



MINISTERIO
DE SALUD

1

MEMORANDUM

2022-9640-58


PARA: Carlos Alfredo Castillo
Oficial de Información.

DE: Dra. Marcela Hernández *msf*
Coordinadora de Unidad de Atención Integral a la Mujer y Hombre Adulto

A TRAVÉS: Dr. Ronald Alfonso Pérez Escobar
Director de Políticas y Gestión de Salud

ASUNTO: Requerimiento de Información

Fecha: 4 de abril 2022



Cordialmente me dirijo a usted para saludarle, así también estoy enviando respuesta a memorándum No. 2022-6017-120, procedente de Oficina de Información y Respuesta, en cual se solicita la información con referencia UAIP/OIR/MINSAL 2022-370, siendo la siguiente:

- 1- Protocolo de atención mujeres en periodo de gestación
- 2- Protocolo de atención a mujeres en labor de parto.

En anexo se documenta la información solicitada

Sin más sobre el particular,

Atentamente,

*06/04/22
10:53am*

RECIBIDO
FECHA *06/04/22*
NOMBRE *Marcela Hernández*
HORA *10:50 am*

ANEXO

MINISTERIO DE SALUD UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER Y HOMBRE ADULTO

INFORMACION SOLICITADA POR OFICINA DE INFORMACION Y RESPUESTA.

- 1- Protocolo de atención a mujeres en periodo de gestación.
- 2- Protocolo de atención a mujeres en labor de parto

RESPUESTA

La información solicitada se encuentra en los Protocolos de Asistencia para los períodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal; en el marco de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y sensible para el Recién nacido

Protocolo de atención prenatal

La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciando acorde al riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Sus objetivos son los siguientes:

- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- Identificación de factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de complicaciones del embarazo.
- Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- Disminución de molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación prenatal.

La atención prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos: ser precoz, periódica, completa e integral, de amplia cobertura y con calidez. Debe, además, poner énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Una experiencia positiva de embarazo puede sentar las bases para una maternidad saludable.

Uno de los principales objetivos es la identificación temprana del embarazo, reconociendo que una inscripción oportuna permitirá elaborar un plan de nacimiento que reúna todos aquellos factores internos como externos que faciliten, durante su embarazo hasta el momento del parto, satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de la mujer, su bebé y su familia; integrando las acciones de acuerdo a las necesidades que se identifiquen en apoyo a su salud mental, entorno social y a la valoración de riesgos biológicos.

Se deben contemplar todas las medidas de bioseguridad indispensables, uso de mascarilla, lavado de manos y alcohol gel para todos los que entren en contacto con la mujer embarazada.

El personal de salud debe cumplir con las siguientes actividades, durante la inscripción y controles subsecuentes:

1. Favorecer un ambiente cálido y de confianza, a través de lenguaje y actitudes amables, garantizando la privacidad y escucha a la mujer y su acompañante, con el fin de generar el espacio adecuado donde puedan expresar sus inquietudes y expectativas, realizando una consulta prenatal completa.
2. La mujer puede ser acompañada por su pareja o por otra persona de su confianza.
3. Iniciar la inscripción de la mujer presentándose con su nombre y como profesional de salud (personal médico, enfermería, profesional materno infantil), que les atenderá a ella y a su acompañante.
4. Identificar riesgo de atención prenatal:
 - Completar la hoja de clasificación de riesgo, en la primera atención para definir si es elegible para control prenatal básico o especializado.
 - Completar las secciones «Antecedentes médicos generales» y «Embarazo actual» de la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal se realizará durante la inscripción y controles subsecuentes. De identificarse alto riesgo (una respuesta afirmativa a uno o más criterios), referir al médico obstetra del establecimiento, según lineamientos establecidos.
 - Completar la sección «Antecedentes obstétricos» con la información correspondiente por parte del recurso designado para tal fin en cada institución miembro del SNIS, previo a la consulta de inscripción.
5. Confección de historia clínica perinatal y completar agenda prenatal.
6. Calcular Edad Gestacional y Fecha Probable de Parto.
7. Realizar el examen físico completo céfalo-caudal:
 - Inscripción (45 min.): cavidad oral, control de signos vitales, examen mamario, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, posición fetal (según edad gestacional), colocación de espéculo vaginal y toma de citología cérvico-vaginal (PAP) de no estar vigente, peso y talla (IMC), examen de miembros inferiores. La inscripción debe ser, idealmente, a las 12 semanas.
 - Controles subsecuentes (30 min.): cavidad oral, control de signos vitales, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, posición fetal, peso, examen de miembros inferiores. Los controles subsecuentes serán: 20, 26, 32, 36, 38 y 40 semanas; ésta última tendrá lugar en el hospital exclusivamente para valoración de bienestar fetal y para citar a las 41 semanas de no iniciar espontáneamente el trabajo de parto.

