** la posición de decúbito supino puede ser perjudicial para el descenso y encajamiento de la presentación fetal, siendo la vertical más fisiológica ya que aumenta el ángulo de conducción y disminuye el ángulo fetopélvico de ingreso. Además las direcciones de la fuerza de gravedad y la fuerza muscular materna es la misma y por lo tanto son sinérgicas.

**Tiempo de Rotura Espontánea de Membranas Intraparto:** la posición vertical materna no altera el momento fisiológico de rotura de membranas ovulares durante el parto, ya que el 78% de las embarazadas normales dejadas evolucionar espontáneamente, llegan al final de la dilatación con membranas íntegras.

**Hemodinámica:** la posición supina durante el parto y la cesárea puede aumentar la morbimortalidad perinatal y materna por compresión de la vena cava inferior, aorta o ilíacas por el útero.

La profilaxis de la compresión aorta-cava, consiste en evitar la posición dorsal de la embarazada, colocándose en decúbito lateral, preferible el izquierdo, o mejor aún, en vertical.

**Contractilidad Uterina:** en la posición vertical, las contracciones uterinas son de mayor intensidad, igual frecuencia, mejor tono, para dilatar el cervix, respecto a la posición horizontal.

**Pujos:** la posición más fisiológica para conseguir el mayor beneficio con los esfuerzos de pujo durante el expulsivo es la vertical, sobre todo la sentada.

**Dolor y Comodidad:** en relación con la posición horizontal, es mucho más cómoda y menos dolorosa la posición de decúbito lateral y sobre todo, la vertical durante el parto.

**Frecuencia Cardíaca Fetal:** la posición materna no parece tener ningún efecto sobre la frecuencia cardíaca fetal, aunque cuando se produce el —efecto Poseiro en posición dorsal, pueden aparecer patrones patológicos de la frecuencia cardíaca fetal que desaparece cuando la madre pasa a posición lateral o vertical.

**Evolución del Parto:** es más fisiológica en la posición vertical, que en la horizontal.

**Terminación del Parto:** es más natural y espontánea en la posición vertical materna, ya que disminuye las intervenciones obstétricas durante el periodo expulsivo, así como la necesidad de analgesia y/o anestesia materna. Esta última circunstancia repercute favorablemente en la interrelación precoz-madre-hijo.

**El alumbramiento:** es más fisiológico y sin complicaciones cuando el parto se produce en posición vertical, en relación a la posición horizontal.

**Morbilidad Materna:** la posición vertical durante el parto no aumenta la morbilidad materna. La posición de litotomía puede ser perjudicial para la madre ya que facilita la aspiración del vómito en caso de anestesia, las trombosis de las venas de los miembros inferiores, las lesiones nerviosas en el área poplíteica, las molestias crónicas de espalda y los desgarros del canal del parto.

**Morbilidad Perinatal:** la puntuación del Apgar al 1°, 5° y 10° minutos no parece ser diferente en relación con la postura materna durante el parto, aunque hay autores que si encuentran diferencias significativas a favor de la posición vertical. En la posición vertical, el Apgar no estuvo influido por la duración del periodo expulsivo en partos con pujos espontáneos.

El equilibrio ácido base del feto y neonato es superior en los partos en posición vertical y con pujos espontáneos y además es independiente de la duración del periodo expulsivo. La posición de litotomía durante el periodo expulsivo puede conducir a una acidosis fetal, posiblemente por compresión de los grandes vasos o un defecto de

ventilación materna, sobre todo si dura más de 30 minutos.

**Aspectos Psicológicos:** el punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. En la posición lateral, la mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía y lo mismo ocurre con la posición vertical. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el periodo expulsivo y además favorece la relación precoz madre-hijo hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño.

#### **RECOMENDACIONES PARA TODAS LAS POSICIONES**

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

#### **Complicaciones durante la atención del parto natural/vertical Institucional**

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

Persistencia del aumento de sangrado a pesar de la administración de oxitocina para el alumbramiento. Laceraciones o rasgaduras (verificar) en periné, vagina y cuello uterino. Expulsión precipitada del feto. Prolapso o procedencia de cordón. Distocia de hombros.

En caso de presentarse alguna de estas complicaciones, realizar el manejo de referencia y contra referencia según nivel de resolución.

<b>Beneficios</b>
Disminuye el trauma perineal. Incluso se ha incluido la práctica de esta posición durante el parto para disminuir el daño en el Suelo Pélvico
La compresión aorta y cava es mucho menor, por lo que el feto tiene menos alteraciones de la frecuencia cardíaca verticales y un mejor resultado ácido-base.
Existe menor porcentaje de puntuaciones de Apgar inferiores a 7 tras el parto.
-La intervención es más segura.
-Menor porcentaje de asistencia al parto y de la utilización de instrumental.
-Reducción de la episiotomía.
-Menor uso de oxitocina.
-Hay menos porcentajes de cesárea si se compara con la posición reclinada.
Aumento de oxigenación en el feto.
Al realizarse en dirección de la gravedad, a la madre le resulta más sencillo llevar a cabo las contracciones y resultan más eficaces, por lo que se reduce la frecuencia de las contracciones en un porcentaje alto de mujeres.
El dolor percibido disminuye durante el parto, por lo que, la madre, necesita menos analgesia.
Las madres están satisfechas con la posición porque les resulta muy cómoda y no tenían tanto dolor.
Disminución de las infecciones.

<b>Sin diferencias significativas</b>
En casos de muerte fetal no se han encontrado diferencias entre la posición vertical y en vertical.
En cuanto a la cesárea, si se compara con los datos de cesárea en la posición supina, las diferencias no son significativas.
En la arteria umbilical, no se encuentra diferencias significativas.
En cuanto a desgarros graves 3º-4º grado algunos autores, no encontraron diferencias importantes.

<b>Desventajas</b>
Si el profesional que asiste el parto no tiene conocimientos sobre la postura puede llevar acarrear complicaciones.
Mayores pérdidas de sangre que en la posición supina por un aumento de presión en las venas de la zona del periné.
Necesaria la ayuda de una persona, para sujetar a la madre, sobretodo en posiciones en cuclillas o de pie.
Se incrementan los desgarros en los genitales femeninos, existe más riesgo de desgarros más importantes (2º grado) y, en cuanto a desgarros de gravedad (3º grado y 4ºgrado), algunos autores interpretan que hay más riesgo de desgarros de 3ºgrado.



## PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO

<b>PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO NORMAL O DE BAJO RIESGO.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>
<p>Este protocolo fue desarrollado para la atención culturalmente adecuada del parto normal o de bajo riesgo.</p> <p>Se define un embarazo de bajo riesgo como aquel que transcurre en patrones de normalidad o sin patología dentro de los cambios que esperaríamos encontrar en la madre y que conlleva un feto y recién nacido con un adecuado crecimiento y desarrollo biopsicosocial.</p>
<b>ADECUACIÓN DEL ÁREA FÍSICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales locales donde se encuentra la institución de salud.</li> <li>-El área física debe acondicionarse para realizar un Parto Culturalmente Adecuado, tomar en consideración la colocación en el techo de soga o barra que permita a la parturienta adoptar la posición de cuclillas mientras se sostiene de estas. O bien puede colocarse de rodillas o sentarse sobre banco para parto.</li> <li>-Debe permitirse el libre movimiento de la embarazada, en la medida de lo posible.</li> <li>- Se debe disponer de un área para explicar cómo va a ser el parto, lugar, posición, vestimenta, etc.</li> <li>-La embarazada tiene derecho a permanecer con un/a acompañante durante todo el proceso.</li> <li>- Se dispondrá de un área de acceso para la acompañante.</li> <li>-Disponer de un área para calentar tés medicinales, si lo solicita.</li> <li>-Debe disponerse de vestimenta para la embarazada y de ropa para el/la acompañante elegido y para el equipo médico que asistirá en la atención.</li> </ul>
<b>ENTRADA A REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reciba y salude amablemente a la mujer y a la persona que la acompaña, (esposo, algún familiar o partera/o) que acuden al establecimiento en trabajo de parto.</li> <li>-Llámela por su nombre, identifíquese y utilice un lenguaje que sea accesible para la mujer y su acompañante, fácil de entender y explíquele los trámites a realizar.</li> <li>-Tenga en cuenta el idioma y solicite una asistente intercultural y procurar de ser posible, que esté presente en todos los casos.</li> <li>-Escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes.</li> <li>-Si tiene ya un expediente en la institución (o hay disponible un expediente electrónico) agregue la fecha correspondiente. Si no tiene expediente, abra uno nuevo.</li> </ul>
<b>ADMISIÓN DE LA PACIENTE EN LABOR DE PARTO, EN EL CUARTO DE URGENCIA</b>

PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO

<p>-Reciba y salude amablemente a la mujer y a la persona elegida para acompañarla en el trabajo de parto. Llámela por su nombre, identifíquese y utilice un lenguaje que sea fácil de entender para la mujer y su acompañante, y explíquele a ambas cualquier procedimiento que se vaya a realizar y lo que encontró en la evaluación.</p> <p>-Tenga en cuenta y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto.</p> <p>-Escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes. (NTA, a1, pag. 46)</p>
<p>-Brinde orientación, y apoyo emocional en todo momento, para lograr el máximo de cooperación, confianza y tranquilidad de la embarazada, durante el trabajo de parto.</p> <p>-Solicite la ayuda de la asistente cultural cada vez que dé instrucciones o dé información a la paciente (NTA, a8, pag.46)</p>
<p>-Asegure el acompañamiento de la persona elegida.</p>
<p>-Solicite la Tarjeta de Control Prenatal para evaluar los datos anotados en ella y determinar el riesgo de la paciente.</p> <p>- Solicite el Plan de Partos realizado en el control prenatal y revíselo -Si la paciente no realizó controles prenatales previos, explíquele cómo será el proceso del parto para disminuir el temor a lo desconocido sobre todo en pacientes primerizas.</p> <p>-En lo posible, hágale conocer las instalaciones físicas en donde será atendida y al personal que le prestará asistencia. (NTA, a5 pág. 46)</p>
<p>-Si no tiene Tarjeta de Control Prenatal, se llenará una Historia Clínica Perinatal Base, (HCPB) y el Carnet Perinatal el cual se entregará después del parto como referencia. (Considerar que el/la acompañante podría aportar información adicional). (NTA a5, pag.46)</p>
<p>-Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos de la HCPB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar a la paciente si ha tenido contracciones (no necesariamente acompañadas de dolor, las primeras contracciones pueden ser indoloras), pérdida de líquido a través de la vagina, eliminación de tapón mucoso o sangrado genital.</li> <li>• Averiguar si ha tomado tés medicinales o naturales para apurar el parto.</li> </ul>
<p>-Realice una evaluación inicial rápida que incluye tacto vaginal (si la paciente está muy activa), caso contrario se continua con la toma de signos vitales de la mamá y del feto, (TA, FCM, FCF, T), siempre explicando a la paciente lo que se va a realizar y solicitando apoyo a la/el acompañante, para el consentimiento de la paciente. (NTA, a2, pág.46)</p>
<p>-Transcribir a la HCPB intrahospitalaria los datos generales y la información de las consultas de atención prenatal. (NTA, a6 a7, pág. 46.)</p>
<p>-Identifique factores de riesgo que determinen el nivel de atención de la paciente (parto pre término, rotura de membranas de más de 12 horas, fiebre, hemorragias o patologías del alumbramiento en embarazos anteriores, signos de sufrimiento fetal o alteraciones del estado materno).</p>
<p>-Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, tipo y RH, VDRL, VIH (prueba rápida con consentimiento informado) en la HCPB.</p> <p>-Explicar a la paciente en qué consiste el examen y obtener su consentimiento antes de tomar la muestra sanguínea. (NTA a12 y a13, pag.46)</p>
<p>-Realice examen físico general y obstétrico. (NTA, a3, pag.46)</p>
<p>-Realice examen vaginal previo aseo del área genital y explíquele a la mujer lo que se va a hacer.</p>

-Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal y la edad gestacional. (NTA, a.4, pag. 46.)
-Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal.
-Ausculte la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto con cualquier método (el de elección es la auscultación intermitente) y durante un minuto completo inmediatamente después de una contracción uterina.
-Controle y registre la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas, evaluadas clínicamente por un lapso de 10 minutos (dinámica uterina).
-Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables o sometidos a desinfección de alto nivel. ( SOLO CUANDO LA PACIENTE ESTÉ YA EN FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO ,CUATRO CENTÍMETOS DE DILATACIÓN PARA GRAFICAR CURVA DE ALERTA DEL PARTOGRAMA O CUANDO SOSPECHE POR CLINICA Y EXÁMEN FÍSICO EXTERNO UNA POSIBLE DISTOCCIA). -Explique a la paciente y acompañante el procedimiento y su utilidad, y solicite su aprobación. (NTA, C, PAG.48)
-La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia a fin de evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: Dilatación cervical, Borramiento cervical, Consistencia del cuello, Posición del cuello, Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. ( NTA pag.49) (Ver Guía de Manejo de las Complicaciones del Embarazo pag.39, Índice de Bishop). Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. Coloración del líquido amniótico. Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. Si no son proporcionales indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto (protocolo de manejo de cesárea, en la NTA y Protocolo de Atención pág. 65).
-Determinar el diagnóstico de ingreso y anotar órdenes médicas. (NTA, a9, pag.46)
-Admitir en observación a embarazadas con gestación de término en fase latente de labor, que procedan de lugares distantes o áreas de difícil acceso, si la paciente no tiene donde quedarse o si no se cuenta con un albergue materno accesible. -Hospitalizar sin demora a las gestantes en fase activa de labor. (NTA, a10 y a 11, pág. 46)
-Entregar ropa adecuada según costumbres de la comunidad, de fácil manejo. Solicitar que la ropa utilizada por la paciente esté limpia o en su efecto ofrecerle ropa adaptada para este tipo de atención que dispone la unidad. -Se le colocará un brazalete que la identifique con su nombre completo. (NTA a14, pag.47)
<b>ATENCION EN LA SALA DE LABOR DE PARTO</b>
-Reciba y salude amablemente a la mujer y a la persona que la acompaña, (esposo, algún familiar o partera/o) que acuden al establecimiento en trabajo de parto. -Llámela por su nombre, identifíquese y utilice un lenguaje que sea accesible para la mujer y su acompañante, fácil de entender y explíquese los procedimientos a realizar y el resultado. -Tenga en cuenta el idioma y en caso de no hablar el español solicite una asistente intercultural. -Escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes. (NTA, b1. pág.47)
-El personal de salud debe asegurar la privacidad de la mujer y respetar sus requerimientos según su patrón cultural, brindar un trato amable y respetuoso, utilizar un lenguaje sencillo, y ofrecer apoyo emocional para disminuir el estado de ansiedad de la parturienta durante toda la atención. -Puede solicitar la colaboración de el/la acompañante. (NTA, b2 y b5, pág.47)
-Al ingreso a la sala de labor, la parturienta será evaluada por personal médico y de enfermería quien dará las órdenes pertinentes.

PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO

<p>-En instalaciones de menor complejidad, la evaluación es responsabilidad del personal capacitado, que tenga competencias para realizarlo.</p> <p>-El personal de salud iniciará la vigilancia del trabajo de parto y la condición materna fetal, usando el partograma modificado de la OMS, desde que la dilatación cervical sea de 4 cm. (NTA, b3 y b4, pág.47)</p>
<p>-Luego del primer examen repetir el siguiente tacto vaginal (TV) cuando sea estrictamente necesario, intentar espaciarlo, habitualmente cada 2 horas, si la paciente está en fase activa de labor de parto y registrarlo en el partograma. (NTA, B19, pag.48)</p>
<p>-Numerar en secuencia los tactos vaginales realizados en la HCPB, en la sección Trabajo de Parto.</p>
<p>-Realice el TV antes, si se presenta ruptura espontánea de membranas, y si la embarazada refiere deseo de pujar.</p>
<p>-Luego de realizar el examen vaginal, determine la etapa y la fase de la labor de parto en la que se encuentra la paciente.</p>
<p>-Si detecta factores de riesgo durante la labor de parto, realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado; envíe con el personal médico y su acompañante la hoja de referencia llena, (SURCO, Sistema Único de Referencia y Contra referencia) con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. (HCPB)</p>
<p>-No realice enema evacuante. Sugiera a la paciente que evacúe espontáneamente la vejiga cuando lo desee y que defaque, para evitar que esto suceda durante el parto.</p> <p>-De ser necesitada la cateterización de la vejiga, esta será realizada por personal médico o de enfermería, siguiendo la técnica aséptica.(NTA b 12, b13 y b17, pág. 47)</p>
<p>-No rasure el vello púbico, solo si la paciente o el/la acompañante lo solicita por las características de la práctica comunitaria de atención (no se realizará el rasurado perineal de rutina) ( NTA, b16,pág.47)</p>
<p>-Recomiende a la paciente que se realice un baño en regadera si su condición lo permite, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones. Se debe procurar que la instalación cuente con agua tibia. (NTA, b15, pag.47)</p>
<p>-No mantenga el ayuno durante la labor de parto. Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por el/la acompañante, cuando lo desee y en pequeñas cantidades, (tés, jugo de manzana y cualquier líquido claro).</p> <p>-Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales (ver Anexo 1) que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto, y permitir la ingesta de las mismas por la paciente. (NTA, b9,pág.47 )</p>
<p>-No coloque venoclisis rutinaria. Valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.</p>
<p>-Permita la libertad de movimientos. La paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee, siempre y cuando su condición y/o la del producto así lo permitan. PRECAUCIÓN: por prolapso de cordón en presentación móvil y membranas rotas se debe mantener la posición supina. (NTA, b10 y b11,pág.47)</p>
<p>-Para controlar el dolor permita que la paciente reciba masajes de su acompañante, cambios de posición, técnicas respiratorias, paños o ducha tibia, según las prácticas de la comunidad, y que la condición de la paciente lo permita.</p> <p>-En otros casos se administrarán analgésicos u oxitócicos basados en las condiciones obstétricas y el progreso de la labor. (NTA, b7 y b8, pag.47)</p>
<p>-Si la paciente presenta ruptura de membranas de 8 horas o más, se iniciará tratamiento con antibióticos (*ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).</p>