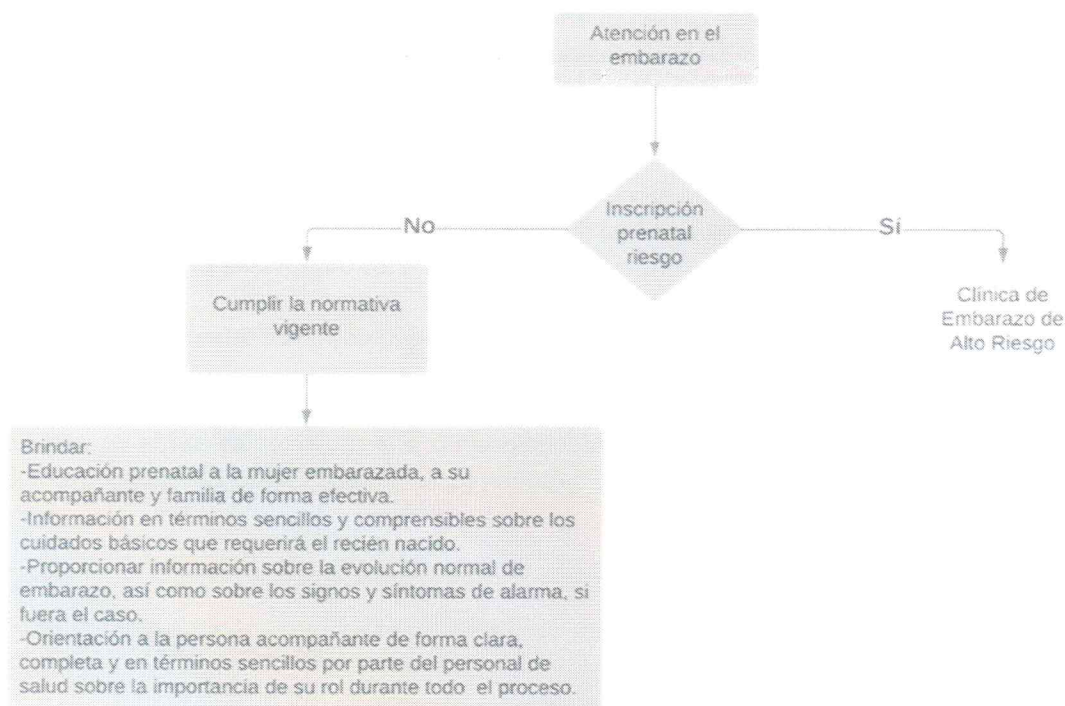
La OMS/OPS recomienda que las embarazadas tengan su primer contacto con el sistema de salud a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación, es decir, un número mínimo de 8 controles.¹⁹

8. Tomar pruebas de laboratorio y gabinete, según sea el caso, valorar de forma individual
 - Inscripción: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, Típo Rh, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre las 11-14 semanas.
 - 2do trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes y Prueba de O'Sullivan (entre las 24 y las 28 semanas). Indicar ecografía entre las 22-24 semanas.
 - 3er trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, PRS, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre 32-34 semanas.
9. Detectar y diagnosticar patologías obstétricas y no obstétricas, interconsultar o referir a la mujer embarazada con complicaciones o factores de riesgo.
10. Identificar problemas de salud mental a través de la escala de experiencia en el embarazo, escala PES (Pregnancy Experience Scale).²⁰
11. Detectar e identificar estigmas, signos y síntomas que permitan identificar a víctimas de violencia en todas sus formas utilizando la hoja de tamizaje de violencia y la hoja de tamizaje de violencia a mujeres embarazadas. (Anexo 6 y 7) ²¹
12. Educar comunicando de forma sencilla, asertiva y accesible a la mujer embarazada y su acompañante sobre:
 - Autocuidados y evolución del embarazo saludable, estrategias a seguir y, signos y síntomas de alarma.
 - La importancia del rol del acompañante en todo el proceso.
 - La importancia de la Educación Prenatal, así como informar y fomentar la participación de la mujer y su pareja en la preparación prenatal que se brinda en el primer nivel de atención y en los Hogares de Espera Materna.
 - El nuevo modelo de atención de parto en embarazo de bajo riesgo perinatal.
 - Cuidados básicos del recién nacido.
 - Lactancia materna.
13. Realizar prevención y tratamiento a través de las siguientes intervenciones:
 - Administrar micronutrientes²²
Hierro: para prevención de la anemia indicar 60 mg de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diarios. Para tratamiento de anemia indicar 120 mg de hierro elemental más 0,4 mg de ácido fólico diarios. Asesorar modo de ingesta para mejorar la absorción. (El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso).

Ácido fólico: para prevención de ocurrencia de defectos del tubo neural, indicar 0,4 mg diarios y para prevención de riesgo de recurrencia indicar 4 mg diarios. (En ambos casos hasta las 12 semanas comenzando lo antes posible si es que la mujer no comenzó la ingesta de ácido fólico previo al embarazo.

- Ver protocolo de atención preconcepcional.
 - Realizar atención odontológica.
 - Dar atención nutricional.
 - Aplicar la vacuna antitetánica Td, Tdpa, influenza y COVID-19.
 - Detectar y dar tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
 - Detectar y dar tratamiento de infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales.
 - Detectar y dar referencia a las mujeres embarazadas con VIH.
 - Diagnosticar y dar manejo en enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con el embarazo. Si representan un riesgo para el embarazo, dar referencia.
 - Detectar y referir en caso de complicaciones del embarazo.
 - Indicar Tipo Rh a la pareja de aquella mujer embarazada con tipo Rh negativo. Indicar profilaxis con gammaglobulina hiperinmune anti-D a mujeres si el tipo RH de la pareja es positivo, a las 28 semanas de gestación.
 - Prescribir medicamentos de acuerdo con Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) observando el Formulario Terapéutico Nacional.
14. Citar al próximo control.
 15. Confeccionar el plan de nacimiento (en la consulta de las 32 o 36 semanas) en conjunto con la mujer embarazada y su acompañante, con el fin de conocer sus deseos y preferencias, y brindar información y opciones si las hubiera en torno a la atención del parto y nacimiento para garantizar el cumplimiento de este en la instancia correspondiente.
 16. Brindar información sobre los Hogares de Espera Materna (HEM) como alternativa para su permanencia durante las últimas semanas de embarazo, así como también en otras situaciones relacionadas a su salud, a mujeres cuyas condiciones sociales lo requieran. En los HEM también funcionará la educación prenatal para las mujeres y sus acompañantes.

Flujograma 2. Atención en el embarazo



Fuente: Equipo técnico de la elaboración del Protocolos de Asistencia para los periodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de Bajo Riesgo Perinatal, 2022

Protocolo de Atención durante el trabajo de parto

Generalidades

1. Realizar de forma oportuna, sensible, empática, justificada y coherente con la ley, las evaluaciones que de acuerdo con la sintomatología de la mujer sean necesarias.
2. Llamar a la persona de la manera que desea ser nombrada y respetar las costumbres y rituales alrededor del parto y nacimiento para cada gestante.
3. Prestar apoyo a las necesidades emocionales de la mujer embarazada con empatía y compasión, mediante el estímulo, el elogio, la tranquilidad y la escucha activa.
4. Respetar en la mujer embarazada y acompañante su cultura, religión, su orientación y/o identidad de género, y/o elecciones de cualquier índole.

5. Brindar información a la mujer embarazada y su acompañante sobre el modelo de atención del parto respetado y ventajas de este. Aclarar dudas. Respetar y responder a las necesidades, preferencias y preguntas de la mujer embarazada con una actitud positiva.
6. Proveer información a la mujer embarazada de forma tal que pueda tomar una decisión informada en caso de existir alternativas. El plan de nacimiento es una herramienta clave en el proceso de parto por lo que se deberán tomar en cuenta los deseos que la madre ha plasmado en dicho plan, de no ser posible cumplirlo se deberá explicar cuidadosamente en forma clara las razones por las cuales no se puede llevar a cabo íntegramente, dejando el debido registro en el expediente clínico.
7. Alentar a la mujer embarazada a que exprese sus necesidades y preferencias, e informar regularmente a ella y a su familia acerca de lo que está sucediendo.
8. Evitar realizar procedimientos innecesarios y/o rutinarios que vulneren la integridad física, emocional y psicológica de la usuaria embarazada.
9. 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 trabajo de parto y parto, procurando en todo momento apoyo emocional y acompañamiento.

El acompañamiento:

Acorta el trabajo de parto. •

Disminuye el requerimiento de analgesia o anestesia regional intraparto.

- Aumenta el índice de parto vaginal espontáneo. •

Disminuye marcadamente el índice de cesárea y de parto instrumental. •

Mejora la experiencia de parto. •

Mejora el puntaje de Apgar al 5to minuto. •

Mejora la interacción madre-hijo.

- Acelera el inicio de la lactancia materna

Estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante todo el proceso y de manera ininterrumpida del trabajo de parto, el parto o cesárea, sin requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo e independientemente de la vía de parto, es un derecho. Es importante aclarar que el derecho al acompañamiento es de la embarazada, no se trata del derecho del otro padre, madre u otro vínculo afectivo de la persona recién nacida a presenciar el nacimiento. Informar oportunamente sobre este derecho es fundamental para garantizarlo. De la misma manera es derecho no estar acompañada si así lo desea la persona gestante o si ha cambiado de opinión en el transcurso del proceso de trabajo de parto.