-En caso de no contar con antibióticos o que la paciente presente fiebre, (38 grados o más) realizar el traslado oportuno. (NTA b20, b21, pág.48)
-Respetar la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto, (NTA b.22, 23 y 24, pág. 48 )
-Se orientara a la parturienta para que respire lenta y profundamente durante la contracción uterina, asegurando que el abdomen suba y baje con cada respiración. -Terminada la contracción, inspirar profundamente y expulsar el aire lentamente, relajando todo el cuerpo. (NTA,b25, pag.48)
-Cualquier gestante que durante el trabajo de parto se aleje de los criterios de progreso normal, se maneja según las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo (pag.55) y se hará el traslado oportuno a una unidad de mayor complejidad. (NTA, b26, pag.48)
<b>USO DEL PARTOGRAMA</b>
-Hacer uso del Partograma modificado de la OMS, debe incluirse en el expediente y llenarse de manera estricta y completa, hasta el momento del parto. Comienza a hacerse en la fase latente y el registro gráfico comienza a hacerse en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm. de dilatación. El personal de salud irá modificando el Plan de Atención de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y de la condición materna y fetal, según gráficas y registros en el Partograma. (NTA, pág. 48, 49 y 50)
<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SEGUNDA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO NORMAL: EXPULSIVO - NACIMIENTO DEL BEBE.</b>
-Este período se inicia con la dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del bebé. -Se procurará la presencia de personal calificado, que tenga las competencias necesarias en todos los partos desde el inicio del período expulsivo. -La atención del periodo expulsivo se realizará en la sección de Expulsivo, en la Sala de Partos, área preparada con equipamiento adecuado culturalmente, e insumos para una eventual reanimación neonatal (10% de los partos pueden requerirlo). -Permita o estimule la presencia de un acompañante, si la mujer así lo desea. -Asegurar la privacidad de la mujer durante el parto (NTA, d1, d2, d4, d5,y d6, pag.49).
-Se debe respetar la decisión y la cultura de la parturienta, de adoptar la libre posición al momento del nacimiento si así lo desea (NTA, d3, pág. 49).
-La intervención del personal de salud en la atención del parto en libre posición se basa en la recepción del bebé, realizar las maniobras que corresponden en caso de circular de cordón, en detectar y atender cualquier probable complicación. -Evitar en lo posible realizar episiotomía. (NTA, d22, pág. 51).
-Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes: a- Posición de cuclillas: variedad anterior. b- Posición de cuclillas: variedad posterior. c- Posición de rodillas. d- Posición sentada. e- Posición semi sentada. f- Posición cogida de la sogá. g- Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).

<p>h- Posición de Pie (Ver Anexo 2). O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura. -En caso de uso de la camilla de parto la posición del respaldo no debe ser menor de 45 grados, debe poder inclinarse permitiendo a la mujer que adopte la posición más cómoda que elija para pujar. (NTA, d3 y d7, pág. 49)</p>
<p>-Asegurar la privacidad de la mujer durante el parto y asegurar la presencia de un acompañante durante el parto. ( NTA, d4 y d5, pag.49)</p>
<p>-Brindarle apoyo emocional a la parturienta e incentivarla a colaborar en su proceso en esta fase expulsiva. Tratarla con respeto, considerar sus patrones culturales, explicarle cada procedimiento que se le va a hacer. (NTA d19, pag.51)</p>
<p>-Si el cuello del útero está totalmente dilatado se debe preparar todo el entorno y equipo para la atención del parto. ( NTA, d9, Paquete para Atención del Parto, pag.51)</p>
<p>-Explique a la mujer (y a la persona que le acompaña) que es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.</p>
<p>-Explique e interactúe con el/la acompañante. Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada.</p>
<p>-Realice un lavado perineal con agua tibia o si fuese costumbre de la comunidad con agua de hierbas medicinales y repetirlo si fuese necesario. (NTA, d13 pag.51)</p>
<p>-Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente como mínimo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla o silla adecuada para el parto en libre posición.</li> <li>• Soporte (soga o cuerda) debidamente asegurada (viga o argolla).</li> <li>• Una colchoneta o estera en el piso, cubierta con campos estériles sobre los cuáles nacerá el bebé. (Ver al inicio apartado adecuación del área)</li> </ul> <p>-Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesa acondicionada. (NTA, D9, PAG 51)</p>
<p>-Verifique las condiciones de limpieza del personal e higiene del lugar. (NTA, d12,pag. 51)</p>
<p>-Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la mujer está en período expulsivo, aliente a la mujer para que puje en forma espontánea acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Sólo cuando sienta el deseo. No la fuerce. Asegure que la dilatación está completa y la presentación haya descendido lo suficiente para estimular el pujo. (NTA d17, pag.51)</p>
<p>-Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque suavemente los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada. Si el parto se da en posición vertical no se realiza intervención, solo se espera la salida de la cabeza. -Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo, mejor con un paño estéril de ser posible, a medida que la cabeza del bebé se expulsa. ( NTA, d 24 pag.52)</p>
<p>-Valore la necesidad de realizar episiotomía selectiva, no realice episiotomía rutinaria a todas las mujeres. Registre en Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. (NTA, d 22 y d 23, pag 51)</p>
<p>-Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pida a la mujer que deje de pujar. (NTA, d24 pag.52)</p>
<p>-Limpie la mucosidad y las membranas si fuera necesario de la boca y la nariz del bebé con un apósito limpio. La succión activa de las vías aéreas con una sonda está indicada sólo si tiene líquido amniótico meconial. (NTA, d24 pag.52)</p>

**PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO**

-Verifique con los dedos alrededor del cuello del bebé para constatar si encuentra el cordón umbilical. No hay apuro en la expulsión del bebé. (NTA, d24, pag.52)
-Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. (NTA,d24, pag.52)
-Sólo si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncele dos veces y córtelo entre las pinzas antes de desenrollarlo del cuello. (NTA, d24, Pag 52)
-Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente en su movimiento de rotación externa. (NTA, d24, pag.52)
-Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé a nivel de los parietales. (NTA, d24 pag.52)
-Pídale a la mujer que puje suavemente con la próxima contracción. (NTA, d24 pag.52)
-Si la posición adoptada por la embarazada es vertical, la cabeza se desprenderá sola recibéndole con una mano y con la otra recibir el cuerpo del niño, de lo contrario o si es otra posición mueva suavemente hacia la región anal la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.
-Lleve la cabeza del bebé hacia la región anterior para extraer el hombro posterior.
-Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia afuera.
-Coloque al bebé siempre sobre el abdomen de la madre para que ella lo pueda tocar (si la condición y posición de la madre lo permite), mientras, seque al bebé por completo y evalúe las condiciones del recién nacido (puede requerir atención urgente).
-Pince y corte el cordón umbilical al minuto o cuando ha dejado de latir. No realice pinzamiento precoz del cordón umbilical. El tamaño al que se realice el corte del cordón será de dos a tres centímetros de la inserción umbilical. (NTA,d24, pag.52)
-Si las condiciones de la madre y el recién nacido lo permiten inicie la lactancia materna.
<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO: ALUMBRAMIENTO</b>
-El alumbramiento tiene lugar después del nacimiento del niño y consiste en el desprendimiento, descenso y salida completa de la placenta. (NTA, e1, pág. 53)
-Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés. (NTA,e2, pág.53)
-Realice el manejo activo del tercer período del parto (MATEP) administrando oxitocina 10 UI IM. (NTA, e2, pág. 53)
-Si se presenta un problema de hemorragia, iniciar el Protocolo de Manejo de la Hemorragia Postparto, ver Guía de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo, pag.58)
-La paciente generalmente en éste momento se encuentra ya recostada, si es así: acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano (NTA, e2, pag.53)
-Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, establezca el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical. (NTA, e2 pag.53)
-Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra-tracción sobre el útero. (NTA, e2, pag.53)
-Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.
-Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente. (NTA, e2, pag.53)

-Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra-tracción para evitar la inversión uterina.(NTA, e2, pag.53)
-De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad.
-En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contra referencia).
-Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen (NTA, e2, e3, pág.53)
-Verifique y examine que la placenta y si las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional, si está presente. (NTA, e3,e4 e5, e6, pág. 53)
- En caso que lo solicite, entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad).
-Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvo perineal con agua, o agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona.
-Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído. (NTA, e7, pág.53)
-Controle la presión arterial y pulso inmediatamente después del parto. (NTA, e8,pág. 53)
-Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino. (NTA e9 pág.53)
-Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros y registre en la HCPB (NTA, f 1,f2,f3,f4 pág. 53 y 54)
<b>EVALUACIÓN Y ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO</b>
-En las instalaciones con CONE básico y completo se deberá contar con las condiciones y equipo correspondiente. (NTA, acápite D, pág.54)
-Después de ligar el cordón umbilical el pediatra/neonatólogo o personal de salud que cumpla la función de atender al recién nacido, realizará apego precoz, se colocará al bebé sobre el pecho o abdomen de la madre e iniciará de ser posible lactancia materna. Mantenerlo son su madre por lo menos los primeros 30 minutos de vida. (NTA, a2,a5, a10 pág.55 y 56)
-Verificará que exista una adecuada entrada de aire así como el tono muscular, respiración, frecuencia cardíaca y color cada 30 segundos. (NTA, a6, pág. 55)
-La conducta será de observación si el bebé está en buenas condiciones, con color rosado, respiración rítmica y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm (NTA, a6, pág.55)
-Si el bebé presenta meconio pero está vigoroso, con llanto fuerte y frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm, sólo requerirá de aspiración.
-El recién nacido necesitará reanimación si presenta cianosis generalizada, ausencia de respiración o llanto débil, frecuencia cardíaca menor de 100 lpm, presencia de meconio espeso (Ver Guías para la Atención Integrada de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad. MINSa, Panamá 2013. Capítulo 4, Atención durante el nacimiento. Punto 2, Evaluación de la necesidad de reanimación, pág. 214 hasta 227).
-Identifique y realice la valoración de APGAR al primer y al quinto minuto de vida, cuidando el calor que se debe proporcionar al bebé (NTA, a9, pag.56 y Guía para la Atención Integrada de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, pág. 228).
-Se pesará y medirá al recién nacido, se permitirá que sea vestido con ropa limpia traída por los familiares.



**PROTOCOLO DE ATENCION DEL PARTO EN LIBRE POSICION CULTURALMENTE ADECUADO**

-Antes de quitarse los guantes, elimine los materiales de desecho colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.
-Lávese las manos minuciosamente
-Se registrarán adecuadamente todas las acciones efectuadas en la HCPB y en el Formulario de Hospitalización Neonatal.
<b>PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO</b>
-La madre y el recién nacido se enviarán juntos a la Sala de Puerperio inmediato, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio. (NTA, a1, pag.59).
-Permita la participación de los familiares, partera o partero según las costumbres de la comunidad.
-No olvide fomentar la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto. (NTA, b11, pag.58)
-Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé, de ser necesario dirigir sutilmente las prácticas que podrían ir en contra de la evidencia en lo referente al cuidado neonatal.
-Promover en la madre y la comunidad el manejo del niño manteniendo el aseo de las manos, principalmente durante la lactancia.
-En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad.
-Durante la estadía postparto se orientará sobre lactancia materna y se dará consejería de planificación familiar. (NTA, a15, pag.60).
-Si la paciente adopta un método anticonceptivo este será entregado o colocado según el caso previo al alta (anticoncepción post-evento obstétrico) (NTA, a 37, a39 y a 40 pág. 62).
-Debe asegurarse la revisión de los resultados de laboratorios ordenados durante la hospitalización, antes del egreso de la paciente y su anotación en la tarjeta de control prenatal. (NTA a33, pag.62).
-Si la madre tiene serología positiva VDRL debe administrarse tratamiento contra la sífilis a la madre y manejo al Recién nacido según protocolo.
-Llenar el Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades Transmisibles y notificar a Epidemiología. Anotarlo en la tarjeta de control prenatal. (NTA a35, pág. 62)
-Toda púrpura RH negativo no sensibilizada post parto con producto RH positivo, recibirá tratamiento profiláctico de la isoimmunización con Globulina anti D. (Ver Isoimmunización Materno Fetal. Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo). (NTA,a36, pág. 62)
-Se dará el Alta entre 24 a 48 horas después del parto según evolución del caso. Previo al alta se indicarán los signos de alarma a observarse tanto en la madre como en el recién nacido. (NTA a20, pág. 61)
-Al dar de alta a la madre y al recién nacido se completará el llenado de la HCPB incluyendo el estado de egreso de ambos.
-Se le devolverá a la madre la tarjeta de control prenatal reforzándole que este documento es la referencia de ambos. (NTA, a23, pág.61)
-Orientar a la madre sobre su asistencia al control del puerperio en la instalación del nivel local correspondiente entre los 4 y 8 días post-parto, deberán llevar su tarjeta de control prenatal y la tarjeta del niño y la niña a su médico y al médico que atiende el niño. (NTA, a24, pág. 61)
-Completar el esquema de vacunación a la púrpura según su edad. (NTA, a 25 - a 32 pág. 61)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Folleto Técnico PLANTAS MEDICINALES COLECTADAS EN PANAMÁ

**ALGARROBO** Nombre Científico: *Hymenaea courbaril* L. Familia: Leguminosae. A esta especie se le atribuyen efectos beneficiosos para el alivio de los problemas renales, para lo que se usa la corteza, cortada y lavada, colocándose posteriormente en agua, la cual es tomada como agua corriente (Navarrete y Orellana 1998).

**SÁBILA** Nombre científico: *Aloe barbadensis* Mill. Familia: Liliaceae. El uso de los aloes es muy antiguo, las principales propiedades que presenta es como regenerativo, antiinflamatorio, analgésico y bactericida externo. Dentro de los principales usos se pueden mencionar la curación de llagas o contusiones, para lo que se utilizan las hojas o pencas asadas sin la epidermis. Otro uso frecuente de la sábila es como jabón o tónico para limpiar el cuero cabelludo y hacer crecer el cabello. También se usa como diurético, laxante, purgante. Estimulante del apetito, mejorar digestiones lentas, cólicos y sanar heridas (Roig 1988; Barragán 1995).

**CITRONELA** Nombre científico: *Cymbopogon nardus* (L.) Rendle. Familia: Poaceae. El principal uso dado a esta especie es industrial para la preparación de diferentes productos, entre los que se listan a continuación: L Preparación del geraniol. L Perfumería y jabonería. L Repelente de mosquitos, generalmente en forma de ungüento. L Insecticidas a partir de aceites esenciales. L Aromatizante de algunos insecticidas. L Preparación de cremas para el calzado. L Preparados para limpiar muebles.

**HIERBADE LIMÓN** Nombre científico: *Cymbopogon citratus* Stapf. Familia: Poaceae. La infusión de las hojas de esta especie es utilizada comúnmente para mejorar la digestión, aunque también es utilizada para el alivio de la tos, gripes, dolor de cabeza, fiebre, estados nerviosos y es hipoglucemiante, reportándose también algunas propiedades hipotensoras. La infusión de esta especie es muy apreciada por su agradable sabor, para tomar a cualquier hora del día (Acosta 1995; Roig 1988). Es importante tener en cuenta que para la obtención de las infusiones de la hoja de esta especie, se deben de colocar las mismas en papel filtro, para evitar la liberación de los cristales de sílice que se encuentran en toda la hoja, debiéndose evitar el consumo de estos cristales, ya que los mismos presentan el riesgo de acumularse en tejidos grasos, siendo de esa forma, potencialmente cancerígenos (Acosta 1995).

**MENTA** Nombre científico: *Mentha piperita* L. Familia: Lamiaceae (Labiatae). Esta especie es utilizada en la medicina tradicional en forma de infusión para el tratamiento de problemas digestivos, para lo que son utilizados las hojas y los racimos florales. También se le atribuyen propiedades estimulantes y antisépticas (Roig 1988; Acosta 1995).

**GUARUMO** Nombre científico: *Cecropia obtusifolia* Berthold Familia: Cecropiaceae. Es una planta que se considera con propiedades contra la diabetes, utilizando la infusión de las hojas, ramas, corteza o raíz como agua de uso. Se le atribuyen igualmente propiedades hipotensoras y para tratar problemas renales, recomendando el cocimiento de esta planta para su ingestión en ayunas por lo

menos durante una semana. Se reporta bastante efectivo como pectoral, además para el control del asma. En casos de verrugas, callos y herpes, se aplica directo el látex de la planta sobre las lesiones, y contra quemaduras se recomienda moler la hoja con aceite de bebé o hervirlas con sal para su aplicación en baños o como cataplasmas (Taylor 2005).

**GUAYABA** Nombre científico: *Psidium guajava* L. Familia: Myrtaceae. Esta planta tiene un uso muy antiguo. Se utiliza con frecuencia en enfermedades gastrointestinales como diarrea, y dolor de estómago, mediante la infusión de las hojas tres veces al día o como agua de uso. En problemas de la piel, las hojas solas o mezcladas con otras hierbas, se ponen a hervir y después se aplican de forma local en lavados o cataplasmas (Roig 1988; Acosta 1995; CETAAR-INCUPU 1997).

**HIERBABUENA** Nombre científico: *Mentha citrata* Familia: Lamiaceae (Labiatae). Principalmente es empleada para desórdenes digestivos como acidez y dolor estomacal, diarrea, bilis. Otro uso del cocimiento de las ramas es para lograr buena digestión y aliviar malestares estomacales en niños. La Hierba buena, también, es usada para expulsar parásitos intestinales, mediante una infusión preparada con brotes en cocción endulzados con miel y mezclados con paico. Otro uso reportado es como desinflamante del sistema respiratorio en forma de inhalaciones (Roig 1988; Acosta 1995)

**LLANTÉN** Nombre científico: *Plantago major* L. Familia: Plantaginaceae. Se utilizan las hojas y la raíz para problemas digestivos y renales por su acción desinflamante y analgésico, para lo cual se consume la infusión de las hojas como agua de diario; también se utiliza para desinflamar hematomas, heridas y ojos. En casos de reumatismo, heridas leves, abscesos y dolor de huesos se recomienda usar el macerado de las hojas. Se reportan otros usos como hipotensor, al ingerir la infusión de las hojas (Acosta 1995; Roig 1988).