Los beneficios del acompañamiento continuo son: ²⁴

10. Brindar atención organizada y con calidez a todas las embarazadas de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurando la integridad física, el trato adecuado y la calidad.
11. Lograr una comunicación asertiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. Explicar a la mujer embarazada y familiar o acompañante la posibilidad de que se presenten complicaciones durante el trabajo de parto que limiten la aplicación completa del modelo de parto respetado.

12. Brindar un trato inclusivo a las personas con discapacidades.
13. Facilitar a la mujer embarazada el ingreso de dispositivos de ayuda visual, auditiva y para la deambulaci3n, tales como: anteojos, pr3tesis auditivas, bastones, andaderas, entre otros como as3 tambi3n de su bolso de partos con su tel3fono celular, su ropa y las de su beb3. Dichas pertenencias ser3n ubicadas en la mesa personal situado al lado de su cama o bien en un espacio seguro que disponga el personal de la instituci3n.

La evidencia cient3fica es clara y consistente acerca de las pr3cticas que no deben realizarse en forma rutinaria dado que han demostrado ser perjudiciales o no presentar beneficios, debilitando las capacidades innatas de las mujeres, a la vez que desperdician los recursos y reducen la equidad. Las mismas se detallan a continuaci3n:

- a) Pelvimetr3a cl3nica. (*)
- b) Rasurado p3bico. (*)
- c) Enema evacuante. (*)
- d) Cardiotocograf3a cl3nica.
- e) Canalizaci3n de acceso venoso.
- f) Administraci3n de fluidos.
- g) Restricci3n de l3quidos y alimentos.
- h) Administraci3n de oxitocina sint3tica.
- i) Dilataci3n manual.
- j) Amniotom3a.
- k) Coriodieresis.
- l) Partograma con l3nea de alerta.
- m) Restricci3n de movilidad durante el trabajo de parto.
- n) Posici3n supina/ ginecol3gica. (*)
- o) Maniobra de Kristeller. (*)
- p) Irrigaci3n genital con clorhexidina o yodo.
- q) Pujo dirigido.
- r) Maniobra de Ritgen.
- s) Episiotom3a rutinaria. (*)
- t) Masaje uterino.
- u) Revisi3n cervical rutinaria. (*)
- v) Tacto rectal en postparto. (*)

(*) Intervenciones perjudiciales.

Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espont3neo, el umbral de velocidad de dilataci3n del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del periodo de dilataci3n (como mostraba la l3nea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este prop3sito. Una velocidad de dilataci3n del cuello uterino m3nima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del periodo de dilataci3n resulta irrealmente r3pida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresi3n normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilataci3n del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervenci3n obst3trica.

La evidencia existente es insuficiente para respaldar el uso de la l3nea de alerta del partograma como criterio para la detecci3n de las mujeres que tienen un riesgo de un resultado adverso del parto ya que conduce a intervenciones innecesarias debido a la percepci3n de que la lentitud del progreso del trabajo de parto es patol3gica. Se sugiere, en defecto, un partograma que facilite el registro de la progresi3n del proceso.²⁵

Por consiguiente, el protocolo abajo descrito promueve la aplicaci3n de un conjunto de intervenciones para el trabajo de parto y el parto que es fundamental para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya tambi3n una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. Se resalta, adem3s, la manera en que la atenci3n centrada en la mujer puede optimizar la calidad de la atenci3n del trabajo de parto y el parto mediante un enfoque hol3stico y basado en los derechos humanos.

Protocolo

Se deben 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.

Durante este período el personal de salud responsable de la atención debe cumplir con lo establecido a continuación:

1. Saludar a la embarazada, de forma cordial e identificarse como personal de salud que le atenderá.
2. Dirigirse a la mujer embarazada y acompañantes de forma respetuosa e identificarla en todo momento por su nombre.
3. Indagar motivo de consulta.
4. Realizar la evaluación 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 Cardíaca 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 TV debe considerar el siguiente orden de evaluación y descripción (Anexo 1)
 - 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 HC 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.

5. 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.

Durante el trabajo de parto

1. Ingresar a la Unidad de Parto con Cariño, si la mujer embarazada a la evaluación se encuentra en fase activa.

El período de dilatación activa 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. La duración de la fase activa del período de dilatación generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes. Durante todo el proceso es imprescindible el control clínico de la mujer y la evaluación del bienestar fetal.

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.
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. (Anexo 1).
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).

Dado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral no aporta ningún efecto beneficioso respecto a resultados clínicos importantes, se resalta el respeto a los deseos de la mujer y, por consiguiente, debe establecerse una recomendación positiva. Según la OMS no se registró ningún caso de síndrome de Mendelson (inhalaación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general), que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática²⁶

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. (Anexo 2).
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 o 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 y 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.