**ANAMÚ** Nombre científico: *Petiveria alliacea* Familia: Fitolacaceae. De esta planta se utilizan las hojas y tallos tiernos y la raíz, utilizándose para el alivio de la gripe, el asma, la tos y la bronquitis con la infusión de las hojas. Se reporta su uso en las islas del Caribe, como una planta abortiva, provocando hemorragias en las mujeres que la consumen al momento de la menstruación, por lo que debe consumirse con mucha precaución. No se recomienda su uso en mujeres embarazadas. Se recomienda el uso de la raíz y hojas en polvo para el alivio de la sinusitis (Roig 1988; Acosta 1995; CETAAR-INCUPU 2005).

**MASTRANTO** Nombre científico: *Lippia alba* Mill Familia: Verbenaceae. El uso reportado para esta especie es como digestivo y alivio de malestares estomacales, para lo que se utilizan las hojas y tallos tiernos en infusión. Es reportado también su uso para el alivio de gripes, resfriados y expectorante (CETAAR-INCUPU 2005).

**ROMERO** Nombre científico: *Rosmarinus officinalis* L. Familia: Lamiaceae (Labiatae). Esta especie tiene usos múltiples en la medicina, la industria y en culinaria. Entre los usos medicinales más comunes destacan: aliviar trastornos del aparato digestivo, dolor de estómago e indigestión; también sirve para la vesícula biliar, úlceras, diarrea, gastritis, cólicos y el apéndice. Es utilizada en baños contra los problemas de sinusitis, catarros crónicos y otros padecimientos de las vías respiratorias. El cocimiento de las ramas del Romero se usa, igualmente, para evitar la caída del cabello y contra las afecciones de la piel. Es empleado en cataplasmas para dolores musculares, de espalda, caderas, huesos; golpes, reumatismo, inflamación de las articulaciones y retención de líquidos (Sisa 2004; Roig 1988; Acosta 1995).

**RUDA** Nombre científico: *Ruta graveolens* Familia: Rutaceae. Uno de los usos que se le atribuyen a esta especie es para aliviar el dolor de oído depositando una ó dos gotas del jugo de la planta extraído después de calentar las hojas (Barragán 1995). Esta planta se debe utilizar con precaución principalmente en mujeres embarazadas, dado que algunos de sus principios presentan acción abortiva. Se le atribuyen de igual forma actividad cardiaca (Roig 1988; Acosta 1995). Figura 17. Romero (*Rosmarinus officinalis* L). Figura 18. Ruda (*Ruta graveolens*). 14 Asimismo, tomar tres tazas al día de una infusión hecha con tres hojas de ruda por litro de agua, es útil contra enfermedades nerviosas, vértigos, dolor de cabeza, reumatismo y gota. La ruda también es de uso externo y se emplea para limpiar úlceras, llagas, para el lavado bucal y como loción para masajear el cuero cabelludo dos veces por semana para eliminar piojos (Barragán 1995). A esta planta se le atribuyen también propiedades espirituales, por lo que es utilizada en ritos culturales en diferentes lugares.

**ORÉGANO** Nombre científico: *Plecthranthus amboinicus* (Lour) Spreng Familia: Lamiaceae (Labiatae). Los usos en la medicina tradicional, son como bronco dilatador, expectorante y anticatarral, consumido este como infusión de las hojas. Además es utilizado en la cocina tradicional como condimento. Estudios realizados en Cuba, indican el potencial de los aceites esenciales obtenidos de esta planta para su uso como anticonvulsivo (Acosta 1995).

**MANO DE DIOS:** facilita el parto

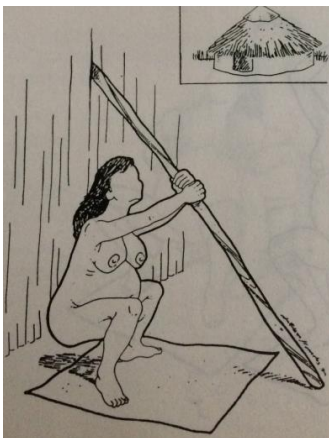
**CALABACITO DE PALO:** disminuye el dolor de parto y controla la diarrea

**Zorrillo:** Reduce los dolores de parto

## ANEXO 2

### Posiciones para el Parto Vertical o en Libre Posición.

- a- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
  - El personal de salud debe adoptar una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquito bajo) posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
  - La partera o el familiar será el soporte de la paciente, sentada en un banquito bajo colocará la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la paciente, la abrazará por la espalda a la altura de los hipocondrios y el epigastrio.
- b- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
  - En éste caso colocará su rodilla en la región inferior del sacro de la paciente y luego se acomodará para realizar el alumbramiento dirigido.
  - El acompañante estará sentado en una silla abrazará a la paciente por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma, actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.



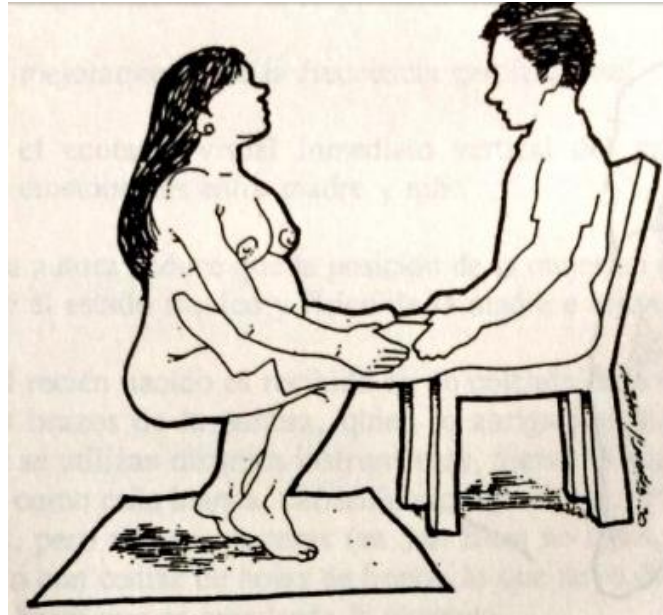
c- Posición cogida de la soga.

- La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Dependiendo del ángulo de inclinación deberá atender el parto por delante o detrás de la paciente.
- El acompañante puede colocarse a un costado de la paciente.
- Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón.



d. Posición sentada y semi sentada.

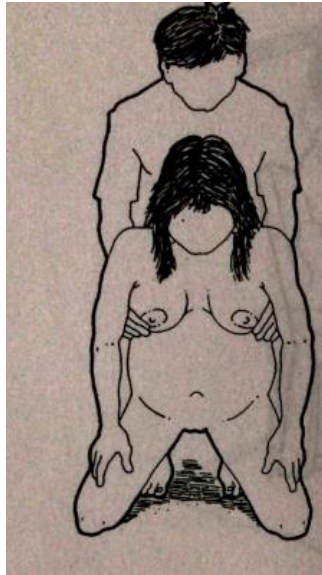
- La paciente se apoyará sobre almohadas o sobre su acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, ésta posición relaja y permite que la pelvis se abra.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará a realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la paciente por el tórax, permitiéndole apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En ésta posición la gestante debe estar sentada en una silla baja (Debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante), cuidando que la colchoneta o estera esté ubicada debajo de la paciente.
- En la posición semi sentada la mujer en trabajo de parto se apoyará sobre almohadas o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.





e. Posición de rodillas.

- En ésta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto, para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.
- El personal de salud realizará los procedimientos estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adaptará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la cama, con las piernas separadas abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en sus muslos.



f. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda, consistir en arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
- El personal de salud que atiende el parto natural/vertical, deberá instruir a la mujer en trabajo de parto, para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.
- El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.
- Esta posición brinda una buena exposición y acceso. Asegúrese de sacar primero el hombro anterior (por debajo de la sínfisis del pubis, más cerca del suelo) El pasar al recién nacido (a) para que la madre lo tome en sus brazos al inicio puede ser complicado, pero con la práctica se aprende fácilmente.
- El acompañante deberá colocarse de frente a la paciente, pero probablemente deba colocarse a un costado de la paciente para facilitar la atención del personal de salud.

- **Ventajas:** Puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación. Es menos probable que ocurra trauma perineal que en las posiciones supinas. Puede realizarse sobre la cama de parto o en el suelo. La persona que atiende el parto tiene una fácil visualización. Esta posición ayuda en la distocia de hombro – fácil acceso al brazo posterior.
- **Desventajas** El proveedor de servicios puede no estar familiarizado con recibir a un bebé estando la mujer en esta posición



g. Posición lateral.

- Esta posición brinda una muy buena perspectiva del perineo, la persona que atiende puede sujetar la pierna que está arriba, o bien se puede sujetar con un banquillo o lo puede hacer la misma mujer. Busque una posición cómoda en donde pueda sostener el perineo y tener control de la cabeza del recién nacido
- **Ventajas:** Evita la compresión aorta-cava. Menos probabilidad de tener un desgarre que requiera sutura o episiotomía en comparación con la posición supina. Potencialmente desacelera la salida de la cabeza, para las mujeres que experimentan una segunda etapa —rápida.
- **Desventajas** Necesita que un asistente sostenga la pierna que queda arriba. Puede no ayudar a controlar el dolor, tanto como las posiciones erguidas. Puede atrasar una segunda etapa rápida, ya que es una posición de gravedad neutra.



## **BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografía

- 1.- Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. Ministerio de Salud de Panamá, Caja de Seguro Social, Panamá, 2015.
- 2.- Estándares de Salud Materna Intercultural, Fundación Barú, Universidad de Panamá, Panamá, 2014.
- 3.- Farinoni N.: Mortalidad Materna en la Comarca Ngäbe Buglé, CONAMUIP, Universidad de Panamá, Panamá 2014.
- 4.- Farinoni N. y otros: Satisfacción de usuarias con los servicios de salud materna, Fundación Barú. Panamá 2014.
- 5.- Rodríguez L.: Factores sociales y culturales determinantes en Salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de Salud Sexual y Reproductiva, [www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf](http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf)
- 6.- Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, 2015-2020, Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social, OPS, UNFPA, Panamá.
- 7.- Estrategia Marco de Aceleración de los Objetivos del Milenio, Trabajando juntos por la Salud Materna en la Comarca Ngäbe Buglé (ODM5). Mides, Panamá, 2015, en <http://www.mides.gob.pa/?p=9658>
- 8.- Guía Metodológica para la atención de la Salud Materna culturalmente adecuada, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización del SNS, Subproceso de Salud Intercultural, Ecuador, 2011.-
- 9.- Mother – baby friendly birthing facilities, in International Journal of Gynecology and Obstetrics, International Federation of Gynecology and Obstetrics, 128 (2015) 95-99, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization, [www.figo.org](http://www.figo.org)
- 10.- Pelcastre B. y otras: Embarazo, parto y puerperio, Creencias y Prácticas de parteras en San Luis de Potosí, México, en Rev. esc. enferm. USP vol.39 no.4 São Paulo Dec. 2005, <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400002>
- 11.- Declaración de los Derechos del Niño Recién Nacido, en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/material/normativas/declaracion\\_derechos\\_recien\\_nacido.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/declaracion_derechos_recien_nacido.pdf)
- 12.- Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en edad reproductiva, White Ribbon Alliance One Thomas Circle NW, Suite 200 Washington, DC 20005, en [www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare](http://www.whiteribbonalliance.org/respectfulcare)
- 13.- Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto, Publicada en Lancet 1985;2:436-437. Traducción ACPAM, en <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
- 14.- Goberna I.J.: Mujeres y Procreación: ética de las prácticas sanitarias y la relación asistencial en embarazo y nacimiento, entrevista en Matronas Prof. 2011; 12(2): 58-9.
- 15.- Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, UNICEF, Argentina, 2010.-